CONDICIONES PARTICULARES
SEGURO DE DESGRAVAMEN MÁS INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE DOS TERCIOS
PENTA AMH SERVICIOS FINANCIEROS S.A.
PÓLIZA: DEG-0292

ARTÍCULO N°1 CONTRATANTE

Nombre	**PENTA AMH SERVICIOS FINANCIEROS S.A.**	Rut	**96.778.070-7**
Dirección	**HENDAYA 60 PISO 7**		
Comuna	**LAS CONDES**	Ciudad	**SANTIAGO**

EL CONTRATANTE ASUME LAS RESPONSABILIDADES QUE EMANEN DE SU ACTUACIÓN COMO CONTRATANTE DEL SEGURO COLECTIVO.

LAS BASES DE LICITACIÓN FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA, LA QUE SE EMITE EN FUNCIÓN DE LOS ANTECEDENTES EN ELLAS CONSIGNADOS, Y DE CUYA VERACIDAD ES RESPONSABLE EL CONTRATANTE DEL SEGURO.

ARTÍCULO N°2 COMPAÑÍA ASEGURADORA

Nombre	**BICE VIDA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**	Rut	**96.656.410-5**
Dirección	**AV. PROVIDENCIA 1806**		
Comuna	**PROVIDENCIA**	Ciudad	**SANTIAGO**

ARTÍCULO N°3 FECHA INICIO Y TÉRMINO VIGENCIA DEL CONTRATO COLECTIVO

Fecha Inicio Vigencia	**01/01/2025**	Fecha Término Vigencia	**31/10/2026**

La presente póliza tiene una vigencia de 22 meses, desde las 00:00 horas del 1 de enero de 2025 y hasta las 23:59 horas del día 31 de octubre de 2026, ambos días inclusive.

ARTÍCULO N°4 COBERTURAS Y MATERIA ASEGURADA

Número	Coberturas	Códigos Registro Pólizas CMF	Tasa Neta Mensual %	IVA %	Tasa Bruta Mensual %
1	Fallecimiento	POL220130678	**0,003030%**	**Exenta**	**0,003030%**
2	Invalidez Total y Permanente 2/3	CAD220131429	**0,000940%**	**0,000179%**	**0,001119%**
	TASA MENSUAL TOTAL				**0,004149%**

FALLECIMIENTO (POL220130678): Se otorga cobertura por fallecimiento, a través de la póliza colectiva de desgravamen asociada a créditos hipotecarios otorgados por PENTA AMH SERVICIOS FINANCIEROS S.A., de acuerdo con el artículo N°40 del Decreto con Fuerza de Ley N°251 de 1931, según las condiciones generales inscritas en el Registro de Pólizas de la Comisión para el Mercado Financiero, bajo el código POL220130678. La Compañía, asegura el riesgo de fallecimiento del o de los asegurados definidos en estas Condiciones Particulares y se obliga a indemnizar al Beneficiario después de haber comprobado que el fallecimiento del asegurado ocurrió durante la vigencia de la cobertura para dicho asegurado en este contrato de seguro y que no se produjo bajo alguna de las exclusiones a que se refiere el Artículo N°6 “Exclusiones” de las Condiciones Generales (POL220130678).

CONDICIONES PARTICULARES
SEGURO DE DESGRAVAMEN MÁS INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE DOS TERCIOS
PENTA AMH SERVICIOS FINANCIEROS S.A.
PÓLIZA: DEG-0292

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE DOS TERCIOS (CAD220131429): La Compañía pagará anticipadamente al "Beneficiario" la indemnización establecida en la póliza principal en caso de verificarse la Invalidez Total y Permanente Dos Tercios del Asegurado, siempre que se cumplan las condiciones copulativas establecidas en el artículo 2° de la CAD220131429.

