

**Compendio de Buenas Prácticas Corporativas y de Mercado
de las Compañías de Seguros**

Compendio de Buenas Prácticas Corporativas y de Mercado de las Compañías de Seguros

1. Normas generales

Artículo 1.1. Naturaleza

El Compendio de Buenas Prácticas Corporativas y de Mercado de las Compañías de Seguros es el conjunto de normas y principios al que los adherentes del Código de Autorregulación, en adelante “las compañías”, han decidido sujetarse voluntariamente, con el objeto de propender al desarrollo del mercado de los seguros, en consonancia con los principios de libre competencia, buena fe y cumplimiento diligente de las obligaciones, que debe existir entre las empresas, y entre éstas y sus clientes.

Estas normas tienen su origen en la propia iniciativa de las compañías. Se trata de principios y normas acordadas por todos, de aplicación análoga y general para los distintos tipos de seguros y las demás actividades autorizadas, destinadas a perfeccionar el desempeño de la industria.

Directivas

1.1.1. Designación de representantes ante el Consejo y medidas para aplicación del Código de Autorregulación de este Compendio (Res.1/2005):

- 1) *Que con el objeto que lograr una comunicación más fluida entre el Consejo y las compañías, cada una de ellas deberá designar antes del 30 de junio de 2005 un ejecutivo al interior de su organización, encargado de llevar a cabo la relación de la compañía y este Consejo.*
- 2) *El ejecutivo designado conforme al artículo anterior deberá velar para que:*
 - a) *El Consejo reciba oportunamente las sugerencias e inquietudes que surjan al interior de las compañías respecto al Compendio de Buenas Prácticas y el Código de Autorregulación.*
 - b) *Los acuerdos del Consejo sean debidamente informados al interior de las compañías, especialmente por quienes tienen la responsabilidad de dar aplicación específica a su contenido.*

c) *Al interior de las compañías se realicen las acciones necesarias para desarrollar pautas y normas internas acordes con el Compendio de Buenas prácticas y los acuerdos adoptados por el Consejo al respecto.*

1.1.2. Información a los clientes sobre la sujeción de cada compañía al Código de Autorregulación, al Compendio de Buenas Prácticas Corporativas, y a las normas sobre el Defensor del Asegurado (Res. 1/2008):

1) *Las compañías deben incluir en forma destacada en sus páginas web un vínculo a la página web del Defensor del Asegurado (www.ddachile.cl), y el logo que lo identifica.*

2) *Deben también efectuar las adecuaciones que correspondan en los contratos que celebren con sus clientes, especialmente en las pólizas de seguros y en las propuestas, para informar a las contrapartes acerca de la sujeción de cada compañía al Código de Autorregulación, al Compendio de Buenas Prácticas Corporativas, y a las normas sobre el Defensor del Asegurado, cuando corresponda.*

3) *En los formularios de propuestas de seguros, en las ofertas que las compañías efectúen y en las pólizas de seguros que emitan o renueven, deben incluir un párrafo destacado que contenga, a lo menos, la frase siguiente según la situación en que se encuentre la compañía:*

a) *Para las compañías que se encuentren adheridas al Código de Autorregulación y a las normas del Compendio de Buenas Prácticas Corporativas de las Compañías de Seguros, así como al Defensor del Asegurado y han aceptado su jurisdicción:*

“(Nombre) se encuentra adherida al Código de Autorregulación de las Compañías de Seguros y está sujeta al Compendio de Buenas Prácticas Corporativas, que contiene un conjunto de normas destinadas a promover una adecuada relación de las compañías de seguros con sus clientes. Copia de este Compendio se encuentra en la página web. Asimismo, ha aceptado la intervención del Defensor del Asegurado cuando los clientes le presenten reclamos en relación a los contratos celebrados con ella. Los clientes pueden presentar sus reclamos ante el Defensor del Asegurado utilizando los formularios disponibles en las oficinas de (nombre) o a través de la página web www.ddachile.cl.”

