



POLIZA DE SEGURO

VIDA COLECTIVO CORPORATIVO

MAPFRE Seguros de Vida considerando:

La propuesta de seguro presentada por el contratante o la cotización efectuada por el asegurador y su aceptación por parte del contratante y con arreglo a las condiciones generales y particulares estipuladas e incorporadas a este contrato, conocidas y aceptadas por ambas partes, todo lo cual se considera parte integrante de la presente póliza, asegura a:

IDENTIFICACION DE LA POLIZA

Producto	: Seguro Colectivo de Vida	Período de Vigencia	:
Sucursal	: Casa Matriz	Desde las 00:00 hrs. del	01-01-2019
RUT Corredor	: 99.571.420-5	Hasta las 00:00 hrs. del	31-12-2019
Corredor	: Pleyade Chile S.A.	Días	: 365

IDENTIFICACION DEL PROPONENTE

Proponente	: Telefónica Chile Servicios Corporativos Ltda.		
Dirección	: Av. Providencia 111		
Comuna	: Providencia	RUT Proponente	: 76.086.148-0
Ciudad	: Santiago		
Fono	: 56 2 2691 3400		

IMPORTE

Moneda	: UNIDAD DE FOMENTO
Monto asegurado	: 5.246.737,79
Pago Prima	: Anual
Comisión Corredor	: 7%

CONDICIONES APLICABLES A ESTA POLIZA

La presente Póliza cubre, de acuerdo a las Condiciones Particulares que se indican y a las Condiciones Especiales y Generales que se anexan, sólo aquellas coberturas contratadas por el aceptante, las cuales se especifican detalladamente.

Para todos los efectos legales que emanen de la presente Póliza de Seguro, las partes fijan domicilio especial en la ciudad y comuna de Santiago.

El contratante asume las responsabilidades que emanen de su actuación como contratante del seguro colectivo.

PROCEN 2019

1121900006377 Coaseguro Exento

Folio : 3448007

p.p MAPFRE Compañía de Seguros de Vida de Chile S.A.

COBERTURAS Y TASAS PARA CADA RIESGO DE LA POLIZA

Coberturas	Condiciones Generales	Tasa Neta Mensual %	Tasa Neta Anual %
Fallecimiento	POL 2 2013 0163	0,0637	0,7644
Muerte Accidental	CAD 3 2013 0167	0,0130	0,1560
Invalidez Accidental	CAD 3 2013 0193	0,0078	0,0936
Invalidez Total y Permanente 2/3	CAD 3 2013 0165	0,0195	0,2340
Anticipo por Enfermedades Graves	CAD 3 2013 0200	0,0254	0,3048
Cuota Mortuoria	CAD 2 2014 0206	0,0637	0,7644
TOTAL		0,1931	2,3172

CONDICIONES PARTICULARES, CLAUSULAS Y DEDUCIBLES
Artículo N° 1
Contratante:

Telefónica Chile Servicios Corporativos Ltda. en adelante el Contratante, deberá informar a los asegurados u otros legítimos interesados, sobre la contratación del seguro y sus condiciones o modificaciones, "El Contratante asume las responsabilidades que emanen de su actuación como contratante del Seguro Colectivo."

Artículo N° 2
Asegurados

Todos los empleados que se incorporen, que cumplan con las exigencias señaladas en el artículo N°10 de estas condiciones particulares denominado "Requisitos de Asegurabilidad", que tengan contrato de trabajo vigente e indefinido con la Empresa Contratante, y que residan dentro del territorio nacional.

Artículo N° 3
Beneficiarios
Coberturas Fallecimiento y Muerte Accidental

Se entenderán como beneficiarios todas aquellas personas naturales o jurídicas que hayan sido designadas por cada asegurado las cuales se encuentran en poder de la empresa Contratante. A falta del documento de designación, se girará a él o la Cónyuge del asegurado, a falta del Cónyuge, se girará a los Herederos Legales.

Coberturas Fallecimiento Cónyuges e Hijos:

El beneficiario para el pago será el Asegurado Titular.

Coberturas Invalidez Total y Permanente 2/3, Invalidez Accidental y Anticipo por Enfermedades Graves

El beneficiario para el pago será el Asegurado Titular.