BICE Vida dará continuidad de cobertura respecto a las materias aseguradas que se encuentren incorporadas en las pólizas vigentes a la fecha de su terminación, de acuerdo a lo establecido en el numeral 8 de la letra A del título III de la NCG N° 469 de la CMF.
Para los nuevos asegurables o los asegurados vigentes que soliciten cobertura para un nuevo crédito hipotecario otorgado a personas naturales y/o jurídicas, cuando el uso del inmueble dado en garantía sea habitacional o esté destinado a la prestación de servicios profesionales, deberán cumplir los requisitos de edad y salud correspondientes tomando en consideración la sumatoria de los créditos hipotecarios vigentes, más el nuevo crédito hipotecario a solicitar con cobertura en la póliza licitada.
Este seguro no cubre enfermedades preexistentes, entendiéndose por tales aquellas enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata en su favor. Para los efectos de la aplicación de esta exclusión, al momento de la contratación del seguro la Compañía Aseguradora deberá consultar al asegurable acerca de todas aquellas situaciones o enfermedades preexistentes que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura.

ARTÍCULO N°5 ASEGURADOS

Se consideran asegurados las personas naturales deudores, codeudores u otros que tengan obligaciones originadas en créditos hipotecarios con garantía de bienes inmuebles habitacionales o de prestación de servicios profesionales, de acuerdo a lo señalado en el Título IV, letra B, número 2.1. de la NCG N° 469 de la CMF, que hayan contratado o sido otorgados por cuenta propia o por cuenta de una compañía aseguradora o reaseguradora o que sean administrados por Penta AMH Servicios Financieros S.A.
Los créditos hipotecarios descritos corresponderán a las operaciones de Mutuos Hipotecarios Endosable y créditos complementarios con garantía hipotecaria.
En el evento que AMH Servicios Financieros realice una compra de cartera de mutuos hipotecarios endosables y/o acuerde la administración directa de dichos créditos o de otros créditos con garantía hipotecaria de terceros, los deudores que conformen dicha cartera tendrán continuidad de cobertura inmediata, siempre que se cumplan las condiciones señaladas en el Título III letra A N° 8 de la NCG 469.

ARTÍCULO N°6 MONTO ASEGURADO

El Monto Asegurado corresponderá al saldo insoluto de la deuda que mantenga el asegurado o la proporción acordada de éste en caso de existir más de un deudor, calculado a la fecha de fallecimiento del deudor asegurado. En el caso de adicional de Invalidez Total y Permanente Dos Tercios el monto asegurado corresponderá al monto que habría que pagar por la cobertura de desgravamen al momento de declaración de invalidez por la compañía de seguros. Este concepto se aplicará para los efectos de determinar el monto de la prima mensual a pagar por cada asegurado.

Para los efectos de determinar el monto a indemnizar en caso de fallecimiento o invalidez del asegurado, y con el objeto de equiparar la cobertura establecida para los asegurados correspondientes a los créditos otorgados bajo el amparo del Decreto Supremo Nº1, Nº116 y 19, del Ministerio de Vivienda y Urbanismo (MINVU), se considerará el monto indicado en los párrafos anteriores, adicionando el pago de un máximo de 3 cuotas morosas, si las hubiere, e intereses normales, e intereses por mora de los dividendos impagos a la fecha de fallecimiento o a la fecha de la declaración de invalidez total y permanente 2/3 del deudor.

ARTÍCULO N°7 VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO COLECTIVO

El presente contrato de seguro colectivo tendrá una **vigencia de 22 meses**, desde las **00:00 horas del día 01 de enero de 2025 hasta las 23:59 horas del día 31 de octubre de 2026**.
Dentro de este plazo, no se admitirán modificaciones a las condiciones pactadas en el Contrato Colectivo de Seguro y ninguna de las partes podrá ponerle término en forma anticipada. No obstante, lo anterior, la Entidad Crediticia podrá poner término anticipado al contrato en caso de incumplimiento grave o reiterado de las obligaciones, quiebra, insolvencia u otros hechos sobrevinientes que afecten a la Compañía Aseguradora y pongan en riesgo los intereses de los deudores asegurados o de la Entidad Crediticia. El aviso de término anticipado se dará mediante carta certificada enviada al domicilio registrado en el Contrato Colectivo de Seguro y producirá efectos a partir de la fecha señalada en dicho aviso, sin perjuicio de otros derechos y de las indemnizaciones que puedan emanar del incumplimiento o término del contrato.