b) *Para las compañías que se encuentren adheridas exclusivamente al Código de Autorregulación y a las normas del Compendio de Buenas Prácticas Corporativas de las Compañías de Seguros:*

“(Nombre) se encuentra adherida al Código de Autorregulación de las Compañías de Seguros y está sujeta al Compendio de Buenas Prácticas Corporativas, que contiene un conjunto de normas destinadas a promover una adecuada relación de las

compañías de seguros con sus clientes. Copia de estas normas se encuentran en la página web www.aach.cl."

c) *Para las compañías que se encuentren adheridas exclusivamente a las normas del Defensor del Asegurado y se sometieron a su jurisdicción:*

"(Nombre) ha aceptado la intervención del Defensor del Asegurado cuando los clientes le presenten reclamos en relación a los contratos celebrados con ella. Los clientes pueden presentar sus reclamos ante el Defensor del Asegurado utilizando los formularios disponibles en las oficinas de (nombre) o a través de la página web www.ddachile.cl."

Artículo 1.2. Términos

Cuando en este compendio se usa la palabra "compañía", se entenderá referido a las compañías de seguros que se hayan obligado a cumplir con las normas del Código de Autorregulación y de este Compendio.

Cuando en este compendio se usa la palabra "cliente", se entenderá referido indistintamente a los asegurados por las compañías, a los contratantes cuando sean personas distintas a los asegurados, a sus beneficiarios, así como las contrapartes de los contratos que pueden celebrar en conformidad a la ley. Cuando se usa la palabra "asegurado" se entiende referido a los que mantienen derechos u obligaciones con una compañía, emanadas de un contrato de seguro.

Por su parte, por "contratante" se entenderá a quien celebra el contrato con la compañía, tenga o no la condición de asegurado, y sobre quien pueden recaer sus obligaciones y cargas.

Cuando en este Compendio se usa la palabra "autoridad", se entenderá referido a la Superintendencia de Valores y Seguros o a cualquier otra autoridad que, en virtud de una ley, tenga facultades para fiscalizar a las compañías de seguros.

Artículo 1.3. Marco general

Las normas de este Compendio forman parte del Código de Autorregulación de las Compañías de Seguros, y su aplicación, interpretación y modificación se rige por las normas comprendidas en él.

Todas las normas que formen parte de este Compendio deberán armonizarse con las leyes aplicables al comercio de seguros, y las normas que la Superintendencia de Valores y Seguros haya dictado conforme a sus atribuciones.

Las normas de este Compendio se interpretarán conforme al principio de la buena fe, aplicándose en forma supletoria los criterios de interpretación señalados en los artículos 19 a 23, y 1560 a 1566 del Código Civil.

Artículo 1.4. Normas fundamentales

Toda práctica de los adherentes deberá ceñirse a la moral, las buenas costumbres y el ordenamiento jurídico imperante.

Directivas***1.4.1. Recomendaciones en relación a normas aplicables a primas de seguros que cubran riesgos causados por terremoto (Res.2/2014):***

- 1) *Se recomienda a las compañías el establecimiento de criterios claros y precisos conforme a los cuales deben ser aplicadas las exenciones contenidas en los números 4 y 15 del artículo 12 del Decreto Ley N°825 de 1974.*
- 2) *Los referidos criterios deberán ser informados oportunamente a las áreas de la empresa que cumplen funciones en la materia.*

Artículo 1.5. Principio de la buena fe

Las normas de este Compendio deben ser cumplidas de buena fe, de manera de contribuir siempre al buen funcionamiento del Código de Autorregulación de las Compañías de Seguros.

Artículo 1.6. Sana competencia

La actuación de los adherentes deberá siempre enmarcarse dentro de los principios de sana competencia entre empresas y de respeto por los clientes.

