

CONDICIONES PARTICULARES
SEGURO COLECTIVO DE VIDA ESCOLAR
CENTRO DE PADRES Y APODERADOS COLEGIO SAN MARCOS

POLIZA N° 1699

Chubb Seguros de Vida Chile S.A. Considerando las Condiciones Generales y las Condiciones Particulares descritas a continuación, todo lo cual se considera parte integrante de esta póliza y aceptada por ambas partes, se extiende la presente póliza de Seguro Colectivo de Vida

Artículo N° 01

Contratante:

CENTRO DE PADRES Y APODERADOS COLEGIO SAN MARCOS
Rut: 65.914.110-8
José Pedro Alessandri 2136
Macul
Santiago

Artículo N° 02

Asegurador:

CHUBB SEGUROS DE VIDA CHILE S.A.
Av. Presidente Riesco 5435, Piso 7, Las Condes, Santiago
Rut: 99.588.060-1

Artículo N° 03

Intermediario:

VERITAS CORREDORES DE SEGUROS
Rut 78.083.090-5
Comisión Intermediación 15 % más IVA incluido de la prima neta recaudada.

Artículo N° 04

Asegurados:

Pueden ser considerados en esta póliza el padre, la madre o quién acredite a satisfacción de la compañía, haber financiado la educación del alumno, personas naturales que cumplan con los “Requisitos de Asegurabilidad” descrito en el Artículo Nro. 9 de estas condiciones y cuya nómina vigente ambas partes mantendrán en su poder.

Artículo N° 05

Beneficiarios:

Serán beneficiarios los alumnos del colegio contratante que hayan sido informados por el sostenedor (es) al momento de su incorporación al seguro, siempre que estos hayan sido informados y aceptados por la Compañía de Seguros y se haya pagado prima por éstos.

Considerando que el espíritu de la póliza es el pago de los estudios de los alumnos beneficiarios antes indicados, mientras los alumnos informados como beneficiarios cursen estudios en el Colegio Contratante, el pago de la suma asegurada se hará directamente a dicha entidad.

En caso que el alumno beneficiario por el seguro se cambie a una entidad educacional distinta a la entidad contratante, el pago se hará al establecimiento educacional que certifique al beneficiario como alumno regular, hasta completar el período cubierto por el seguro en el colegio contratante.

Artículo N° 06

Coberturas:

VIDA: Esta póliza cubre el riesgo de muerte natural o accidental de un asegurado. Según lo señalado en el Artículo N°2 de las Condiciones Generales de la Póliza **220131111** registrada en la Comisión para el Mercado Financiero (CMF).

El suicidio que será cubierto después de 12 meses de vigencia ininterrumpida del asegurado en la póliza

INVALIDEZ PERMANENTE 2/3: Esta póliza cubre la Invalidez Permanente 2/3 del asegurado en caso de accidente o enfermedad, la determinación de la invalidez se basa en los informes de la Comisión Médica de las AFP o Compin. Para determinar la invalidez se decide con el informe del primer dictamen.

Condiciones Generales de **CAD320131173**

Artículo N° 07

Capital asegurado:

El Capital Asegurado por cada alumno y se expresará en Unidades de Fomento (U.F.) de acuerdo al plan(es) escogido(s) por cada asegurado, en este caso corresponde al (los) planes:

PLAN 10 - 10 VIDA - ITP 2/3 S.M. 2.SOST

Coberturas	Capital Asegurado
FALLECIMIENTO CUALQUIER CAUSA	UF 97
INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE 2/3	UF 97

El Capital Asegurado es: 97 UF vida e ITP2/3

Nota: deberán incorporarse el 100% de los sostenedores del colegio (300 sostenedores)

Nota: no podrá haber cambio de sostenedores en periodo **2023**, por lo que se deberá demostrar vigencia anterior con nómina, nuevos sostenedores llenan DPS respetando edad de entrada al seguro.

El capital Máximo Asegurado cubrirá el costo de educación del alumno beneficiario, arancel y matrícula anual estudiantil, desde el mes siguiente del Fallecimiento o Invalidez Total y Permanente 2/3 adelanto de capital del apoderado asegurado en nuestra Compañía, por el período de cobertura contratado que corresponde desde Play Group hasta 4° año de Educación Media, considerando como Máximo un año de repitencia dentro del período escolar.

No obstante, lo anterior, el año de ocurrencia del siniestro, se pagará la proporcionalidad entre el mes siguiente de ocurrido el siniestro y el término del año lectivo en curso. Para todo efecto se considera año lectivo de 10 meses, para el período comprendido entre Marzo y Diciembre de cada año de cobertura.