CONDICIONES PARTICULARES, CLAUSULAS Y DEDUCIBLES**Artículo N° 4
Coberturas**

- a) **Fallecimiento:** el capital asegurado será pagado por la Compañía Aseguradora a los beneficiarios, después del fallecimiento del asegurado, si éste ocurre durante la vigencia de la póliza.

La Compañía aseguradora pagará el capital asegurado a los beneficiarios, si el fallecimiento ocurriera como consecuencia de suicidio, siempre que hubiera transcurrido un (1) año completo e ininterrumpido desde la fecha de incorporación del asegurado, desde su rehabilitación o desde el aumento de capital asegurado. En éste último caso el plazo se considerará sólo para el pago del incremento del capital asegurado.

Aunque en el transcurso de la vigencia se reportan las altas y bajas; puede existir que algún asegurado antiguo tenga alguna modificación en su renta y esto provoca que el monto asegurado cambie; por tal razón, en el evento de un fallecimiento se paga con la última liquidación de renta emitida por RRHH, así no la hayan actualizado en las nóminas de asegurados.

- b) **Muerte Accidental:** esta póliza cubre el riesgo adicional de muerte accidental del asegurado titular, siempre que sea consecuencia directa e inmediata de un accidente y de acuerdo a lo indicado en las Condiciones Generales de este adicional.
- c) **Invalidez Accidental:** esta póliza cubre el riesgo adicional de invalidez accidental del asegurado titular, siempre que sea consecuencia directa e inmediata de un accidente y de acuerdo a lo indicado en las Condiciones Generales de este adicional.
- d) **Invalidez Total y Permanente 2/3:** el capital asegurado establecido en la póliza para el caso de fallecimiento será pagado por la Compañía Aseguradora anticipadamente al asegurado en caso de invalidez total y permanente 2/3, siempre que se cumpla lo establecido en las condiciones particulares y en la cláusula adicional.
- Se deja expresa constancia que el monto del capital asegurado a pagar por cláusula adicional, será siempre igual al monto que se debiera indemnizar por el seguro principal en caso de fallecimiento
- e) **Anticipo por Enfermedades Graves:** esta póliza cubre el riesgo adicional de enfermedades graves del asegurado titular, siempre que se cumplan las condiciones establecidas en estas condiciones particulares u en la cláusula adicional.
- f) **Cuota Mortuoria:** esta póliza contempla una cuota mortuoria de UF 150 en caso de fallecimiento del asegurado titular, se pagará por única vez a los beneficiarios designados por el asegurado, es a todo evento, independiente si el fallecimiento se produce por alguna enfermedad preexistente.

La cuota se pagará una vez presentada a la compañía la documentación correspondiente, si este fallecimiento está cubierto por la póliza, se pagará además el 100% del capital principal.

Se considera "Continuidad de Cobertura" para los asegurados incorporados en la anterior póliza, siempre que se trate de enfermedades o situaciones preexistentes que hayan sido informadas y aceptadas por la anterior Compañía de Seguros.

A los asegurados que se incorporen durante la vigencia actual de este contrato no se les cubrirán siniestros a causas de enfermedades diagnosticadas o conocidas, además de accidentes ocurridos en fecha anterior a la de su ingreso en la póliza.



CONDICIONES PARTICULARES, CLAUSULAS Y DEDUCIBLES**Condición Especial**

La presente póliza otorga cobertura en los vuelos de líneas aéreas no regulares, efectuados por la empresa debidamente registradas y aprobadas por la autoridad respectiva.

También se cubren deportes riesgosos, practicados en forma ocasional, de acuerdo a lo informado por el contratante de la póliza.

**Artículo N° 5
Capitales Asegurados**

El capital asegurado se expresará en Unidades de Fomento (UF).

Coberturas	Capital
Fallecimiento	Según nómina vigente
Muerte Accidental	Según nómina vigente
Invalidez Accidental	Según nómina vigente
Invalidez Total y Permanente 2/3	Según nómina vigente
Anticipo por Enfermedades Graves	50% del capital de Fallecimiento
Cuota Mortuoria	UF 150

Nota: el capital máximo será de UF21.000.-

Coberturas: Cónyuges e Hijos	Capital
Fallecimiento Cónyuges	UF 375
Fallecimiento Hijos	UF 187,50



CONDICIONES PARTICULARES, CLAUSULAS Y DEDUCIBLES

Artículo N° 6

Cláusula de Confidencialidad

Las partes acuerdan que la información relativa a los sueldos de los asegurados entregada a la compañía aseguradora para efectos de la determinación del monto asegurado es de carácter confidencial y, por consiguiente, no podrán ser revelados a terceros, de no mediar orden judicial, o de autoridad administrativo consentimiento de Telefónica.

