

CONDICIONES PARTICULARES
SEGURO DESGRAVAMEN CREDITOS COMPLEMENTARIO BANCO
CONSORCIO POLIZA N° 1397

BANCHILE Seguros de Vida S.A. Considerando las Condiciones Generales y las Condiciones Particulares descritas a continuación, todo lo cual se considera parte integrante de esta póliza y aceptada por ambas partes, se extiende la presente póliza de Seguro de Desgravamen.

Artículo N° 01

CONTRATANTE: BANCO CONSORCIO
Rut: 99.500.410-0
Av. El bosque Sur 130, piso 7
Las Condes – Santiago

El Contratante asume las responsabilidades que emanan de su actuación como contratante del seguro colectivo desgravamen.

Artículo N° 02

ASEGURADOR: Banchile Seguros de Vida S.A.
Agustinas 733 Piso 3
Santiago - Centro
RUT: 96.917.990 -3

Artículo N° 03

INTERMEDIARIO: Directo.

Artículo N° 04

ASEGURADOS : Deudores, codeudores y avales de la Entidad Contratante por Créditos de Complementarios, que sean personas naturales y que cumplan con los “Requisitos de Asegurabilidad” descritos mas adelante y cuya nómina vigente ambas partes mantendrán en su poder.

En aquellos casos en que existe participación de más de una persona (avales, Codeudores) para una misma deuda, éstos podrán contratar un seguro para cada uno de ellos, de modo que en caso de fallecimiento de uno cualquiera la deuda se pague totalmente.

Artículo N° 05

BENEFICIARIOS: Banco Consorcio y sus cesionarios a cualquier título

Artículo N° 06

COBERTURAS: Esta póliza cubre el riesgo de muerte natural o accidental de un asegurado, según lo señalado en el Artículo N° 2 de las Condiciones Generales.

Este seguro cubre desde el otorgamiento del crédito el saldo insoluto de la deuda a la fecha de fallecimiento del asegurado y cuyo monto esta especificado en el contrato respectivo entre las partes, incluyendo los intereses, gastos de cobranzas, impuestos, la mora (cuotas impagas) con sus respectivos intereses, siempre que estos se incorporen al monto asegurado y se paguen las primas correspondientes.

Vigencia de la Cobertura

Para aquellas personas que no manifiesten condiciones adversas de salud y además cumplan con las condiciones de asegurabilidad establecidas, la cobertura entrará en vigor desde la fecha de otorgamiento del crédito.

Para aquellas personas que manifiesten condiciones adversas de salud y para los que requieran examen médico o que no cumplan con las condiciones de asegurabilidad establecidas, la cobertura entrará en vigor desde la fecha que sea aprobada por la compañía.

Preexistencia: el seguro desgravamen no cubre los siniestros que sean a consecuencia de enfermedades conocidas o diagnosticadas o los accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de otorgamiento del crédito.

Continuidad de Riesgo: Se otorga continuidad de cobertura a todos los seguros vigentes antes del 1 de julio 2017, y también a los seguros aprobados con anterioridad a esta misma fecha y que aún no se haya materializado el otorgamiento del crédito, siempre que hayan cumplido con los requisitos de asegurabilidad.

Artículo N° 07

CAPITAL ASEGURADO: El Capital Asegurado se expresará en Unidades de Fomento (U.F.).

El capital máximo acumulado por asegurado a indemnizar por parte de la Compañía será de UF 20.000 (veinte mil unidades de fomento). El Capital Asegurado es el Saldo Insoluto de la deuda.

Será responsabilidad de la Compañía detectar los casos de asegurados cuyos cúmulos excede la cifra anterior, la que los evaluará caso a caso, reservándose el derecho de aceptar o rechazar su incorporación y modificar las condiciones establecidas en la presente póliza

Artículo N° 08

TASA MENSUAL:

La tasa % será mensual y se aplica sobre el saldo insoluto del crédito, la tasa del seguro es: 0.004199%

Artículo N° 09

PRIMA:

La prima de este seguro resulta de multiplicar el capital Asegurado, definido para cada asegurado y cobertura, por la tasa expresada en tanto por cien.

La prima se pagará por todos los créditos vigentes de un mes determinado, a más tardar entre los días 15 y 20 de cada mes, los cuales se pagaran vencidos. El contratante enviará mensualmente un medio magnético con la información correspondiente al pago de las primas.

Por el presente instrumento, el Banco Consorcio en su calidad de contratante de la póliza antes individualizada y además, teniendo interés en la materia asegurada en su carácter de acreedor de los deudores asegurados, se obliga solidariamente al pago de las primas de seguros de desgravamen contratados en su favor. La responsabilidad solidaria del Banco Consorcio sólo se podrá hacer efectiva en caso de mora de cada uno de los asegurados en el pago de la prima.