ARTÍCULO N°8 VIGENCIA DE LA COBERTURA PARA CADA ASEGURADO

Los deudores que se incorporen a la póliza con motivo de las nuevas operaciones hipotecarias (flujo) quedarán cubiertos desde la fecha de otorgamiento del crédito, es decir, desde la fecha de firma de la escritura de crédito hipotecario, siempre y cuando cuenten con la aprobación del seguro por parte de la compañía aseguradora y que se cumpla con el pago de la prima convenida, lo que quedará estipulado en el respectivo Certificado de Cobertura.

La Compañía otorgará continuidad de cobertura a todo el stock de asegurados vigentes en la póliza colectiva anterior de Seguro de Desgravamen e Invalidez total y Permanente Dos Tercios que el contratante mantenía vigente al 31/12/2024 y que fue considerada en la licitación, sin nuevos exámenes médicos ni declaración de salud y sin realizar una nueva suscripción, en tanto se cumplan las siguientes condiciones:

1. Que los asegurados hayan estado cubiertos en la póliza colectiva anterior;
2. Que el hecho o riesgo se encuentre cubierto también en el nuevo contrato;
3. Que la causa del Fallecimiento o Invalidez Total y Permanente Dos Tercios del asegurado no haya sido excluida en la póliza colectiva anterior;
4. Que la causa del Fallecimiento o Invalidez Total y Permanente Dos Tercios del asegurado, no haya sido objeto de una declaración falsa o reticente del asegurado, exceptuada la indisputabilidad pactada.

Este stock de asegurados quedará cubierto desde la fecha en que se inicie la vigencia de esta póliza y durante todo el plazo de duración de ésta, siempre que se cumpla con el pago de prima convenido.

Sin perjuicio de lo anterior, las pólizas terminarán 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 Comisión para el Mercado Financiero, y que sea aceptada por la Entidad Crediticia. En este caso la Compañía de Seguros 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 de Seguros deberá devolver todas aquellas primas que pudiesen haber sido

cobradas al deudor asegurado, en caso de acreditarse la existencia de una póliza vigente contratada en forma directa e individual, ello a contar de la vigencia de esta última.

ARTÍCULO N°9 EXCLUSIONES

Son aplicables las causales de exclusión establecidas en el artículo 6° de las condiciones generales de ésta póliza colectiva de desgravamen, inscritas en el registro de pólizas de la Comisión para el Mercado Financiero bajo el código POL220130678 y las exclusiones establecidas en el artículo 4° de la Cláusula Adicional de Pago Anticipado del Capital Asegurado en caso de Invalidez Total y Permanente Dos Tercios, inscrita en el registro de pólizas de la Comisión para el Mercado Financiero bajo el código CAD220131429.

Informamos que, para los efectos de la Liquidación de Siniestros de esta póliza, NO operará la exclusión de cobertura relacionada con enfermedades o dolencias preexistentes, si el siniestro fuere causado o estuviere relacionado con una patología oncológica, si a la fecha de inicio de vigencia de esta póliza, han transcurrido cinco años desde la finalización del tratamiento de esa patología, sin recaída posterior.

ARTÍCULO N°10 BENEFICIARIO

El beneficiario de este Seguro de Desgravamen con Adicional de Invalidez Total y Permanente 2/3 será Penta AMH Servicios Financieros S.A., RUT: 96.778.070-7 o el acreedor de los mutuos hipotecarios endosables o créditos con garantía hipotecaria o el administrador de estos en caso de cambio de administración de los mismos.

ARTÍCULO N°11 CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD

Los requisitos de asegurabilidad referidos a las edades límites de los Asegurados para ambas coberturas son las siguientes:

- Edad Mínima de Ingreso al contrato de Seguro Colectivo: **18 Años**
- Edad Máxima de Ingreso al contrato de Seguro Colectivo: **64 años y 364 días**
- Edad Máxima de Permanencia en el contrato de Seguro Colectivo:
    - Cobertura de Fallecimiento (Desgravamen): **79 años y 364 días**
    - Cobertura de Invalidez Total y Permanente 2/3: **65 años y 364 días**

TABLA DE REQUISITOS ASEGURABILIDAD:

Monto Asegurable	**De 18 a 40 años**
Hasta UF 1.000	Solicitud de Incorporación y/o DPS
Entre UF 1.001 y UF 5.000	DPS
Entre UF 5.001 y UF 10.000	DPS + CEM + EO
Desde UF 10.001 y UF 25.000	DPS + EM + EO + ES(B)
Más de UF 25.000	Consideración Facultativa

CONDICIONES PARTICULARES
SEGURO DE DESGRAVAMEN MÁS INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE DOS TERCIOS
PENTA AMH SERVICIOS FINANCIEROS S.A.
PÓLIZA: DEG-0292

Monto Asegurable	De 41 a 64 años y 364 días
Hasta UF 1.000	DPS
Entre UF 1.001 y UF 4.000	DPS
Entre UF 4.001 y UF 8.000	DPS + CEM + EO
Desde UF 8.001 y UF 20.000	DPS + EM + EO + ES(B)
Mas de UF 20.000	Consideración Facultativa

CEM: Cuestionario de Examen Médico
EM: Exámenes Médicos (Radiografía de Torax y Electrocardiograma)
EO: Examen de Orina Completa
ES(B): Exámenes de Sangre Tipo B (*)
(*) ES(B): exámenes de sangre tipo B = Exámenes de Sangre (Glicemia + Colesterol total + Colesterol HDL + GPT (Transaminasa Glutámico Pirúvica) + GGT (Gamma Glutamil Transpeptidasa) + Fosfatasas + HIV (Human immunodeficiency virus) + Triglicéridos + Creatinina + Hemoglobina Glicosilada)

NOTA: La solicitud de incorporación y/o DPS será evaluada por la Compañía Aseguradora, quien puede requerir antecedentes adicionales como realización de nuevos exámenes, informes médicos o resultados de exámenes anteriores y/o los que estime convenientes, según declaración del asegurado.

Monto asegurable será igual a la sumatoria de los créditos vigentes de cada asegurado en este contrato de seguro de desgravamen e invalidez total y permanente dos tercios, más el nuevo crédito para el cual está solicitando cobertura bajo esta póliza.

ARTÍCULO N°12 FORMA DE PAGO DE LA PRIMA

La Prima mensual será la resultante de aplicar la Tasa Mensual 0,004149% al Monto Asegurado.

Pago de Prima
El presente seguro colectivo tiene la modalidad de pago: Prima "**No Contributoria", esto es, prima financiada sólo por el Asegurado.**

Recaudación de Primas: La recaudación de las primas correspondientes al seguro de desgravamen la realizará PENTA AMH SERVICIOS FINANCIEROS S.A., juntamente con el cobro del respectivo dividendo de cada crédito hipotecario y realizará el traspaso de la prima pagada a la compañía dentro del plazo de 20 días contados desde la fecha de devengamiento de la prima del seguro. Durante la vigencia del Contrato de Seguros y mientras existan primas por pagar a la aseguradora, mensualmente, y en el mismo día que se efectúe el pago de la prima a la aseguradora, el contratante deberá enviar electrónicamente a la Compañía una nómina que contenga a lo menos la información a que se refiere el Titulo VII de la Norma de Carácter General N° 469 de la Comisión para el Mercado Financiero, de cada uno de los asegurados por los que se recaudó o se debió recaudar prima en el mes informado

CONDICIONES PARTICULARES
SEGURO DE DESGRAVAMEN MÁS INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE DOS TERCIOS
PENTA AMH SERVICIOS FINANCIEROS S.A.
PÓLIZA: DEG-0292

ARTÍCULO N°13 NÓMINA DE ASEGURADOS

Durante la vigencia del contrato, mensualmente PENTA AMH SERVICIOS FINANCIEROS S.A. enviará a la Compañía de Seguros una nómina con la siguiente información de cada uno de los Asegurados:

a. Número de Operación Crediticia.
b. RUT.
c. Nombre.
d. Fecha de Nacimiento.
e. Sexo.
f. Fecha de Otorgamiento del Crédito.
g. Monto Inicial del Crédito (UF).
h. Saldo insoluto a la fecha del informe en unidades de fomento. Si existe más de un deudor asociado al mismo crédito se informará el saldo insoluto de cada uno.
i. Plazo Remanente del contrato.
j. Tasa de Interés Crédito - contrato.
k. Prima Pagada (UF).

