

**POLIZA DE SEGUROS COLECTIVOS
CONDICIONES PARTICULARES**

Compañía de Seguros Vida Consorcio Nacional De Seguros S.A., considerando los antecedentes entregados por el Contratante emite las siguientes Condiciones Particulares, las cuales en conjunto con las Condiciones Generales se consideran parte integrante del presente contrato.

Datos generales de la Póliza:

Contratante	: BANCO FALABELLA
Rut	: 97.006.000-6
Dirección Contratante	: Moneda N°970 Piso 7 Santiago
Grupo Empresarial	: Falabella Desgravamen
Vigencia	: Desde las 00:00 horas del 01 de Julio de 2016 hasta las 24 horas del 30 de Junio de 2018
Modalidad pago de prima	: Mensual
Tipo de Facturación	: Contra Pago
Tipo de Cobranza	: Vencida
Ámbito Territorial	: República de Chile
Intermediario	: Seguros Falabella Corredores Limitada
Rut Intermediario	: 77.099.010-6
Comisión	: 15,00% de la prima neta, más IVA.
Dirección de la Compañía	: El Bosque Sur N° 180, Las Condes, Santiago.
Financiamiento de la Prima	: 100% Asegurado

Cobertura(s) Contratada(s) por Asegurado:

Cobertura	Condiciones Generales que Rigen la Cobertura	Asegurados con Cobertura
Desgravamen Crédito Hipotecario	: POL220130678	Deudor

CONDICIONES ESPECIALES CONTEMPLADAS EN LA POLIZA

Descripciones
<ul style="list-style-type: none">• La presente póliza considera continuidad de cobertura para todo el grupo de asegurados que hayan sido cubiertos por la póliza colectiva N° 454 emitida por Compañía de Seguros BBVA Seguros de Vida S.A La continuidad de cobertura, corresponde al aseguramiento de la cartera de deudores asegurados en la póliza colectiva anterior, sin necesidad de realizar una nueva suscripción, en tanto se cumplan las siguientes condiciones:<ul style="list-style-type: none">a. El asegurado o la materia asegurada haya estado cubierto en la póliza colectiva anterior;b. Que el hecho esté cubierto también en el nuevo contrato de seguro;c. Que la causa del fallecimiento, o la característica de la materia asegurada no haya sido excluida en la póliza colectiva anterior;d. Que la causa del fallecimiento, o la característica de la materia asegurada no haya sido objeto de una declaración falsa o reticente, exceptuada la indisputabilidad pactada.• La compañía otorga la continuidad de cobertura a los asegurados ya existentes, sin necesidad de exámenes médicos ni de declaraciones de salud, en el estado de salud y edad en que ellos que se encuentren al 30 de Junio de 2016. Esta Continuidad de Cobertura debe constar en forma expresa en la póliza de seguro y se otorgará de acuerdo a lo establecido en el N°5 del título III.1. De la NCG N°330 de la SVS (circular SBIF N°3.530). Sin perjuicio de lo anterior, la póliza terminará en cualquier momento respecto del deudor asegurado que presente una póliza contratada en forma directa e individual que se ajuste a los modelos de póliza depositados en la SVS y que sea aceptada por Banco Falabella. 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. De la misma forma, la Compañía deberá devolver todas aquellas primas que pudiesen haber sido cobradas al deudor asegurado, de acreditarse la existencia de una póliza vigente contratada en forma directa e individual, ello a contar de la vigencia de ésta última.

CONDICIONES DEL PLAN SEGURO DESGRAVAMEN INCLUIDO EN ESTA POLIZA.

La Compañía, considerando los antecedentes entregados por el Contratante emite las siguientes Condiciones Particulares, las cuales en conjunto con las Condiciones Generales y Bases de Licitación se consideran parte integrante del presente contrato.

ARTÍCULO 3: COBERTURA

Desgravamen Hipotecario

ARTÍCULO 4: MONTO ASEGURADO

Saldo Insoluto de la deuda del Deudor Asegurado o la proporción de éste que corresponda en caso de existir más de un deudor, calculado al último día del mes inmediatamente anterior al del fallecimiento, de acuerdo a lo establecido en el artículo cuarto de la póliza colectiva de desgravamen asociada a créditos hipotecarios, inscrita en el Registro de Pólizas de la SVS bajo el código POL 220130678.

