

Fecha de solicitud de incorporación (*)

Solicitud de Incorporación Seguro de Desgravamen e Invalidez 2/3

Póliza N°1831

* Todos los campos marcados con asterisco son obligatorios

I. Datos del contratante

Nombre empresa contratante	RUT
Administradora de Mutuos Hipotecarios M y V S.A.	76.090.605-0

II. Datos del corredor

Nombre del corredor	RUT
Volvek Corredores de Seguros S.A	76.726.150-0

III. Datos del asegurable titular

Nombre completo	RUT

Dirección/Comuna/País	Nacionalidad

Teléfono / Celular	Fecha de nacimiento	Correo electrónico

Sexo	Estado civil			
Femenino Masculino	Soltero	Casado	Viudo	Divorciado

Tipo de deudor (titular, codeudor, aval)	% participación	Profesión/Oficio/Actividad desarrollada

IV. Beneficiario

Nombre empresa contratante	RUT
Administradora de Mutuos Hipotecarios M y V S.A.	76.090.605-0

V. Coberturas

Cobertura	Depósito CMF	Tasa cobertura	Monto del crédito	Plazo del crédito (meses)
Fallecimiento	Pol220130678	0,007085%	UF	
Invalidez permanente y definitiva 2/3	Cad220131429			

VI. Declaración personal de salud del asegurado

1. ¿Usted tiene conocimiento de padecer, estar en proceso de diagnóstico mediante exámenes o consulta médica, haber sido diagnosticado, haber tenido o haber sido informado de la necesidad de tratamiento, o ha sido sometido a tratamiento, o tienen algún proceso en trámite o pendiente, por alguna de las siguientes enfermedades, dolencias, o situaciones que puedan afectar la salud:

Sí

No

Cáncer o Tumores de cualquier naturaleza con Biopsia Positiva o cualquier patología oncológica (No deben considerarse casos donde hayan transcurrido 5 años desde la finalización del tratamiento radical sin recaída posterior) Enfermedades cardiacas, cardiovasculares, arritmia, hipertensión arterial, diabetes, obesidad, enfermedades renales agudas y crónicas, digestivas y gastrointestinales, colon, trastorno hepático, daño hepático crónico, hepatitis derivada de cualquier origen, enfermedades y trastornos al páncreas, trastorno degenerativo a la columna vertebral, hernia núcleo pulposa, enfermedades del tiroides, enfermedades del sistema nervioso central y periférico, incluyendo los trastornos mentales y psiquiátricos, bronco pulmonares, osteomusculares, auto inmune y genitourinarias, alcoholismo, cirrosis, drogadicción, sida, deformidad, cojera o amputación, problemas a la visión y audición.

Si la respuesta es Sí, especificar tipo de enfermedad, su fecha de diagnóstico y su fecha de término de tratamiento. Diagnóstico:

2.

Fecha de diagnóstico	Fecha de término de tratamiento

(*) **Importante:** Si usted ha tenido un cáncer o tumores de cualquier naturaleza con Biopsia Positiva o cualquier patología oncológica, del cual ha sido dado de alta y han transcurrido 5 años desde la finalización del tratamiento radical sin recaída posterior, a la fecha de la presente declaración, no deberá considerarlo para esta pregunta.

3.

Nombre de la empresa	Actividad desarrollada y en detalle de estas funciones

4. En su actividad laboral u otras actividades, tiene contacto o maneja explosivos, sustancias o equipos con elementos radioactivos, ácidos, elementos de mediana o alta tensión eléctrica, petróleo, pesticidas, insecticidas u otras sustancias químicas:

Sí

No

5. Realiza o participa en una actividad o deporte riesgoso, considerándose como tales aquellos que constituyan una flagrante agravación del riesgo o se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos, tales como, el manejo de explosivos, minería subterránea, trabajos en altura, trabajos en líneas de alta tensión, inmersión submarina, piloto civil, paracaidismo, andinismo, montañismo, alas delta, benji, parapente, carreras de auto y moto, bomberos, brigadistas, entre otros similares.

Sí

No

Si la respuesta es Sí, Especifique:

¿Como aficionado?

¿Como profesional?

(*) Si en el futuro comienza a realizar estas y otras actividades o deportes que puedan ser riesgosos, deberá informar de ello por escrito a esta compañía, a que evaluará la aceptación de dicho riesgo.

