



**POLIZA DE CESANTIA
CONCRECES LEASING**

IDENTIFICACION DEL CLIENTE

PROPONENTE : HIPOTECARIA CONCRECES S. A.	RUT : 96.795.510 - 8
DIRECCION : Manuel Antonio Matta 221	
COMUNA : LA SERENA	CIUDAD : LA SERENA
FONO : 51-209530	
RELACION PROPONENTE/ASEGURADO : El mismo	
ASEGURADO HIPOTECARIA CONCRECES S. A.	RUT : 96.795.510 - 8

IDENTIFICACION DE LA POLIZA

NUMERO : 05094739
RAMO : CESANTIA
SUCURSAL : CASA MATRIZ

FECHAS DE VIGENCIA

DESDE : Las 12 Hrs. de 01/04/2016
HASTA : Las 12 Hrs. de 01/04/2018
PLAZO : 730 Días

MATERIA ASEGURADA

SEGUN DETALLE

CORREDOR

NOMBRE : SERVICIOS FINANCIEROS Y DE SEGUROS S. A.
RUT : 99.566.220 - 5
COMISION: 0,00 UF

TOTAL DE LA POLIZA

MONTO ASEGURADO: 42,00 UF
MONEDA : UNIDAD DE FOMENTO
FECHA DE EMISION : 21 de Abril de 2016

PRIMA AFECTA : 0,000 UF
PRIMA EXENTA : 0,000 UF
IVA : 0,000 UF
PRIMA TOTAL : 0,000 UF

COPIA COMPANIA

MOYA



RSA Seguros Chile S.A.

POLIZA : 05094739 - CESANTIA

Modelo de póliza aprobado según Reg. POL 120130168 de la Superintendencia de Valores y Seguros. Esta entidad asegura mediante la tasa, monto, vigencia, primas e impuestos detallados en la propuesta y que se individualizan a continuación y con arreglo a las condiciones generales estipuladas en la póliza y sus anexos, aplicables al presente caso y aceptada por ambas partes y a las particulares que se especifican, asegura dentro de los límites de la República de Chile.

CONDICIONES PARTICULARES DE LA POLIZA CONDICIONES

Materia Asegurada

Este seguro cubre el las cuotas del dividendo del crédito hipotecario, frente al evento de desempleo involuntario para trabajadores dependientes, e incapacidad temporal para trabajadores independientes, que derive de las causales cubiertas por la presente póliza, posterior a la entrada en vigencia de la misma y transcurrido el período de carencia.

Descripción de Coberturas

La Compañía indemnizará el monto equivalente al daño patrimonial efectivamente ocasionado y demostrado, siempre que este haya ocurrido durante los plazos y condiciones señalados a continuación:

a) Cobertura A: Desempleo según Condiciones Generales de la póliza, depositadas en la Superintendencia de Valores y Seguros POL 120130168, letra a):

Serán asegurados para la cobertura de Desempleo todos los trabajadores dependientes que deseen optar voluntariamente al seguro y que cumplan las Condiciones de Asegurabilidad establecidas en la presente póliza.

Se entenderá como Trabajador Dependiente a los asegurados con calidad de empleados dependientes de acuerdo a la legislación laboral chilena quienes, en virtud de un contrato de trabajo prestan servicios o desempeñan funciones para un empleador, bajo vínculo de subordinación y dependencia, en virtud de un contrato de trabajo indefinido y perciben por tales servicios una remuneración.

En caso de desempleo involuntario del Asegurado, la Compañía Aseguradora cubrirá hasta 3 cuotas del crédito, las 2 primeras cuotas serán pagadas de una sola vez y la tercera cuota contra documentación. El tope por cuota es de UF 7.

Se aplicará nuevamente esta cobertura, si el Asegurado vuelve a caer en situación de cesantía involuntaria, siempre que se haya mantenido en el nuevo empleo por el Período Activo Mínimo establecido en esta póliza, desde el término de la cesantía involuntaria ya indemnizada.

b) Cobertura B: Incapacidad Temporal según Condiciones Generales de la póliza, depositadas en la Superintendencia de Valores y Seguros POL 320130211, letra b):

Serán asegurados para la cobertura de Incapacidad Temporal todos los trabajadores independientes que deseen optar voluntariamente al seguro y que cumplan las Condiciones de Asegurabilidad establecidas en la presente póliza.

