

DATOS ENTIDAD CONTRATANTE		Folio N°
Entidad Contratante: BICE HIPOTECARIA		Sucursal/Oficina:
Ejecutivo:		Jefe Sucursal/Oficina:
ASEGURABLE		
Nombre completo:		R.U.T.
Fecha Nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Estado Civil :
Domicilio:		e-mail:
Comuna:	Ciudad:	Teléfono:
PRODUCTOS Y/O COBERTURAS A CONTRATAR EN BCI SEGUROS GENERALES S.A.		
Por el presente instrumento, solicito la incorporación del asegurable identificado anteriormente, a la(s) póliza(s) Colectiva(s) respectiva(s) de BCI Seguros Generales S.A., según producto(s) identificado(s) a continuación:		
Producto	Capital Asegurado	
Cesantía Involuntaria (POL 1 90 031, POL 1 91 57, CAL 1 93 037).	El monto asegurado será hasta doce dividendos del crédito hipotecario individualizado los primeros treinta y seis meses del crédito, y seis dividendos mensuales por el resto del plazo del crédito.-	
VIGENCIA DE LOS SEGUROS: comenzará a partir del primer día del mes de cobro del primer dividendo siempre y cuando la compañía haya aceptado la solicitud de incorporación hasta el día en que se produzca cualquiera de las circunstancias siguientes: 1) que no cancele la prima de 3 cuotas consecutivas , 2) que se cumpla la edad límite de permanencia de cada cobertura, 3) que se extinga el crédito que dio origen, 4) que se de término por parte del contratante al seguro.		
PRIMA: Tasa Neta Mensual: 8% . La prima resulta: Tasa mensual sobre el valor del dividendo.		
CARACTERÍSTICAS DEL PRODUCTO		
<u>Antigüedad Laboral para invocar al seguro:</u> 6 meses con contrato indefinido con un mismo empleador. <u>Periodo Activo Mínimo si incurre nuevamente en cesantía:</u> seis meses de trabajo ininterrumpido desde el término. <u>Carencia:</u> 60 días desde el inicio de la vigencia del seguro. <u>Periodo de Cesantía/Incapacidad cubierto:</u> Doce dividendos del pago regular del préstamo por lo primeros treinta y seis meses del plazo de la deuda y seis dividendos por el resto del plazo del crédito. Edad mínima de ingreso: 18 años y Edad máxima de permanencia para Mujeres 59 años y 364 días y para los Hombres es de 64 años y 364 días. Cuota máxima por crédito UF 15. <u>Deducible:</u> 30 días.- 1. Cobertura:		
Trabajadores Dependientes: Para aquellos trabajadores dependientes, el monto a indemnizar se pagará a causa única y exclusiva de desempleo involuntario del deudor y siempre y cuando se verifique: a) no encontrarse en el periodo de carencia, b) cumplir con el período de activo mínimo estipulado. Se entenderá por desempleo involuntario la situación de terminación de la relación laboral con motivo de las causales señaladas en los artículos 159 N°1 "Mutuo Acuerdo de las Partes" y N°6 "Caso Fortuito o Fuerza Mayor" y artículo 161 "Necesidades de la Empresa", todos del Código del Trabajo. En relación con el N° 1 del artículo 159 del Código del Trabajo, para que la cesantía sea considerada como involuntaria, será necesario que el asegurado reciba pago de indemnización por años de servicio. En el caso de empleados o funcionarios cuya relación laboral se rija por normas distintas del Código del Trabajo, se considerará lo que sus respectivas leyes especiales establezcan como equivalencias en relación a la involuntariedad de las causales de los artículos N° 159 inciso 1 y 6 y N° 161 del referido código.		
Trabajadores Independientes Para aquellos trabajadores independientes, el monto asegurado se pagará a causa de Incapacidad Temporal del Titular del crédito por enfermedad o accidente que implique reposo (con prescripción médica) superior a treinta (30) días y siempre y cuando se verifique a) no encontrarse en el periodo de carencia, b) cumplir con el período de activo mínimo estipulado.		
La compañía aseguradora indemnizará los montos antes indicados de acuerdo a lo siguiente:		
<u>Tiempo de Reposo:</u>		
De 31 a 60 días	:	Primera cuota
De 61 a 90 días	:	Segunda cuota
De 91 a 120 días	:	Tercera cuota
De 121 a 150 días	:	Cuarta cuota
De 151 a 180 días	:	Quinta cuota
De 181 a 210 días	:	Sexta cuota
De 211 a 240 días	:	Séptima cuota
De 241 a 270 días	:	Octava cuota
De 271 a 300 días	:	Novena cuota
De 301 a 330 días	:	Décima cuota
De 331 a 360 días	:	Décimo primera cuota
De 361 a 390 días	:	Décimo segunda cuota
No se cubrirán las licencias médicas curativas extendidas con anterioridad a la contratación de la cobertura o derivadas de continuación de tratamiento, tampoco se cubren licencias médicas maternas ni licencias medicas por complicaciones de embarazos y tampoco por enfermedad de hijos menores de 1 año.		
2. <u>Plazo Máximo de presentación de antecedentes:</u> Para la acreditación inicial del siniestro, en caso de trabajadores dependientes el plazo será 180 días corridos contados desde la fecha de término de la relación laboral o fecha de inicio de licencia médica para trabajadores independientes. Posteriormente, para cobrar las cuotas siguientes el plazo es de 45 días corridos posteriores a la fecha de facturación de cada cuota reclamada.		
3. <u>Antecedentes requeridos para la acreditación del siniestro y el pago de cuotas:</u>		
a) En caso de Trabajador Dependiente: Copia de finiquito firmado en original ante notario , certificado de cotizaciones de la AFP o INP con las doce ultimas cotizaciones (posterior al 20 del mes a cobrar), inscripción en el registro municipal de cesantes y/o solicitud de pago del subsidio de cesantía. Por cada una de las cuotas en que se solicite el pago del seguro, se debe presentar el Certificado de la AFP o INP señalado anteriormente, última colilla del pago de subsidio de cesantía.		

b) En caso de trabajador independiente: licencia médica con el número de días de reposo, copia de la documentación presentada al sistema de salud previsional, declaración jurada simple de su estado de salud . No se cubrirán las licencias médicas curativas extendidas con anterioridad a la contratación de la cobertura o derivadas de continuación de tratamiento, tampoco se cubren licencias médicas maternales ni licencias medicas por complicaciones de embarazos y tampoco por enfermedad de hijos menores de 1 año.

