



**SOLICITUD DE INCORPORACIÓN  
SEGURO DESGRAVAMEN COLECTIVO CREDITOS HIPOTECARIOS**

Fecha Solicitud	/ /
-----------------	-----

**DATOS CONTRATANTE**

Nombre: Administradora de Mutuos Hipotecarios MyV S.A.		Rut: 76.090.605-0	
Domicilio: Padre Mariano N° 82, Piso 06, Oficina, 601		Comuna: Providencia	Región: Metropolitana
Nombre Ejecutivo:	Rut:	Oficina	Fono

**ASEGURADO**

Nombre Completo (apellidos paterno, materno y nombres)			Rut
Tipo de Deudor (Titular, Codeudor, Aval )			% Participación
Dirección Particular			Comuna/ Ciudad
Teléfono	Celular	Correo Electrónico	
Fecha Nacimiento / /	Sexo M __ F__	Estado Civil : Casado __ Soltero __ Viudo __	Profesión/actividad

**BENEFICIARIO**

Nombre: <b>ADMINISTRADORA DE MUTUOS HIPOTECARIOS MYV S.A., o el Acreedor del Mutuo o su Cesionario, hasta la suma de su interés asegurable.</b>	Rut: 76.090.605-0
---	-------------------

**COBERTURAS Y PRIMA**

Cobertura <b>Fallecimiento Invalidez total y Permanente 2/3</b>	Depósito CMF POL 220130678 CAD 220131429	Tasa Coberturas 0,006080%	Monto del Crédito UF
Tipo de Operación Nuevo____ Refinanciamiento____		N° de Operación	
Total Prima	Plazo en Meses	N° de Avaes	

**Cálculo de la Prima:** La prima se expresará en UF, es mensual y se calcula multiplicando el saldo insoluto de la deuda por la tasa de la cobertura (0,006080%).

**MANDATO A ADMINISTRADORA DE MUTUOS HIPOTECARIOS MYV S.A.**

1. Faculto expresamente a ADMINISTRADORA DE MUTUOS HIPOTECARIOS MYV S.A., para incluir en el dividendo mensual el valor de la(s) prima(s) del (los) seguro(s) contratado(s), incluyendo aquella(s) que hubiere(n) sido contratada(s) para el(los) codeudor(es) y/o aval(es) del crédito.
2. Autorizo a ADMINISTRADORA DE MUTUOS HIPOTECARIOS MYV S.A., para remitir a la Compañía de Seguros y a los intermediarios que intervengan, con las que se contrate o intermedie el seguro y sus renovaciones, si éstas procedieren, la información pertinente a los montos de los créditos, sus condiciones, estados de servicios de las deudas o saldos insolutos adeudados y demás que fuere menester para dichas operaciones, según lo solicitare dicha Compañía.

**PROPUESTA Y SOLICITUD DE INCORPORACIÓN AL SEGURO DE DESGRAVAMEN**

1. Por medio del presente documento, solicito (solicitamos):

- a) A Administradora de Mutuos Hipotecarios MyV S.A. contrate a mí (nuestro) nombre el seguro de Desgravamen, de acuerdo a las condiciones generales y particulares de la póliza colectiva emitida por la Compañía de Seguros y por el valor de la prima indicada en el presente documento. Asimismo, declaro (declaramos) que estoy (estamos) en conocimiento de mi (nuestro) derecho a decidir sobre la contratación de la cobertura detallada en la presente Solicitud de Incorporación y a la libre elección del intermediario y la Compañía Aseguradora. En caso de contratar en forma individual la póliza requerida, ésta deberá cumplir los requisitos exigidos por entidad crediticia;
- b) A la Compañía Aseguradora, el aseguramiento de los riesgos especificados en este instrumento.

2. He (hemos) sido informado(s) que el valor de la prima indicada en el presente documento, puede experimentar variaciones con motivo de la renovación periódica de la(s) póliza(s) colectiva(s).

**Condiciones de la Póliza Seguro Desgravamen****a) Información sobre Compañía Aseguradora**

- 4 Life Seguros de Vida S.A.
- Clasificación de Riesgo: Feller-Rate: Clasificación AA-, e I.C.R.: Clasificación AA-, correspondiente a febrero 2023 y puede sufrir modificaciones, para lo cual se recomienda confirmar dicha información en [www.aach.cl](http://www.aach.cl)
- 4 Life Seguros de Vida S.A. y Administradora de Mutuos Hipotecarios MyV S.A. mantienen una relación comercial, sin vínculo de participación ni propiedad.