POLIZA : 05094739 - CESANTIA

Se entenderá por Trabajador Independiente a los asegurados que ejercen una actividad u oficio en forma independiente y obtienen de dicho ejercicio la totalidad o, a lo menos el importe mayoritario de sus ingresos.

En caso de incapacidad temporal del Asegurado, la Compañía Aseguradora pagará una cuota por cada 30 días de incapacidad con un máximo de 3 cuotas por evento y un tope por cuota de UF 7.

Por cada evento, la indemnización se otorgará siempre y cuando el Asegurado se mantenga en estado de Incapacidad Temporal.

Para tener derecho a la indemnización, la incapacidad temporal debe extenderse por un período igual o superior a 30 días, en virtud de un mismo evento.

Habrà lugar a una nueva aplicación de esta cobertura, si el Asegurado vuelve a caer en estado de Incapacidad Temporal, siempre y cuando haya transcurrido el Período Activo Mínimo establecido en esta póliza, desde el término de la Incapacidad Temporal ya indemnizada.

Se incluye la exclusión señalada en el primer párrafo de artículo N°4, respecto a las Enfermedades Preexistentes definidas en el Artículo N°2 letra f) de la POL 320130211.

Importante:

Las coberturas de Desempleo e Incapacidad Temporal son excluyentes entre sí, pudiendo el asegurado invocar sólo una de ellas según la condición (dependiente o independiente) que acredite a la fecha de ocurrencia del siniestro.

Tasa y Comisiones

Tasa Neta Mensual: 0,0391%

Iva:0,0074%

Tasa Bruta Mensual: 0,0465%

La prima es mensual por asegurado y será el resultado de aplicar la tasa sobre el capital inicial del crédito.

Comisión Corredor: 18% neto sobre prima neta

Comisión Recaudación: 33% neto sobre prima neta

Condiciones Asociadas al producto:

1. Contratante:

Hipotecaria Concreces S.A.

2. Corredor:

Servicios Financieros y de Seguros S.A. (Finco)

POLIZA : 05094739 - CESANTIA

3. La Compañía:
RSA Seguros Chile S.A.

4. Asegurado:
Persona natural, cliente de Concreces que cumplan con los requisitos de asegurabilidad y que hayan contratado el seguro e incorporado a este seguro mediante el pago de la prima correspondiente.

5. Beneficiario:
Será el Contratante en forma irrevocable

6. Medio de Pago
La prima será cobrada por el contratante a cada asegurada, cargando el valor de la prima a la cuota mensual del crédito pactado con el contratante.

El contratante pagará la prima global (de todos los asegurados) a la Compañía Aseguradora, en forma vencida.

7. Definiciones:

a) Trabajador dependiente, para la cobertura de Desempleo:

(i) Se entenderá como empleado dependiente toda persona natural que se encuentre ejerciendo una actividad remunerada bajo un vínculo de subordinación y dependencia en virtud de un contrato de trabajo, independientemente si percibe ingresos por otro concepto, ya sea jubilación, rentas, comisiones.

(ii) El desempleo deberá ser por causa involuntaria.

(iii) El pago de sus cuotas se encuentre al día.

(iv) Se cumpla con las demás condiciones generales y particulares de la póliza.

b) Para Trabajador independiente, Incapacidad Temporal:

(i) Se entiende por incapacidad temporal a la eventualidad de que el asegurado trabajador independiente, sufra un evento que le impida generar ingresos, y cuyas circunstancias no sean imputables al asegurado.

(ii) Se entenderá por trabajador independiente a toda persona natural que ejerce una profesión u oficio de manera autónoma, sin relación de dependencia, y que obtiene de ellos la totalidad o al menos un porcentaje mayoritario de sus ingresos.

(iii) La incapacidad temporal deberá ser por causa involuntaria.

(iv) El pago de sus cuotas se encuentre al día.

