



## POLIZA DE CESANTIA

### CONCRECES LEASING

#### IDENTIFICACION DEL CLIENTE

SEÑOR : **CONCRECES LEASING S.A.** RUT : 96.784.400 - 4  
 DIRECCION : Manuel Antonio Matta 221  
 COMUNA : LA SERENA CIUDAD : LA SERENA  
 FONOS : 51-209530  
 RELACION PROPONENTE/ASEGURADO: El mismo  
 ASEGURADO CONCRECES LEASING S.A. RUT : 96.784.400 - 4

#### IDENTIFICACION DE LA POLIZA

NUMERO : **0000000** POLIZA : **-06333263**  
 RAMO : CESANTIA  
 SUCURSAL : CASA MATRIZ

#### FECHAS DE VIGENCIA

DESDE : Las 12 Hrs. de 01/12/2019  
 HASTA : Las 12 Hrs. de 01/12/2020  
 PLAZO : 366 Días

#### DESCRIPCION

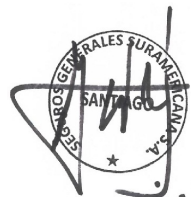
[Empty description box]

#### CORREDOR

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

#### TOTAL

|                    |                       |                      |                 |
|--------------------|-----------------------|----------------------|-----------------|
| MONTO ASEGURADO :  | 2,00 UF               | PRIMA AFECTA :       | 0,000 UF        |
| MONEDA :           | UNIDAD DE FOMENTO     | PRIMA EXENTA :       | 0,000 UF        |
| FECHA DE EMISION : | 28 de Febrero de 2020 | IVA :                | 0,000 UF        |
|                    |                       | <b>PRIMA TOTAL :</b> | <b>0,000 UF</b> |



ADOB

Texto Refundido de Póliza Actualizada

## POLIZA ACTUALIZADA DOCUMENTO 06333263

Modelo de póliza aprobado según Reg. POL 120130378 de la Comisión para el Mercado Financiero. 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 las cuotas del dividendo del crédito hipotecario, frente al evento de desempleo involuntario para trabajadores dependientes, o 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.

##### Monto Asegurado:

El monto asegurado será el valor del dividendo mensual adeudado por el Asegurado, cubriendo hasta 6 dividendos en virtud de un mismo evento, pagados uno en uno, por cada 30 días de desempleo o incapacidad temporal, con un tope de hasta UF 10 por cuota.

##### 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) Desempleo según Condiciones Generales de la póliza, depositadas en la Comisión para el Mercado Financiero POL 120130378

Asegurados: Todos los Trabajadores Dependientes, que sean promitentes compradores, codeudores y/o avales de un Crédito Hipotecario, que mantengan un contrato vigente por este concepto y que cumplan con 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 percibiendo por tales servicios una remuneración.

B) Incapacidad Temporal según Condiciones Generales de la póliza, depositadas en la Comisión para el Mercado Financiero POL 1 2013 0378, letra b), letras (a), (b), (c), (e):

Asegurados: Todos los trabajadores Independientes, que sean promitentes compradores, codeudores y/o avales de un Crédito Hipotecario, que mantengan un contrato vigente por este concepto y que cumplan con las Condiciones de Asegurabilidad establecidas en la presente póliza.

Se entenderá por Trabajador Independiente aquella persona que ejerce una profesión u oficio en forma independiente y que obtiene de dicho ejercicio la totalidad o al menos el importe mayoritario de sus ingresos.

## POLIZA ACTUALIZADA DOCUMENTO 06333263

Serán Asegurados todos los Trabajadores Independientes, Vendedores Comisionistas, Pensionados, Jubilados y/o Dueñas de Casa, que cumplan con las Condiciones de Asegurabilidad establecidas en la presente póliza.

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.

Se entenderá por Vendedores Comisionistas a aquella persona que ejerce la actividad de ventas con ingresos variables de acuerdo a sus resultados, siempre que no mantenga un contrato de trabajo indefinido.

Se entenderá por Pensionados y/o Jubilados a toda persona que recibe una pensión o jubilación y siempre que no desempeñen una actividad remunerada, con vínculo de subordinación y dependencia en virtud de un contrato de trabajo indefinido.

Se entenderá por Dueñas de Casa a las personas que no desempeñen una actividad remunerada, con vínculo de subordinación y dependencia en virtud de un contrato de trabajo indefinido.

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 la letra b), número 3 del artículo N°4, respecto a las Enfermedades Preexistentes de la POL 120130378.

Nota: La coberturas antes señaladas son excluyentes.

### Garantías de suscripción

-Edad tope de ingreso a la póliza 60 años, Edad máxima para presentar el reclamo 60 años en el caso de las mujeres y 65 en el caso de los hombres.

-En el caso de trabajadores dependientes se cubren solo aquellos con contrato vigente indefinido con antigüedad mínima de 6 meses en trabajo vigente como condición para ingresar al seguro.

