

**CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE LAS PÓLIZAS COLECTIVAS DE DESGRAVAMEN Y
DESGRAVAMEN CON ADICIONAL DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE 2/3 PARA CRÉDITOS
HIPOTECARIOS DEL BANCO DE CHILE.**

VIGENCIA: DESDE 01 DE JULIO DEL 2024 HASTA EL 01 JULIO DEL 2026.

De conformidad al artículo 40 del DFL 251 de 1931, modificado por Ley 20.552 del 17 de noviembre del 2011, la Norma de Carácter General N° 469 de la Comisión para el Mercado Financiero, Banco de Chile llamó a licitación para la coberturas de Desgravamen y Desgravamen e invalidez total y permanente 2/3 para créditos hipotecarios, habiéndose adjudicado a **Compañía de Seguros de Vida Consorcio Nacional de Seguros S.A. (intermediada por el Corredor Banchile Corredores de Seguros Limitada)** y a **Bice Vida Compañía de Seguros S.A. (Sin Corredor)** quienes formularon, respectivamente, la oferta más baja.

Las condiciones generales y particulares de las pólizas colectivas licitadas son las siguientes:

A. **Contratante y Beneficiario de la póliza:** Banco de Chile

B. **Tasa del Seguro de Desgravamen:**

Cobertura licitada: a) Desgravamen Tasa de prima mensual (%)
0,007889%
La tasa se aplica sobre el saldo insoluto de la deuda. La tasa incluye la comisión del Intermediario de un 0,50%.

C. **Tasa del Seguro de Desgravamen + invalidez total y permanente 2/3 (Para aquellos clientes que posean la cobertura):**

Coberturas Licitadas Tasa de prima mensual (%)		
a) Desgravamen	b) Invalidez total y permanente 2/3	Tasa de Prima Mensual (a)+ (b)
0,003831%	0,001954%	0,005785%
La tasa se aplica sobre el saldo insoluto de la deuda. Sin corredor.		

- D. **Asegurados:** Deudores del Banco de Chile que en virtud de operaciones hipotecarias contraten voluntariamente las pólizas colectivas, con el objeto de proteger el pago de la deuda frente a determinados eventos que afecten al deudor y/o codeudor asegurado, según corresponda.
- E. **Compañía Adjudicataria Cartera Desgravamen:** Compañía de Seguros de Vida Consorcio Nacional de Seguros S.A.
- F. **Intermediario Cartera Desgravamen:** Banchile Corredores de Seguros Limitada.
- G. **Compañía Adjudicataria Cartera Desgravamen con Invalidez Total y Permanente 2/3:** Bice Vida Compañía de Seguros S.A.
- H. **Intermediario Cartera Desgravamen con Invalidez Total y Permanente 2/3:** Sin Intermediario.
- I. **Cobertura Licitada Desgravamen:** según POL 220130678.
- J. **Cobertura Licitada Desgravamen + Invalidez Total y permanente 2/3:** (únicamente para aquellos que posean la cobertura) según POL 220130678 + CAD 220131429.

1.1. CONDICIONES GENERALES

1.2. CONDICIONES PARTICULARES

1.1 Condicionado General Desgravamen.

PÓLIZA COLECTIVA DE DESGRAVAMEN ASOCIADA A CREDITOS HIPOTECARIOS DEL ARTÍCULO 40 DEL DFL N° 251 DE 1931. Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL220130678

ARTÍCULO 1º: REGLAS APLICABLES AL CONTRATO

Se aplicarán al presente contrato de seguro las disposiciones contenidas en los artículos siguientes y las normas legales de carácter imperativo establecidas en el Título VIII, del Libro II, del Código de Comercio.

Sin embargo, se entenderán válidas las estipulaciones contractuales que sean más beneficiosas para el asegurado o el beneficiario Este seguro se contrata conforme al Saldo Insoluto de la deuda que mantenga el Asegurado al momento del siniestro o la proporción de éste que le corresponda en caso de existir más de un deudor Asegurado.

El presente seguro es aplicable solamente a aquellos seguros de desgravamen asociados a créditos hipotecarios del artículo 40 del D.F.L. N° 251 de 1931, en que la prima o una parte de ella es de cargo del deudor asegurado, persona natural o jurídica, y en las que el beneficiario del seguro es total o parcialmente la entidad crediticia.

ARTÍCULO 2º: FORMA DE CONTRATACIÓN

Esta póliza sólo puede ser contratada en forma colectiva.

En la contratación colectiva de aquellos seguros de desgravamen asociados a créditos hipotecarios del artículo 40 del D.F.L. N° 251 de 1931, el Contratante o entidad crediticia, adjudica en licitación a una Aseguradora conforme a los términos y condiciones licitados y a los establecidos en estas Condiciones Generales, el seguro para cubrir bajo una misma póliza, los riesgos de un grupo de personas que se denominan Asegurados, sobre sus respectivos montos asegurados.

Todo lo anterior, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 517 del Código de Comercio, sobre contratación colectiva de seguros.

ARTÍCULO 3º: COBERTURA

La Compañía asegura el riesgo de Muerte del o de los Deudores Asegurados que estén indicados en las Condiciones Particulares de la póliza.

En caso que exista más de un deudor Asegurado para una misma deuda hipotecaria, debidamente señalados en las Condiciones Particulares de la póliza, la indemnización correspondiente al Monto Asegurado, será pagada por la Compañía Aseguradora en la proporción señalada en las Condiciones Particulares de la póliza que a cada uno le corresponda.

ARTÍCULO 4º: MONTO ASEGURADO

El Monto Asegurado corresponderá al saldo insoluto de la deuda que mantenga el Asegurado o la proporción de éste que corresponda en caso de existir más de un deudor, calculada en la forma que se establezca en las Condiciones Particulares de la póliza, a la fecha de fallecimiento del Asegurado o al último día del mes inmediatamente anterior a dicha fecha.

El Acreedor Hipotecario podrá modificar el Monto Asegurado o el plan de amortización, durante la vigencia de ésta y con el debido consentimiento del o los Asegurados que financian toda o parte de la prima, a través de una solicitud por escrito a la Compañía Aseguradora. La Compañía Aseguradora evaluará las nuevas condiciones determinando el nuevo riesgo del Asegurado e indicará el monto de la nueva prima si procediere.