El pago de la prima será de cargo del los 20 primeros días de cada mes.

Artículo N° 08

Prima del seguro:

El pago de la prima será de cargo de la Empresa Contratante CENTRO DE PADRES Y APODERADOS COLEGIO SAN MARCOS y se pagará en forma anticipada

Resumen Capital Asegurado y Prima Única en UF:

	1 sostenedor al 100%	2 sostenedor al 100%
Fallecimiento Neto	0,775	1,163
Invalidez Total y Permanente 2/3 Neto	0,192	0,289
IVA Invalidez Total y Permanente 2/3	0,036	0,055
Total Primas Neta	0,967	1,451
Total Prima Bruta	1,004	1,506

Facturación

La Factura se emitirá una vez aceptada la pre-cobranza o en el plazo estipulado de los 3 días hábiles, la cual tendrá un plazo de pago de 30 días desde la emisión de la factura.

Pago de Facturas

El pago de las facturas debe ser efectuado vía transferencia electrónica y enviar a la compañía el comprobante de depósito a la casilla pagos.bau.chile@chubb.com

El Depósito deberá ser realizado a la siguiente cuenta:

CHUBB SEGUROS DE VIDA CHILE S.A.
99.588.060-1
CTA CTE 52906-00
BANCO CHILE

Artículo N° 09

Requisitos de asegurabilidad:

La edad límite de ingreso y edad límite de cobertura, a las distintas coberturas son:

Fallecimiento:

Edad Mínima de Ingreso: 18 años
Edad Máxima de Ingreso: 68 años y 364 días
Edad Máxima de Permanencia: 69 años y 364 días

ITP 2/3:

Edad Mínima de Ingreso: 18 años
Edad Máxima de Ingreso: 63 años y 364 días
Edad Máxima de Permanencia: 64 años y 364 días

Para tomar el seguro, cada asegurado deberá completar el formulario “Propuesta de Seguros”, y ésta deberá ser evaluada y aceptada por parte del Asegurador **(DPS Simple)**

Preexistencia: Esta póliza no cubre los siniestros que sean a consecuencia de accidentes o enfermedades diagnosticadas con anterioridad a la fecha de vigencia inicial de la póliza.

El Asegurador se reserva el derecho de solicitar mayores antecedentes en aquellos casos que estime necesario y conveniente.

CARENCIA: No hay periodo de carencia.

DEDUCIBLE: No hay deducibles.

Artículo Nro. 10

Resolución de contrato por no pago de prima:

La compañía podrá en el evento de mora o simple retardo en el pago de todo o parte de la prima, terminar el contrato, previo envío de comunicación al contratante. El envío de la comunicación se realizará a la dirección de correo electrónico o mediante carta dirigida a la dirección del contratante.

La resolución del contrato operará al vencimiento del plazo de quince días corridos, contados desde la fecha de envío de la comunicación, a menos que antes de producirse el vencimiento de ese plazo, sea pagada toda la parte de la prima, que estén atrasadas, para el caso de mora o simple retardo. Si el vencimiento del plazo de quince días recién señalado recayera en día sábado, domingo o festivo, se entenderá para el primer día hábil inmediatamente siguiente.

Producida la terminación, la responsabilidad de la compañía por los siniestros posteriores cesará de pleno derecho, sin necesidad de declaración judicial alguna.

Artículo Nro. 11

Exclusiones:

Este seguro no cubre lo indicado en las exclusiones de las condiciones generales registradas en la CMF.

- Vida Pol 220131111.
- Invalidez Total y Permanente 2/3 CAD320131173

Este seguro no se aplica en la medida en que las sanciones económicas o comerciales u otras leyes o regulaciones nos prohíban proporcionar el seguro, incluido, entre otros, el pago de reclamaciones. Todos los demás términos y condiciones de la póliza no se modifican.

Aviso de Aplicabilidad de las normas de sanciones de los EE. UU.

Chubb es una subsidiaria de una compañía estadounidense. Como resultado, Chubb está sujeto a ciertas leyes y regulaciones de los EE. UU., además de las restricciones de sanciones nacionales, de la UE y de la ONU, que pueden prohibirle proporcionar cobertura o pagar reclamaciones de siniestros a ciertas personas o entidades o asegurar ciertos tipos de actividades relacionadas con ciertos países como Irán, Siria, Corea del Norte, Región de Crimea y Cuba.

Artículo N° 12**Siniestro:**

Se considerará siniestro el fallecimiento del Asegurado, según condiciones de esta póliza.