(v) Se cumpla con las demás condiciones generales y particulares de la póliza.

8. Causales de Cesantía Cubiertas

Para efectos del pago de la indemnización correspondiente, se considerarán única y exclusivamente como causales de desempleo involuntario las siguientes:

1.- Para el caso de los empleados regidos por el Código del Trabajo, las causales de término de relación laboral serán, exclusivamente, las siguientes:

POLIZA : 05094739 - CESANTIA

1.1.- Artículo 161, Necesidades de la empresa. En caso de quiebra del empleador se considerará que la causal de término de la relación laboral es la necesidad de la empresa.

1.2.- Artículo 159, N° 1. Mutuo acuerdo entre las partes. Para que la cesantía sea considerada como involuntaria, será necesario que el Asegurado tenga derecho al pago de indemnización por años de servicios.

1.3.- Artículo 159, N° 6. Caso Fortuito o Fuerza Mayor.

2.- En el caso de los empleados vinculados laboralmente y bajo régimen de subordinación y dependencia a la Administración Pública centralizada o descentralizada, sometidos al Estatuto Administrativo, la cesantía será cubierta por la presente póliza, única y exclusivamente, si se produce por alguna de las siguientes causales:

2.1.- Funcionarios de Planta:

a) Supresión del empleo (art.146 letra e) del estatuto administrativo.

b) Término del período legal (art.146 letra f) del estatuto administrativo.

2.2.- Personal a contrata:

No renovación del contrato una vez finalizado el plazo.

3.- La cesantía de los profesionales de la educación vinculados laboralmente y bajo régimen de subordinación y dependencia a la educación municipalizada, sometidos al Estatuto Docente por circunstancias contempladas en sus estatutos, siempre que no sean imputables al actuar o a la voluntad del asegurado y que implique la privación total de ingresos por conceptos laborales.

4.- La cesantía de los miembros de las Fuerzas Armadas y de Orden será cubierta por la presente póliza sí se produce por alguna causal de retiro temporal o absoluto contempladas en sus respectivas Leyes Orgánicas, Estatutos y Reglamentos de Personal, pero única y exclusivamente en la medida que la causal de cesantía invocada cumpla con los siguientes requisitos:

4.1.- Que el retiro o baja se deba a causa no imputable a la voluntad o a la conducta del miembro de las Fuerzas Armada y de Orden.

4.2.- Que el retiro o baja no implique para el integrante retirado o dado de baja el pago de una pensión o jubilación por dicho concepto.

9. Causales cubiertas para trabajadores independientes

(i) Incapacidad laboral a consecuencia de accidente o enfermedad que dure más de 30 días corridos.

10. Vigencia póliza

La cobertura comenzará a regir a partir de la fecha de firma de la respectiva Solicitud de Incorporación, con vigencia anual con renovación automática.

11. Carencia por incorporación

Es el lapso de tiempo contado a partir del inicio de vigencia, durante el cual el asegurado no tiene derecho al seguro:

Para efectos de este producto corresponde para Cesantía e Incapacidad Temporal a 30 días desde la firma de la propuesta.

12. Período activo mínimo

Es el periodo de tiempo durante el cual el asegurado respecto del cual ya se ha hecho uso del

POLIZA : 05094739 - CESANTIA

seguro, pero que ha obtenido nuevamente empleo (trabajador dependiente) o se haya reincorporado a su actividad laboral (trabajadores independientes), debe mantenerse en el mismo empleo para que pueda invocar nuevamente el seguro.

El período activo mínimo en este seguro es de 120 días continuos con el mismo empleador, a partir de la fecha de inicio del nuevo empleo para desempleo y 120 días continuos una vez reincorporado a su actividad para incapacidad temporal.

13. Condiciones de Asegurabilidad

- a) La edad mínima de ingreso a la póliza es a los 18 años.
- b) La edad máxima de ingreso a la póliza es hasta los 64 años y 364 días.
- c) La edad máxima de permanencia a la póliza es hasta los 75 años y 364 días.

14. Franquicia

Para desempleo corresponde a 30 días corridos. Período de tiempo durante el cual el asegurado debe permanecer desempleado para poder reclamar la indemnización.