ARTÍCULO 5º: DEFINICIONES

Para los efectos de la presente póliza se entenderá por:

a) Asegurado o deudor asegurado: La persona natural deudora del Acreedor Hipotecario, que es el propietario del inmueble hipotecado o el arrendatario en los contratos de arrendamiento de vivienda con promesa de compraventa de la Ley 19.281. El Asegurado debe estar expresamente individualizado en las Condiciones Particulares de la póliza.

b) Beneficiario: Es el acreedor hipotecario o entidad crediticia, que podrá ser al mismo tiempo el contratante del seguro, a cuyo favor se ha estipulado el pago de la indemnización en caso de siniestro y que estará indicado en las Condiciones Particulares de la póliza. El beneficiario tendrá derecho a ser indemnizado hasta la suma de su interés asegurable, en el saldo será indemnizado el asegurado también hasta el valor de su interés.

c) Compañía Aseguradora o Compañía o Aseguradora: La persona jurídica, autorizada por la Comisión para el Mercado Financiero para suscribir los riesgos sobre la vida de una persona y los adicionales correspondientes, de acuerdo al DFL 251 y sus modificaciones posteriores, en la República de Chile, y quién asume y suscribe, por el pago de la prima correspondiente, los riesgos cubiertos por esta póliza.

d) Contratante: Es quien celebra el contrato por el grupo asegurado. El contratante es la entidad crediticia del asegurado.

e) Entidad Crediticia: Son los bancos, cooperativas, agentes administradores de mutuos hipotecarios endosables, cajas de compensación de asignación familiar y cualquier otra entidad

que tenga dentro de su giro otorgar créditos hipotecarios. También lo serán las sociedades inmobiliarias, respecto de los seguros que deban contratar en virtud de contratos de arrendamiento de vivienda con promesa de compraventa, celebrados en conformidad a lo dispuesto en la ley 19.281.

f) Saldo Insoluto: Es el monto de la deuda del Asegurado a favor del Acreedor Hipotecario, de acuerdo al plan de amortización acordado con la entidad crediticia, indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

g) Situación o Enfermedad Preexistente: Corresponden a enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata a su favor, antes de la contratación del seguro.

ARTÍCULO 6º: EXCLUSIONES

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 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.

ARTÍCULO 7º: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

El asegurado estará obligado a cumplir con lo estipulado en el Artículo 524 del Código de Comercio

ARTÍCULO 8º: DECLARACION DEL ASEGURADO

El Asegurado deberá realizar las siguientes declaraciones:

- 1) Las estipuladas en el Artículo 524, N°1) del Código de Comercio
- 2) Las estipuladas en el artículo 525 del Código de Comercio.

Cualquiera sea la declaración que haga el deudor asegurado en virtud de esta póliza deberá ser hecha de buena fe y respecto de las circunstancias por él conocidas y solicitadas por el asegurador. La aseguradora deberá proporcionar los medios apropiados para que las declaraciones contenidas en este artículo, se realicen en forma expedita y eficiente, ya sea en la propuesta de seguro o en la solicitud de incorporación, o por las formas establecidas en el artículo 16, o en otras formas convenidas y expresadas así en las bases de licitación y condiciones particulares de esta póliza.

ARTÍCULO 9º: INDISPUTABILIDAD

Transcurridos dos años de cobertura continua, contado desde la incorporación del Asegurado, o desde que se produjere el aumento del Monto Asegurado, según corresponda, el Asegurador no podrá invocar la reticencia o inexactitud de las declaraciones que influyan en la estimación del riesgo, excepto cuando hubiesen sido dolosas.

Para efectos del plazo antes mencionado, se considerará la permanencia continua e ininterrumpida en uno o más seguros licitados sucesivos, aunque sean de distintas aseguradoras.

ARTÍCULO 10º: PRIMA, FORMA DE PAGO Y EFECTO DEL NO PAGO DE LA PRIMA

La prima es el precio del seguro. Se establecerá como un porcentaje del saldo insoluto de la deuda, incluida la comisión del corredor de seguros, si la hubiese.

Cada vez que se modifique el Monto Asegurado en las Condiciones Particulares, con motivo de las actualizaciones, se deberá ajustar la prima, procediendo inmediatamente a su aumento o disminución, según corresponda.

Pago de la Prima. La prima será pagada mensualmente en forma anticipada en la oficina principal de la Compañía Aseguradora o en los lugares que ésta designe, salvo que en las Condiciones Particulares de la póliza se establezca una modalidad diferente, conforme a las bases de licitación. El pago de la prima deberá efectuarse de tal manera que la Compañía Aseguradora pueda identificar a aquellos Asegurados que efectivamente están pagando la prima correspondiente a su o sus coberturas contratadas.

La obligación de pagar la prima en la forma y época pactadas le corresponderá al contratante o al asegurado, según se especifique en las Condiciones Particulares de la póliza.

Los pagos de las primas se entenderán realizados cuando hayan sido percibidos en forma efectiva por la Compañía Aseguradora.

Salvo los casos en que la prima sea cobrada directamente por la Compañía Aseguradora, ésta no será responsable por las omisiones o faltas de diligencia que produzcan atraso en el pago de la prima, aunque éste se efectúe mediante algún cargo o descuento convenido.

Plazo de Gracia. Para el pago de la prima se podrá conceder un plazo de gracia, que será el señalado en las Condiciones Particulares de la póliza, el cual será contado a partir del primer día del mes de cobertura no pagado, de acuerdo a la forma de pago convenida. Durante este plazo, la póliza permanecerá vigente. Si alguno de los Asegurados fallece durante dicho plazo de gracia, se deducirá de la indemnización a pagar la prima vencida y no pagada correspondiente al asegurado fallecido.

Efecto del no pago de la prima. La Compañía podrá, en el evento de mora o simple retardo en el pago de todo o parte de la prima, reajustes o intereses, una vez expirado el plazo de gracia señalado en las condiciones particulares, si lo hubiere, dar por terminado el contrato e informar por cualquier medio establecido en el artículo 16 o en las bases de licitación, a la entidad crediticia y al asegurado.

El término del contrato operará al vencimiento del plazo de 30 días corridos, contados desde la fecha del envío de la comunicación, de acuerdo a los establecido en el artículo 16, a menos que antes de producirse el vencimiento de ese plazo sea pagada toda la parte de la prima, reajustes e intereses que estén atrasados, incluidos los correspondientes para el caso de mora o simple retardo. Si el vencimiento del plazo de 30 días recién señalado, recayere en día sábado, domingo o festivo, se entenderá prorrogado para el primer día hábil inmediatamente siguiente, que no sea sábado.

Dicha terminación no aplicará en caso que se pague la prima antes del plazo señalado previamente.

La circunstancia de haber recibido pago de todo o parte de la prima atrasada, y de sus reajustes o intereses, o de haber desistido de la resolución, no significará que la compañía aseguradora renuncia a su derecho a poner nuevamente en práctica el mecanismo de la resolución pactado en esta cláusula, cada vez que se produzca un nuevo atraso en el pago de todo o parte de la prima.

Cuando en las condiciones particulares de la póliza se haya pactado la devolución de primas por mejor siniestralidad, volumen de primas, número de Asegurados u otros conceptos análogos, corresponderá al deudor Asegurado, en la parte que hubiere sido de su cargo, cualquier suma que devuelva o reembolse el Asegurador, por estos conceptos.