Artículo 1.7. Relaciones justas

Las negociaciones entre las partes deberán ser siempre justas, esto es, basadas en elementos objetivos de precio, calidad y servicio, sujeta a las leyes sobre libre competencia y de seguros, procurando que exista una equivalencia entre las prestaciones y obligaciones asumidas por las partes.

Artículo 1.8. Cooperación con la comunidad

Las compañías deberán mantener siempre una actitud de colaboración y apertura hacia la comunidad.

Las compañías, individual o colectivamente, promoverán acciones de educación a la comunidad orientadas a que las personas accedan al conocimiento de sus productos y de las obligaciones y beneficios que éste tiene.

Directivas

1.8.1. Medidas para prevenir fraudes con patentes de vehículos declarados pérdidas totales (Res.3/2003):

- 1) *Las compañías de seguros generales que enajenen vehículos motorizados como chatarra, por mandato de sus asegurados y que han recibido de ellos por haber sido declarados pérdidas totales por destrucción, deberán adoptar las medidas necesarias para asegurar la cancelación de la inscripción del vehículo respectivo en el Registro de Vehículos Motorizados, acompañando declaración notarial del propietario en que se indique la causal respectiva.*
- 2) *Las compañías de seguros generales que enajenen vehículos motorizados recibidos por pérdidas totales, deberán adoptar además las medidas necesarias para prevenir que con ocasión de su enajenación se puedan cometer fraudes o mal uso de las inscripciones de los vehículos. Entre estas medidas, se recomienda especialmente efectuar las ventas de los vehículos a través de remates.*
- 3) *Las compañías de seguros generales deberán remitir al organismo correspondiente, que sea definido por la Asociación de Aseguradores de Chile A.G., la información de los vehículos motorizados que hayan enajenado por mandato de sus asegurados, como consecuencia de una pérdida total, dentro del plazo que sea establecido para ello.*
- 4) *El organismo a quien se le remita esta información deberá mantenerla en un registro y ponerla a disposición de todos los que, a juicio de la Asociación de Aseguradores de Chile A.G., demuestren un interés legítimo en su conocimiento.*

Artículo 1.9. Transparencia y conflictos de interés

Las compañías deberán adoptar las medidas necesarias para que su actuación cumpla con estándares adecuados de transparencia activa y pasiva, de manera que exista información clara, suficiente y oportuna sobre sus operaciones.

Se entiende por transparencia activa aquella que obliga a las compañías a poner determinada información a disposición del público, y por transparencia pasiva la obligación que tienen de responder a los requerimientos de información que se les formulen legítimamente.

Las compañías deberán establecer, cumplir y velar porque sus trabajadores cumplan protocolos que les permitan gestionar adecuadamente los conflictos de interés que surjan en las relaciones que mantienen con la autoridad, las empresas y sus clientes.

2. Prácticas al interior de las compañías

Artículo 2.1. Buena fe en las relaciones internas

Las prácticas y las relaciones al interior de los adherentes deberán regirse por el principio de la buena fe ya señalado, y encaminarse a lograr un adecuado desarrollo del mercado de los seguros.

Artículo 2.2. Información al público

Las compañías deberán proveer información veraz, suficiente y oportuna al público sobre su situación legal, económica y financiera, en los casos y la forma que determinen las normas jurídicas aplicables.

Toda información que se entregue al público deberá ser susceptible de comprobación, y no inducir a engaño o confusión respecto de la situación de la compañía y sus negocios.