Para incapacidad temporal corresponde a 30 días corridos. Período de tiempo durante el cual el Asegurado debe permanecer incapacitado para poder reclamar la indemnización.

15. Antigüedad Laboral trabajador dependiente

El asegurado deberá registrar al menos 180 días continuos de antigüedad laboral con el mismo empleador al momento de siniestro.

16. Antigüedad como condición de Independiente

El asegurado deberá registrar al menos 180 días continuos de antigüedad como condición de trabajador independiente al momento de siniestro.

17. Evento

El estado de Incapacidad Temporal no interrumpido por un Período Activo Mínimo. Si concluido un estado de Incapacidad Temporal y, dentro de los 60 días siguientes al término de éste, ocurre una nueva Incapacidad Temporal a consecuencia del mismo accidente o de la misma enfermedad, esos estados de Incapacidad Temporal constituirán un mismo evento.

18. Renovación automática

La presente póliza se renovará automáticamente a su vencimiento, por períodos iguales y sucesivos de un año. A la renovación del seguro, la Compañía podrá realizar ajustes técnicos, modificando al efecto sus condiciones particulares, tales como el monto de la prima o los deducibles convenidos, conforme a las políticas técnicas de suscripción de la Compañía. Estas modificaciones, regirán y se entenderán incorporadas al seguro desde la fecha de su renovación. El asegurado faculta expresamente a la Compañía para proceder en la forma señalada con anterioridad pudiendo, en todo caso, rechazar la renovación o los ajustes disponiendo el término del seguro conforme lo dispuesto en las condiciones generales del mismo.

19. Derecho de retracto

El asegurado tiene derecho a retractarse del seguro adquirido, sin expresión de causa ni

POLIZA : 05094739 - CESANTIA

penalización alguna, en el plazo de 10 días hábiles contados desde la suscripción del seguro.

De conformidad con la Circular 1932 la retractación deberá comunicarse al asegurador o al corredor que intermedie el seguro a través de cualquier medio que permita la expresión fehaciente de la voluntad. Lo anterior podrá ser a través de carta o fax, en conjunto con la fotocopia de la cédula de identidad por ambos lados del asegurado que se retracte.

Termino Anticipado

El Asegurado podrá poner término al seguro en cualquier momento mediante comunicación escrita dirigida a la Compañía Aseguradora, en este caso no se le devolverá la prima pagada durante el tiempo que estuvo Asegurado.

La Compañía Aseguradora, a su vez, podrá poner término al contrato en cualquier época. En este caso deberá avisar al Asegurado mediante carta certificada dirigida a su domicilio indicado en la póliza y la terminación tendrá lugar una vez transcurrido el plazo de 10 días contados desde la fecha de expedición del aviso.

Procedimiento de Liquidación de Siniestros

Producido un siniestro, el Reclamante deberá comunicarlo por escrito a la Compañía, dentro de los 90 días corridos siguientes a la fecha en que se haya producido el hecho, empleando para tal efecto un formulario de presentación de siniestros que proporcionará la Corredora. Esta última enviará los antecedentes a la Compañía para la liquidación del siniestro.

Para tener derecho a la indemnización el Asegurado deberá acreditar la situación invocada, con los antecedentes justificativos de la misma.

Se entenderá como fecha de ocurrencia del siniestro para cada una de las coberturas la siguiente:

Desempleo Involuntario: Se entenderá como fecha de ocurrencia del siniestro la fecha de término de la relación laboral indicada en el finiquito del contrato de trabajo, y en el caso de los empleados públicos regidos por sus respectivos estatutos, será la fecha que establezca el decreto o resolución en que consta su retiro o baja de la respectiva Institución.

Incapacidad Temporal: La fecha indicada en el correspondiente certificado o licencia médica que ordena el reposo por un período igual o superior a 30 días.