ARTÍCULO 11º: DENUNCIA DE SINIESTROS

Al fallecimiento de uno de los Asegurados en esta póliza, el Beneficiario podrá exigir el pago del Monto Asegurado, presentando los siguientes antecedentes:

1. Certificado de Defunción del Asegurado,
2. Certificado de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del Asegurado,
3. Otros antecedentes destinados a probar la coexistencia de todas las circunstancias necesarias para establecer la responsabilidad de la Compañía Aseguradora, y
4. Certificado de liquidación de la deuda o de saldo adeudado emitido por el acreedor.

La denuncia del siniestro deberá realizarse a la compañía tan pronto sea posible, una vez tomado conocimiento del hecho, salvo caso fortuito o fuerza mayor. Se deberá entregar la documentación requerida a la Compañía Aseguradora. Estos plazos serán exigibles sólo si la compañía tiene habilitados los medios para recibir el denuncia.

No obstante lo anterior, la Compañía Aseguradora aceptará que el siniestro pueda ser notificado a la Compañía, hasta 30 días después desde que fue posible su notificación una vez tomado conocimiento de la ocurrencia del fallecimiento del asegurado.

La Compañía Aseguradora deberá emitir un informe de liquidación en un plazo máximo de 10 días hábiles desde la fecha de entrega de los documentos requeridos en la Compañía Aseguradora. En todo caso, la Compañía pagará la indemnización en un plazo máximo de 6 días hábiles luego de establecida su procedencia en el informe final de liquidación.

Si al momento de incorporarse a la póliza el Asegurado hubiere tenido una edad mayor que la edad máxima de ingreso, señalada en las Condiciones Particulares de la póliza, la Compañía Aseguradora devolverá al Asegurado la prima recibida, sin intereses.

Si a consecuencia de la evaluación del siniestro, la prima que se hubiere estado pagando por ese Asegurado correspondiera a un monto superior al Monto Asegurado, la Compañía Aseguradora pagará dicho Monto Asegurado y devolverá al Asegurado el exceso de primas pagadas, sin intereses. Por el contrario, si el Monto Asegurado efectivo fuese mayor al Monto Asegurado por el cual se ha pagado la prima, la Compañía Aseguradora sólo pagará el Monto Asegurado por el cual se pagó la prima.

ARTÍCULO 12º: PAGO DEL MONTO ASEGURADO

La obligación de pagar el Monto Asegurado deberá ser cumplida por la Compañía Aseguradora en su valor total y en dinero.

El Monto Asegurado a que haya lugar en virtud de la póliza se pagará al Acreedor Hipotecario.

En todo caso, de la liquidación del siniestro será deducida cualquier prima adeudada que con la Compañía Aseguradora tuviere el Acreedor Hipotecario respecto del Asegurado siniestrado.

ARTÍCULO 13º: CLAUSULAS ADICIONALES

Las Cláusulas Adicionales que se contraten en forma accesoria con esta póliza complementan o amplían la cobertura establecida en ella, pudiendo, ciertos adicionales, con motivo del pago de las indemnizaciones contempladas en ellos, provocar el término anticipado de esta cobertura para un Asegurado en particular o la pérdida de derechos en ellas contemplados, cuando dichos efectos estén previstos en los adicionales respectivos.

ARTÍCULO 14º: TERMINACIÓN

Termino de la póliza. La cobertura de esta póliza, y sus Cláusulas Adicionales si las hubiere, terminará al cumplimiento del plazo de vigencia del contrato.

Termino anticipado de la póliza. La cobertura de esta póliza, y sus Cláusulas Adicionales si las hubiere, terminarán anticipadamente para un asegurado en particular cuando:

1. El asegurado deje de ser deudor asegurado del Acreedor Hipotecario,
2. De ocurrir el fallecimiento del Asegurado debido a alguno de los hechos o circunstancias señaladas en las letras a) a la j) del artículo 6. Se entenderá, además, en este caso, que no existe obligación de indemnización alguna por parte de la Compañía Aseguradora.
3. Por falta del pago de la prima en los términos indicados en el artículo 10 de las presentes Condiciones Generales.
4. Cuando el Asegurado hubiere omitido o falseado información sustancial y relevante de acuerdo a lo establecido en el Artículo 8 de esta póliza.
5. Cuando el deudor asegurado que presente una póliza contratada en forma directa e individual que se ajuste a los modelos de pólizas asociados a créditos hipotecarios del artículo 40 del D.F.L. N° 251 de 1931, depositados en la Comisión para el Mercado Financiero, y que sea aceptada por la entidad crediticia. En este caso el asegurador tendrá derecho a la prima hasta la fecha en que se inicie la vigencia de la póliza individual, fecha hasta la cual deberá mantener cubierto el riesgo asegurado.

6. En caso que la moneda de la póliza dejare de existir y el contratante no aceptare la nueva unidad propuesta por la compañía aseguradora, según lo establecido en el Artículo 20 siguiente.

En caso de término anticipado del seguro, por alguna de las razones antes indicadas, la Compañía Aseguradora hará devolución de la prima pagada no devengada al Asegurado. En caso de quiebra del asegurador, el asegurado podrá exigir alternativamente la devolución de la prima o que el concurso le afiance el cumplimiento de las obligaciones del fallido.

La terminación anticipada del contrato por alguna de estas causas señaladas en los puntos 1 al 6 anteriores, se producirá a la expiración del plazo de treinta días contado desde la fecha de envío de la respectiva comunicación.

A su turno, el asegurado podrá poner término anticipado al contrato, salvo las excepciones legales, comunicándolo al asegurador o a través del tomador en la forma establecida en el artículo 16.

ARTÍCULO 15º: REHABILITACION

Producida la terminación anticipada de la cobertura para un Asegurado en particular por no pago de prima, podrá el Acreedor Hipotecario solicitar por escrito su rehabilitación dentro de los tres meses siguientes a la fecha de la terminación anticipada.

A tal efecto, deberá acreditar que todos los Asegurados que sean rehabilitados reúnan las condiciones y requisitos de asegurabilidad a satisfacción de la Compañía Aseguradora y pagar los gastos que originen la rehabilitación.

No se producirá el efecto de rehabilitar las coberturas de cada Asegurado o de la póliza, en su caso, si previamente no ha habido aceptación escrita de la Compañía Aseguradora a la solicitud de rehabilitación presentada por el Acreedor Hipotecario. El rechazo de la solicitud sólo generará la obligación de la Compañía Aseguradora de devolver la prima recibida por este concepto, sin responsabilidad ulterior.

En ningún caso habrá cobertura para el período que mediere entre la terminación y la rehabilitación, por lo que no podrá haber cobro ni pago de prima por dicho lapso.