**b) Condiciones de la póliza****Cobertura:**

**Fallecimiento:** POL 220130678. En caso de fallecimiento por muerte natural o accidental la Compañía Aseguradora pagará el monto asegurado a la fecha del fallecimiento del Asegurado, de acuerdo a lo indicado en la POL 220130678 y sus exclusiones.

**Invalidez total y Permanente 2/3:** CAD 220131429. En caso de Invalidez Total y Permanente 2/3 por causa natural o accidental la Compañía Aseguradora pagará el monto asegurado a la fecha de la declaración de la invalidez, de acuerdo a lo indicado en el CAD 220131429 y sus exclusiones.

**Monto Asegurado:** El seguro cubre el saldo insoluto del Crédito, a la fecha del fallecimiento o de la declaración de la Invalidez Total y Permanente 2/3 del asegurado o la proporción de éste que corresponda en caso de existir más de un deudor, determinado sobre la base de un servicio regular de la deuda, considerando hasta dos dividendos en mora, incluidos intereses y gastos asociados a la morosidad.

**Asegurados:** Las personas que mantienen vigente una operación de crédito o contrato de mutuo hipotecario en calidad de deudores, avales o mutuarios, Administradora de Mutuos Hipotecarios MyV S.A. por la adquisición de bienes de uso habitacional o de prestación de servicios profesionales, que sea administrado por Administradora de Mutuos Hipotecarios MyV S.A.

**Requisitos de asegurabilidad:**

Las edades mínimas y máximas de ingreso y permanencia en la póliza, serán las siguientes:

Cobertura	Edad Mínima de Ingreso	Edad Máxima de Ingreso	Edad Máxima de Permanencia
Fallecimiento	18 años.	65 años	79 años
Invalidez Total Permanente 2/3	18 años.	65 años	79 años

La edad de ingreso más el plazo del crédito no podrá superar la edad máxima de permanencia.

**Nota:** En el caso que se pacte una reprogramación la cual exceda la edad máxima de permanencia en la póliza, el Asegurado quedará sin cobertura por todo el plazo que exceda dicha edad.

#### Declaración Personal de Salud y otros requerimientos de evaluación

Se aplican los siguientes requerimientos para la evaluación por parte de la compañía de Seguros:

Capital UF	Hasta 40 años	De 41 a 50 años	Desde los 51 años
0,001 a 2.000	A	A	A
2.001 a 3.000	A	A + B	A + B + E
3.001 a 5.000	A + C	A + C	A + C + E
> a 5.000	A + D	A + D	A + D + E

A: Solicitud de Incorporación + Declaración Personal de Salud

B: Perfil Bioquímico + Test Urinario Completo + Perfil Lipídico.

C: Examen Médico + Perfil Bioquímico + Test Urinario Completo + Perfil Lipídico.

D: Examen Médico + Perfil Bioquímico + Test Urinario Completo + Perfil Lipídico + ECG.

E: Antígeno Prostático.

Para los efectos de los requisitos de asegurabilidad estos operan respecto de la suma del total de créditos que mantenga el cliente con Administradora de Mutuos Hipotecarios MyV S.A.

**Evaluación de Requisitos de Asegurabilidad:** En caso que en la Solicitud de Incorporación y/o en la Declaración Personal de Salud de los asegurables se informe alguna lesión, situación y/o enfermedad o dolencia preexistente o el ejercicio de una actividad laboral o deportiva riesgosa, la Compañía evaluará tal Declaración, emitiendo posteriormente un documento en el cual explicitará si acepta o rechaza el aseguramiento del proponente. En caso de aceptación del asegurable, se le entregará un Certificado de Cobertura que detallará las condiciones bajo las cuales aceptó el riesgo y las restricciones o limitaciones especiales de cobertura para el Asegurado, si las hubiere.

#### **Vigencia de la Cobertura Individual y causales de término:**

La cobertura individual de cada asegurado regirá desde la fecha de incorporación en la nómina de asegurados. Para todos los efectos se entenderá que la fecha de incorporación a la nómina de asegurados será la fecha de la firma del deudor, de la respectiva escritura de crédito hipotecario, y se mantendrá hasta el 31 de octubre de 2025, sin perjuicio de lo señalado en el artículo 14 del POL 2 2013 0678. El asegurado podrá poner fin a su cobertura individual bajo esta póliza colectiva en cualquier momento durante la vigencia de dicha póliza, siempre que cumpla con lo dispuesto en el Capítulo II de la NCG CMF N° 469.