Directivas

2.2.1. Exigencias de información mínima para los sitios web de las compañías (Res. 3/2009):

Las compañías de seguros deberán incluir en sus páginas web a lo menos la información y los antecedentes que se señalan a continuación:

- 1) *Identificación de la compañía*
 - a) *Nombre legal y comercial.*
 - b) *Rama de seguros.*
 - c) *Identificación de los diez principales accionistas.*
 - d) *Dirección y teléfono de la casa matriz.*
 - e) *Nómina de directores y ejecutivos principales.*

- 2) *Canales de atención a público y servicio al cliente*
 - a) *Sucursales y su ubicación.*
 - b) *Otros canales de atención a público y sus horarios de funcionamiento (por ejemplo, call center o página web).*

- 3) *Información financiera básica*
 - a) *Contenido de la FECU o link a la que se encuentra disponible en el sitio web de la AACH.*
 - b) *Política de inversión de la compañía vigente.*
 - c) *Clasificación de riesgo vigente.*

- 4) *Adhesión al Consejo de Autorregulación y al Defensor del Asegurado*
 - a) *Aviso en los términos exigidos por el Consejo en ambos casos.*
 - b) *Vínculo a la página web del Defensor del Asegurado.*

- 5) *Sistema de denuncia de siniestros, presentaciones y reclamos a la compañía*

- a) *Procedimiento a seguir en caso de siniestro.*
 - b) *Forma de efectuar reclamos. Referencia a norma de la SVS en la materia.*
 - c) *Identificación de vínculo, teléfono o dirección postal para efectuar reclamos.*
-
- 6) *Seguridad de servicios en línea*
 - a) *Servicios disponibles a través de la web*
 - b) *Información sobre condiciones de contratación electrónica.*
 - c) *Información sobre nivel de seguridad de medios de contratación.*
 - d) *Información sobre nivel de seguridad de medios de pago disponibles.*

Artículo 2.3. Relación con la autoridad

Las compañías deberán relacionarse con la autoridad en forma abierta, transparente y colaborativa, para que ésta pueda cumplir con las funciones y atribuciones que le corresponden conforme a la ley.

Las compañías deberán velar porque en todo momento la autoridad cuente con la información exigida, conforme a las normas legales y reglamentarias aplicables, y con toda aquella que sea necesaria para desempeñar adecuadamente sus funciones.

Artículo 2.4. Exigencias para vendedores y trabajadores en general

Las compañías deberán velar porque sus trabajadores y, en especial, sus vendedores, cumplan con los siguientes requisitos:

- a) Buena reputación y calidad profesional.
- b) Contar con la debida calificación para realizar las labores que desempeñan.
- c) Poseer el entrenamiento adecuado para el sistema de distribución de la empresa.
- d) Tener conocimientos suficientes acerca de los productos que ofrecen al público.
- e) Actuar justamente en el desempeño de sus funciones, con pleno respeto a las normas aplicables y absteniéndose de atentar contra la competencia.

Directivas

2.4.1. Directiva N°1 de Buenas Prácticas Corporativas y de Mercado: Comercialización de Rentas Vitalicias a través de Agentes (1/2018)

1. *Ámbito de aplicación*

Esta Directiva de Mercado, en adelante "DdM", se aplicará a las compañías de seguros que emitan pólizas de seguros de rentas vitalicias previsionales. Para los efectos de esta DdM se entenderá por:

- a) *Agente de ventas de rentas vitalicias: las personas naturales que se dedican a la comercialización o venta de este tipo de seguros por encargo de una compañía de seguros, sea como dependientes bajo contrato de trabajo o en forma independiente, con el objeto de ofrecer los seguros de ésta a los clientes e informarles respecto de las coberturas y condiciones del contrato, en adelante "los agentes".*
- b) *Perfil de competencias del agente de ventas de rentas vitalicias: los conocimientos, habilidades y aptitudes que una persona debe tener para desempeñarse como agente de ventas de rentas vitalicias.*

2. *Requisitos que deben cumplir los agentes de ventas de rentas vitalicias*

Sólo podrán cumplir la función de agente de ventas de rentas vitalicias por cuenta de una compañía de seguros, las personas que cumplan previamente con los siguientes requisitos:

- 1) *Los señalados en la Norma de Carácter General N°91 de la Superintendencia de Valores y Seguros (en adelante NCG 91).*

2) *Encontrarse registrados en la compañía de acuerdo con lo exigido en la Resolución 2/2004 del Consejo de Autorregulación.*