Por saldo insoluto se entiende el monto de la deuda del Deudor a favor del Acreedor Hipotecario, de acuerdo al plan de amortización acordado con la entidad crediticia, indicado en las condiciones particulares de la póliza.

La cobertura de la póliza se extenderá, además del saldo insoluto del crédito hipotecario, a las demás sumas que el deudor asegurado se pudiere encontrar adeudando a la fecha de su fallecimiento, por concepto de capital correspondiente a esa misma deuda hipotecaria, exclusivamente. Por “demás sumas” debe entenderse: intereses devengados y dividendos postergados.

Se deja constancia que la imputación al saldo de la deuda que realice el Contratante con las indemnizaciones de seguros de desgravamen, no se considerará prepago para efectos de las comisiones que corresponda aplicar, ni dará lugar a cobro de ninguna especie.

Modificaciones

Cualquier modificación al presente contrato de seguro y/o a las condiciones en que se encuentre amparado algún asegurado salvo la tasa de prima-, requerirá siempre la autorización previa y expresa de BANCO FALABELLA.

Tasa

La póliza tiene una tasa porcentaje anual de 0,17280 que incluye la respectiva comisión de intermediación del Corredor.

Certificados de Asegurabilidad

La Compañía deberá disponibilizar vía web los respectivos certificados de cobertura. Esta información deberá estar a disposición de los clientes, el Contratante y del Corredor.

Cuadro Resumen de Cobertura

La Compañía deberá enviar al deudor asegurado la información contemplada en la Sección V del texto refundido de la Norma de Carácter General N° 330 de la SVS. Dicha información deberá ser proporcionada a los asegurados dentro de los 30 primeros días contados desde el inicio de la vigencia de la póliza colectiva licitada. La Compañía deberá validar con el Contratante a través del Corredor, ésta y cualquier otro tipo de comunicación dirigida a los clientes de la póliza Colectiva licitada. El Cuadro de Resumen descrito en el anexo N° 3 de la NCG N° 330, deberá ser enviado por correo registrado con seguimiento de entrega y almacenamiento de Voucher de recepción por parte del cliente. No obstante lo anterior, el Cuadro Resumen podrá ser enviado por medios electrónicos siempre que el asegurado haya consentido en ello. Para lo anterior, se considerará la dirección de correo electrónico indicada para el envío del dividendo. Transcurrido 1 mes del envío de esta información, se deberá entregar al Contratante, a través del Corredor, un cuadro resumen del estado de los envíos indicando total enviado, recepcionado y no recepcionado, forma de envío y demás información según necesidades, más la base completa de los envíos con el detalle antes mencionado.

ARTÍCULO 5: DEFINICIONES

- a) Asegurado o deudor asegurado: Las personas que mantienen vigente una operación de crédito o contrato de mutuo hipotecario en calidad de deudores, avales o mutuarios, por la adquisición de bienes de uso habitacional o de prestación de servicios profesionales, que sea administrado por BANCO FALABELLA
- b) Beneficiario: El beneficiario es BANCO FALABELLA, en carácter irrevocable, como acreedor en forma originaria o en virtud de endoso, cesión o securitización del respectivo crédito hipotecario.

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.

ARTÍCULO 6 : EXCLUSIONES

Se modifica letra b) Se debe considerar que sólo se aplicara las exclusiones a y d del condicionado general, quedando sin efecto el resto de las exclusiones de la póliza. Al efecto, aplicarán solo las siguientes exclusiones:

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.

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.

CONSORCIO

ARTÍCULO 8: DECLARACION DEL ASEGURADO

La siguiente tabla indica las exigencias médicas que deben ser presentadas al momento de la incorporación de un asegurable o al solicitar aumento de capital. Las exigencias médicas serán solicitadas según edad del asegurable y capital solicitado:

	Hasta UF 2.000	UF 2.001 a UF 6.000	UF 6.001 a UF 10.000	UF 10.000 en adelante
Hasta 74 años y 364 días	-	DPS	DPS+(a)+(b)	DPS+(a)+(b)+(c)+(d)+(f)

Glosa:

- ✓ 1 hasta 2000 Sin requisitos
- ✓ 2001 hasta 6000 Declaración personal de salud
- ✓ 6001 hasta 10000 Declaración personal de salud + (a) informe médico examinador más examen de orina completo + (b) electrocardiograma con informe del cardiólogo.
- ✓ 10.001 en adelante Declaración personal de salud + (a) informe médico examinador más examen de orina completo + (b) electrocardiograma con informe del cardiólogo + (c) radiografía de tórax + (d) perfil lipídico + (e) perfil bioquímico + (f) estado financiero

Contacto con Cliente para coordinación de toma de exámenes: 48 horas desde envío DPS por sistema remoto

Para la Declaración Personal de Salud se considera una vigencia de 90 días desde la firma del formulario.