Artículo N° 7

Primas y Tasas ‰ Mensual

El valor de la prima de Fallecimiento y Muerte Accidental es anual y están exentas de IVA.

El valor de la prima de Invalidez Accidental e Invalidez Total y Permanente 2/3 es anual y están afectas a IVA.

El valor de la prima de Anticipo por Enfermedades Graves es mensual y está exenta de IVA.

Para el cálculo de la prima de la cobertura Cuota Mortuoria, que es a todo evento, independiente de si el fallecimiento se produce por alguna enfermedad preexistente, se calcula la Tasa de Vida x Capital (UF 150)/1000.

En caso de fallecer el asegurado y este fallecimiento esté cubierto por la póliza, se pagará además el 100% del capital principal.

Artículo N° 8

Fecha de Pago

La prima anual de este seguro se pagará dentro de los 30 días de la fecha de recepción factura.

La cobranza de esta póliza será anual Anticipada.

El contratante se compromete a efectuar el pago de las primas desde el inicio de la vigencia del seguro. El atraso por parte del contratante en más de 30 días de la fecha pactada, determinará el término de la cobertura del seguro, respecto de los asegurados cuyas primas no se hubieren pagado. Por lo tanto, no se indemnizarán los siniestros que ocurran después de los 30 días de gracia.

La responsabilidad que el asegurador asume por el presente contrato, sólo comienza en la fecha indicada para la vigencia de la presente póliza en estas Condiciones Particulares de ésta.

Financiamiento de la prima:

Contributoriedad en el pago de la prima: Financiada en un 100% por la Empresa Contratante.

Artículo N° 9

Deducibles y Carencias

Esta póliza no aplica deducibles ni carencias.



CONDICIONES PARTICULARES, CLAUSULAS Y DEDUCIBLES**Artículo N° 10****Requisitos de Asegurabilidad****Vida y Adicionales**

Para los nuevos ingresos, las condiciones de Asegurabilidad serán las siguientes:

1. Al ingresar a la póliza, todas las personas nuevas deberán estar en buenas condiciones de Salud (no podrán estar hospitalizados).
2. Serán asegurables todos los empleados, con contrato de trabajo vigente e indefinido con la Empresa Contratante y que desempeñen activamente las funciones propias de sus cargos. Deberán cumplir con las exigencias de las siguientes tablas:

Tabla de Edades Coberturas Vida y Adicionales

Coberturas	Edad Máxima de Ingreso del Titular	Edad Máxima de Permanencia del Titular
Fallecimiento	Hasta los 69 años y 364 días	Cumpliendo los 70 años
Fallecimiento Cónyuge	Hasta los 69 años y 364 días	Cumpliendo los 70 años
Fallecimiento Hijos	Hasta los 23 años y 364 días	Cumpliendo los 24 años
Muerte Accidental	Hasta los 64 años y 364 días	Cumpliendo los 65 años
Invalidez Accidental	Hasta los 64 años y 364 días	Cumpliendo los 65 años
Invalidez Total y Permanente 2/3	Hasta los 64 años y 364 días	Cumpliendo los 65 años
Anticipo por Enfermedades Graves	Hasta los 69 años y 364 días	Cumpliendo los 70 años

3. Cumpliendo con los requisitos señalados, los asegurables deberán optar desde la fecha de contrato y el contratante tendrá un plazo máximo de 60 días para informar el ingreso a la compañía aseguradora.
4. Todos los asegurados nuevos ingresan vía nómina.
Todo asegurado nuevo que se inscriba en el seguro, queda incorporado con los requisitos exigidos en las condiciones de la póliza y el formulario se exigirá según la tabla de condiciones en póliza.
5. Los asegurados mayores o iguales a 65 años no se le deberán modificar las coberturas que traía anteriormente y los asegurados mayores o iguales a 70 años no serán excluidos del seguro mientras tengan contrato vigente con la empresa contratante.
6. Como excepción Telefónica puede incorporar a personas mayores de 65 años, como casos especiales.
7. En función del capital asegurable solicitado y la edad del asegurable, se deberá cumplir con las exigencias de la siguiente tabla:



CONDICIONES PARTICULARES, CLAUSULAS Y DEDUCIBLES

Rango Edades	Capital Asegurado UF3.000	Capital Asegurado UF3.001 - UF4.000	Capital Asegurado UF4.001 - UF6.000	Capital Asegurado UF6.001 - UF10.000	Capital Asegurado Sobre UF10.000
Hasta 40 años	SR	SI	SI	0	3
Entre 41 y 55 años	SR	SI	DPS	2	3
Mayor de 55 años	SR	DPS	1	3	3

Donde:

SR: Sin Requisitos

SI: Solicitud de Incorporación

DPS: Declaración Personal de Salud

0: Cuestionario y Examen Médico

1: Cuestionario y Examen Médico, Examen de Orina, Electrocardiograma.

2: Cuestionario y Examen Médico, Examen de Orina, Electrocardiograma y HIV.

3: Cuestionario y Examen Médico, Examen de Orina, Electrocardiograma, HIV y Test de Esfuerzo.

Cualquier solicitante que no cumpla con los requisitos de Asegurabilidad señalados en las Tablas anteriores, podrá ser evaluado facultativamente por la compañía, reservándose el derecho de aceptación o rechazo del caso.

Nota:

La cobertura de Protección Familiar se mantendrá vigente para aquellos cónyuges e hijos que hayan mantenido dicha cobertura activa al 30 de Noviembre 2013.

No se aceptarán nuevas incorporaciones para hijos menores de 18 años a contar del 1 de Diciembre de 2013.

Para nuevas incorporaciones de cónyuges e hijos mayores de 18 años a contar del 1 de Diciembre de 2013,

Se exigirá el debido llenado del Formulario de Solicitud de Incorporación y Declaración de Dependientes, según lo dispuesto en el artículo 589 del Código de Comercio.

Nota:

Los requisitos de Asegurabilidad y los siniestros se rigen en conformidad a las condiciones vigentes al momento de incorporarse el asegurado y su grupo familiar a la presente póliza.

Criterios para Enfermedades Hipertensión Arterial y Diabetes

Para la cobertura de Fallecimiento y adicionales no se deberá restringir el acceso a la póliza, en la medida que se determine que la patología está controlada y en etapas primarias de desarrollo, se procederá a excluir o dar tope a la patología, de acuerdo a la siguiente tabla:

Diagnóstico	Fallecimiento	ITP 2/3	Otros Adicionales
Diabetes	Capital UF 30	SIN COBERTURA	SIN COBERTURA
Hipertensión Arterial	Capital solicitado, se excluye HTA	Capital solicitado, se excluye HTA	Capital solicitado, se excluye HTA



CONDICIONES PARTICULARES, CLAUSULAS Y DEDUCIBLES

Artículo N° 11

Exclusiones

Exclusiones Cobertura Fallecimiento: Las exclusiones de la cobertura de Fallecimiento son aquellas descritas en el artículo N° 3 de las Condiciones Generales (POL 2 2013 0163).

Exclusiones Cobertura Muerte Accidental: Son aquellas detalladas en el artículo N° 3 de la Cláusula Adicional (CAD 3 2013 0167).

Exclusiones Cobertura Invalidez Accidental: Son aquellas detalladas en el artículo N° 3 de la Cláusula Adicional (CAD 3 2013 0193).

Exclusiones Cobertura Invalidez Total y Permanente 2/3: Son aquellas detalladas en el artículo N° 3 de la Cláusula Adicional (CAD 3 2013 0165).

Exclusiones Cobertura Anticipo por Enfermedades Graves: Son aquellas detalladas en el artículo N° 2 de la Cláusula Adicional (CAD 3 2013 0200).

Artículo N° 12

Evaluación y Liquidación de Siniestros

El asegurado tiene 60 días para avisar el siniestro desde la fecha del evento.

Una vez entregado los documentos del siniestro, la aseguradora tiene 30 días para emitir la indemnización a los beneficiarios del seguro, excepto que se solicite documentación adicional, en este caso los plazos aumentan.