ARTÍCULO 16º: COMUNICACION ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración o notificación que deba efectuar la Compañía Aseguradora al Contratante o el Asegurado con motivo de esta póliza, deberá efectuarse a la dirección de correo electrónico indicada en las condiciones particulares, salvo que éste no dispusiere de correo electrónico o se opusiere a esa forma de notificación. La forma de notificación, como la posibilidad de oponerse a la comunicación vía correo electrónico, deberá ser comunicada por cualquier medio que garantice su debido y efectivo conocimiento por el asegurado, o estipulada en las condiciones particulares de esta póliza. En caso de oposición, de desconocerse su correo electrónico o de recibir una constancia de que dicho correo no fue enviado o recibido exitosamente, las comunicaciones deberán efectuarse mediante el envío de carta certificada dirigida al domicilio señalado en las Condiciones Particulares de la póliza o en la solicitud de seguro respectiva.

Las notificaciones efectuadas vía correo electrónico se entenderán realizadas al día hábil siguiente de haberse enviado éstas, en tanto que las notificaciones hechas por carta certificada, se entenderán realizadas al tercer día hábil siguiente al ingreso a correo de la carta, según el timbre que conste en el sobre respectivo.

La aseguradora deberá facilitar mecanismos para que se le realicen las comunicaciones, particularmente a través de medios electrónicos, sitios web, centro de atención telefónica u otros análogos, debiendo siempre otorgar al asegurado o denunciante un comprobante de recepción al momento de efectuarse, tales como copia timbrada de aquellos, su individualización mediante códigos de verificación, u otros. Estos mecanismos serán individualizados en la Condiciones Particulares de esta póliza o en la solicitud de seguro respectiva.

ARTÍCULO 17º: SOLUCIÓN DE CONFLICTOS

Cualquier dificultad que se suscite entre el asegurado, el contratante o el beneficiario, según corresponda, y el asegurador, se regirá por lo estipulado en el Artículo 543 del Código de Comercio.

No obstante lo estipulado precedentemente, el asegurado, el contratante o beneficiario, según corresponda, podrá, por sí solo y en cualquier momento, someter al arbitraje de la Comisión para el Mercado Financiero las dificultades que se susciten con la compañía cuando el monto de los daños reclamados no sea superior a 120 Unidades de Fomento, de conformidad a lo dispuesto en la letra i) del artículo 3º del Decreto con Fuerza de Ley N° 251, de Hacienda, de 1931.

ARTÍCULO 18º: VIGENCIA DE LA POLIZA Y DE LA COBERTURA

La duración de esta póliza será el plazo señalado en las Condiciones Particulares, de acuerdo a lo establecido en las bases de licitación, no debiendo ser inferior a 12 meses de vigencia ni superior a 24 meses.

En el caso que al término del contrato colectivo no se hubiese iniciado la cobertura del contrato siguiente, la Compañía aseguradora deberá dar continuidad de cobertura por un plazo máximo de 60 días, manteniéndose las condiciones pactadas.

ARTÍCULO 19º: DEBER DE INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

Sin perjuicio de las obligaciones del asegurador, el contratante del seguro colectivo deberá informar al asegurado que forme parte de la póliza, acerca de todas las circunstancias, modalidades, términos y condiciones del seguro, haciendo especial mención de las condiciones de asegurabilidad y exclusiones de cobertura.

ARTÍCULO 20º: MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO

El Monto Asegurado, el monto de la prima y demás valores de este contrato se expresarán en cualquier moneda o unidad reajutable autorizada por la Comisión para el Mercado Financiero, según se establezca en las Condiciones Particulares de la póliza.

El valor de la moneda o unidad reajutable señalada en las Condiciones Particulares de la póliza, que se considerará para el pago de prima y beneficios, será el vigente al momento de su pago efectivo. La misma regla será aplicable a la devolución de prima, cuando correspondiere.

Si la moneda o unidad estipulada dejare de existir, se aplicará en su lugar aquella que oficialmente la reemplace, a menos que el Acreedor Hipotecario no aceptare la nueva unidad y lo comunicase así a la Compañía Aseguradora dentro de los treinta (30) días siguientes a la notificación que ésta le hiciera sobre el cambio de unidad, en cuyo caso se producirá la terminación anticipada del contrato.

En el caso en que hubiese un cambio de moneda, la Compañía Aseguradora deberá informar de esto al Asegurado y al Contratante, dentro de los 15 días hábiles siguientes a su ocurrencia.

ARTÍCULO 21º: DOMICILIO

Para todos los efectos del presente contrato de seguro, las partes señalan como domicilio especial el que se menciona en las Condiciones Particulares de la póliza.

LA SIGUIENTE CLÁUSULA ADICIONAL FORMA PARTE, ÚNICAMENTE DE AQUELLOS CLIENTES, QUE HAYAN CONTRATADO SU SEGURO DE DESGRAVAMEN CON EL ADICIONAL DE INVALIDEZ.

**CLAUSULA ADICIONAL DE PAGO ANTICIPADO DEL CAPITAL ASEGURADO EN CASO DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE DOS TERCIOS
Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código CAD 220131429**

Los deudores hipotecarios, que a la fecha de la presente licitación posean esta cobertura adicional conservarán la cobertura vigente, aplicándose la tasa adjudicada de 0,005785%% mensual.

Lo anterior sin perjuicio de que, una vez iniciada la vigencia de las pólizas, esto es 01 de julio de 2024, aquellos deudores del stock, que poseen únicamente la cobertura de desgravamen podrán incorporarse a la nueva póliza colectiva que incluye el adicional de invalidez total y permanente 2/3, previo cumplimiento de una nueva suscripción conforme a los requisitos de asegurabilidad establecidos por la compañía y pagando la tasa licitada de 0,005785%% mensual.

**CLAUSULA ADICIONAL DE PAGO ANTICIPADO DEL CAPITAL ASEGURADO EN CASO DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE DOS TERCIOS
Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código CAD220131429**

ARTÍCULO 1°: INTRODUCCIÓN

Esta Cláusula Adicional es parte integrante y accesorio de la Póliza Principal. En consecuencia, se regirá por las Condiciones Generales de dicha póliza y por lo dispuesto en los siguientes artículos.

ARTÍCULO 2°: COBERTURA

La Compañía pagará anticipadamente al Beneficiario la indemnización establecida en la Póliza Principal en caso de verificarse la Invalidez Total y Permanente del Asegurado, siempre que se cumplan las siguientes condiciones copulativas:

- (a) Que la Póliza Principal se encuentre vigente;
- (b) Que la Invalidez Total y Permanente se produzca antes que el Asegurado cumpla sesenta (60) años de edad, salvo que se estipule otra edad en las Condiciones Particulares de esta Cláusula Adicional; y, (c) Que la Invalidez Total y Permanente se produzca durante la vigencia de esta Cláusula Adicional.

Se deja expresa constancia que la cantidad a pagar por esta Cláusula Adicional será siempre igual al monto que habría que pagar por la cobertura contratada en la Póliza Principal al momento de declararse la invalidez por parte de la compañía.