Circular N° 2114 Primas no Devengadas.

Cuando por término anticipado o extinción de un contrato de seguro proceda la devolución de la prima pagada no devengada, la aseguradora deberá poner la suma a devolver a disposición de quien corresponda, dentro del plazo de 10 días hábiles de haber tomado conocimiento del término del seguro.

La compañía deberá informar a quien corresponda, acerca de la existencia de la suma a su disposición, dentro del plazo indicado.

La prima pagada no devengada será de vuelta al asegurado o contratante, según quién hubiera soportado en su patrimonio, si todo o parte de la prima hubiera sido financiada por un beneficio del estado, se devolverá a la entidad que corresponda la parte de la prima pagada no devengada que firmo.

Artículo Nro. 10**REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD:**

Los requisitos de asegurabilidad para los asegurados en la póliza son:

Requisitos Médicos: Los nuevos clientes con Crédito aprobada a partir del 1 de enero 2002, se les aplicará los siguientes requisitos médicos:

REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD	DESDE LA EDAD DE INGRESO > DE 18 AÑOS HASTA LOS 72 AÑOS CON 364 DÍAS.
DESDE UF 0 HASTA UF 8.000	DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD (DPS)
DESDE UF 8.001 HASTA UF 20.000	DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD, INFORME MÉDICO EXAMINADOR, ELECTROCARDIOGRAMA EN REPOSO, VIH; PERFIL BIOQUÍMICO Y ORINA COMPLETA.
DESDE UF 20.000	DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD, INFORME MÉDICO EXAMINADOR, ELECTROCARDIOGRAMA EN REPOSO, VIH; PERFIL BIOQUÍMICO Y ORINA COMPLETA. INFORMES FINANCIEROS.

REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

La edad mínima de ingreso 18 años.

La edad límite de ingreso a la cobertura es de 64 años y 364 días.

La cobertura cesará al cumplir el asegurado la edad de 75 años y 364 días.

Edad máxima Cubierta: Será responsabilidad de la Compañía avisar por escrito con una anticipación de 90 días el cese de la cobertura, con independencia de su causa. Con posterioridad a este aviso, no habrá ninguna responsabilidad de la Compañía, aunque el Banco siga pagando las primas. La falta de aviso, o su entrega inexacta o indebida, determinará la mantención de la vigencia del seguro mientras no se regularice el citado aviso.

En la eventualidad de existir asegurados con capitales asegurados superiores a UF 20.000, la compañía los evaluará caso a caso, reservándose el derecho de aceptar o rechazar su incorporación y modificar las condiciones establecidas en la presente póliza.

El monto indicado precedentemente se determinará sumando los capitales asegurados de todos los contratos con coberturas equivalentes, que el asegurado tenga vigente en la compañía.

Se producen cúmulos asegurados cuando un cliente tiene más de un mismo tipo de crédito con el Banco Consorcio.

Será responsabilidad de la Compañía detectar estos casos e informar al banco cuando esto signifique cambios en las exigencias médicas a aplicar al cliente.

Exigencias Médicas: Las exigencias médicas se detallan en esta póliza, para los cuales se utilizará un formulario de Declaración Personal de Salud (DPS). La Compañía tiene un plazo máximo de 48 horas para su rechazo o solicitud de antecedentes adicionales, pasado el cual se entenderán como aprobadas, excepto el caso de dolo o culpa grave.

Se entiende que la falta de exigencia de declaración previa, implica la aceptación del cliente e inhabilita a la Compañía para solicitar antecedentes con posterioridad al siniestro.

El Asegurador se reserva el derecho de solicitar mayores antecedentes en aquellos casos que estime necesario y conveniente.

**Artículo Nº 11
SINIESTRO:**

Se considerará siniestro el fallecimiento del Asegurado, ya sea en forma natural o accidental, según Condiciones Generales del seguro desgravamen, inscrito en el registro de pólizas bajo el código POL220130329 de la S.V.S.

Para el pago de los siniestros la compañía requerirá de los siguientes documentos:

- Certificado de defunción, emitido por Registro Civil, indicando la causa de muerte.
- Fotocopia del Pagaré
- Liquidación de la deuda, emitido por el contratante a la fecha de siniestro.
- Fotocopia carnet de identidad.

La compañía se reserva el derecho de solicitar mayores antecedentes cuando estime necesario y conveniente.

El plazo para dar aviso de un siniestro por parte de los beneficiarios, queda definido por el Código de Comercio (cuatro años). No obstante, el contratante se obliga a informar oportunamente a la compañía los siniestros que tenga en su conocimiento.