Serán causales de término anticipado del seguro: a) Cuando el asegurado deje de ser deudor del acreedor hipotecario; b) De ocurrir el fallecimiento del asegurado por algunas de las causales de exclusión aplicables a la cobertura respectiva; c) Que el asegurado exceda el límite de edad establecido en los requisitos de asegurabilidad; d) cuando el asegurado omite o falsea información sustancial y relevante en su Solicitud de Ingreso, y demás declaraciones de salud y antecedentes solicitados por la Compañía; e) el no pago de la prima; f) cuando el deudor asegurado presente una póliza contratada en forma directa e individual en conformidad al artículo 40 del D.F.L. N° 251 de 1931 y ésta sea aceptada por ADMINISTRADORA DE MUTUOS HIPOTECARIOS MYV S.A.; g) en caso que la moneda de la póliza deje de existir y el contratante no aceptare la nueva unidad propuesta por la compañía aseguradora.

**Vigencia de la póliza:** El presente contrato tendrá una vigencia de 24 meses a contar de las 00:00 horas del 1 de noviembre de 2023 y hasta las 24:00 horas del 31 de octubre 2025.

**Exclusiones: Desgravamen:** 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 5º, 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 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.

**Exclusiones: Invalidez Total y Permanente 2/3:** 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 3°, letra h) del CAD220131429. 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.

## DECLARACION DE ACTIVIDAD LABORAL Y/O DEPORTIVA

### 1. Declaración de Deportes y Actividades de Riesgo:

Declaro estar en conocimiento acerca de que, en conformidad con la normativa legal vigente y con lo establecido en las Condiciones Generales de la Póliza que rige la cobertura, es mi deber declarar sinceramente todas aquellas circunstancias relativas a mi actividad deportiva o hobbies en el pasado y actual que puedan afectar el riesgo que asumirá la Compañía y que pueden constituir una exclusión de cobertura. Declaro que no practico ninguna de las actividades que se detallan a continuación

Buceo, Inmersión libre, Carreras de lanchas a motor, Carreras de motos acuáticas, Moto acuáticas, Automovilismo, Esquí extremo, Heliski, Esquí fuera de pista, Escalada o rapel, Canyonig o barranquismo, Montañismo, Alas delta o parapente, Aviación civil, Aviación deportiva, Benji, Puenting, Paracaidismo, Motociclismo, Uso de moto, Integrante de equipo de socorro, Salvavidas, Patrulla de ski, Piloto de aviación no comercial, Piloto de aviación comercial de vuelos no regulares, Bombero de incendio, Bombero forestal, Camarógrafo en sitios peligrosos, Conductor de cargas peligrosas y/o de vehículos de emergencia, Espeleólogo, Gendarme, Guardia, Instalador de antenas y telecomunicaciones en altura, Mecánico de minería, Pasajeros de aviación no comercial, Pasajeros de aviación comercial de vuelos no regulares, Periodista o corresponsal en sitios de conflictos, Personal de Fuerzas Armadas y de Orden, Personal Policía de Investigaciones, Trabajos en la minería, Trabajos con explosivos, Trabajos con manipulación de electricidad, Trabajos con maquinaria pesada, Trabajos en altura, Trabajos en barcos de pesca artesanal, Tripulante barco cisterna, Tripulante barco pesquero, Transporte de material peligroso, salvo que sean declarados en la solicitud de seguro o durante su vigencia y aceptados expresamente por la Compañía de Seguros.

Tipo de Deudor: (Titular, Codeudor, Aval): \_\_\_\_\_

En caso de padecer o haber padecido alguna de las enfermedades señaladas en el N°1 precedente y/o realizar alguna actividad o deporte de riesgo indicada en el N°2 precedente, declaro sinceramente que ella(o) correspondió(e) a:

Declaración de Deportes o Actividades de Riesgo	
--	--

\_\_\_\_\_  
Firma

\* En caso de no declarar actividad o deporte de riesgo, inutilizar espacio en blanco

## DENUNCIO Y LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS

En caso de siniestro, el interesado deberá presentar al menos los siguientes documentos:

### Desgravamen

- 1.- Formulario de denuncia de Siniestro Seguro Desgravamen.
- 2.- Certificado original o electrónico de defunción del asegurado, emitido por el Registro Civil, con causa de fallecimiento.
3. Fotocopia de la cédula de identidad del asegurado por ambos lados.
- 4.- Certificado o detalle de la deuda, a la fecha del fallecimiento emitido por el contratante.
- 5.- Parte policial en caso de fallecimiento accidental.
- 6.- Cualquier otra información que la Compañía requiera para evaluar el siniestro.