Por consiguiente, el pago al Beneficiario por concepto de la presente Cláusula Adicional producirá el término inmediato de la cobertura otorgada por la Póliza Principal y de todas las demás cláusulas adicionales para el Asegurado. En consecuencia, se extinguirá el derecho al cobro de otras indemnizaciones para dicho Asegurado.

ARTÍCULO 3°: DEFINICIONES

Para los efectos de la presente Cláusula Adicional se entenderá por:

- a) Accidente: Corresponde a todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte al 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 un 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, infecciones virales o bacterianas que sufra el Asegurado, excepto las infecciones piogénicas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación accidental.

b) Invalidez Total y Permanente: Es la pérdida irreversible y definitiva a consecuencia de una enfermedad, accidente o debilitamiento de las fuerzas físicas o intelectuales del Asegurado, que implique la pérdida de dos tercios (2/3) de la capacidad de trabajo, evaluada 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 Total y Permanente 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.

c) Médico: Es la persona habilitada y autorizada legalmente para practicar la medicina humana, calificada para efectuar el tratamiento alópata requerido y que posee título de Médico Cirujano otorgado o validado por una Universidad reconocida por el Estado de Chile de acuerdo a lo dispuesto en el Código Sanitario.

d) Miembros: Se entiende por tales, los largos apéndices anexos al tronco destinados a ejecutar los grandes movimientos de la locomoción y prensión.

e) Órgano: Es la entidad anatómicamente independiente y siempre específica.

f) Pérdida Funcional Absoluta: Es la ausencia definitiva, total y permanente de toda capacidad de función o fisiología del o los Órganos o Miembros comprendidos, sin implicar su eliminación del organismo al cual pertenece.

g) Pérdida Total: Es la separación completa, en forma definitiva y permanente, de un Miembro u Órgano respecto del organismo al cual pertenece o también su Pérdida Funcional Absoluta.

h) Situación o Enfermedad Preexistente: Corresponden a enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el Asegurado o por quien contrata a su favor, antes de la contratación del seguro.

ARTÍCULO 4°: EXCLUSIONES

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, entendiendo 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.

ARTÍCULO 5: RIESGOS CUBIERTOS BAJO ESTIPULACION EXPRESA

La compañía cubrirá la Invalidez Total y Permanente que afecte al Asegurado como consecuencia directa del desempeño o práctica de actividades o deportes objetivamente riesgosos excluidos en el Artículo 4 letras (c), (d) y (g), cuando éstos hayan sido declarados por el Asegurado y aceptados por la compañía, dejándose constancia de ello en las Condiciones Particulares de esta cláusula adicional.

ARTÍCULO 6°: VIGENCIA DE LA COBERTURA

Esta Cláusula Adicional sólo será válida y regirá mientras la Póliza Principal esté vigente, no obstante, quedará sin efecto en los siguientes casos:

(a) Por término anticipado de la póliza principal o de la cobertura para algún Asegurado. En este caso, esto es válido sólo para dicho Asegurado;

(b) Por efectuarse el pago al beneficiario de la indemnización contemplada en esta cláusula adicional; o, (c) A partir de la fecha en que el Asegurado cumpla sesenta (60) años de edad, salvo que se estipule otra edad en las Condiciones Particulares de esta cláusula adicional, rebajándose desde entonces la parte de la prima que corresponda a esta cláusula adicional.

En caso de quedar sin efecto esta cláusula adicional, el eventual pago de la prima correspondiente, no dará derecho en ningún caso a la indemnización por una Invalidez Total y Permanente del Asegurado a causa de un Accidente o Enfermedad que se produzca con posterioridad a la fecha de término de la cobertura. En tal caso, la prima será devuelta en los términos establecidos en las Condiciones Generales.

ARTÍCULO 7°: PROCEDIMIENTOS EN CASO DE SINIESTROS Y OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

Sin perjuicio de lo señalado en las Condiciones Generales de la Póliza Principal, producida la Invalidez Total y Permanente del Asegurado, cualquier persona deberá comunicarlo por escrito a la Compañía y deberán presentarse todos los antecedentes relativos al siniestro.

Todo lo anterior, tan pronto sea posible una vez una vez tomado conocimiento de la ocurrencia de cualquier hecho que pueda constituir o constituya un siniestro, salvo en caso fortuito o de fuerza mayor. Este plazo será exigible sólo si la compañía tiene habilitados los medios para recibir el denuncia.

No obstante lo anterior, la Compañía Aseguradora aceptará que el siniestro pueda serle notificado, hasta 30 días después de que fue posible su notificación, una vez tomado conocimiento de la ocurrencia del siniestro

Será obligación del Asegurado cumplir con lo dispuesto en el Artículo 524, N°8 del Código de Comercio, para lo cual deberá proporcionar a la Compañía todos los antecedentes médicos y exámenes que obren en su poder, como también aquellos documentos legales y autorizarla para requerir de sus Médicos tratantes y/o instituciones de salud, incluido el Instituto de Salud Pública (ISP), todos los antecedentes que ellos posean, como también someterse a los exámenes y pruebas que la Compañía solicite para efectos de determinar y verificar la efectividad de la Invalidez Total y Permanente. El costo de estos últimos será de cargo de la Compañía.

ARTÍCULO 8°: DETERMINACION DE LA INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

La Compañía determinará en un plazo máximo de 30 días contados desde la fecha de entrega de los documentos requeridos en la Compañía Aseguradora, si se ha producido la Invalidez Total y Permanente de un Asegurado, conforme a los antecedentes presentados y los exámenes requeridos, en su caso, y le comunicará al Asegurado su aprobación o rechazo a la solicitud presentada, por carta certificada u otro medio fehaciente dispuesto por ella y dirigida al último domicilio que el contratante tenga registrado en la Compañía.

El Asegurado, dentro de los quince (15) días siguientes a la comunicación de la determinación de la Compañía podrá requerir que la Invalidez Total y Permanente sea evaluada por una Junta compuesta por tres Médicos Cirujanos, elegidos por él, de entre una nómina de cinco o más médicos propuestos por la Compañía Aseguradora, los que deberán encontrarse ejerciendo, o que hayan ejercido por al menos un año como miembros titulares de las Comisiones Médicas Regionales o de la Comisión Médica Central de la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones.

La Junta Médica evaluará la Invalidez Total y Permanente del asegurado, pronunciándose si se encuentra inválido en forma permanente, conforme a los conceptos descritos en esta Cláusula Adicional y 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, pudiendo si corresponde, someter al Asegurado a los exámenes médicos que considere necesarios, cuyos costos serán soportados en partes iguales entre el Asegurado y la Compañía Aseguradora.

Durante el período de Evaluación, y hasta que proceda al pago definitivo de la indemnización correspondiente por parte de la Compañía, se deberá continuar con el pago regular de la prima. Si procede el pago de la indemnización, se devolverá la prima pagada por esta Cláusula Adicional desde el mes siguiente a la fecha en que de acuerdo con el artículo anterior se notifique la Invalidez Total y Permanente a la Compañía.