La compañía, una vez recibidos los antecedentes del siniestro, en un plazo de cuarenta y ocho horas formulará las observaciones o solicitará antecedentes adicionales si corresponde.

El beneficio se pagará dentro de los 5 (cinco) días hábiles siguientes, después de haber recibido, a su entera satisfacción, los antecedentes requeridos, en las oficinas del asegurador

Si con posterioridad al fallecimiento alguien siguiere pagando las primas del seguro, la Compañía deberá restituir al beneficiario lo pagado en exceso, en la misma unidad de valor en que está denominado el crédito asegurado.

Tanto las indemnizaciones como las devoluciones se expresarán en la misma unidad de valor en que esta denominado el crédito asegurado en la póliza.

Artículo N° 12

INCLUSION, EXCLUSION Y MODIFICACION DE ASEGURADOS:

Para mantener actualizada la nómina de asegurados cubiertos, el Contratante enviará al Asegurador mediante medio magnético y antes del día 20 de cada mes, las solicitudes de inclusión, exclusión de asegurados o modificación de las características de los asegurados.

Para la inclusión de nuevos asegurados se debe cumplir con los requisitos de asegurabilidad. En caso de presentar el formulario "Declaración Personal de Salud", el Asegurador efectuará la evaluación comunicando su aceptación o Rechazo al Contratante y/o al Intermediario, para lo cual la Compañía tendrá un plazo de 48 horas. En este caso la fecha de ingreso a la póliza será la fecha de aceptación por parte del Asegurador. Para los que no completen DPS será la fecha otorgamiento del Crédito.

Para estos nuevos asegurados el Contratante deberá enviar en medio magnético la siguiente información:

- Nombre completo (apellido paterno, materno, nombres)
- Rut con dígito verificador
- Fecha de nacimiento (día, mes, año)
- N° deuda del crédito de consumo
- Monto Inicial del crédito (moneda)
- Fecha inicio del crédito
- Fecha termino del crédito
- Monto adeudado a la fecha (saldo insoluto)
- Tasa%, prima (moneda), recargo de prima % (si tiene)
- Si tiene codeudor o aval

Para la exclusión de asegurados, el Contratante deberá enviar en medio magnético la siguiente información:

- Nombre completo
- Rut del asegurado
- Fecha de exclusión (determinada)

Para la modificación de las características de un asegurado o de un crédito, el Contratante deberá enviar en medio magnético la siguiente información:

- Nombre completo
- Rut del asegurado
- Modificación solicitada
- Fecha desde que rige (determinada)

Artículo N° 13

VIGENCIA:

El presente contrato regirá a partir de las 0:00 horas del día 01 de Julio de 2018 y durará hasta las 24 horas del 30 de Junio de 2019.

Será renovado en forma automática por períodos iguales y sucesivos de un año cada uno, si ninguna de las partes notifica por escrito a la otra, su decisión contraria.

En caso de un término anticipado del contrato, la compañía deberá informar por escrito al contratante con 180 días antes de hacer efectivo su término.

Por otra parte, el contratante, sin expresión de causa podrá poner término al contrato, decisión que deberá informar a la compañía con 30 días de anticipación, cobrando las primas proporcionales al tiempo de cobertura transcurrido.

En consecuencia, en caso que se efectúen variaciones a la vigencia, prima o modalidad de pago de esta póliza, celebradas al amparo del “Convenio Seguros Desgravamen”, éstas sólo podrán referirse a futuras pólizas y no a pólizas ya celebradas y en vigencia.

Artículo N° 14

REAJUSTABILIDAD: El valor de las primas como el de las indemnizaciones, se expresará en Unidad de Fomento (UF) de acuerdo al equivalente en pesos (\$) que tenga dicha unidad monetaria.

Artículo N° 15

DOMICILIO: Para todos los efectos legales del presente contrato de seguro, las partes señalan como domicilio especial la ciudad de Santiago.

Artículo N° 16

CONDICIONES GENERALES:

El presente contrato se encuentra regulado por las Condiciones Generales para Seguros de Desgravamen que la Superintendencia de Valores y Seguros aprobará en el registro bajo el código POL220130329.

Artículo N° 17

SELLO SERNAC: Este documento no cuenta con sello Sernac, conforme al artículo 55 de la ley n°19.496.

Artículo N° 18

SERVICIO ATENCION AL CLIENTE:

Banchile seguros de vida cuenta con un departamento de servicio al cliente, con atención telefónica llamando al 6008432000 o escribiendo al e-mail asegurado@banchilevida.cl, en el siguiente horario de atención: lunes a jueves de 8:45 a 18:00 horas, viernes de 8:45 a 17:00 horas.