Si en el futuro comienza a realizar estas y otras actividades o deportes que puedan ser riesgosos, deberá informar de ello por escrito a esta compañía, a que evaluará la aceptación de dicho riesgo.

6.

Peso	Estatura
kgs.	cms.

7. ¿Fumas?

Sí

No

¿Cuántos cigarrillos al día?

8. ¿Ha estado o se ha sometido a intervenciones quirúrgicas o tiene indicada alguna, o ha estado hospitalizado?

Sí

No

Si la respuesta es Sí, indicar tipo de cirugía, fecha y médico tratante:

9. ¿Hace uso habitual o permanente de drogas o medicamentos tales como tranquilizantes u otros? Si la respuesta es sí, indicar tipo de cirugía, fecha y médico tratante:

Sí

No

10. ¿Se le ha declarado alguna incapacidad y/o está usted en proceso de estudio de una incapacidad para solicitarla u obtener su declaración médica?

Sí

No

¿Cuál?

Entiendo y concuerdo que ninguno de los beneficios de este seguro operará si la causa del fallecimiento o diagnóstico de la enfermedad fuese preexistente a la fecha de la suscripción de esta propuesta. Asimismo, autorizo a Chubb Seguros de Vida Chile S.A., a solicitar a cualquier médico, hospital, clínica u otra institución, información sobre mi estado de salud. Finalmente declaro, que no he sido rechazado por alguna compañía aseguradora de vida durante los últimos 24 meses.

Declaro asimismo que acepto y que estoy en conocimiento que en caso de que el siniestro se produzca por algunas de las enfermedades indicadas en esta solicitud, así como aquellas que especialmente he declarado, la Compañía no estará obligada a pagarlo.

Firma cliente (*)	Fecha declaración (*)

VII. Declaraciones, autorizaciones y consentimientos

Declaro mi conformidad a la presente Declaración Personal de Salud, la cual he entendido y contestado en forma completa, veraz y sin reticencias en mi nombre y en el de mis adicionales, entendiéndolo que forma parte del contrato de seguro y es esencial para su validez, por lo que cualquier declaración falsa, errónea o mera reticencia o inexactitud en cuanto a las respuestas que he entregado, puede implicar la nulidad del contrato de seguro y facultará a Chubb para rescindir o poner término al contrato o bien, rechazar el pago de la indemnización (Art. N° 525 del Código de Comercio).

Por este acto y en conformidad a lo dispuesto en la Ley N° 19.628 sobre protección a la vida privada, autorizo expresamente a Chubb Seguros de Vida Chile S.A. para que haga tratamiento, almacene y transmita mis datos personales y la información que le he proporcionado, a su matriz, filiales, sociedades coligadas, empresas relacionadas, sociedades del Grupo Empresarial al que pertenece y terceros prestadores de servicios, estén ubicados dentro o fuera de Chile, con el propósito que i) me contacten y pongan a mi disposición información y ofertas de sus productos y servicios; ii) procedan al almacenamiento y tratamiento de mis datos e información personal para el cumplimiento de este Contrato de Seguro; y iii) hagan efectivos los convenios que pudieren estar asociados al seguro que he contratado.

Asimismo, autorizo a que cualquier información o notificación que deba efectuar Chubb en virtud del presente contrato de seguros sea realizada a través de correo electrónico o por cualquier otro medio de comunicación fehaciente.

Características del seguro

Cobertura de fallecimiento (Pol220130678)

El riesgo asumido por la compañía aseguradora es el fallecimiento de los deudores del contratante, que tengan la calidad de asegurados, y en ese caso pagará una indemnización conforme a lo que se señala a continuación. De acuerdo a lo anterior, la indemnización que deberá pagar la compañía aseguradora por el fallecimiento de un asegurado corresponderá al capital asegurado, y será pagado por la compañía aseguradora al beneficiario de esta póliza, inmediatamente después de haberse comprobado por ésta que el fallecimiento del asegurado ocurrió durante la vigencia de la cobertura para dicho asegurado, y que no se produjo bajo algunas de las exclusiones señaladas en el artículo 6° de la póliza. Si el asegurado sobrevive a la fecha de vencimiento de la póliza o cobertura otorgada por esta póliza, no habrá derecho a indemnización alguna.

Exclusiones POL220130678

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 5°, 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 oportunistica, 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 Oportunistica incluye, pero no debe limitarse a Neumonía causada por PneumocystisCarinii, 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 para este caso.