1.2 CONDICIONES PARTICULARES

1.- COBERTURAS.

1.1. A) Desgravamen.

Los riesgos serán cubiertos por la Compañía Adjudicataria de acuerdo al texto de las condiciones generales depositadas en la Comisión para el Mercado Financiero bajo el código POL 220130678.

B) Desgravamen e Invalidez Total y Permanente 2/3. (Esta cobertura es exclusiva para los clientes que voluntariamente hayan contratado, el seguro de desgravamen + el adicional de invalidez total y permanente)

La cláusula adicional de Invalidez Total y Permanente 2/3 depositada bajo el código CAD 220131429. La presente cobertura es exclusiva para aquellos que hayan contratado, voluntariamente ésta cobertura adicional y la tengan vigente a la fecha de inicio de la vigencia de la póliza. Aquellos deudores que no posean ésta cobertura adicional, esto es que sólo posean la cobertura básica de desgravamen, es decir sólo fallecimiento, podrán solicitarla y para su incorporación se requerirá una nueva suscripción, a través de una nueva declaración de salud, la que en caso de ser aprobada por la compañía, dará lugar a su incorporación a la cobertura.

Para ambas coberturas el monto asegurado corresponderá al saldo insoluto de la deuda que mantenga el asegurado o la proporción de éste que corresponda en caso de existir más de un deudor, calculada al último día del mes inmediatamente anterior a la fecha de fallecimiento del asegurado, incluyendo intereses y mora. Para el caso de invalidez se calculará el saldo insoluto a la fecha de declaración de la invalidez total y permanente 2/3 por parte de la Compañía.

El flujo de créditos hipotecarios nuevos, que se otorguen a partir del 01 de julio de 2024, podrán optar por contratar ésta cobertura incluyendo la cláusula adicional de invalidez, cumpliendo los requisitos de suscripción y pago de tasa que corresponda a ésta cartera.

1.1.2. Condiciones Particulares y Extensión de cobertura de Desgravamen e Invalidez Total y Permanente.

Además de las condiciones generales referidas en el punto 1.1. anterior, las compañías de seguros deberán considerar en la formulación de sus respectivas ofertas las siguientes Condiciones Particulares y Extensión de Coberturas para desgravamen e invalidez total y permanente 2/3, según corresponda, todas las cuales se incluirán en el Contrato de Seguro:

- a) Las pólizas colectivas deberán cubrir el saldo insoluto de los créditos hipotecarios, al mes inmediatamente anterior a la fecha de fallecimiento del asegurado, incluyendo intereses y mora hasta 6 meses. Para el caso de la cobertura de invalidez total y permanente 2/3 el saldo insoluto se determinará a la fecha de la declaración de invalidez por parte de la compañía
- b) En caso de no pago de la prima, esta tendrá un periodo de gracia de 30 días durante el cual la Compañía mantendrá vigente la cobertura. Vencido este plazo, la Compañía deberá notificar al deudor por medio de carta certificada o al correo electrónico que el deudor haya indicado en su propuesta de seguros o al último correo electrónico que el deudor asegurado mantenga en los registros de la entidad contratante (siempre que el asegurado haya consentido en ello) el término de la cobertura, lo que operará al vencimiento de un mes corridos contados desde la fecha de envío de la carta certificada o correo electrónico, según corresponda. Asimismo, la Compañía deberá notificar, dicho término, al Banco y al Corredor de Seguros, por medio de correo electrónico.
- c) La Compañía dará cobertura a los nuevos deudores asegurados desde la fecha de la escritura pública del crédito hipotecario, previa aceptación de la declaración de salud del asegurado. Lo anterior, independientemente que los antecedentes sean ingresados posteriormente a la Compañía y confirmados mediante la emisión ulterior de endoso de cobertura.
- d) La Compañía mantendrá vigente la cobertura para los créditos hipotecarios mientras existan deudas y la edad del asegurado no exceda los 82 años 364 días. Será responsabilidad de la Compañía avisar por escrito, al Banco, al Corredor y al deudor asegurado, con una anticipación de 60 días el cese de la cobertura, con independencia de

su causa. En todo caso el referido plazo no se aplicará cuando se inicia la vigencia de la póliza y se trate de deudores del stock que están a menos de 60 días de cumplir los 80 años y 364 días. La falta de este aviso o su entrega indebida, incompleta o extemporánea, determinará la vigencia del seguro.

- e) El riesgo de suicidio del asegurado sólo quedará cubierto a partir de dos años de la celebración del contrato, o de haber estado vigente el seguro por igual plazo en virtud de sucesivas renovaciones.
- f) La Compañía no aplicará las cláusulas de reticencia o inexactitud de las declaraciones que influyan en la estimación del riesgo establecidas en la Póliza Colectiva depositada bajo el POL 220130678, tanto para la cobertura de desgravamen o desgravamen con su adicional de invalidez total y permanente 2/3, en los casos que las carteras que posean dicho adicional, habiendo transcurrido dos años de cobertura continua contada desde la incorporación del asegurado, o desde que se produjere el aumento del monto asegurado que haga exigible una nueva suscripción, según corresponda. Para efectos del plazo de dos años, se considerará la permanencia continua e ininterrumpida en uno o más seguros licitados sucesivos, aunque sean de distintas compañías aseguradoras. La referida indisputabilidad, no tendrá aplicación en caso de dolo del asegurado
- g) Para ambas coberturas la compañía dará cobertura a la actividad o deportes riesgosos
- h) La compañía no excluirá de sus riesgos para la cobertura de invalidez total y permanente 2/3, en aquellos casos que el asegurado, sufra un siniestro como consecuencia de un viaje o vuelo en vehículo aéreo, ya sea como piloto o pasajero, en aquellos vuelos operados por empresas de transporte no comercial sujeto a itinerario.
- i) “Se considerarán preexistencias aquellas definidas en el artículo 591 del Código de Comercio. La Compañía, deberá dar continuidad de cobertura a todo el stock de créditos hipotecarios, de acuerdo con lo establecido en la Norma de Carácter General N° 469 de la CMF, y sus modificaciones.”

2.- DE LA POLIZAS.

2.1. Contratante y Beneficiario. En las Pólizas Colectivas y en el Contrato de Seguro que se suscriba al efecto, el Banco deberá ser consignado en su calidad de Contratante y Beneficiario.

Tratándose de mutuos hipotecarios endosables en administración, el Beneficiario será el acreedor del crédito.