CONDICIONES PARTICULARES
SEGURO DE DESGRAVAMEN MÁS INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE DOS TERCIOS
PENTA AMH SERVICIOS FINANCIEROS S.A.
PÓLIZA: DEG-0292

ARTÍCULO N°14 INCORPORACIÓN DE ASEGURADOS

Se acuerda y conviene por las partes, que los riesgos serán incorporados una vez cumplidos los requisitos de asegurabilidad. En todo caso, una vez aprobada la incorporación por parte de la Compañía, se entenderá como fecha de incorporación al seguro, la fecha de la firma de la escritura de crédito hipotecario correspondiente por parte del asegurado.

Respecto a los asegurados vigentes que soliciten cobertura para un nuevo crédito hipotecario, deberán cumplir los requisitos de edad y médicos establecidos, considerando la sumatoria de los créditos hipotecarios vigentes, más el nuevo crédito hipotecario a solicitar con cobertura bajo esta póliza. El nuevo seguro no cubre enfermedades preexistentes, entendiéndose por tales aquellas enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata en su favor, definidas en el artículo 5° letra g) de las Condiciones Generales (POL220130678). Para los efectos de la aplicación de esta exclusión, al momento de la contratación del seguro la Compañía Aseguradora deberá consultar al asegurable acerca de todas aquellas situaciones o enfermedades preexistentes que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura.

Para el asegurado con cobertura ya vigente, en caso de ser rechazada la cobertura para la nueva solicitud de seguro, dicho rechazo sólo podrá aplicarse al nuevo crédito, manteniendo intacta la cobertura para el crédito antiguo.

Considerando desde que se firma la respectiva solicitud de seguro colectivo, el proceso de otorgamiento de un crédito hipotecario puede tardar varios meses, al momento del inicio de vigencia de este contrato de seguro pueden existir solicitudes de seguro en evaluación o ya aceptadas por la anterior Compañía, sin que se haya firmado aún la escritura del crédito hipotecario correspondiente. En atención a estas situaciones, se deja constancia lo siguiente:

1. Que la Compañía Aseguradora aceptará que tanto la Solicitud de Incorporación al Seguro como la Declaración Personal de Salud firmadas por el asegurable antes del inicio de vigencia de este contrato de seguro, puedan ser presentados a esta Compañía Aseguradora para realizar su evaluación de riesgo, siempre y cuando estos documentos no tengan una **antigüedad mayor a 90 días.**

2. Que si antes del inicio de vigencia de este contrato de seguro colectivo, existen solicitudes de seguros ya evaluadas y aprobadas por la anterior compañía, BICE Vida considerará esa resolución para incorporarlos a esta póliza, desde la fecha de firma de la escritura del crédito hipotecario correspondiente. En estos casos PENTA AMH SERVICIOS FINANCIEROS S.A. deberá entregar el respaldo de la aprobación de la solicitud de seguro emitida por la anterior Compañía o entregar a BICE Vida los requisitos de asegurabilidad que correspondan para que ésta última realice su evaluación del riesgo propuesto.

ARTÍCULO N°15 INFORMACIÓN A LOS ASEGURADOS

La Compañía entregará a cada deudor asegurado, dentro de los treinta días siguientes a la entrada en vigencia del presente contrato colectivo, un certificado de cobertura, el que deberá contener la información establecida en la sección V y el formato establecido en el Anexo dos (2) de la Norma de Carácter General cuatrocientos sesenta y nueve (469).

CONDICIONES PARTICULARES
SEGURO DE DESGRAVAMEN MÁS INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE DOS TERCIOS
PENTA AMH SERVICIOS FINANCIEROS S.A.
PÓLIZA: DEG-0292

ARTÍCULO N°16 PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS

DENUNCIO DE SINIESTROS

La denuncia del siniestro deberá realizarse a BICE VIDA 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.

No obstará a la denuncia del siniestro la omisión de uno o más de los antecedentes requeridos por la compañía de seguros para estos efectos, sin perjuicio que puedan ser solicitados con posterioridad.