3) *Haber acreditado ante la compañía, dentro del último bienio calendario, el conocimiento y comprensión de las normas legales y reglamentarias aplicables al comercio de seguros, de las normas del Código de Autorregulación de las Compañías de Seguros y del Compendio de Buenas Prácticas Corporativas y de Mercado, así como de las resoluciones del Consejo que resulten atinentes.*

La acreditación a que se refiere el párrafo anterior deberá realizarse en cada compañía a través de un procedimiento formal, que será aplicado a quienes desempeñen la función de agentes de rentas vitalicias, en armonía con la normativa vigente y con la relación contractual que los vincule.

Dicho procedimiento deberá considerar, a lo menos:

- a) La definición de un Perfil de Competencias.*
- b) La examinación de las competencias laborales y conocimientos requeridos por parte de una entidad idónea e independiente de la compañía.*
- c) Un proceso de capacitación y reacreditación para los agentes que no la hubieren logrado previamente.*

El procedimiento de acreditación definido por cada compañía deberá cumplir con estándares adecuados en materia de calidad, transparencia y libre acceso al trabajo.

3. Vigencia

Esta DdM entrará en vigencia el 1° de junio de 2018.

No obstante lo anterior, las compañías tendrán un plazo de un año desde esta fecha para establecer el procedimiento de acreditación formal a que se refiere el N°2.3. anterior y hacerlo exigible a los agentes de ventas de rentas vitalicias que contraten a partir de ese momento.

Artículo 2.5. Conflictos de interés

Las compañías deberán velar porque sus trabajadores y, en especial, sus responsables de cumplimiento, apliquen procedimientos que permitan prevenir y gestionar adecuadamente los conflictos de interés.

3. Prácticas entre compañías**Artículo 3.1. Competencia leal**

Las compañías deberán desarrollar entre ellas y con el resto de las empresas una competencia leal.

Queda prohibido todo hecho, práctica o convención que constituya competencia desleal entre empresas, entendida como aquella que viola la lealtad y buena fe entre quienes compiten en el mercado.

Artículo 3.2. Información

Las compañías deben abstenerse de obtener en forma ilícita cualquier información sobre la situación, negocios u operaciones de otras compañías.

Artículo 3.3. Conflictos entre compañías

Las compañías deberán realizar los mayores esfuerzos por resolver de manera directa y discreta los conflictos suscitados entre ellas, cautelando siempre el pleno respeto a los derechos de los clientes.

Asimismo, las compañías deberán abstenerse de llevar estos conflictos a la opinión pública, salvo que conforme a las normas aplicables sea procedente o que el interés público lo requiera.

4. Prácticas entre las compañías y los clientes

Artículo 4.1. Obligación de servicio diligente.

Las compañías deberán entregar un servicio diligente a sus clientes y cumplir en forma íntegra y oportuna las obligaciones asumidas con ellos.

La obligación de servicio diligente se extiende especialmente al trato a los clientes; a la promoción y publicidad de sus productos; a la asesoría durante las distintas fases de la contratación; y a la inclusión en sus procesos de medidas que lo faciliten.

Directivas

4.1.1. Procedimiento para designación de liquidadores de seguros (Res.3/2004):

1) *Las compañías de seguros deberán adoptar los resguardos necesarios para que la designación de liquidadores sea realizada conforme a procedimientos objetivos y transparentes. Esos resguardos deberán contemplar, a lo menos:*

a) *El establecimiento de un registro de las asignaciones de siniestros a los liquidadores que les presten servicios, debiendo informarse periódicamente a la gerencia acerca del grado de dispersión de dichas designaciones.*

b) *Nombramiento del ejecutivo responsable de efectuar esta designación y el procedimiento que debe seguir al efecto.*

2) *Recomendar a las compañías de seguros adheridas al Código de Autorregulación, iniciar a la brevedad un proceso de elaboración de un código de ética en cada una de ellas, que establezca normas sobre buenas prácticas al interior de las compañías, entre éstas con sus trabajadores y con sus clientes y proveedores.*

