

**CONDICIONES PARTICULARES
SEGURO COLECTIVO DESGRAVAMEN,
INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE 2/3
LICITACION AÑO 2021-2022
POLIZA: N° 1555**

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: PENTA Hipotecario Administradora de Mutuos Hipotecarios SA
Rut: 96.778.070-7
Av. El Bosque Norte 500, piso 3
Las Condes

Artículo N° 02

ASEGURADOR: Banchile Seguros de Vida S.A.
Rut: 96.917.990-33
Miraflores N° 222 piso 21
Santiago

Artículo N° 03

INTERMEDIARIO: Security Corredor de Seguros Ltda.
Rut.: 77.371.990-k
Comisión Intermediación: 5,95% (IVA incluido) de la Prima Neta recaudada.

Artículo N° 04

ASEGURADOS: Serán asegurados los deudores hipotecarios y codeudores solidarios de mutuos con garantía hipotecaria que hayan contratado o sido otorgados por cuenta propia o por cuenta de una compañía aseguradora o reaseguradora o que sean administrados por Penta Hipotecario Administradora de Mutuos Hipotecarios S.A, personas naturales y que cumplan con los “Requisitos de Asegurabilidad” descritos más adelante y cuya nómina vigente ambas partes mantendrán en su poder.

Artículo N° 05

BENEFICIARIOS: La entidad contratante Penta Hipotecario Mutuos Hipotecarios SA.
Rut: 96.778.070-7

Artículo N° 06
COBERTURAS:

VIDA: Esta póliza cubre el riesgo de muerte natural o accidental de un asegurado, según lo señalado en el Artículo N° 3 de las Condiciones Generales. POL220130678 Seguro Desgravamen Colectivo.

La Compañía Aseguradora pagará el capital asegurado al Contratante inmediatamente después de acreditarse el fallecimiento del deudor. Se entenderá por capital asegurado, el Saldo Insoluto del crédito que se identifique para la operación correspondiente, al último día del mes inmediatamente anterior a la fecha de fallecimiento del deudor, suponiendo un servicio regular de la deuda. El servicio regular de la deuda contempla entre uno y tres meses de gracia al inicio del crédito.

En esta cobertura se cubre el suicidio desde el inicio de vigencia del seguro.

ITP 2/3: Esta póliza cubre el riesgo de invalidez total y permanente 2/3 de un asegurado, según lo señalado en el Artículo N° 2 de las Condiciones Generales. CAD220131429 Invalidez Total y Permanente 2/3.

La Compañía Aseguradora pagará el capital cubierto al asegurado inmediatamente después de acreditarse la Invalidez 2/3 de carácter permanente del deudor. Se entenderá por capital asegurado, el Saldo Insoluto del crédito que se identifique para la operación correspondiente, al último día del mes inmediatamente anterior a la fecha de Invalidez del deudor, suponiendo un servicio regular de la deuda. El servicio regular de la deuda contempla entre uno y tres meses de gracia al inicio del crédito.

Preexistencia: Esta póliza no cubre los siniestros que sean a consecuencia de accidentes o enfermedades diagnosticadas con anterioridad a la fecha de otorgamiento del crédito.

La póliza colectiva de desgravamen asociada a créditos hipotecarios no contempla deducibles ni carencias.

Para la Cobertura de Fallecimiento, las exclusiones serán aplicadas las causales establecidas en el artículo sexto de POL220130678 de Seguro Desgravamen Hipotecario de CMF.

Para la Cobertura de Invalidez Total y Permanente 2/3, las exclusiones serán aplicadas las causales establecidas en el artículo cuarto de CAD220131429 de Seguro Invalidez Total y Permanente 2/3 de CMF.

Artículo N° 07

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

El capital asegurado corresponde al saldo insoluto del crédito, para el Seguro de Desgravamen y la Incapacidad Total y Permanente 2/3, calculado al último día del mes inmediatamente anterior al del fallecimiento del asegurado o al dictamen de invalidez.

Adicionalmente se considera 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 o a la fecha de la declaración de invalidez total y permanente 2/3 del deudor

Artículo N° 08

TASA:

Las tasas por % (por cien) serán mensuales y se calculará la prima en función del saldo insoluto, de acuerdo a la siguiente tabla:

Coberturas	Tasa Neta %	Iva	Tasa Bruta %
Desgravamen	0,0081%	0,0000%	0,0081%
Invalidez Total y Permanente 2/3	0,0008%	0,0001%	0,0009%
Total	0,0089%	0,0001%	0,0090%

Artículo N° 09

PRIMA:

La prima de este seguro resulta de multiplicar el saldo insoluto del crédito, definido para cada asegurado y cobertura, por la tasa expresada en tanto por ciento.

