

**PROPUESTA SEGURO DESGRAVAMEN  
COLECTIVO HIPOTECARIO BANCO ITAÚ CORPBANCA**

N°

**DATOS CONTRATANTE**

Nombre: <b>Banco Itaú Corpbanca</b>		Rut: <b>97.023.000-9</b>	
Domicilio: <b>Rosario Norte 660</b>		Comuna: <b>Las Condes</b>	Región: <b>Metropolitana</b>
Nombre Ejecutivo:	Rut:	Oficina	Fono

**ASEGURADO**

Nombre Completo (paterno, materno, nombres)			Rut	
Tipo de Deudor			% Participación	
Dirección Particular			Comuna/ Ciudad	
Teléfono		Celular	Correo Electrónico	
Fecha Nacimiento / /	Sexo M ___ F ___	Estado Civil Casado ___ Soltero ___ Viudo ___	Profesión/actividad	Isapre _____ Fonasa _____

**BENEFICIARIO**

Nombre: <b>Banco Itaú Corpbanca</b>	Rut: <b>97.023.000-9</b>
-------------------------------------	--------------------------

**COBERTURAS**

Cobertura <b>Fallecimiento</b>	Depósito SVS <b>POL 220130678</b>	Tasa Cobertura <b>0.0075%</b>	Monto del Crédito UF
Tipo de Deudor ___Aval ___Codeudor ___Deudor	Refinanciamiento ___ Sí ___ No	N° de Refinanciamiento o Repactación	
Total Prima	Plazo en Meses	Plazo Gracia en Meses	

**Cálculo de la Prima:** La prima se expresará en UF, es mensual y se calcula multiplicando el saldo insoluto de la deuda por la tasa de la cobertura (0,0075%).

El monto asegurado para los seguros de desgravamen es el saldo insoluto de la deuda o la proporción de éste que corresponda en caso de existir más de un deudor, al mes inmediatamente anterior a la fecha de fallecimiento del asegurado. La prima puede variar si el monto asegurado se modifica.

La cobertura de la póliza se extenderá, además del saldo insoluto del crédito hipotecario, a las demás sumas que el deudor asegurado se pudiese 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 más dividendos postergados.

## DECLARACIÓN DE SALUD / DECLARACIÓN PERSONAL DE ACTIVIDADES Y DEPORTES RIESGOSOS

Lugar donde realiza su actividad: nombre empresa: \_\_\_\_\_

1. En su actividad ¿tiene contacto o maneja explosivos, sustancias o equipos con elementos radioactivos, ácidos, elementos de mediana o alta tensión eléctrica, petróleo, pesticidas, insecticidas u otras sustancias químicas?  
\_\_\_ No \_\_\_ Sí especifique \_\_\_\_\_

2. ¿Realiza deportes o actividades riesgosas como: bombero, piloto civil, andinismo, carreras de velocidad, alas delta, parapente, paracaidismo, buceo, motociclismo, rafting, benji u otro que se considere peligroso?  
\_\_\_ No \_\_\_ Sí \_\_\_ ¿cómo aficionado? \_\_\_ ¿cómo profesional? Especifique \_\_\_\_\_

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

3. Fuma \_\_\_ No \_\_\_ Sí ¿cuántos cigarrillos al día? \_\_\_\_\_

4. Si usted ha tenido o tiene conocimiento de padecer o tener diagnosticada alguna dolencia, ha sido sometido a tratamiento médico por alguna de las siguientes enfermedades: cardiovasculares, corazón, válvulas, arritmia, hipertensión arterial, diabetes, obesidad, riñones, gastrointestinales, broncopulmonar, colon, hígado, riñón, páncreas, cáncer o tumores de cualquier naturaleza, hernia núcleo pulposa, tiroides, neurológicos, trastornos mentales o del sistema nervioso, broncopulmonares, osteomusculares, auto inmune o genitourinarias, alcoholismo, sida, vih positivo, cirrosis, drogadicción, , cojera o amputación, desordenes congénitos o incapacidad, problemas a la visión y audición, debe detallar(las) a continuación indicando cual(es) y la(s) fecha(s) de diagnóstico:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

La omisión de cualquier comentario se entiende como una declaración que no ha tenido ninguna de las situaciones señaladas.

5. ¿Ha estado o se ha sometido a intervenciones quirúrgicas o tiene indicada alguna o ha estado hospitalizado?  
\_\_\_\_\_ No \_\_\_ Sí especifique \_\_\_\_\_

6. ¿Hace uso habitual o permanente de drogas o medicamentos tales como tranquilizantes u otros?  
\_\_\_\_\_ No \_\_\_ Sí Indique motivos \_\_\_\_\_

En caso de contestar afirmativamente las preguntas de la 5 a la 6, indique: diagnóstico, tratamiento y nombre del médico tratante.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Comentarios \_\_\_\_\_

7. Indique su peso y estatura \_\_\_\_\_ kgs. \_\_\_\_\_ cms.

\_\_\_\_\_  
Firma Asegurado

**Cobertura de Desgravamen (POL 220130678):**

La compañía asegura el riesgo de fallecimiento del asegurado y se obliga a indemnizar al beneficiario después de haberse comprobado por esta que el fallecimiento del asegurado ocurrió durante la vigencia de la cobertura para dicho asegurado, y que no se produjo bajo algunas de las exclusiones señaladas en la póliza.