Artículo N° 19

INTERES ASEGURABLE:

Es aquel que tiene el asegurado en la no ocurrencia del siniestro

Artículo N° 20

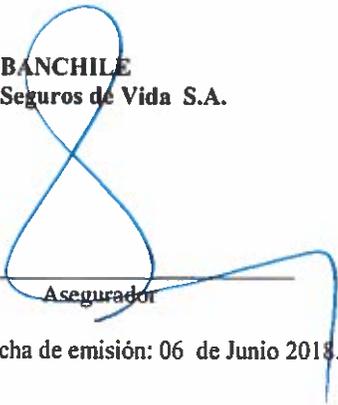
INFORMACIÓN SOBRE PRESENTACIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS:

En virtud de la Circular N°1.487 de 17 de Julio de 2000, las compañías de seguro deberán recibir, registrar y responder todas las presentaciones, consultas o reclamos que se les presenten directamente por el contratante, asegurado o beneficiarios o aquellos que la Superintendencia de Valores y Seguros les derive.

Las presentaciones pueden ser efectuadas en la casa matriz y en todas las agencias, oficinas o sucursales de la compañía en que se atiende público, personalmente, por correo o fax, sin formalidades, en el horario normal de atención y sin restricción de días u horarios especiales.

El interesado, en caso de disconformidad respecto de lo informado por la compañía de seguros, o bien cuando exista demora injustificada en su respuesta, podrá recurrir a la Superintendencia de Valores y Seguros, Departamento de Atención al Asegurado, cuyas oficinas se encuentran ubicadas en Av. Libertador Bernardo O'Higgins 1449, Santiago.

BANCHILE
Seguros de Vida S.A.



Asegurador

Fecha de emisión: 06 de Junio 2018.

BANCO CONSORCIO

Contratante

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 DEL 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) PRORROGA DEL PLAZO DE LIQUIDACIÓN

LOS PLAZOS ANTES SEÑALADOS PODRÁN, EXCEPCIONALMENTE SIEMPRE QUE LAS CIRCUNSTANCIAS LO AMERITEN, PRORROGARSE, SUCESIVAMENTE POR IGUALES PERÍODOS, INFORMANDO LOS MOTIVOS QUE LA FUNDAMENTEN E INDICANDO LAS GESTIONES CONCRETAS Y ESPECÍFICAS QUE SE REALIZARÁN, LO QUE DEBERÁ COMUNICARSE AL ASEGURADO Y A LA SUPERINTENDENCIA, PUDIENDO ESTA ÚLTIMA DEJAR SIN EFECTO LA AMPLIACIÓN, EN CASOS CALIFICADOS, Y FIJAR UN PLAZO PARA ENTREGA DEL INFORME DE LIQUIDACIÓN. NO PODRÁ SER MOTIVO DE PRÓRROGA LA SOLICITUD DE NUEVOS ANTECEDENTES CUYO REQUERIMIENTO PUDO PREVERSE CON ANTERIORIDAD, SALVO QUE SE INDIQUEN LAS RAZONES QUE JUSTIFIQUEN LA FALTA DE REQUERIMIENTO, NI PODRÁN PRORROGARSE LOS SINIESTROS EN QUE NO HAYA EXISTIDO GESTIÓN ALGUNA DEL LIQUIDADOR, REGISTRADO O DIRECTO.

8) INFORME FINAL DE LIQUIDACIÓN

EL INFORME FINAL DE LIQUIDACIÓN DEBERÁ REMITIRSE AL ASEGURADO Y SIMULTÁNEAMENTE AL ASEGURADOR, CUANDO CORRESPONDA, Y DEBERÁ CONTENER NECESARIAMENTE LA TRANSCRIPCIÓN ÍNTEGRA DE LOS ARTÍCULOS 26 A 27 DEL REGLAMENTO DE AUXILIARES DEL COMERCIO DE SEGUROS (D.S. DE HACIENDA N° 1.055, DE 2012, DIARIO OFICIAL DE 29 DE DICIEMBRE DE 2012).

9) IMPUGNACIÓN INFORME DE LIQUIDACIÓN

RECIBIDO EL INFORME DE LIQUIDACIÓN, LA COMPAÑÍA Y EL ASEGURADO DISPONDRÁN DE UN PLAZO DE DIEZ DÍAS HÁBILES PARA IMPUGNARLA. EN CASO DE LIQUIDACIÓN DIRECTA POR LA COMPAÑÍA, ESTE DERECHO SÓLO LO TENDRÁ EL ASEGURADO. IMPUGNADO EL INFORME, EL LIQUIDADOR O LA COMPAÑÍA DISPONDRÁ DE UN PLAZO DE 6 DÍAS HÁBILES PARA RESPONDER LA IMPUGNACIÓN.