Para la cobertura de Fallecimiento cualquier causa, para el pago de los siniestros la compañía requerirá de los siguientes documentos:

- Certificado Defunción Original con indicación de causa de muerte
- Fotocopia Cédula Identidad del Asegurado
- Fotocopia Cédula Identidad de los Beneficiarios
- Parte Policial en caso de muerte accidental
- Protocolo de Autopsia
- Resultado de Alcoholemia
- Resultado Toxicológico

Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente 2/3 para el pago de los siniestros la compañía requerirá de los siguientes documentos:

- Certificado Médico con historial de la enfermedad con timbre del centro hospitalario, que indique a lo menos el diagnóstico y la fecha en que se le diagnosticó la enfermedad o accidente que le causó la invalidez.
- Dictamen de Invalidez, en caso de Invalidez permanente y definitiva 2/3 otorgado por el COMPIN o la Comisión Médica regulada por el DL 3500. A falta de este, la invalidez se registrará de acuerdo a las condiciones establecidas en el artículo N° 7 de la cláusula adicional; en este caso deberá presentar originales de todos los exámenes médicos realizados. En cualquier caso, el dictamen del COMPIN o Comisión Médica prima ante cualquier evaluación para determinar la invalidez.
- Fotocopia de la Cédula de Identidad del asegurado

El plazo para la presentación de siniestros será tan pronto como sea posible con las limitaciones que establece la ley.

La compañía se reserva el derecho de solicitar mayores antecedentes cuando estime necesario.

Artículo Nro. 13**Pago del beneficio:**

El capital asegurado anual, se pagará en cuotas sucesivas, durante todo el período que le reste por estudiar al alumno beneficiado con el seguro, a través del tutor legal del alumno beneficiado si es menor de edad o al beneficiario si es mayor de edad.

Los planes solo posibilitan la repetición de un nivel en la enseñanza secundaria (Pre básica y básica) y enseñanza Media (primero a cuarto medio).

Si el fallecimiento del asegurado ocurre entre los meses de marzo a diciembre, el monto a pagar se dividirá por 10 (diez) y se multiplicará por el número de meses que hay entre el mes siguiente del fallecimiento y diciembre del mismo año, más el número de días proporcionales contados desde el día siguiente al del siniestro y el último día del mes de ocurrencia de éste. Para los siniestros ocurridos en enero y febrero, se pagará el monto completo.

Los pagos sucesivos a éste se realizarán durante el mes de marzo de cada año calendario y corresponderán al monto total determinado en la póliza al día del fallecimiento del Asegurado.

Para solicitar el pago de las cuotas anuales se deberá presentar, en marzo de cada año un certificado de alumno regular, emitido por la institución de educación a la que pertenece el beneficiario.

Cobertura invalidez permanente 2/3

Sin perjuicio de lo señalado en las Condiciones Generales de la póliza principal, el asegurado o sus beneficiarios, en su caso, deberán dar aviso por escrito a la compañía de la ocurrencia del accidente dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de este. Para los beneficiarios, este plazo correrá desde que toman conocimiento del accidente.

Asimismo, deberá presentar a la compañía los antecedentes relativos al siniestro dentro de los sesenta (60) días contados desde igual fecha.

El incumplimiento o presentación extemporánea de los antecedentes requeridos conforme a esta cláusula adicional o las Condiciones Generales de la póliza principal, y que digan relación con el riesgo cubierto bajo este adicional, hará perder los derechos del asegurado o beneficiarios, liberando a la compañía del pago de la indemnización que habría correspondido bajo este adicional, salvo en caso de fuerza mayor.

El asegurado, deberá dar las facilidades y someterse a los exámenes y pruebas que la compañía solicite para efectos de que esta pueda determinar y verificar el grado de invalidez y efectividad de las lesiones originadas. El costo será de cargo de la compañía aseguradora.

Determinación de la invalidez

La compañía determinará en un plazo máximo de 30 días si se ha producido la invalidez de un asegurado, conforme a las pruebas presentadas y los exámenes requeridos, en su caso.

El asegurado, dentro de los diez (10) días siguientes a la comunicación de la determinación de la compañía, podrá requerir que la invalidez sea evaluada por una junta compuesta por tres médicos cirujanos, elegidos por él, de entre una nómina de cinco o más médicos propuestos por la compañía aseguradora, los que deberán encontrarse ejerciendo, o que hayan ejercido por al menos un año como miembros titulares de las Comisiones Médicas Regionales o de la Comisión Médica Central de la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones.

La Junta Médica evaluará la invalidez del asegurado, pronunciándose si se encuentra inválido en forma permanente, conforme a los conceptos descritos en esta cláusula adicional y a las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones", regulado por el D.L. N° 3.500 de 1980, determinando a su vez la fecha en que se produjo dicha invalidez.