4.1.2. Buenas prácticas en favor de beneficiarios de seguros de vida (Res.2/2010):

1) *Las compañías de seguros deben adoptar los resguardos necesarios para que los beneficiarios de seguros de vida puedan tomar conocimiento de su existencia, al fallecimiento del asegurado, y así hacer efectivos los derechos que les correspondan.*

2) *Para los efectos de cumplir con lo señalado en el número precedente, las compañías que mantengan pólizas de seguro de vida deben cumplir con las siguientes obligaciones mínimas;*

- a) *Establecer procedimientos para determinar, a lo menos una vez al año si alguno de sus asegurados de seguros de vida ha fallecido.*
 - b) *Notificar, en la forma establecida en su procedimiento, a los beneficiarios identificados en la póliza cuyo asegurado haya fallecido, acerca de la existencia del seguro y de la forma de hacer efectivos sus derechos, mediante carta certificada dirigida al domicilio que le haya sido proporcionado por el contratante o que aparezca en registros públicos.*
 - c) *Si transcurridos seis meses del envío de la última notificación, de acuerdo a la letra precedente, sin que uno o más de los beneficiarios haya concurrido a hacer valer sus derechos; o si no existiere la información necesaria para remitir la comunicación; la compañía deberá efectuar las diligencias razonables para ubicar a los beneficiarios, de acuerdo a la información que proporcionen los registros públicos y ampliamente disponibles.*
 - d) *Mantener en su archivo por el tiempo que exige la ley, los antecedentes que acrediten el cumplimiento de las obligaciones señaladas en las letras precedentes.*
- 3) *Para facilitar el cumplimiento de estas obligaciones, las compañías deben adoptar los resguardos necesarios para que, al momento de suscribirse pólizas de seguro de vida, se identifiquen en forma precisa a los beneficiarios con a lo menos los siguientes antecedentes:*
- a) *Nombre completo.*
 - b) *Rut.*
 - c) *Domicilio.*
 - d) *E-mail o cualquier otro medio que facilite su ubicación.*
- 4) *Las compañías deberán otorgar todas las facilidades necesarias a sus clientes para que, en forma posterior a la celebración del contrato, el contratante pueda modificar la nómina de beneficiarios, debiendo al efecto recabarse la misma información señalada en el punto anterior.*

Artículo 4.2. Obligación de respuesta frente a reclamos

Toda compañía deberá responder a las consultas y reclamos de sus clientes en forma oportuna y velar porque ellos sean satisfechos de acuerdo a las condiciones estipuladas y a la normativa vigente.

Un proceso simple y equitativo de solución de reclamos deberá estar incorporado en los contratos para que los problemas de los asegurados sean efectivamente resueltos.

Esta respuesta deberá ser entregada en todo caso dentro de los 20 días siguientes a la fecha en que se hubiera formulado el reclamo. Para estos efectos, las compañías deberán mantener en cada oficina un registro de los reclamos o consultas formuladas, así como registros computacionales de las efectuadas por ese medio.

Artículo 4.3. Publicidad del seguro

La publicidad que realicen las compañías de seguros deberá siempre respetar la naturaleza del contrato de seguros.

No podrá realizarse ningún tipo de publicidad que pueda confundir o inducir a error respecto de la naturaleza, características o efectos del contrato de seguros.