La DPS, Declaración Personal de Salud, será evaluada por la Compañía, quien está facultada para requerir antecedentes adicionales como realización de nuevos exámenes, informe médicos o resultados de exámenes anteriores, según declaración del asegurado.

En caso de que exista una declaración de salud aprobada por la compañía por un monto determinado y luego, el Banco antes del curso del crédito, requiera a solicitud del cliente un monto mayor del crédito aprobado, se otorgara por parte de la Compañía una aprobación automática, sin necesidad de una nueva declaración de salud, siempre que dicho aumento no sea superior a UF 500 del monto originalmente aprobado, y que el nuevo monto no implique la realización de exámenes médicos para la aprobación del seguro.

Se aceptará la presentación de exámenes médicos ya realizados, siempre y cuando tengan fecha de realización no mayor a 30 días de antigüedad.

Condiciones de Asegurabilidad:

		Requisito de Asegurabilidad Edades máxima (*)	
Coberturas Vida	Capital UF	Ingreso	Permanencia
Fallecimiento	Saldo Insoluto	74 años y 364 días	79 años y 364 días

1. Será requisito para la incorporación de un asegurado a la presente póliza el otorgamiento de un crédito hipotecario por el contratante, a partir de la fecha de entrega en vigencia de la presente póliza. Esta disposición se aplica solo para el flujo

ARTÍCULO 9: INDISPUTABILIDAD

Transcurridos 24 meses de cobertura individual continua e ininterrumpida en las pólizas colectivas que se hayan licitado y contratado sucesivamente por la entidad crediticia, la Compañía no podrá invocar la reticencia o inexactitud de las declaraciones efectuadas por el deudor asegurado que pudieren haber influido en la apreciación de los riesgos, excepto cuando la Compañía acredite que fueron realizadas en forma dolosa por el respectivo asegurado.

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

Banco Falabella será la entidad encargada de la recaudación de las primas de los seguros, la que se realizará conjuntamente con el Dividendo mensual. Al efecto, el plazo en virtud del cual se realizará el traspaso de la prima pagada a la Compañía de Seguros será de 45 días hábiles contados desde la fecha de devengamiento del dividendo. La entrega de los fondos podrá realizarse mediante depósito de dicho monto en la cuenta corriente señalada por la Compañía de Seguros para tal efecto o bien mediante Vale Vista Nominativo emitido a favor de la Compañía.

Las primas a pagar serán las recaudadas en el mes al que está referida la producción (junto al pago de dividendos). Entendiendo que por aquellas operaciones con mutuos es pago vencido.

Primas con pago cero (\$0), que aún no ha sido generado su primer dividendo, por encontrarse en proceso de desembolso del crédito, cuentan con meses de gracia o carencias (exclusiones). Todas estas operaciones contarán con cobertura de parte de la compañía, desde su fecha de escritura.

Periodicidad mensual, y forma de pago vencida y el pago de la prima se debe realizar en Cuenta Corriente de la Compañía de Seguros Consorcio.

La prima será calculada como el resultado del capital asegurado por la tasa y redondeada a cuatro decimales.

El envío de cobranza y correspondencia de suscripción deberá realizarse a:

Nombre del contacto : Javier Gaztelu G.
Cargo : Gerente de Productos Activos
Correo electrónico : jgaztelug@bancofalabella.cl
Empresa : Banco Falabella
Dirección : Moneda N°970 Piso 17 – Santiago Centro
Teléfono : 2-23911478
Envío nómina en Excel : 30 de cada mes

Nombre del contacto : Orlando Rivera C.
Cargo : Product Manager Hipotecario
Correo electrónico : oriverac@bancofalabella.cl
Empresa : Banco Falabella
Dirección : Moneda N°970 Piso 17 – Santiago Centro
Teléfono : 2-23911472
Envío nómina en Excel : 30 de cada mes

Esta Póliza tiene modalidad No Contributoria

ARTÍCULO 11: DENUNCIA DE SINIESTROS

Liquidación de Siniestros.