Aviso de Aplicabilidad de las normas de sanciones de los EE. UU.

Chubb es una subsidiaria de una compañía estadounidense. Como resultado, Chubb Seguros Chile S.A. está sujeta a ciertas leyes y regulaciones de los EE. UU. [además de las restricciones de sanciones nacionales, de la Unión Europea y de la Organización de Naciones Unidas] que pueden prohibirle proporcionar cobertura o pagar reclamaciones de siniestros a ciertas personas o entidades o asegurar ciertos tipos de actividades relacionadas con ciertos países como Irán, Siria, Corea del Norte, Región de Crimea y Cuba.

Cobertura de Invalidez Total y Permanente 2/3 (Cad220131429)

El riesgo asumido por la compañía aseguradora es la invalidez total y permanente 2/3 de los deudores del contratante, que tengan la calidad de asegurados, y en ese caso pagará una indemnización conforme a lo que se señala a continuación. De acuerdo a lo anterior, la indemnización que deberá pagar la compañía aseguradora por la invalidez total y permanente 2/3 que se entiende por la pérdida irreversible y definitiva, a consecuencia de enfermedad, accidente o debilitamiento de sus fuerzas físicas o intelectuales, de a lo menos dos tercios (2/3) de la capacidad de trabajo, evaluado conforme a las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones", regulado por el D.L. N° 3.500 de 1980. En todo caso, para efectos de esta cláusula adicional, siempre se considerará como invalidez permanente y definitiva dos tercios los siguientes casos:

La pérdida total de:

- la visión de ambos ojos, o
- ambos brazos, o- ambas manos, o
- ambas piernas, o
- ambos pies, o- una mano y un pie.

Accidente: Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles, y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes.

Se considera como accidente las consecuencias que puedan resultar al tratar de salvar vidas humanas. No se consideran como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el asegurado.

Pérdida Total: La separación completa y en forma definitiva y permanente de un miembro u órgano respecto del organismo al cual pertenece, o también su pérdida funcional absoluta.

Pérdida Funcional Absoluta: La ausencia definitiva, total y permanente de toda capacidad de funciones o fisiología del o los órganos o miembros comprendidos, sin implicar su eliminación del organismo al cual pertenece.

Miembro: Largos apéndices anexos al tronco destinados a ejecutar los grandes movimientos de la locomoción y prensión.

Órgano: Entidad anatómicamente independiente y siempre específica.

Exclusiones Cad220131429

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) anterior. 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.

Asimismo, se entiende que rigen para esta cláusula adicional las exclusiones establecidas en las condiciones generales del seguro principal de la póliza.

Requisitos de asegurabilidad

La edad mínima de ingreso es desde los 18 años.

Las edades límite de ingreso a las coberturas son:

Vida: 65 años y 364 días

Inv 2/3: 65 años y 364 días

Las coberturas cesarán cuando el asegurado cumpla las siguientes edades:

Vida : 79 años y 364 días

Inv 2/3: 79 años y 364 días

Tabla de Requisitos de asegurabilidad

Capital UF	Hasta 40 años	De 41 a 50 años	De 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.

Aviso de siniestros e información solicitada

En caso de siniestro usted puede dar aviso en las oficinas de Administradora de Mutuos Hipotecarios M y V S.A. completando el formulario de “denuncio de siniestros” o en servicio de atención al asegurado **800 800 068**. En cada caso usted debe adjuntar los siguientes documentos:

- Formulario de denuncio de siniestros completo.

- Fotocopia cedula de identidad del siniestrado.

- Certificado de defunción con causa de muerte.

- Certificado de deuda y su desarrollo emitido por el contratante.

- En caso de fallecimiento: parte policial en caso de muerte accidental; certificado de defunción original o fotocopia autorizada indicando causa de muerte.

- En caso de siniestro invalidez permanente 2/3: certificado medico con historial de la enfermedad con timbre del centro hospitalario, que indique a lo menos el diagnostico y la fecha en que se le diagnostico la enfermedad o accidente que le causo la invalidez, dictamen de invalidez de la comisión médica AFP o COMPIN.

- En caso de Hospitalización: Certificado de egreso hospitalario, que certifique el número de días efectivos, continuos e ininterrumpidos que el asegurado estuvo hospitalizado y certificado de la institución financiera en el cual se indique el monto de la o las cuotas por concepto del crédito contratado por el asegurado que deberán ser pagadas por la compañía, de acuerdo con la tabla indicada en este documento.