Coberturas Fallecimiento y Muerte Accidental:

El contratante, deberá dar aviso mediante carta o correo electrónico dirigido a la compañía aseguradora del fallecimiento del asegurado en un plazo máximo de sesenta (60) días. Los beneficiarios, acreditando su calidad de tales, podrán exigir el pago del capital asegurado presentando los siguientes antecedentes:

- a) Certificado de Defunción con causal de fallecimiento del asegurado.
- b) Certificado de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del asegurado.
- c) Informes, declaraciones, certificados o documentos, en especial los relativos al fallecimiento del asegurado, destinados a probar la coexistencia de todas las circunstancias necesarias para establecer la responsabilidad al asegurador.
- d) Parte Policial que acredite la Muerte Accidental.
- e) La compañía aseguradora podrá solicitar antecedentes adicionales.

Condición Especial:

La compañía tendrá un plazo máximo de 5 días hábiles para el pago de la Cuota Mortuoria contados desde la fecha de recepción de la documentación correspondiente.



CONDICIONES PARTICULARES, CLAUSULAS Y DEDUCIBLES**Cobertura Invalidez Accidental:**

El contratante, dentro de un plazo de sesenta (60) días contados desde la fecha del siniestro, deberá dar aviso mediante carta o correo electrónico dirigida a la compañía aseguradora, de lo contrario la compañía no estará obligada a pagar el siniestro.

La compañía determinará en un plazo máximo de 60 días si se ha producido la invalidez de un asegurado, conforme a las pruebas presentadas y los exámenes requeridos, en su caso, sin perjuicio de requerir antecedentes adicionales, por lo que el plazo podría aumentar.

Cobertura Invalidez Total y Permanente 2/3:

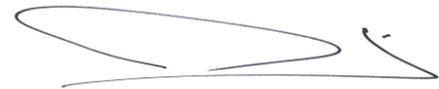
Producida la invalidez total y permanente 2/3 del asegurado, cualquier persona deberá comunicarlo por escrito a la compañía aseguradora dentro de un plazo de sesenta (60) días. El cumplimiento extemporáneo de esta obligación hará perder el derecho a la indemnización establecida en la presente cláusula adicional, salvo en caso de fuerza mayor.

Será obligación del asegurado, proporcionar a la compañía todos los antecedentes médicos y exámenes que obren en su poder, autorizar a la compañía para requerir de sus médicos tratantes todos los antecedentes que ellos posean, y dar las facilidades y someterse a los exámenes y pruebas que la compañía solicite para efectos de determinar y verificar la efectividad de la invalidez total y permanente 2/3. El costo de estos será cargo de la compañía aseguradora.

Anticipo por Enfermedades Graves:

El aviso del siniestro deberá darse a la compañía dentro de sesenta (60) días siguientes a la fecha del diagnóstico comprobado de la existencia de alguna de las enfermedades cubiertas por esta cláusula adicional. Así mismo, se deberán presentar los antecedentes relativos al siniestro dentro de los sesenta (60) días contados desde igual fecha, de lo contrario la compañía no estará en la obligación de pagar el siniestro.

Nota: Se incluye Anexo relativo a Procedimiento de Liquidación de Siniestros.



CONDICIONES PARTICULARES, CLAUSULAS Y DEDUCIBLES**Artículo N° 13****Inclusión, Exclusión y Modificación de Asegurados**

Con el objeto de mantener actualizada la nómina de asegurados que se encuentran cubiertos por el seguro, el contratante es responsable de enviar a la compañía aseguradora, directamente o a través del corredor, una carta escrita (en original), antes del día 20 de cada mes, indicando las inclusiones, exclusiones o modificaciones de la nómina que se encuentre vigente.

En el caso de inclusión al seguro, el contratante deberá enviar directamente o a través del corredor, "vía e-mail" esta nueva inclusión y en los casos que corresponda adjuntar la DPS, la cual comienza a regir desde el primer día del mes siguiente de recibido el e-mail, a contar de la fecha de ingreso al Servicio de Bienestar o en su defecto a contar de la fecha de contrato del asegurado. Los asegurados que no fueron incorporados durante la vigencia de la póliza podrán ser incorporados a contar de la nueva vigencia, previa evaluación y aceptación por parte de la compañía aseguradora. Estos movimientos serán reflejados en la Liquidación de Primas que se envía al contratante.