Antecedentes para la liquidación del siniestro

Para tener derecho a la indemnización el Asegurado deberá acreditar por cada evento la situación invocada, con los antecedentes justificativos de la misma, y el Contratante deberá enviarlos a la Compañía dentro del plazo estipulado, según lo dispuesto a continuación:

Cobertura de Desempleo

Primer mes de desempleo (cubre primera y segunda cuota de desempleo)

1. Formulario de denuncia de siniestros firmado por el Asegurado y por el responsable de Hipotecaria Concreces S.A.

POLIZA : 05094739 - CESANTIA

2. Copia del finiquito legalizado. En ausencia del Finiquito del empleador, el Asegurado podrá adjuntar copia de:

- Acta de Comparecencia emitida por la Inspección del Trabajo.
- Avenimiento celebrado y aprobado por el Juzgado Laboral correspondiente donde se establezca la causal y fecha de despido.
- Sentencia judicial ejecutoriada dictada por el Juzgado Laboral correspondiente donde se establezca la causal de despido.
- Carta del Síndico de Quiebras cuando corresponda.
- Carta con la firma de la autoridad internacional correspondiente con indicación expresa de causal y fecha de despido (aplicable a trabajadores que mantengan un vínculo laboral con Embajadas o Consulados u otros organismos internacionales).

3. En el caso de empleados públicos, docentes y miembros de las Fuerzas Armadas y de Orden, copia legalizada del Decreto o Resolución del organismo que corresponda en el que se pone término a la relación laboral.

4. Certificado de Cotizaciones de AFP o Certificado del subsidio de cesantía (Caja de Compensación o INP).

El certificado debe reflejar las 12 últimas cotizaciones del asegurado contados desde la fecha de emisión hacia atrás. La fecha de emisión debe ser posterior al vencimiento de la cuota cobrada.

5. Fotocopia de cédula de identidad del Asegurado, por ambas caras.

6. Documento emitido por la entidad del Contratante, en el cual se identifique claramente al Asegurado y la tabla de desarrollo de la deuda.

Tercer mes de desempleo (cubre tercera cuota de desempleo)

1. Certificado de Cotizaciones de AFP o Certificado del subsidio de cesantía (Caja de Compensación o INP).

El certificado debe reflejar las 12 últimas cotizaciones del asegurado contados desde la fecha de emisión hacia atrás. La fecha de emisión debe ser posterior al vencimiento de la cuota cobrada.

2. Fotocopia de cédula de identidad del Asegurado, por ambas caras.

La Compañía se reserva el derecho de solicitar cualquier otro antecedente que estime necesario para poder realizar la liquidación del siniestro.

Cobertura de Incapacidad Temporal

Primer mes de Incapacidad

1. Formulario de denuncia de siniestro firmado por el Asegurado y por el responsable de Hipotecaria Concreces S.A.

2. Certificados o licencia médica que acredite la Incapacidad Temporal superior o igual a 30 días, indicando claramente el nombre de la dolencia y fecha en que fue diagnosticada.

POLIZA : 05094739 - CESANTIA

3. Certificado de ingresos o comprobante de pago de impuesto a la renta o comprobante de pago del PPM.
4. Fotocopia de cédula de identidad del Asegurado, por ambas caras.
5. Documento emitido por la entidad del Contratante, en el cual se identifique claramente al Asegurado y la tabla de desarrollo de la deuda.

Segundo y tercer mes de Incapacidad

1. Formulario de denuncia de siniestro firmado por el Asegurado y por el responsable de Hipotecaria Concreces S.A.
2. Certificado médico (relacionado con el diagnóstico original) o continuación de licencia anterior.
3. Fotocopia de cédula de identidad del Asegurado, por ambas caras.

La Compañía se reserva el derecho de solicitar cualquier otro antecedente que estime necesario para poder realizar la liquidación del siniestro.

El pago de las cuotas se realizará según la siguiente tabla:

De 31 a 60 días de Incapacidad Temporal: Estado de cuenta mes 1, cuota 1 mensual.

De 61 a 90 días de Incapacidad Temporal: Estado de cuenta mes 2, cuota 2 mensual.

De 91 a 120 días de Incapacidad Temporal: Estado de cuenta mes 3, cuota 3 mensual.

El plazo de denuncia de las cuotas subsiguientes no podrá exceder los 30 días, desde la fecha del último pago indemnizatorio.