### Invalidez Total y Permanente 2/3

- 1.- Formulario de denuncia de Siniestro Seguro Desgravamen.
- 2.- Fotocopia de la cédula de identidad del asegurado por ambos lados.
- 3.- Todos los antecedentes médicos como exámenes, radiografías, informes, etc., que la compañía requiera para evaluar el siniestro.
- 4.- Resolución del COMPIN o dictamen ejecutoriado de la Comisión Médica Regional que otorgó originalmente la Invalidez 2/3.
- 5.- Certificado o detalle de la deuda, a la fecha de la declaración de la Invalidez.
- 6.- En caso de desmembramientos por accidentes, informe del tipo de accidente y las circunstancias en que sucedió, parte policial (si corresponde), certificado de atención en los servicios de urgencia (si corresponde) y cualquier elemento probatorio del accidente.

La compañía se reserva el derecho de solicitar mayores antecedentes cuando estime necesario y conveniente para que el resultado de la evaluación que haga del siniestro, se ajuste a lo establecido en la Póliza.

## INTERMEDIARIO

1. La presente póliza no contempla la intermediación de un Corredor de Seguros.
2. Administradora de Mutuos Hipotecarios MyV S.A. mantiene sólo una relación comercial sin vínculo de participación ni propiedad con 4 Life Seguros de Vida S.A.
3. Autorizo (autorizamos) expresamente a 4 Life Seguros de Vida S.A. para que, en caso de siniestro, requiera de información de cualquier persona que en el pasado me haya asistido o atendido por causa de alguna dolencia. Por lo señalado, libero a los médicos, clínicas y hospitales de cualquier obligación de reserva sobre antecedentes de mi salud. Adicionalmente, autorizo a 4 Life Seguros de Vida S.A. a informar mis antecedentes médicos que fundamenten el rechazo u otra decisión de la Compañía respecto de la cobertura solicitada.
4. **Este es un resumen de las coberturas y características del seguro.** El detalle lo encontrará en las Condiciones Particulares y Generales de la Póliza antes mencionada, disponible en las oficinas del Intermediario.
5. **El presente contrato no cuenta con el Sello Sernac.**
6. **Para cumplir con los objetivos tenidos en cuenta por las partes para la ejecución de lo convenido en el presente instrumento,** se han otorgado diversos mandatos a la entidad crediticia, con las finalidades indicadas en cada uno de ellos. La obligación de la entidad crediticia de rendir cuenta de dichos mandatos se entenderá cumplida informando por escrito al mandante de los actos suscritos en su representación y enviándole copia de los instrumentos respectivos, si es el caso, al domicilio o mediante el medio tecnológico que hubiere señalado a la entidad crediticia. Si los servicios son de ejecución continua, la información señalada será enviada una vez al año.

## NOTAS

- **El proponente ha tomado conocimiento del derecho a decidir sobre la contratación de los seguros y a la libre elección del intermediario y compañía aseguradora.**
- **Con la emisión de la presente propuesta, no se obtiene cobertura al riesgo que se procura asegurar. La cobertura comienza a regir únicamente a partir del momento que esta propuesta sea aceptada por el asegurador y se inicie la vigencia de la póliza, circular Nro.1390 CMF** Si uno o más deudores o avales y/o codeudores no cumplieran con los requisitos de asegurabilidad la compañía no suscribirá el seguro bajo ninguna circunstancia.
- La compañía que suscribe el riesgo es 4 Life Seguros de Vida S.A. Rut 76.418.751-2, bajo la póliza colectiva N° DV00136.
- Autorizo a 4 Life Seguros de Vida S.A. para que la póliza de seguro y el certificado de cobertura relacionados con el presente seguro, sean enviados a la dirección de correo electrónico indicada en la presente propuesta.

## IMPORTANTE

**Usted está solicitando su incorporación como asegurado a una póliza o contrato de seguros colectivos cuyas condiciones han sido convenidas por ADMINISTRADORA DE MUTUOS HIPOTECARIOS MYV S.A. directamente con la Compañía de Seguros.**

He leído y conozco íntegramente el contenido de la Propuesta, cuya copia recibo en el mismo acto. Dejo constancia que he obtenido de MyV o su empresa asesora externa, asesoría respecto a la naturaleza y alcance de la mencionada cobertura y toda la información necesaria para ilustrar mi decisión de contratar la presente póliza voluntaria.

Con fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ suscriben la presente solicitud.

\_\_\_\_\_  
p.p. 4 Life Seguros de Vida S.A.

RUT N° 76.418.751-2

\_\_\_\_\_  
**Firma Asegurado**

Rut

## **ANEXO**

### **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 en 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 1º, Santiago, o a través del sitio web [www.cmfchile.cl](http://www.cmfchile.cl)