Para la exclusión, el contratante deberá indicar el nombre completo y Rut de la persona excluida del seguro. Dicha exclusión comenzará a regir desde el primer día del mes siguiente a la recepción de la carta por parte de la compañía aseguradora, a contar de la fecha de finiquito. Estos movimientos serán reflejados en la Liquidación de Primas que mensualmente se envía al contratante. Se deja establecido, que aquellos asegurados que solicitaron voluntariamente su exclusión del seguro, no podrán volver a ser incorporados durante la vigencia actual de la póliza. En caso de solicitar su inclusión en una nueva vigencia, estos deberán incorporarse de la forma descrita en el párrafo anterior perdiendo toda continuidad de cobertura.

Nota: en aquellos casos que el contratante solicite un movimiento retroactivo, es decir incluir o excluir un asegurado con fecha anterior al mes en curso, la compañía aseguradora harpa los respectivos movimientos solicitados, siempre y cuando estos sean evaluados y aceptados por la compañía aseguradora, no obstante el cobro de las primas o la devolución de estas será efectuado en la próxima facturación, a través de la Liquidación de Primas más una Reliquidación de Primas.

Exclusión de Asegurados por Edad de Permanencia:

Los asegurados que excedan la edad límite de permanencia durante la vigencia de la póliza, serán excluidos a contar de la fecha de renovación y no en la fecha de cumpleaños.

NOTA: Grupo Corporativo Telefónica

El Grupo Corporativo de Telefónica está compuesto por las siguientes empresas:

- Telefónica Chile Servicios Corporativos Ltda. Rut: 76.086.148-0
- Telefónica Investigación y Desarrollo Chile SPA Rut: 76.378.279-4
- Fundación Telefónica Chile S.A. Rut: 74.944.200-K



ANEXOS

ANEXO N° 1

ACUERDOS OPERATIVOS Y DE SERVICIOS

1. Aunque en el transcurso de la vigencia reportamos las altas y bajas; puede existir que algún asegurado antiguo tenga alguna modificación en su renta y esto provoca que el monto asegurado cambie; por tal razón en el evento de un fallecimiento se paga con la última liquidación de renta emitida por RRHH, así no la hayamos actualizado.
2. Todo asegurado nuevo que se inscriba en el seguro, queda incorporado con los requisitos exigidos en las condiciones de la póliza y el formulario se exigirá según la tabla de condiciones en póliza.
3. Una vez entregado los documentos del siniestro, la aseguradora tiene 30 días para emitir la indemnización a los beneficiarios del seguro, excepto que se solicite documentación adicional, en este caso los plazos aumentan.
4. El asegurado tiene 60 días para avisar el siniestro desde la fecha del evento.
5. Los asegurados mayores o iguales a 65 años no se le deberán modificar las coberturas que traía anteriormente y los asegurados mayores o iguales a 70 años no se serán excluidos del seguro mientras tengan contrato vigente con la empresa contratante.
6. Como excepción telefónica puede incorporar a personas mayores de 65 años, casos especiales.
7. Para la licitación, los valores asegurados corresponden a la nómina vigente al momento de enviar las bases y se actualizarán de acuerdo a la última nómina al 31 de diciembre del año en curso para su valorización real de inicio de cobertura.
8. En el mes de abril, se envía una nueva nómina con los capitales y asegurados actualizados. Se debe realizar un ajuste con la nómina enviada en enero, pagando o devolviendo la diferencia que se produzca. Además, cuando termine el periodo de cobertura, se deberá realizar un nuevo ajuste con las altas y bajas, con el cual se pagará/devolverá las primas según corresponda (en el resto de los meses del año no se realiza ningún ajuste).