Plazo de Liquidación

El período de liquidación del siniestro, será de 10 días hábiles a contar de la fecha de recepción por parte de la compañía, de los antecedentes indicados en esta póliza.

Tratándose de siniestros que no vengan acompañados de toda la documentación pertinente o en que se requiera de un mayor análisis, la Compañía se reserva el derecho a solicitar todos los antecedentes y efectuar las investigaciones que sean necesarias para efectuar en forma correcta el procedimiento de liquidación.

La Compañía informará oportunamente al responsable del Contratante sobre aquellos casos que se encuentren pendientes.

Consideraciones

1. Las partes fijan como domicilio especial para el cumplimiento de las obligaciones de la póliza, la ciudad de Santiago.
2. Las primas y condiciones de cobertura están propuestas en base a las condiciones e información proporcionadas por el cliente, cualquier modificación en la información proporcionada puede modificar los términos y/o condiciones de la presente cotización.
3. Infórmese sobre la totalidad de las condiciones y exclusiones del seguro en el condicionado general con el código POL 120130168 y POL 320130211 que se encuentran depositados en la Superintendencia de Valores y Seguros.

POLIZA : 05094739 - CESANTIA

EXCLUSIONES

Exclusiones.

Las exclusiones de la presente póliza son las descritas en el Condicionado General de la POL 120130168 y POL 320130211.

Exclusiones POL 120130168 (Desempleo):

1. Las causales establecidas en los Nos 2, 3, 4 y 5 del Artículo 159 del Código del Trabajo.
2. Las causales señaladas Artículo 160 del Código del Trabajo.
3. Cuando el Asegurado se hubiese desempeñado como Comisionista, Agente de Ventas en general, o cuando sus ingresos fuesen variables.
4. Cuando el siniestro se produzca por alguna causal de cesantía distinta a las previstas en el artículo 3° de esta póliza.

Exclusiones POL 320130211 (Incapacidad Temporal):

Para el sólo efecto de las enfermedades de origen infeccioso se excluyen las incapacidades de origen nervioso, las producidas con motivo de embarazos, las originadas por problemas a la columna, y las enfermedades preexistentes, definidas de conformidad a lo señalado en el artículo 2 letra f.

La póliza no ampara los accidentes o consecuencias sufridos con motivo de:

- a) Guerra, invasión, actos cometidos por enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones guerreras (sea que haya sido declarada o no la guerra), guerra civil, rebelión, revolución, insurrección o poder militar, naval o usurpado.
- b) 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.
- c) La intervención del asegurado en motines o tumultos tengan o no el carácter de guerra civil, sea que la intervención fuere personal o como miembro de una institución de carácter civil o militar.
- d) Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan.
- e) Intervenciones quirúrgicas o de cualquier medida médica, siempre que no se hayan hecho necesarias a raíz de un accidente sujeto a indemnización.
- f) Daños o pérdidas ocasionadas por experimentos de energía atómica o nuclear o de cualquier riesgo atómico.

INFORMACION SOBRE ATENCION DE CLIENTES Y PRESENTACION DE CONSULTAS Y RECLAMOS

En virtud de la circular N° 2131 del 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 le presenten directamente por el contratante, asegurado, beneficiarios o legítimos interesados o sus mandatarios.

POLIZA : 05094739 - CESANTIA

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, esta 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 OHiggins 1449, piso 1°, Santiago, o a través del sitio web www.svs.cl.

ITEM NUMERO 1

Relación Proponente/Asegurado : El mismo

Asegurado : 96.795.510 -8 HIPOTECARIA CONCRECES S. A.

Fecha Desde : Las 12 Hrs. de 01/04/2016

Fecha Hasta : Las 12 Hrs. de 01/04/2018

Plazo : 730 Días

COBERTURAS

CONCEPTOS	Monto	Tasa Anual	Prima
2350 DESEMPLEO INVOLUNTARIO HIPOTEC	21,00		0,000
2351 INCAPACIDAD TEMPORAL HIPOTECAR	21,00		0,000
Total Item 1	42,00		0,000