La liquidación del Siniestro se realizará de acuerdo a lo establecido en las condiciones generales de la póliza de seguros inscrita en la Superintendencia de Valores y Seguros bajo el Código POL 220130678 en su artículo 11, CAD 220131429 artículo 7 y de acuerdo a las siguientes condiciones particulares:

Aviso de siniestros: Sin perjuicio de lo establecido en el artículo 11 de la POL 220130678, para esta cobertura se establece un plazo de 30 días corridos siguientes a la fecha en que se haya tomado conocimiento del hecho o bien, dentro de los 180 días siguientes a la fecha de ocurrencia del siniestro, aplicándose el mayor plazo.

Esta obligación es del asegurado o deudor hipotecario o quién lo represente.

Plazo para liquidación y pago de la indemnización: Plazo de pago de la indemnización no podrá ser superior a 6 días hábiles, contados desde la notificación de la aceptación de la Compañía de la procedencia del pago de la indemnización.

Eventos Catastróficos: Tratándose de eventos catastróficos los plazos del proceso de liquidación corresponderán únicamente a los establecidos en el Decreto Supremo N°1055 de 2012.

Sin perjuicio de lo anterior, los plazos totales de liquidación nunca podrán exceder los señalados en el Decreto Supremo N° 1055 de 2012.

ARTÍCULO 16: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

La Compañía enviará sus comunicaciones al contratante por correo electrónico y al asegurado al correo electrónico indicado en la Solicitud de Incorporación de Seguros Colectivos y/o Declaración Personal de Salud o el informado por el contratante en las nóminas de carga inicial al momento de solicitar la emisión de la Póliza.

ARTÍCULO 17º: SOLUCIÓN DE CONFLICTOS

Toda duda divergencia o dificultad que se suscite entre las partes con motivo de la validez, interpretación, cumplimiento o terminación del presente contrato y por cualquiera otra causa o motivo relacionada con él, será resuelta de conformidad a lo dispuesto en el artículo diecisiete de la POL dos dos cero uno tres cero seis siete ocho. En aquellas materias en que no fuere aplicable la citada disposición, se procederá de conformidad a en virtud de lo señalado en el artículo quinientos cuarenta y tres del Código de Comercio.

ARTÍCULO 18: VIGENCIA DE LA POLIZA Y DE LA COBERTURA

Desde las 00:00 horas del 01 de Julio de 2016 hasta las 24 horas del 30 de Junio de 2018

ARTÍCULO 19º: DEBER DE INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

Sin perjuicio de las obligaciones del asegurador, el Contratante 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 N°20: MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO

El Monto Asegurado, el monto de la prima y demás valores de este contrato se expresarán en Unidad de Fomento.

ARTÍCULO 21: DOMICILIO

Para todos los efectos legales, las partes señalan como domicilio especial la ciudad de Santiago.

ANEXO
(Circular N° 2106 Superintendencia de Valores y Seguros)

PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACIÓN DE SINIESTRO

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 Seguro, 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 a o la Compañía deberá informa 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 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 los 45 días corridos desde fecha de denuncia, a excepción de:

- a) siniestros que correspondan a seguros individuales sobre riesgos del Primer Grupo cuya prima anual sea superior a 100 UF: 90 días corridos desde fecha denuncia:
- b) siniestros marítimos que afectan a los cascos en caso de Avería Gruesa: 180 días corridos desde fecha de denuncia:

7) PRORROGA DEL PLAZO DE LIQUIDACIÓN

Los plazos antes señalados podrán, excepcionalmente siempre que las circunstancias lo ameriten, prorrogarse, sucesivamente por iguales períodos, informando los motivos que la fundamenten e indicando las gestiones concretas y específicas que se realizarán, lo que deberá comunicarse al Asegurado y a la Superintendencia, pudiendo esta última dejar sin efecto la ampliación, en casos calificados, y fijar un plazo para entrega del Informe de Liquidación. No podrá ser motivo de prórroga la solicitud de nuevos antecedentes cuyo requerimiento pudo preverse con anterioridad, salvo que se indiquen las razones que justifiquen la falta de requerimiento, ni podrán prorrogarse los siniestros en que no haya existido gestión alguna del liquidador, registrado o directo.