FORMA DE PAGO

Autorizo que el monto de las primas correspondientes a los seguros elegidos, sean cargados mensualmente en el dividendo del crédito hipotecario solicitado, bajo el Nro. de Operación : _____

COMO ASEGURABLE DECLARO ESTAR EN CONOCIMIENTO:

- Que la indemnización a que dé lugar la cobertura de **Cesantía Involuntaria** será pagada íntegramente a **BICE HIPOTECARIA**. Acepto estas condiciones conforme a los términos prescritos en la Norma de Carácter General 124 de la S.V.S. del 22 de noviembre del 2001.
- Que la presente Solicitud de Incorporación de estos seguros se hace a petición del suscrito y en ningún caso ha sido considerada como condición para el otorgamiento del (de los) crédito(s) ofrecido(s) o solicitado(s); y además declaro estar en pleno conocimiento de toda la información contenida en la presente Solicitud.
- Del derecho a decidir sobre la contratación de los seguros y a la libre elección del intermediario y compañía aseguradora.
- Aceptar que esta solicitud, no otorga cobertura hasta haber sido aceptada por BCI Seguros Generales S.A.
- En caso de consultas, reclamos y denuncias de siniestro, el asegurado se deberá comunicar con BICE CORREDORES DE SEGUROS Corredores de Seguros al teléfono (02) 6922868 al teléfono del CRI de la Compañía de Seguros 6006000292 desde celular 02 – 6799700 o en cualquiera de las oficinas de BCI Seguros Generales S.A.
- Que para renunciar al seguro debo informar por escrito a la compañía aseguradora con treinta días de anticipación , si lo informo antes del día quince del mes, el cobro se desactivara al mes siguiente , si lo informo después del quince del mes ,el cobro se desactivara al mes subsiguiente .
- En el caso de que incurra en el no pago de la prima de tres cuotas consecutivas del seguro, este será anulado en forma automática

NOTAS

Intermediario: **BICE CORREDORES DE SEGUROS**
Comisión de Intermediación: **5 % de la prima neta + I.V.A**

AUTORIZACION

Autorizo irrevocablemente al Banco, para remitir a Bci Seguros Generales S.A. y/o **BICE CORREDORES DE SEGUROS**. la información pertinente a los montos de los créditos; sus condiciones, estados de servicios de las deudas, montos o saldos insolutos adeudados y demás que fuere menester para dichas operaciones, según lo soliciten dichas compañías.

La presente solicitud de incorporación será aceptada por BCI Seguros Generales S.A. en forma inmediata y otorgará cobertura, una vez que la operación crediticia individualizada sea aceptada por **BICE HIPOTECARIA**.

INFORMACION ARTICULOS 57 Y 58 DEL DL N° 251

DIVERSIFICACIÓN PRODUCCIÓN BICE CORREDORES DE SEGUROS LTDA. / 78.996.780-6

En nuestra calidad de corredores de seguros y en cumplimiento a la ley y a las instrucciones impartidas por la Superintendencia de Valores y Seguros, informamos que durante el año calendario anterior intermediamos contratos de seguros con las compañías que se indican a continuación (Art. 57):

PRIMA INTERMEDIADA			
COMPAÑÍA DE SEGUROS	SEGUROS GENERALES %	COMPAÑÍA DE SEGUROS	SEGUROS VIDA %
CIA. DE SEG. GRALES PENTA SECURITY S.A.	25,80	BICE VIDA CIA. SEG. VIDA	33,23
ROYAL SUN ALLIANCE SEGUROS CHILE S.A.	23,09	EUROAMÉRICA SEGUROS DE VIDA S.A.	2,85
CIA DE SEG. GENERALES CARDIF S.A.	3,89	INTERAMERICANA CIA. SEG DE VIDA	0,72
LIBERTY CIA. SEGUROS GRALES. S.A.	3,63	CÍA. SEG. DE VIDA CRUZ DEL SUR S.A.	0,39
MAPFRE CIA DE SEG. GENERALES S.A.	2,82	-	-
BCI SEGUROS GENERALES S.A.	1,72	-	-
ASEGURADORA MAGALLANES S.A.	0,76	-	-
CHILENA CONSOLIDADA SEGUROS GENERALES	0,63	-	-

Además para responder del correcto y cabal cumplimiento de todas nuestras obligaciones emanadas de la actividad de corredores de seguros y en especial, de los perjuicios que pueda ocasionar a los asegurados que contraten seguros por nuestro intermedio, hemos constituido las siguientes garantías: boleta bancaria o póliza en el banco o compañías de seguros que se indican (Art. 58):

Cía. De seguros Generales Consorcio Nacional de seguros S.A.

- Póliza de Garantía: **Monto Asegurado UF 500** Número 10001679
- Póliza se Responsabilidad Civil: **Monto Asegurado UF 60.000** Número 4244395

Firma de Aceptación del Cliente

Fecha de Aceptación