Al fallecimiento de uno de los Asegurados en esta póliza, el Beneficiario podrá exigir el pago del Monto Asegurado, según lo establecido en el condicionado general de la póliza, presentando los siguientes antecedentes:

a. Formulario de Denuncio de Siniestro que debe ser entregado por BICE VIDA Compañía de Seguros S.A.
b. Certificado de Defunción del Asegurado;
c. Certificado de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del Asegurado;

d. Otros antecedentes destinados a probar la coexistencia de todas las circunstancias necesarias para establecer la responsabilidad de la Compañía Aseguradora;

e. Certificado de liquidación de la deuda o de saldo adeudado emitido por el acreedor.

Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente 2/3, deberá presentar lo siguiente:

a. Formulario de Denuncio de Siniestro que debe ser entregado por BICE VIDA Compañía de Seguros S.A.
b. Dictamen de Invalidez del Asegurado, emitido por alguna comisión evaluadora.
c. Informes de los médicos del asegurado, refiriéndose a las causas de la invalidez.
d. Certificado de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del Asegurado;

e. Otros antecedentes destinados a probar la coexistencia de todas las circunstancias necesarias para establecer la responsabilidad de la Compañía Aseguradora;

f. Certificado de liquidación de la deuda o de saldo adeudado emitido por el acreedor.

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 Aseguradora pagará la indemnización en un plazo máximo de 6 días hábiles luego de establecida su procedencia en el informe final de liquidación.

Para el caso de siniestros de invalidez, dicho plazo no podrá ser superior a 30 días hábiles, contados la notificación de la aceptación de la Compañía Aseguradora de la procedencia del pago de la indemnización.

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

Sin perjuicio de lo anterior, la Compañía se reserva el derecho a solicitar documentación adicional que permita verificar la procedencia del siniestro.

Plazo para liquidación y pago de la indemnización
a) Informe de Liquidación: El plazo de emisión del informe no podrá ser inferior a cinco (5) días hábiles ni superior a diez (10) días hábiles, contado desde la recepción por parte de la Compañía del total de la documentación requerida para una correcta liquidación del siniestro.

b) Plazo de pago: No podrá ser inferior a tres (3) días hábiles ni superior a seis (6) días hábiles, contados desde la notificación de la aceptación de la Compañía de la procedencia del pago de la indemnización, incluida en el respectivo Informe de Liquidación.

NOTA: Se incluye Anexo relativo a "Procedimiento de Liquidación de Siniestros".

ARTÍCULO N°17 COMUNICACIÓN 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 el formulario "Solicitud de Incorporación al Seguro Colectivo de Desgravamen e Invalidez Total y Permanente Dos Tercios", salvo que este 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 el formulario "Solicitud de Incorporación al Seguro Colectivo de Desgravamen e Invalidez Total y Permanente Dos Tercios". 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 Incorporación al Seguro Colectivo de Desgravamen e Invalidez Total y Permanente Dos Tercios" 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.

BICE VIDA para facilitar la comunicación con sus clientes, ha implementado diversas vías de comunicación descritas en el artículo 20 de estas Condiciones Particulares.

ARTÍCULO N°18 SOLUCIÓN DE CONFLICTOS

Los eventuales conflictos que puedan surgir entre los deudores asegurados y la Compañía se someterán al mecanismo de solución de conflictos establecido en las condiciones generales de las respectivas pólizas. No obstante, las dificultades que puedan surgir entre la Entidad Crediticia y la Compañía, en relación con una o más estipulaciones del contrato o de su totalidad, sea en cuanto a su validez, interpretación, cumplimiento, terminación o cualquier otra materia que no estuviere sometida legalmente a un arbitraje, serán resueltas por los Tribunales Ordinarios de Justicia.