La Junta Médica podrá someter al asegurado a los exámenes médicos que considere necesarios, cuyos costos serán soportados en partes iguales entre el asegurado y la compañía aseguradora.

La declaración de invalidez del asegurado de algún organismo previsional o legal, solo tendrá para la compañía y para la Junta Médica un valor meramente informativo.

Artículo N° 14

Cláusula de ajuste:

La presente póliza considera una revisión semestral de primas (netas de comisiones) y siniestros. Se ajustarán las tasas en caso que el resultado obtenido supere la siniestralidad el 75% (Costo de Siniestros * 100/Prima Neta de comisiones).

Artículo N° 15

Inclusión, exclusión y modificación de asegurados:

Para mantener actualizada la nómina de asegurados cubiertos, el Contratante enviará mensualmente al Asegurador antes del día 20 de cada mes, las solicitudes de inclusión, exclusión o modificación de asegurados.

La incorporación al Seguro de nuevos asegurados, considerando que cumplan con los requisitos de Asegurabilidad estipulados en la Póliza, este ingreso será a través de una DPS simple que será informada por el Colegio Contratante.

Para la exclusión de asegurados, el Contratante deberá indicar el nombre completo y el Rut del asegurado, el que será eliminado de la póliza, poniéndose fin a su cobertura a partir del primero del mes siguiente al mes de recepción de la exclusión por parte del Asegurador.

Para cualquier modificación de las características de los asegurados vigentes, se hará efectiva a contar del primero del mes siguiente de la fecha de recepción de la modificación.

Exclusión de Asegurados por edad de permanencia:

- a) Los asegurados que excedan la edad límite de permanencia durante la vigencia de la póliza serán excluidos el día 31 de diciembre del año en curso. En caso de que la póliza sea prorrogada, la exclusión será a contar del inicio de la prórroga.
- b) Los hijos que excedan la edad límite de permanencia durante la vigencia de la póliza serán excluidos el día 31 de diciembre del año en curso. En caso de que la póliza sea prorrogada, la exclusión será a contar del inicio de la prórroga.

Artículo Nro. 16

Vigencia:

El presente contrato regirá a partir de las 0:00 horas del día **01/03/2023** y durará hasta las 24 horas del día **28/02/2024**, será renovada en forma automática por períodos iguales y sucesivos de un año cada uno, si ninguna de las partes notifica por escrito a la otra, su decisión contraria con 30 días de anticipación. Asimismo, con la antelación indicada, el Asegurador ajustará las primas de acuerdo al Capital Asegurado, a la edad alcanzada por los asegurados o las indemnizaciones pagadas y a cualquier otra circunstancia que pudiera significar una variación del riesgo.

Artículo Nro. 17

Vigencia de la Cobertura

Para aquellas personas que no manifiesten condiciones adversas de salud y además cumplan con las condiciones de asegurabilidad establecidas, la cobertura entra en vigor desde la fecha de firma de la propuesta de seguro. Para las personas que manifiesten condiciones adversas de salud y para los que requieran exámenes médicos o que no cumplan con las condiciones de asegurabilidad establecidas, la cobertura entra en vigor desde la fecha en que sea aprobada por la compañía.

El seguro se mantendrá vigente mientras se pague la prima, se cumpla con los requisitos de asegurabilidad y se encuentre vigente la póliza colectiva.

Artículo Nro. 18

Terminación

La cobertura indicada en esta cotización terminará automáticamente cuando ocurra cualquiera de las siguientes situaciones:

- a) Pérdida de la condición de asegurado.
- b) Pago del beneficio o indemnización en los términos previstos en la presente condición particular.

Artículo Nro. 19

Terminación anticipada:

El asegurador podrá poner término anticipadamente al contrato, en los términos dispuestos en el artículo 537 del código de comercio. La compañía deberá expresar en la respectiva comunicación enviada al contratante o tomador, según el caso, las causas que motiven o justifiquen el término del seguro. Además de las causales legales de término anticipado, y sólo a modo ejemplar, y sin que la siguiente enunciación sea considerada como taxativa o excluyente de otras causales, la compañía podrá poner término anticipado a este seguro en razón de cambios en las políticas de suscripción de la compañía respecto del riesgo cubierto. La terminación del contrato se producirá a la expiración del plazo de treinta días contado desde la fecha de envío de la respectiva comunicación al contratante o tomador.

Producida la terminación del contrato, la prima se reducirá en forma proporcional al plazo corrido, y el asegurador deberá poner el importe de prima no devengada, a disposición del quien corresponda, de inmediato. No se procederá a la restitución de prima, en caso de haber ocurrido un siniestro.