- Otros antecedentes según lo solicite la aseguradora.

Plazo aviso siniestro

Fallecimiento: 4 años.

Invalidez Permanente 2/3: 180 días desde declarada.

Lo siguiente aplica para todas las coberturas:

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

• El plazo para dar aviso de un siniestro queda definido por el Art. 822 del 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 diez días hábiles formulará las observaciones o

solicitará antecedentes adicionales si corresponde.

- La indemnización se pagará dentro de los seis días hábiles siguientes de notificada la resolución de la compañía respecto de la procedencia del pago de la indemnización.

Vigencia de la cobertura individual

Para aquellas personas que no manifiesten condiciones adversas de salud y además cumplan con las condiciones de asegurabilidad establecidas, la cobertura entra en vigor desde la fecha de otorgamiento del crédito hipotecario. Para las personas que manifiesten condiciones adversas de salud y para los que requieran exámenes médicos o que no cumplan con las condiciones de asegurabilidad establecidas, la cobertura entra en vigor desde la fecha que sea aprobada por la compañía. Este seguro se encontrará vigente mientras se encuentre vigente el crédito hipotecario.

Contratante y beneficiario

El contratante y beneficiario es Administradora de Mutuos Hipotecarios M y V S.A. RUT: 76.090.605-0 ubicada en Matías Cousiño 92, piso 12, Santiago.

Interés asegurable

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

Póliza colectiva

Esta propuesta/certificado de cobertura forma parte integrante de la póliza matriz N°1801 emitida por Chubb Seguros de Vida Chile S.A. Las Condiciones Generales del seguro de desgravamen están depositadas en la CMF bajo el código POL220130678 y clausula adicional de invalidez permanente 2/3 Cad220131429.

Intermediario

Volvek Corredores De Seguros S.A. Rut. 76.726.150-0

Diversificación de la Cartera

Se informa al asegurado que en cumplimiento de la Norma de Carácter General N°50 y sus modificaciones, emanada de la Comisión para el Mercado Financiero, la información sobre la diversificación de riesgos y de las garantías que se han constituido con entidades aseguradoras, se encuentran en www.bresciacorredores.cl.

Sello Sernac

Este documento no cuenta con sello Sernac, conforme al artículo 55 de la ley N°19.496.

Servicio de atención al cliente

En caso de consultas o reclamos, el asegurado podrá comunicarse al teléfono de Atención al Cliente de Chubb Seguros Chile al **600 843 2000** o escribiendo al correo electrónico asegurado.chile@chubb.com, en el siguiente horario de atención: lunes a jueves de 9:00 a 17:45 horas y viernes de 9:00 a 15:30 horas.

Nota 1: se incluye anexo relativo a procedimiento de liquidación de siniestros.

Nota 2: se incluye anexo de consultas y reclamos.

Anexo de comisiones

La comisión de intermediación pagada al intermediario corresponde al 0,25% más IVA de la prima neta recaudada.

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 denuncia, a excepción de:
 - A) Siniestros que correspondan a seguros individuales sobre riesgos del primer grupo cuya prima anual sea superior a UF 100, 90 días corridos desde fecha denuncia;
 - B) Siniestros marítimos que afecten a los cascos o en caso de avería gruesa: 180 días corridos desde fecha denuncia;
- 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 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.

Información sobre atención de clientes y presentación de consultas y reclamos

En virtud de la circular N° 2131 de 28 de noviembre de 2013 y sus posteriores modificaciones, 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.

Chubb Seguros de Vida Chile S.A. se reserva el derecho de aceptar o rechazar el riesgo propuesto o bien establecer limitaciones especiales a la cobertura, por tanto, la vigencia de la cobertura individual de este seguro comenzará a regir una vez que la Compañía haya aceptado el riesgo propuesto.

Las Condiciones Generales de la póliza con el detalle de las exclusiones del seguro se encuentran incorporadas al depósito de pólizas de la Comisión para el Mercado Financiero (www.cmfchile.cl), según el detalle en los recuadros anteriores mencionados.



Alejandra Badilla
Representante legal
Chubb Seguros de Vida Chile S.A.
Rut.: 99.588.060-1

Firma asegurado
Acepto condiciones de este seguro y recibo
copia de este certificado
Fecha de la solicitud:

Fernando Mir
Volvek Corredores de Seguros
Rut: 76.726.150-0