CONDICIONES PARTICULARES
SEGURO DE DESGRAVAMEN MÁS INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE DOS TERCIOS
PENTA AMH SERVICIOS FINANCIEROS S.A.
PÓLIZA: DEG-0292

ARTÍCULO N° 19 SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE

Información Sobre Atención de Clientes y Presentación de Consultas y Reclamos
En virtud de la Circular N°2.131 de 28 de noviembre de 2013, de la Comisión para el Mercado Financiero, las Compañías de seguros, corredores de seguros y liquidadores de siniestros, deberán recibir, registrar y responder todas las presentaciones, consultas o reclamos que se les presenten directamente por el Contratante, Asegurado, Beneficiarios o legítimos interesados o sus mandatarios.
Las presentaciones pueden ser efectuadas en todas las oficinas de las Entidades en que se atienda público, presencialmente, por correo postal, medios electrónicos, o telefónicamente, sin formalidades, en el horario normal de atención.

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

El interesado, en caso de disconformidad respecto de lo informado, o bien cuando exista demora injustificada de la respuesta, podrá recurrir a la Comisión para el Mercado Financiero, Área de protección al inversionista y Asegurado, cuyas oficinas se encuentran ubicadas en Av. Libertador Bernardo O'Higgins 1449, piso 1°, Santiago, o a través del sitio web www.cmfchile.cl.

Acceso al Servicio de Atención al Cliente
BICE Vida cuenta con un Servicio de Atención al Cliente el cual atenderá las consultas y reclamos de sus clientes.

Requisitos de Acceso al Servicio de Atención al Cliente.
Se podrá acceder a este servicio por vía telefónica de lunes a jueves de 9:00 a 17:30 horas y los viernes de 9:00 a 16:00 horas o por vía Web las 24 horas todos los días del año; o presencialmente en cualesquiera de las sucursales de BICE Vida en horario hábil (de lunes a jueves de 9:00 a 18:00 horas y los viernes de 8:30 a 14:00 horas) con su Ejecutivo de Atención al Cliente.

Procedimientos de Acceso al Servicio de Atención al Cliente.
Las consultas y reclamos se pueden ingresar por vía carta, vía telefónica, vía Web o directamente con el Ejecutivo de Atención al Cliente.

Vía Telefónica:
Puede llamar al 800 20 20 22, donde un Ejecutivo de Servicio al Cliente atenderá sus consultas y reclamos, o le informará el estado de avance de una consulta o reclamo ingresado previamente.

Vía Web:
Puede ingresar al Sitio Web de BICE Vida (www.bicevida.cl) y hacer clic en "**¿Necesitas ayuda?**". Complete el formulario indicando el motivo del contacto ("Consulta" o "Reclamo").

Presencialmente:
En cualesquiera de las sucursales de BICE Vida en horario hábil en Santiago de lunes a jueves de 9:00 a 17:30 horas y los viernes de 9:30 a 16:00 horas con su Ejecutivo de Atención al Cliente y en regiones de lunes a jueves de 09:00 a 14:00 hrs,15:00 y 17:30 horas y los viernes de 09:00 - 16:00 horas.

Este servicio NO corresponde al Servicio de Atención al Cliente (SAC) que regula el Reglamento Sello SERNAC.
El presente contrato NO cuenta con el Sello SERNAC.

CONDICIONES PARTICULARES
SEGURO DE DESGRAVAMEN MÁS INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE DOS TERCIOS
PENTA AMH SERVICIOS FINANCIEROS S.A.
PÓLIZA: DEG-0292

ARTÍCULO N° 20 CÓDIGO AUTORREGULACIÓN Y DEFENSOR DEL ASEGURADO

BICE Vida se encuentra adherida al Código de Autorregulación y al Compendio de Buenas Prácticas de las Compañías de Seguros. El Consejo de Autorregulación de las Compañías de Seguros fue constituido para ser la entidad encargada de velar por la plena aplicación del Compendio de Buenas Prácticas Corporativas que se han comprometido a respetar las Aseguradoras, y de recomendar la mejor forma de satisfacer el objetivo de prestar un servicio adecuado a sus clientes, en un ambiente de sana competencia. Las normas de dicho Compendio tienen por objeto perfeccionar el desempeño del mercado de Seguros, con sujeción a los principios de libre competencia y de buena fe que deben existir tanto entre las empresas de Seguros, como con los Asegurados. Copia del Compendio se encuentra a disposición de los interesados en www.autorregulación.cl.