### Prima:

Prima neta mensual: UF 0,2622.-

Iva: UF 0,0498

Prima bruta mensual: UF 0,3120.-

### Comisión del Corredor:

La comisión de Intermediación del corredor será de un 14% neto, aplicada sobre la prima neta del seguro.

### Gasto de Cobranza:

## POLIZA ACTUALIZADA DOCUMENTO 06333263

Los gastos de cobranza serán de un 15% neto, aplicada sobre la prima neta del seguro.

### Carencia:

Se entiende por carencia el lapso contado a partir de la vigencia inicial de la póliza o de la fecha de inclusión del asegurado a la póliza, durante el cual el deudor no tiene derecho al seguro. Para todos los efectos de este seguro, la carencia corresponde a 30 días corridos.

### Periodo activo mínimo

4 Meses. El periodo activo mínimo, es la cantidad de meses en que el deudor que haya hecho uso del seguro, pero que ha obtenido nuevamente empleo, debe mantenerse en este, para poder invocar las eventuales cuotas restantes si cae nuevamente en cesantía. Para efectos de este seguro, el período activo mínimo corresponde a 4 meses.

En el caso de incapacidad temporal, el plazo de 4 meses corresponde a la diferencia de días entre la fecha de alta y el inicio de una nueva discapacidad.

### Plazo para informar nuevas inclusiones:

Es requisito de cobertura que las nuevas inclusiones de clientes deudores, sean informadas a la compañía, con un plazo máximo de 90 días a contar de la fecha de firma de contrato. El cobro de prima se efectuará en forma proporcional.

### Pago de las indemnizaciones

CESANTIA: Para tener derecho a la aplicación del presente seguro, el asegurado deberá acreditar su condición de cesante con la siguiente documentación:

- Acta de notificación o finiquito
- Certificado de servicio o antigüedad a la fecha de cesación
- Comprobante de cobro de la deuda: Para la totalidad de los denuncios de siniestros, la Institución adjuntará un comprobante donde conste el monto del salto insoluto y de la cuota a cubrir.
- Demás documentación requerida por la compañía, tales como certificados de AFP, últimos pagos y otros que establezcan la condición de Cesante que la compañía pueda solicitar.

INCAPACIDAD TEMPORAL: Para tener derecho a la aplicación del presente seguro, el asegurado deberá acreditar con la siguiente documentación:

- Licencia médica que explicita tipo de incapacidad y la duración de esta en al menos 30 días.
- Acreditación de la calidad de independiente con la presentación de copia de últimas 5 boletas de honorarios emitidas y las tres siguientes sin emitir.
- Última declaración a la renta y declaración jurada ante notario de no poseer un vínculo de subrogación y dependencia de un empleador.

### Plazo de aviso de siniestro

Durante todo el periodo de cobertura, el deudor asegurado podrá dar aviso de su condición de cesante, presentándose a la institución con la documentación respectiva en un plazo máximo de 90 días a contar de la fecha en que el cliente queda cesante. No obstante, las indemnizaciones por siniestros no serán retroactivas.

### Límite de indemnización

Para la presente póliza rige límite único y máximo de indemnización de UF 5.000.- por evento y en

**POLIZA ACTUALIZADA DOCUMENTO 06333263**

el agregado vigencia.

**Domicilio**

Para todos los efectos legales y contractuales, las partes fijan como domicilio especial la Ciudad de Santiago, prorrogando competencia para ante los tribunales de justicia con asiento en la Comuna de Santiago.

**DEDUCIBLES**

Para los trabajadores dependientes, la primera cuota pagada por el seguro es la subsiguiente a contar de la fecha de finiquito. Deducible de 1 cuota (una cuota) rige en todo y cada evento.

**EXCLUSIONES**

- Cesantía involuntaria producida en periodo de guerra, insurrección o accidente nuclear
- Cesantía involuntaria producida en periodos de cesantía catastrófica (Tasa de desempleo país mayor a 20%)
- Cartera de morosos
- Jubilación o Pensionados
- Suspensión del empleo a consecuencia de salud irrecuperable o incompatible con el desempleo de cargo.
- Personal de contrato a honorarios.
- Fallecimiento

**ITEM NUMERO 1**

Fecha Desde : Las 12 Hrs. de 01/12/2019  
Fecha Hasta : Las 12 Hrs. de 01/12/2020  
Plazo : 366 Días  
Relación Proponente/Asegurado : EL MISMO  
Asegurado : 96.784.400 -4 CONCRECES LEASING S.A.

**DESCRIPCION DEL RIESGO**

**COBERTURAS**

| CONCEPTOS    | Monto | Tasa Anual | Prima |
|--------------|-------|------------|-------|
| 2352         |       | 1,00       |       |
| 2353         |       | 1,00       |       |
| Total Item 1 |       | 2,00       | 0,000 |