8) INFORME FINAL DE LIQUIDACIÓN

El informe final de liquidación deberá remitirse al Asegurado y simultáneamente al Asegurador, cuando corresponda, y deberá contener necesariamente la transcripción íntegra de los artículos 26 y 27 del Reglamento de Auxiliares del Comercio de Seguros (D.S. de Hacienda N° 1.055, de 2012, Diario Oficial del 29 de diciembre del 2012).

9) IMPUGNACION INFORME DE LIQUIDACION

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 impugnación.



Alejandro Croce Canales
Gerente Operaciones
Compañía de Seguros de Vida
Consorcio Nacional de Seguros S.A

La Compañía de Seguros de Vida Consorcio Nacional de Seguros S.A. se encuentra adherida al Código de Autorregulación de las Compañías de Seguros y está sujeta al Compendio de Buenas Prácticas Corporativas, que contiene un conjunto de normas destinadas a promover una adecuada relación de las compañías de seguros con sus clientes. Copia de este Compendio se encuentra en la página [web www.aach.cl](http://www.aach.cl).

Asimismo, ha aceptado la intervención del Defensor del Asegurado cuando los clientes le presenten reclamos en relación a los contratos celebrados con ella. Los clientes pueden presentar sus reclamos ante el Defensor del Asegurado utilizando los formularios disponibles en las oficinas de la Compañía de Seguros de Vida Consorcio Nacional de Seguros S.A. o a través de la página [web www.ddachile.cl](http://www.ddachile.cl).

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

TABLA DE CONTENIDO

ARTÍCULO 1º: REGLAS APLICABLES AL CONTRATO
ARTÍCULO 2º: FORMA DE CONTRATACIÓN
ARTÍCULO 3º: COBERTURA
ARTÍCULO 4º: MONTO ASEGURADO
ARTÍCULO 5º: DEFINICIONES
ARTÍCULO 6º: EXCLUSIONES
ARTÍCULO 7º: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO
ARTÍCULO 8º: DECLARACION DEL ASEGURADO
ARTÍCULO 9º: INDISPUTABILIDAD
ARTÍCULO 10º: PRIMA, FORMA DE PAGO Y EFECTO DEL NO PAGO DE LA PRIMA
ARTÍCULO 11º: DENUNCIA DE SINIESTROS
ARTÍCULO 12º: PAGO DEL MONTO ASEGURADO
ARTÍCULO 13º: CLAUSULAS ADICIONALES
ARTÍCULO 14º: TERMINACIÓN
ARTÍCULO 15º: REHABILITACION
ARTÍCULO 16º: COMUNICACION ENTRE LAS PARTES
ARTÍCULO 17º: SOLUCIÓN DE CONFLICTOS
ARTÍCULO 18º: VIGENCIA DE LA POLIZA Y DE LA COBERTURA
ARTÍCULO 19º: DEBER DE INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE
ARTÍCULO 20º: MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO
ARTÍCULO 21º: DOMICILIO

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 Superintendencia de Valores y Seguros 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 lo 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 Superintendencia de Valores y Seguros, 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 Superintendencia de Valores y Seguros 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 Superintendencia de Valores y Seguros, 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 hiciere 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.

INFORMACION SOBRE ATENCIÓN DE CLIENTES Y PRESTACIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS

En virtud de la Circular N° 2131 de 28 de Noviembre de 2013, las compañías de seguros, corredores de seguros y liquidadores de siniestros, deberán recibir, registrar y responder todas las presentaciones, consultas o reclamos que se les presenten directamente por el contratante, asegurado o beneficiarios, u otros legítimos interesados o sus mandatarios.

Las presentaciones pueden ser efectuadas en todas las oficinas de las entidades en que se atiende público presencialmente, por correo postal, medios electrónicos, o telefónicamente, sin formalidades, en el horario normal de atención.

Recibida una presentación, consulta o reclamo, ésta deberá ser respondida en el plazo más breve posible, el que no podrá exceder de 20 días hábiles contados desde su recepción.

El interesado, en caso de disconformidad respecto de lo informado, o bien cuando exista demora injustificada de la respuesta, podrá recurrir a la Superintendencia de Valores y Seguros, 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.svs.cl