**Exclusiones Cobertura de Desgravamen (POL 220130678):** este seguro no cubre el riesgo de muerte si el fallecimiento del asegurado fuese 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 esta, por parte de cualquier persona o grupo, motivado por causas políticas, religiosas, ideológicas o similares, con la intención de ejercer influencia sobre cualquier gobierno o de atemorizar a la población o a cualquier segmento de la misma.

F) participación del asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose por tales aquellas en las cuales se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.

G) realización o participación en una actividad o deporte riesgoso, considerándose como tales aquellos que objetivamente constituyan una flagrante agravación del riesgo o se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos.

A modo de ejemplo y sin que la enumeración sea taxativa o restrictiva sino que meramente enunciativa, se considera actividad o deporte riesgoso el manejo de explosivos, minería subterránea, trabajos en altura o líneas de alta tensión, inmersión submarina, piloto civil, paracaidismo, montañismo, alas delta, benji, parapente, carreras de auto y moto, entre otros.

H) situaciones o enfermedades preexistentes, entendiéndose por tales las definidas en el artículo 5°, letra g) de estas condiciones generales. Para los efectos de la aplicación de esta exclusión, al momento de la contratación la compañía aseguradora deberá consultar al asegurable acerca de todas aquellas situaciones o enfermedades preexistentes que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura.

I) fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.

J) una infección oportunista 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 oportunista incluye, pero no debe limitarse, a neumonía causada por pneumocystis carinii, 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.

**Requisitos de asegurabilidad:**

Edad mínima de ingreso: 18 años

Edad máxima de ingreso: 75 años y 364 días.

Edad máxima de permanencia: 79 años y 364 días.

Solicitud de exámenes médicos, de acuerdo al siguiente cuadro:

Capital Asegurado/Edad	0 a UF 1.000	UF 1.001 a UF 5.000	UF 5.001 a UF 20.000	Sobre UF 20.000
Hasta 65 años	A	A	A	A
66 años hasta 75 años y 364 días	A	A	B	C

**A:** Declaración Personal de Salud (DPS)

**B:** Declaración Personal de Salud (DPS) + Examen Médico + ECG + Perfil Bioquímico + Test Urinario Completo

**C:** Declaración Personal de Salud (DPS) + Examen de Orina (Examen de proteínas y glucosuria efectuada en laboratorio) + Hemograma con plaquetas y velocidad de sedimentación + Glucosa + Colesterol Total y HDL + Triglicéridos + Urea + Ácido Úrico + Creatinina + Dosificación de GAMA GT y de las transaminasas (SGOT y SGPT), Serología Hepatitis B (AngHBs), Serología hepatitis C + Test HIV + Informe Cardiovascular: antecedentes declarados, examen clínico del corazón (interrogatorio, auscultación, presión arterial, ritmo), un examen electrocardiográfico (datos e interpretación), conclusión (eventuales tratamientos o exploraciones complementarias proyectadas) + P.S.A. (antígeno prostático específico) para solicitantes de sexo masculino a partir de los 55 años.

Nota: el examen de HIV es voluntario

Diferencia en monto del crédito: se aceptará la misma DPS en los casos que los montos tengan una variación dentro del mismo tramo de evaluación de la tabla de requisitos de asegurabilidad que se detalla en la propuesta. No obstante, si la variación del crédito supera el tramo de evaluación, el cliente tendrá que completar y suscribir una nueva DPS.

**Vigencia de la Póliza Colectiva:** Desde las 00:00 horas del 31 de Octubre de 2015, hasta las 24:00 horas del 31 de julio del 2017.

**Vigencia Cobertura Individual:** Desde la fecha de otorgamiento del crédito, hasta las 24:00 horas del 31 de Julio del 2017.

**Procedimiento siniestros:** documentación a adjuntar del asegurado: denuncia del siniestro, certificado de defunción con la causa de fallecimiento, fotocopia de cedula de identidad, informe médico tratante, ficha clínica, desarrollo de deuda, pagaré, escritura pública, parte policial en caso de muerte accidental.

**Nota:** la tarificación de las primas de seguro de desgravamen se ha establecido en consideración a montos y plazos promedio de los créditos y a la siniestralidad histórica de la cartera. Por lo anterior, la prima se devengara desde el primer día de vigencia del seguro. Confirmando la exactitud y veracidad de la información y demás declaraciones contenidas en el presente documento y me doy por enterado que todos estos elementos constituyen factores importantes para la aceptación del riesgo por parte de la compañía y cualquier reticencia o declaración falsa de mi parte, dará derecho a la compañía a aplicar lo dispuesto en la ley y contrato.