ANEXOS

9. Las altas y las bajas, las informará Telefónica a través de nóminas que se envían dentro de los 7 días siguientes al mes vencido. Estos movimientos, la aseguradora deberá realizarlos según la fecha indicada en dicha nómina. Se especifica que los movimientos podrán ser retroactivos de hasta 30 días, sin embargo, existirán excepciones de casos especiales a solicitud del contratante.
10. Para las cobranzas de los seguros de vida se debe proceder de la siguiente manera:
 - a) Seguro Vida Mensuales; la nómina se envía los primeros 7 días del mes siguiente al mes de cobro. Una vez recepcionada por la aseguradora, esta tendrá un plazo de 5 días para entrega la pre cobranza para ser validada por el contratante. Una vez revisada se enviará el V°B° a través de emails y la aseguradora tendrá un plazo de 5 días para emitir la factura, la cual será pagada dentro de los 40 días siguientes de la fecha de recepción de estas.
 - b) Seguro Vida Trimestral (Plan Habitacional); se utiliza el mismo procedimiento correspondiente al Seguro de Vida Mensual, pero cada 3 meses.
 - c) Seguro Vida Anual; las nóminas se enviarán los primeros 15 días del mes de enero (Comienzo de la vigencia), luego la aseguradora deberá enviar dentro de los siguientes 10 días la pre cobranza con la información de las primas para su revisión. Una vez validadas por el contratante, se enviará el V°B° por email a la aseguradora que luego de 5 días deberá enviar las facturas al contratante. Las facturas serán pagadas dentro de 40 días desde la fecha de recepción.
11. La emisión de las pólizas, por parte del asegurador, deben ser emitidas dentro de los primeros 15 días desde la fecha de inicio de la cobertura.
12. La sábana de siniestralidad debe ser entregada cada 3 meses o en el momento que lo solicite el contratante o corredor. Dentro de la sábana debe venir como mínimo la siguiente información: datos del asegurado titular y/o beneficiario, fecha de siniestro y fecha de pago, el número de póliza afectada, tipo de cobertura, monto indemnizado.
13. Página Web, accesos administradores como mínimo para consultar, asegurados, liquidaciones, proceso indemnización, descargar pólizas, bajar nóminas y emitir certificado de cobertura. Mientras no esté operativo dentro del primer semestre 2019, se solicitará la información a la persona a cargo de la emisión, con compromiso de entrega dentro de 24 horas.
14. Se deberá indicar por parte de la aseguradora los contactos para los distintos requerimientos.
15. La aseguradora nos deberá entregar los formularios de inscripción para los casos que se necesiten completar y/o información adicional o promoción.



ANEXOS

ANEXO N° 2

INFORMACIÓN SOBRE ATENCIÓN DE CLIENTES Y PRESENTACIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS

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

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

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

El interesado, en caso de disconformidad respecto de lo informado, o bien cuando exista demora injustificada 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.



ANEXOS

ANEXO N° 3

(Circular N° 2106 Superintendencia de Valores y Seguros)

PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACION DE SINIESTROS

1) OBJETO DE LA LIQUIDACION

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 LIQUIDACION

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 OPOSICION A LA LIQUIDACION DIRECTA

En caso de liquidación directa por la compañía, el Asegurado o beneficiario puede oponerse a ella, solicitándole por escrito que designe un Liquidador de Seguros, dentro del plazo de cinco días hábiles contados desde la comunicación de la Compañía. La Compañía deberá designar al Liquidador en el plazo de dos días hábiles contados desde dicha oposición.

4) INFORMACION AL ASEGURADO DE GESTIONES A REALIZAR Y PETICION DE ANTECEDENTES

El Liquidador o la Compañía deberá informar al Asegurado, por escrito, en forma suficiente y oportuna, al correo electrónico (informado en la denuncia del siniestro) o por carta certificada (al domicilio señalado en la denuncia de siniestro), de las gestiones que le corresponde realizar, solicitando de una sola vez, cuando las circunstancias lo permitan, todos los antecedentes que requiere para liquidar el siniestro.



ANEXOS

5) PRE-INFORME DE LIQUIDACION

En aquellos siniestros en que surgieren problemas y diferencias de criterios sobre sus causas, evaluación del riesgo o extensión de la cobertura, podrá el Liquidador, actuando de oficio o a petición del Asegurado, emitir un pre-informe de liquidación sobre la cobertura del siniestro y el monto de los daños producidos, el que deberá ponerse en conocimiento de los interesados. El asegurado o la Compañía podrán hacer observaciones por escrito al pre-informe dentro del plazo de cinco días hábiles desde su conocimiento.

6) PLAZO DE LIQUIDACION

Dentro del más breve plazo, no pudiendo exceder de **45 días** corridos desde fecha denuncia, a excepción de:

- a) siniestros que corresponda 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 afecten a los cascos o en caso de Avería Gruesa: **180 días** corridos desde fecha denuncia.

7) PRORROGA DEL PLAZO DE LIQUIDACION

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.



ANEXOS

8) INFORME FINAL DE LIQUIDACION

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

9) IMPUGNACIÓN INFORME DE 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 la impugnación.