Directivas

4.3.1. Exigencias respecto de la publicidad del seguro, en especial respecto a “Planes de Extensión de Garantía”. (Res. 1/2009):

1) *Las compañías de seguros deberán adoptar los resguardos necesarios para evitar que otras personas, naturales o jurídicas, utilicen todo o parte de su denominación para realizar negocios u operaciones en que esa identificación pueda mover a confusión sobre el hecho que están siendo efectuados por una compañía de seguros y no por una empresa que no tiene esa calidad.*

2) *Las compañías deberán adoptar los resguardos a su alcance para que la intermediación por parte de corredores de seguros de contratos o servicios, diferentes a los contratos de seguros, se realice sin que dichos servicios se confundan, sean presentados o comercializados de manera que puedan mover a error a los consumidores sobre el hecho que no constituyen contrato de seguros.*

4.3.2. Exigencias respecto de seguros con cuenta única de inversión y, en especial, sobre riesgo asegurable significativo. (Res. 4/2015 y 1/2016):

1) *Los contratos de seguro de vida que las compañías de seguro ofrezcan al público deben estar redactados en forma tal que los derechos y obligaciones que de él emanan, respeten la naturaleza del contrato y los elementos que son de su esencia.*

2) *En el caso específico de los seguros de vida con CUI, entre los elementos de la esencia cabe exigir la existencia de un “riesgo asegurable significativo”, esto es, aquel riesgo cedido a un asegurador distinto de un riesgo puramente financiero. Como consecuencia de ello, es necesario que durante toda la vigencia de la póliza el componente de seguro y la CUI guarden una relación tal que no afecten dicha esencia.*

3) *Cada compañía deberá establecer una relación mínima entre el capital en riesgo por fallecimiento por causa natural y el valor póliza en los seguros de vida con CUI, la que deberá incluir*

en los contratos que suscriba a partir de esta fecha y cumplir durante su vigencia. En todo caso, dicha relación mínima no podrá ser inferior a la que determine el Consejo de Autorregulación.

- 4) *A partir de esta fecha se establece en 1,5% la relación mínima entre el capital en riesgo por fallecimiento por causa natural y el valor póliza para los contratos de seguro de vida con CUI.*
- 5) *Las compañías deberán adoptar resguardos para impedir que los asegurados efectúen aportes a las CUI que puedan generar un exceso sobre el monto máximo permitido.*
- 6) *Si como consecuencia de la rentabilidad obtenida por la CUI se produce un exceso del valor de la póliza en relación al mínimo de capital en riesgo por fallecimiento por causa natural, ello no constituirá un incumplimiento, sin perjuicio de que no se podrán efectuar nuevos aportes hasta que no se restablezca la relación mencionada en el N°4° precedente.*
- 7) *Las compañías de seguros tendrán hasta el 1° de julio de 2016 como plazo para ajustar sus sistemas operativos y adecuar sus pólizas a fin de dar pleno cumplimiento a la resolución 4/2015. En lo demás, dicha resolución regirá plenamente a partir del 1° de marzo de 2016.*

4.3.3. Exigencias respecto de seguros con devolución de primas o cláusulas semejantes. (Res. 2/2016):

- 1) *Las pólizas de seguros que contengan cláusulas que establecen beneficios o premios en relación a la permanencia del asegurado en la compañía o a la ausencia de siniestralidad por un determinado lapso, u otras de naturaleza semejante, que se expresan en el pago de un cierto monto, relacionado o no con las primas ya pagadas, deberán identificar dichos beneficios como tales y suprimir cualquier alusión al concepto de “devolución de primas” u otros similares.*
- 2) *Las cláusulas que contemplen la entrega de los beneficios a que se refiere el número anterior, deberán establecer en forma clara y transparente los requisitos que debe cumplir el asegurado para obtenerlos, en términos que pueda formarse una idea cabal de la probabilidad de acceder a ellos.*

Artículo 4.4. Publicidad comparativa

Las compañías de seguros sólo podrán realizar publicidad comparativa con otras compañías de seguros, cuando la base de comparación esté constituida por elementos, variables o antecedentes objetivos, susceptibles de comparación y de comprobación.

Queda prohibida toda publicidad comparativa que menoscabe o tienda a menoscabar el prestigio de una compañía o de los seguros que ofrece.