Artículo N° 20

Reajustabilidad:

El valor de las primas como el de las indemnizaciones, se expresarán en Unidad de Fomento (U.F.) de acuerdo al equivalente en pesos (\$) que tenga dicha unidad monetaria al día de pago efectivo de cada obligación.

Artículo N° 21

Domicilio:

Para todos los efectos legales del presente contrato de seguro, las partes señalan como domicilio especial la ciudad de Santiago.

Artículo Nro. 22

Condiciones generales:

Las Condiciones Generales por las que se rige el presente contrato han sido aprobadas y registradas en la Comisión para el Mercado Financiero bajo los siguientes códigos:

POL 220131111 Colectivo Temporal de Vida
CAD 320131173 Adicional de Invalidez Permanente 2/3

Artículo N° 23

Comunicaciones:

Cualquier comunicación, declaración o notificación que deba efectuar el asegurador al asegurado con motivo de la póliza, deberá efectuarse enviando la comunicación a la dirección de correo electrónico o través de WhatsApp o mensaje de texto al teléfono celular que haya indicado el asegurado al momento de la contratación del seguro. En caso de desconocerse su correo electrónico o de recibir una constancia de que dicho correo no fue enviado o recibido exitosamente, o si no cuenta con teléfono celular, las comunicaciones deberán efectuarse mediante el envío de carta dirigida al domicilio del contratante o el asegurado.

Será obligación del asegurado el notificar a la compañía de seguros cualquier cambio en la información respecto al medio de comunicación acordado.

Notas

Chubb Seguros de Vida Chile S.A. se encuentra adherida voluntariamente al código de autorregulación y al compendio de buenas prácticas de las compañías de seguros, cuyo propósito es propender al desarrollo del mercado de los seguros, en consonancia con los principios de libre competencia y buena fe que debe existir entre las empresas, y entre éstas y sus asegurados. Copia del compendio de buenas prácticas corporativas de las compañías de seguros se encuentra a disposición de los interesados en cualquiera de las oficinas de Chubb Seguros de Vida Chile S.A. y en www.aach.cl. Asimismo, ha aceptado la intervención del defensor del asegurado cuando los asegurados le presenten reclamos en relación a los contratos celebrados con ella. Los asegurados pueden presentar sus reclamos ante el defensor del asegurado utilizando los formularios disponibles en las oficinas de la compañía Chubb Seguros de Vida Chile S.A. o a través de la página web www.ddachile.cl

Artículo N° 24

Sello Sernac:

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

Artículo N° 25

Servicio atención al cliente:

En caso de consultas o reclamos, el asegurado podrá comunicarse al teléfono de Atención al Cliente de Chubb Seguros Chile al 600 843 2000 o escribiendo al e-mail asegurado.chile@chubb.com, en el siguiente horario de atención: lunes a jueves de 9:00 a 17:45 horas y viernes de 9:00 a 15:30 horas.

Artículo N° 26

Interés asegurable:

Es aquel que tiene el asegurado en la no ocurrencia del siniestro.

Artículo N° 27

Información sobre atención de clientes y presentación de consultas y reclamos:

En virtud de la Circular N° 2131 de 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 les presenten directamente por el contratante, asegurado, beneficiario o legítimos interesados o sus mandatarios.

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 en su 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 1º, Santiago, o a través del sitio web www.CMFChile.cl.

Chubb Seguros de Vida Chile S.A.



Asegurador

Contratante

Contratante

Fecha de emisión: **20 de marzo** de 2023.

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 EFECTUARLA 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 OPOSICIÓN 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) INFORMACIÓN AL ASEGURADO DE GESTIONES A REALIZAR Y PETICIÓN 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 FECHA DEL DENUNCIO, A EXCEPCIÓN DE; A) SINIESTROS QUE CORRESPONDAN A SEGUROS INDIVIDUALES SOBRE RIESGOS DEL PRIMER GRUPO CUYA PRIMA ANUAL SEA SUPERIOR A 100 UF: 90 DÍAS CORRIDOS DESDE FECHA DENUNCIO; B) SINIESTROS MARÍTIMOS QUE AFECTEN A LOS CASCOS O EN CASO DE AVERÍA GRUESA: 180 DÍAS CORRIDOS DESDE 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 SUPERINTENDENCIA, 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, SALVOQUE 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 A 27 DEL REGLAMENTO DE AUXILIARES DEL COMERCIO DE SEGUROS (D.S.

DE HACIENDA N° 1.055, DE 2012, DIARIO OFICIAL DE 29 DE DICIEMBRE DE 2012).

9) IMPUGNACIÓN 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.