



Autorizo a ADMINISTRADORA DE MUTUOS HIPOTECARIOS MYV S.A. a cotizar y contratar, a mi nombre y cargo, el seguro de incapacidad temporal asociado a mi crédito hipotecario, con las compañías con las cuales la mutuaría mantenga convenios vigentes y que cumplieren con los requisitos de cobertura establecidos por ADMINISTRADORA DE MUTUOS HIPOTECARIOS MYV S.A. de conformidad a lo establecido en el artículo 8° de la Ley 20.448. Declaro conocer y aceptar que dicha contratación es obligatoria en el caso de operaciones con subsidio habitacional (DS N°01, V. y U., de 2011 y D.S. N°19, V. y U., de 2016).

Adicionalmente, en consideración de lo anterior, y a la vigencia anual de los seguros referidos, en este acto otorgo mandato expreso a ADMINISTRADORA DE MUTUOS HIPOTECARIOS MYV S.A. para que ésta solicite en mi nombre y a mi cargo la renovación periódica de los seguros mencionados, durante todo el periodo de vigencia del crédito, estando la Compañía autorizada para cargar las citadas primas en el dividendo de cobro mensual. Se deja constancia que el mandato anterior sólo se entenderá otorgado para el caso que yo no hubiere contratado las renovaciones de dichos seguros por mi cuenta con las compañías que cumplan los requisitos indicados en el párrafo anterior.

No obstante, declaro estar en conocimiento de mi derecho a contratar los seguros en una compañía de mi elección o a través de cualquier corredor de seguros del país, conforme las características de las pólizas definidas por ADMINISTRADORA DE MUTUOS HIPOTECARIOS MYV S.A., y en los términos previstos en el artículo 8° de la Ley N° 20.448.

NOMBRES Y APELLIDOS

CÉDULA DE IDENTIDAD

FIRMA

FECHA