Asimismo, BICE Vida se encuentra adherida al Defensor del Asegurado, aceptando la intervención del Defensor del Asegurado cuando los clientes presenten ante él reclamos en relación con los contratos celebrados con la Compañía. Los clientes pueden presentar sus reclamos ante el Defensor del Asegurado a través de la página WEB www.ddachile.cl.

ARTÍCULO N° 21 MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO

El monto asegurado, el monto de la prima y demás valores de este contrato se expresarán en Unidades de Fomento (UF).

ARTÍCULO N° 22 DOMICILIO

Todas las partes señalan como domicilio especial la ciudad de Santiago de Chile.



Firma Representante Contratante Póliza
Nombre: **PENTA AMH SERVICIOS FINANCIEROS S.A.**
R.U.T.: **96.778.070-7**

p.p. **BICE VIDA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**
R.U.T.: **96.656.410-5**

Santiago, diciembre de 2024

CONDICIONES PARTICULARES
SEGURO DE DESGRAVAMEN MÁS INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE DOS TERCIOS
PENTA AMH SERVICIOS FINANCIEROS S.A.
PÓLIZA: DEG-0292

ANEXO N°1

(Circular Nº2106 Comisión para el Mercado Financiero)

PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS

1) OBJETO DE LA LIQUIDACIÓN
La liquidación tiene por fin establecer la ocurrencia de un siniestro, determinar si el siniestro está cubierto en la póliza contratada en una Compañía de Seguros determinada, y cuantificar el monto de la pérdida y de la indemnización a pagar.
El procedimiento de liquidación está sometido a los principios de celeridad y economía procedimental, de objetividad y carácter técnico y de transparencia y acceso.

2) FORMA DE EFECTUAR LA LIQUIDACIÓN
La liquidación puede efectuarla directamente la Compañía o encomendarla a un Liquidador de Seguros.
La decisión debe comunicarse al Asegurado dentro del plazo de tres días hábiles contados desde la fecha de la denuncia del siniestro.

3) DERECHO DE OPOSICION A LA LIQUIDACIÓN DIRECTA
En caso de liquidación directa por la Compañía, el Asegurado o Beneficiario puede oponerse a ella, solicitándole por escrito que designe un Liquidador de Seguros, dentro del plazo de cinco días hábiles contados desde la notificación de la comunicación de la Compañía. La Compañía deberá designar al Liquidador en el plazo de dos días hábiles contados desde dicha oposición.

4) 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.

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

6) PLAZO DE LIQUIDACIÓN
Dentro del más breve plazo, no pudiendo exceder de 45 días corridos desde la fecha denuncio, a excepción de; siniestros que correspondan a Seguros individuales sobre riesgos del Primer Grupo cuya prima anual sea superior a 100 UF: 90 días corridos desde la fecha denuncio;

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 “Comisión para el Mercado Financiero”, pudiendo esta última dejar sin efecto la ampliación, en casos calificados, y fijar un plazo para entrega del Informe de Liquidación. No podrá ser

motivo de prórroga la solicitud de nuevos antecedentes cuyo requerimiento pudo preverse con anterioridad, salvo que se indiquen las razones que justifiquen la falta de requerimiento, ni podrán prorrogarse los siniestros en que no haya existido gestión alguna del liquidador, registrado o directo.

8) INFORME FINAL DE LIQUIDACIÓN
El informe final de liquidación deberá remitirse al Asegurado y simultáneamente al Asegurador, cuando corresponda, y deberá contener necesariamente la transcripción íntegra de los artículos 26 y 27 del Reglamento de Auxiliares del Comercio de Seguros (D.S. de Hacienda Nº1.055, de 2012, Diario Oficial de 29 de diciembre de 2012),

9) IMPUGNACION INFORME DE LIQUIDACIÓN
Recibido el informe de Liquidación, la Compañía y el Asegurado dispondrán de un plazo de diez días hábiles para impugnarla. En caso de liquidación directa por la Compañía, este derecho sólo lo tendrá el Asegurado.
Impugnado el informe, el Liquidador o la Compañía dispondrá de un plazo de 6 días hábiles para responder la impugnación.