Además autorizo a cualquier medico u otro profesional, hospital, clínica u otra institución que me hubiera reconocido o asistido en mis dolencias, a revelar a la compañía todos los datos y antecedentes patológicos que ellos pudieran tener, incluso en caso de muerte. Todo en conformidad a la ley 19.628 sobre datos de carácter personal y la ley 20.584 sobre fichas clínicas.

Declaro haber sido informado que estos datos son de exclusivo uso de la aseguradora en el análisis del otorgamiento de seguros, modificaciones de coberturas, análisis de reclamos, investigación de siniestros y, en general, de todo aquello que diga relación con los contratos que celebre con la aseguradora, pudiendo estos datos ser comunicados a terceros con estos mismos fines. Esta autorización queda limitada a este seguro y por el tiempo que dure la vigencia o hasta el plazo máximo para presentar reclamo por indemnización amparada por esta cobertura.

**Forma de pago de la Prima:** cargo en dividendo hipotecario, conforme al mandato otorgado al banco.

**Intermediario:** Itaú Chile Corredora de Seguros Ltda. Rut: 77.329.690-1, sociedad filial del Banco Itaú.

La información respecto de la diversificación de los negocios de Itaú Chile Corredora de Seguros, como de las entidades aseguradoras con que ha trabajado, y las pólizas de seguros que ha contratado para responder del cumplimiento de sus obligaciones como intermediario, se encuentra publicada en [www.itaui.cl](http://www.itaui.cl), sección seguros.

**Comisión de Intermediación:** 16.81% + IVA de la prima neta recaudada.

**Sello Sernac:** Este documento no cuenta con sello Sernac, conforme al artículo 55 de la ley n°19.496.

**Interés Asegurable:** Es aquel que tiene el asegurado en la no ocurrencia del siniestro.

**Servicio de Atención al Cliente:** En caso de requerir asistencia, asesoría o información, favor llamar a Itaú Chile Corredora de Seguros Ltda. en horario habitual de oficina, de lunes a jueves de 9 a 14 hrs. y de 15 a 18 hrs. y viernes de 9 a 14 hrs. y de 15 a 16 hrs., excepto feriados, a los teléfonos: 22686 0377 y 22686 0999; o a través de la Mesa Central Itaú al 22686 0000 las 24 horas del día los 365 días del año. También, personalmente y sin formalidades, en el horario de oficina ya señalado en su domicilio comercial: San Antonio 113, Piso 2, comuna y ciudad de Santiago; o enviando un mail a la dirección de correo electrónico: [ics@itaui.cl](mailto:ics@itaui.cl), según sea su preferencia.

Banchile Seguros de Vida cuenta con un departamento de servicio al cliente, con atención telefónica llamando al 6008432000 o escribiendo al e-mail [asegurado@banchilevida.cl](mailto:asegurado@banchilevida.cl), en el siguiente horario de atención: lunes a jueves 8:45 a 18:00 horas, viernes de 8:45 a 17:00 horas.

#### Notas

- El proponente ha tomado conocimiento del derecho a decidir sobre la contratación de los seguros y a la libre elección del intermediario y compañía aseguradora.
- Con la emisión de la presente propuesta, no se obtiene cobertura al riesgo que se procura asegurar. La cobertura comienza a regir únicamente a partir del momento que esta propuesta sea aceptada por el asegurador y se inicie la vigencia de la póliza, circular Nro.1390 S.V.S. Si uno o más deudores o avales y/o codeudores no cumplieran con los requisitos de asegurabilidad la compañía no suscribirá el seguro bajo ninguna circunstancia.
- La compañía que suscribe el riesgo es Banchile Seguros de Vida S.A. Rut 96.917.990-3, bajo la póliza colectiva N°1305.
- Autorizo a Banchile Seguros de Vida S.A. para que la póliza de seguro y el certificado de cobertura relacionados con el presente seguro, sean enviados a la dirección de correo electrónico indicada en la presente propuesta

#### Importante

Usted está solicitando su incorporación como asegurado a una póliza o contrato de seguro colectivo cuyas condiciones han sido convenidas por Banco Itaú directamente con la compañía de seguros.

He leído y conozco íntegramente el contenido de la Propuesta, cuya copia recibo en el mismo acto. Dejo constancia que he obtenido del Corredor asesoría respecto a la naturaleza y alcance de la mencionada cobertura y toda la información necesaria para ilustrar mi decisión de contratar la presente póliza voluntaria.

Con fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ suscriben la presente solicitud.



**Arturo Achondo Guzmán**

Representante Legal  
Itaú Chile Corredora de Seguros Ltda.  
RUT N° 77.329.690-1



**Mario Catrileo Duque**

Representante Legal  
Banchile Seguros de Vida S.A.  
RUT N° 96.917.990-3

**Firma Asegurado**

Acepto condiciones de este seguro