2.2. Asegurados. Se consideran asegurados todos los deudores, codeudores, codeudores solidarios, fiadores, fiadores solidarios y garantes de créditos hipotecarios bajo todas sus modalidades, esto es, fines generales, mutuos hipotecarios endosables, con períodos de gracia, de enlace para la construcción y cualquier otro que se enmarque dentro del producto hipotecario, incluidas sus reprogramaciones, otorgados o administrados por el Banco. En aquellos casos en que exista participación de más de una persona o codeudores, para una misma deuda, se contratará un seguro para cada uno de ellos, según sea la exigencia del Banco, de forma que en caso de fallecimiento de uno cualquiera se pague el saldo insoluto de la deuda, incluido el monto de los dividendos reprogramados y que se reprogramen, considerando las variaciones que experimenten con motivo de su particular reglamentación. Asimismo, se comprenderá cobertura para aquellos créditos hipotecarios que tengan como finalidad renegociar, reprogramar o conceder al deudor modalidades que hagan factible el adecuado servicio del crédito.

2.2.1. Comprenderá todos los créditos hipotecarios otorgados o administrados por el Banco a la fecha de inicio del Contrato de Seguro, que se suscriba con la Compañía adjudicataria, con continuidad de cobertura según se define en la Norma de Carácter General N° 469 de la Comisión para el Mercado Financiero, y sus modificaciones, y todos los créditos hipotecarios que otorgue o administre el Banco a contar del inicio de vigencia del Contrato de Seguro.

2.2.2. El Banco incorporará a las Pólizas Colectivas a los deudores de créditos hipotecarios que mantengan créditos vigentes a las 00:00 del 01 de Julio de 2024.

2.2.3. El Banco incluirá como asegurados en las Pólizas Colectivas a todos los deudores respecto de los cuales no haya recibido ni aceptado una póliza individual que cubra los riesgos señalados en el punto II.1 de la Norma de Carácter General N° 469 de la Comisión para el Mercado Financiero y la Circular N° 3.530 de la Superintendencia de Bancos e Instituciones Financieras, ambas de 21 de marzo de 2012 y sus modificaciones.

3.- VIGENCIA DE LA POLIZA COLECTIVA.

3.1. Las Pólizas Colectivas tendrán una vigencia de 24 meses a contar de la fecha de inicio de vigencia del Contrato de Seguro, esto es, a contar de las 00:00 horas del día 01 de Julio de 2024 hasta las 00:00 del día 01 de julio de 2026.

3.2. Sin perjuicio de lo anterior, las Pólizas Colectivas terminarán en cualquier momento respecto del deudor asegurado que presente al Banco una póliza contratada en forma directa e individual que se ajuste a los modelos de póliza para créditos hipotecarios depositados en la Comisión para el Mercado Financiero de conformidad a la Norma de Carácter General N° 331 de 21 de marzo de 2012 de dicho regulador, y sus modificaciones, y que se aceptada por el Banco de conformidad al número 1.- de Título II. de la Norma de Carácter General N° 469 de la Comisión para el Mercado Financiero y la Circular N° 3.530 de la Superintendencia de Bancos e Instituciones Financieras, ambas de 21 de marzo de 2012 y sus modificaciones. En este caso la Compañía tendrá derecho a la prima hasta la fecha en que se inicie la vigencia de la póliza individual, fecha hasta la cual deberá mantener cubierto el riesgo asegurado. Asimismo, la Compañía deberá devolver todas aquellas primas que pudiesen haber sido cobradas al deudor asegurado, en caso de acreditarse la existencia de una póliza vigente contratada en forma directa e individual, ello a contar de la vigencia de esta última.

4.- PAGO DE PRIMAS Y RECAUDACION.

4.1. La periodicidad del pago de las primas será mensual. En caso que existan créditos hipotecarios con otra periodicidad de pago, la prima se pagará conforme a la periodicidad del pago del dividendo.

5.- CONTINUIDAD DE COBERTURA.

5.1. Las Pólizas Colectivas deberán dar continuidad de cobertura a todos los créditos hipotecarios vigentes a las 00:00 del 01 de Julio de 2024, de acuerdo con lo señalado en el

numeral 8.- del punto III.A del Título III de la Norma de Carácter General N°469 de la CMF. Lo anterior no obsta al derecho de la Compañía de acceder a los antecedentes necesarios para suscribir los nuevos riesgos asegurados que se incorporen a las Pólizas Colectivas y para liquidar adecuadamente los siniestros.

5.2. La continuidad de cobertura comprenderá el aseguramiento en las nueva Pólizas Colectivas, sin realizar una nueva suscripción, de la cartera de deudores asegurados en la póliza colectiva anterior, conforme a lo señalado en la norma de carácter general N°469 de la Comisión para el Mercado Financiero y sus modificaciones.

6.- PERIODO DE GRACIA Y REHABILITACION POR NO PAGO DE PRIMA.

6.1. En caso de no pago de la prima, esta tendrá un periodo de gracia de 30 días durante el cual la Compañía mantendrá vigente la cobertura. Vencido este plazo, la Compañía deberá notificar al deudor por medio de carta certificada o al correo electrónico que el deudor haya indicado en su propuesta de seguros o al último correo electrónico que el deudor asegurado mantenga en los registros de la entidad contratante (siempre que el asegurado haya consentido en ello) el término de la cobertura, lo que operará al vencimiento de un mes corridos contados desde la fecha de envío de la carta certificada o correo electrónico, según corresponda. Asimismo, la Compañía deberá notificar, dicho término, al Banco y al Corredor de Seguros, por medio de correo electrónico.

6.2. En caso de caducar la póliza por falta de pago de la prima, el asegurado y el Banco podrá en cualquier momento solicitar su rehabilitación, sin perjuicio del derecho de la compañía para la nueva suscripción del riesgo.

6.3. La Compañía podrá cobrar, en el caso de no pago, la prima correspondiente con efecto retroactivo a la fecha en que debió haber pagado.

7.- REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD.

7.1. La edad mínima de ingreso a las Pólizas Colectivas es de 18 años. La edad límite de ingreso a la póliza colectiva es hasta los 75 años con 364 días. La edad de permanencia en la póliza es hasta los 82 años con 364 días. En todo caso, la edad de ingreso más el plazo del crédito hipotecario no podrá ser superior a la edad máxima de cobertura.

Para la cobertura adicional de invalidez total y permanente 2/3 la edad máxima de ingreso y permanencia en la póliza, será igual a la de la cobertura de desgravamen.

7.2. Tabla Común de Requisitos de Asegurabilidad.

REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD BANCO DE CHILE	
Edad mínima de ingreso: 18 años	
Edad máxima de ingreso Desgravamen: 75 años y 364 días. Permanencia 82 años con 364 días.	
Edad máxima de ingreso Desgravamen + ITP: 75 años y 364 días. Permanencia 82 años con 364 días.	
Requisitos de Asegurabilidad	Desde la edad de ingreso > de 18 años hasta los 75 años con 364 días.
Desde UF 0 Hasta UF 8.000	Declaración Personal de Salud
Desde UF 8.001 hasta UF 20.000	Declaración personal de Salud + Exámenes Médicos.
Desde UF 20.000	Declaración personal de Salud + Exámenes Médicos + Informes Financieros.
Nota : El examen de VIH es voluntario	

La compañía para aquellos casos que requiera antecedentes financieros, para la evaluación del riesgo, podrá solicitar los antecedentes que utilizó el Banco para efectuar, la evaluación financiera del postulante al seguro.