La recaudación de las primas será por parte del Contratante sin costo alguno para la Compañía.

La prima deberá ser pagada mensualmente por el deudor hipotecario por meses vencidos, a más tardar el décimo día hábil del mes calendario inmediatamente siguiente a aquél en que ella se devengó.

Para el pago de la prima se concede al deudor asegurado un plazo de gracia de 30 días, el cual será contado a partir del primer día del mes de cobertura no pagado.

Artículo N° 10

REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD:

Límites de Edad

Cobertura	Edad Mínima	Edad máxima ingreso	Edad máxima Permanencia
Fallecimiento E Invalidez Total y Permanente 2/3	18 años	64años y 364 días	79 años y 364 días

Tabla de Requisitos de Asegurabilidad

Rango Capital	18 a 40 años
hasta UF 1.000	Sin DPS / Solicitud de incorporación
UF 1.001 a UF 5.000	DPS
UF 5.001 a UF 10.000	DPS+CEM+EO
UF 10.001 a UF 25.000	DPS + EM+EO+ES(B)
Mayor a UF 25.000	Facultativo

Rango Capital	41 a 64 años
hasta UF 1.000	DPS
UF 1.001 a UF 4.000	DPS
UF 4.001 a UF 8.000	DPS+CEM+EO
UF 8.001 a UF 20.000	DPS + EM+EO+ES(B)
Mayor a UF 20.000	Facultativo

CEM: Cuestionario Medico.

EM: Examen médico (RX tórax y electrocardiograma)

EO: Examen Orina Completa

ES(B): Examen de Sangre tipo B (*)

(*) ES(B): Exámenes de Sangre (Glicemia + Colesterol total + Colesterol HDL + GPT (Transaminasa Glutámico Piruvica) + GGT (Gamma Glutamyl Transpeptidasa) + Fosfatasas + HIV (Human inmunodeficiencia virus) + Triglicéridos + Creatinina + Hemoglobina Glicosilada)

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

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

Artículo N° 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 POL220130678 Seguro Colectivo Desgravamen de la C.M.F.

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

- Certificado de defunción original o fotocopia legalizada ante notario.
- Fotocopia de la Cédula de Identidad
- Certificado de deuda y su desarrollo, emitido por el contratante
- Parte Policial en caso de muerte accidental

Se considerará siniestro por **Incapacidad Total y Permanente 2/3** cuando al asegurado se le determine la Invalidez otorgada por el COMPIN o por las Comisiones Médicas Regionales o Comisión Médica Central de la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones.

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

- Certificado Médico con historial de la enfermedad con timbre del centro hospitalario, que indique a lo menos el diagnóstico y la fecha en que se le diagnosticó la enfermedad o accidente que le causó la invalidez
- Dictamen de Invalidez, en caso de Incapacidad 2/3 otorgado por el COMPIN o la Comisión Médica regulada por el DL 3500. A falta de este, la invalidez se registrará de acuerdo a las condiciones establecidas en el artículo N° 7 de las Condiciones Generales; en este caso deberá presentar originales de todos los exámenes médicos realizados. En cualquier caso, el dictamen del COMPIN o Comisión Médica prima ante cualquier evaluación para determinar la invalidez
- Fotocopia de la Cédula de Identidad
- Certificado de deuda y su desarrollo, emitido por el contratante

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 10 (diez) días hábiles siguientes, después de haber recibido, a su entera satisfacción, los antecedentes requeridos, en las oficinas del asegurador.

Artículo N° 12

VIGENCIA:

El presente contrato regirá a partir de las 00:00 horas del 1 enero de 2021 y durará hasta las 24:00 horas del 31 de diciembre de 2022.

La cobertura individual de cada asegurado entrará a regir en la fecha de firma de la escritura pública de mutuo o préstamo hipotecario por parte del deudor, y se mantendrá hasta el vencimiento de la póliza colectiva.

Artículo N° 13

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 al día de pago efectivo de cada obligación.

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 e Invalidez Total y Permanente 2/3 que la CMF aprobará en el registro bajo el código:

POL220130678 Seguro Colectivo Desgravamen
CAD220131429 Invalidez Total y Permanente 2/3

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 9:00 a 18:00 horas, viernes de 9:00 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 ATENCION DE CLIENTES Y PRESENTACION 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, beneficiario 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, esta 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 en su 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.

BANCHILE
Seguros de Vida S.A.



Asegurador

PENTA HIPOTECARIO ADMINISTRADORA
MUTUOS HIPOTECARIOS SA

Contratante

Fecha de emisión: 23 de diciembre de 2020.

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.