Sin perjuicio de las condiciones establecidas en la presente tabla de requisitos de asegurabilidad, la Compañía Adjudicataria, podrá solicitar exámenes o informes médicos a los potenciales asegurados, cualquiera sea el monto del crédito, en los casos en que aquellos asegurables declaren alguna patología o enfermedad preexistente

8.- DEDUCIBLES Y CARENCIA.

La cobertura de Desgravamen y la cobertura de Invalidez Total y Permanente 2/3 (para aquellos que posean esta cláusula adicional) no contemplan deducibles, ni carencias de ningún tipo.

9.- EXCLUSIONES Y PREEXISTENCIAS.

9.1. EXCLUSIONES

Aplicarán todas las exclusiones señaladas en el Artículo 6° de la Póliza Colectiva de desgravamen asociada a Créditos Hipotecarios depositada en la Comisión para el Mercado Financiero bajo el POL 220130678, salvo las siguientes, que se incluyen como condiciones particulares:

- f) La Compañía no aplicará las cláusulas de reticencia o inexactitud de las declaraciones que influyan en la estimación del riesgo establecidas en la Póliza Colectiva depositada bajo el POL 220130678, tanto para la cobertura de desgravamen o desgravamen con su adicional de invalidez total y permanente 2/3, en los casos que las carteras que posean dicho adicional, habiendo transcurrido dos años de cobertura continua contada desde la incorporación del asegurado, o desde que se produjere el aumento del monto asegurado que haga exigible una nueva suscripción, según corresponda. Para efectos del plazo de dos años, se considerará la permanencia continua e ininterrumpida en uno o más seguros licitados sucesivos, aunque sean de distintas compañías aseguradoras. La referida indisputabilidad, no tendrá aplicación en caso de dolo del asegurado.

g) Para ambas coberturas, desgravamen o desgravamen más invalidez total y permanente 2/3, la compañía dará cobertura, en caso de fallecimiento o invalidez, en caso de que el siniestro ocurriese por participación del asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa.

Para ambas coberturas, desgravamen o desgravamen más invalidez total y permanente 2/3, la compañía dará cobertura, en caso de fallecimiento o invalidez, en caso de que el siniestro ocurriese por realización o participación en una actividad o deporte riesgoso

h) La Compañía no excluirá (para todas las coberturas, desgravamen y desgravamen más Invalidez Total y Permanente 2/3) de sus riesgos en aquellos casos en que el asegurado, sufra un siniestro como consecuencia de un viaje o vuelo en vehículo aéreo, ya sea como piloto o pasajero, en aquellos vuelos operados por empresas de transporte no comercial sujeto a itinerario

9.2. PREEXISTENCIAS.

Será considerada como preexistencia cualquiera enfermedad, patología, incapacidad, lesión, dolencia, padecimiento o problema de salud que hayan sido diagnosticadas con anterioridad a la fecha de la suscripción de la propuesta o solicitud de incorporación a la póliza, que afecten al Asegurado, y que sean circunstancias por él conocidas. Lo anterior para aquellos casos en que se requiera declaración personal de salud o exámenes médicos, de acuerdo a los requisitos de asegurabilidad.

La Compañía deberá dar continuidad de riesgo, al stock de asegurados conforme a la cobertura que estos mantenían vigentes a la fecha de inicio del Contrato de seguro, esto es, a todos los créditos hipotecarios vigentes a las 00:00 del 01 de julio de 2024. Lo anterior no obsta, al derecho de las compañías de acceder a los antecedentes necesarios para suscribir los nuevos riesgos asegurados que se incorporen a la póliza colectiva y para liquidar adecuadamente los siniestros. Todo que de conformidad a la NCG 469 de la Comisión para el Mercado Financiero.

10.- TERMINO DE COBERTURA.

La Compañía no podrá poner término anticipado a las Pólizas Colectivas. Tratándose de las coberturas individuales, la compañía dispondrá del derecho de poner término anticipado por el no pago de prima dentro de los plazos indicados en las condiciones particulares señaladas en el numeral 1.1.2 letra b) de las presentes bases.

11.- LIQUIDACION DE SINIESTROS.

11.1. “Plazo de presentación de los siniestros. 4 años contados desde tan pronto sea posible una vez tomado conocimiento de la ocurrencia de cualquier hecho que pueda constituir o constituya un siniestro. Sin perjuicio de lo anterior, si en situación de fuerza mayor o caso fortuito no se ha podido notificar el siniestro dentro de este plazo, la Compañía deberá someter el caso al proceso de liquidación para determinar la procedencia de la indemnización.”

11.2. Antecedentes exigibles en caso de siniestro. En caso de siniestro se deberán enviar a la Compañía los siguientes documentos:

a) Desgravamen

- Formulario de siniestro emitido por la Compañía
- Certificado de defunción con indicación de causa de muerte.
- Fotocopia de Cédula de identidad del asegurado.
- Copia del parte policial, en caso de muerte accidental.

b) Invalidez Total y Permanente 2/3

- Formulario de siniestro emitido por la Compañía
- Certificado o resolución del Compín o dictamen ejecutoriado de la comisión correspondiente.
- Fotocopia de Cédula de identidad del asegurado.
- Copia del parte policial, en caso de desmembramiento accidental.
- Cualquier otro necesario y estimable por la compañía para la acertada liquidación.

11.4. Plazo del informe de liquidación: El plazo para la emisión del informe de liquidación de siniestros, no podrá ser inferior a 5 días hábiles ni superior a 10 días hábiles contados desde la recepción en la Compañía de la documentación indicada en el punto anterior.

11.5. Plazo para el pago de la indemnización. El pago deberá ser efectuado dentro de un plazo que no podrá ser inferior a 3 días hábiles ni superior a 6 días hábiles contados desde la fecha del informe final de liquidación, salvo que ésta no proceda en conformidad a las normas legales y contractuales.

IMPORTANTE

En caso de siniestro para la cobertura de Desgravamen, contáctese a la brevedad posible con la aseguradora o corredor de seguros al mail siniestro.bancodechile@consorcio.cl en teléfono de Servicio al Cliente 600 221 3000 o al corredor de seguros al mail gestion_siniestros@bancochile.cl o al Fono Seguros 800 210 023

En caso de siniestro Desgravamen con invalidez total y permanente 2/3, podrán realizar el denuncia correspondiente en nuestra página web www.bicevida.cl, sección “Centro de Ayuda”, “Tus trámites on line”, opción “Denuncia de Siniestros” o a través del teléfono de Servicio al Cliente al 800 20 20 22 o desde Celulares 22 828 3900.

Adicionalmente, todo legítimo interesado, podrá concurrir a cualquier sucursal del Banco de Chile para efectuar la denuncia correspondiente.