Directivas

4.4.1. Exigencias respecto de la publicidad comparativa realizada por compañías de seguros (Res. 2/2007):

- 1) *Las compañías de seguros deben velar porque la publicidad comparativa que realicen cumpla con los siguientes requisitos:*
 - a) *Que la base de comparación esté constituida por elementos, variables o antecedentes que sean objetivos;*
 - b) *Que esos elementos, variables o antecedentes sean susceptibles de comparación y de comprobación.*
 - c) *Que, la comparación no menoscabe el prestigio de otra compañía o de los seguros que ofrece.*
 - d) *Que respete la naturaleza del contrato de seguro.*
 - e) *Que no confunda o induzca a error respecto de la naturaleza, características o efectos del contrato de seguros.*

- 2) *Los requisitos anteriores deben cumplirse tanto cuando la publicidad comparativa se realice en referencia a una o más compañías identificadas específicamente, como cuando ella se efectúe en referencia genérica a la industria del seguro, a un grupo o a la generalidad de las compañías de seguro constituidas en Chile.*

Artículo 4.5. Información del cliente

Las compañías de seguros no podrán revelar a terceros la información legal, económica, financiera o personal que posean de sus clientes y que hayan conocido en virtud del contrato celebrado con ellas, salvo en los casos en que la ley o el cliente autoricen expresamente su entrega o divulgación.

No requerirá de la autorización señalada en el inciso anterior, el tratamiento de datos personales que hagan las compañías, o las asociaciones constituidas por ellas, con fines estadísticos, de tarificación u otros para beneficio general de las mismas.

Tampoco se requerirá la autorización cuando la información del cliente sea de público conocimiento o se encuentre a disposición del público a través de cualquier medio legítimo, o cuando la revelación de la información del cliente sea exigida por disposición legal o de autoridad facultada al efecto.

Directivas

4.5.1. Obtención de antecedentes sobre salud del cliente y en especial sobre examen de detección del síndrome de inmunodeficiencia humana (Res.3/2005):

- 1) *Las compañías de seguros de vida que ofrezcan a sus clientes contratos de seguros de vida o contratos de seguro de desgravamen, al solicitar los antecedentes para determinar el estado de salud del potencial asegurado, deberán indicar por separado y en forma específica las circunstancias en que se podrá pedir la realización del examen de detección del virus de inmunodeficiencia humana.*
- 2) *Si se solicitare, deberá informarse al potencial asegurado que conforme al artículo 5º de la ley 19.779, “el examen para detectar el virus de inmunodeficiencia humana será siempre confidencial y voluntario, debiendo constar por escrito el consentimiento del interesado o de su representante legal”. En caso de negativa del asegurado a practicarse el examen, la compañía podrá desistirse de la contratación del seguro, o condicionarla a una tarifa diferente, la que en todo caso deberá ser informada al asegurado antes de que manifieste su decisión respecto de la realización del examen.*
- 3) *La solicitud por parte de la compañía del examen referido, la decisión adoptada por el potencial asegurado al respecto y, en su caso, el resultado del examen, serán confidenciales. Las compañías deberán adoptar todos los resguardos necesarios para asegurar la confidencialidad de esta información, especialmente los establecidos en la Ley 19.628, sobre protección de datos personales.*

4.5.2. Resguardos respecto de los datos que extraigan del Sistema de Siniestros de Seguros Generales (Sisgen) (Res. 1/2006):

- 1) *Las compañías de seguros deben velar por el debido resguardo de los datos que extraigan del Sistema de Siniestros de Seguros Generales, conforme a lo exigido en la Ley 19.628 y en el artículo 4.5 del Compendio de Buenas Prácticas.*
- 2) *Las compañías deberán permitir el acceso a la información del sistema sólo a quienes de su personal estén específicamente autorizados para ello, adoptando todos los resguardos para que estas personas no entreguen esta información a terceros.*
- 3) *El SISGEN deberá cumplir con las siguientes normas:*
 - a) *El sistema sólo permitirá la consulta específica de información y, en ningún caso, contemplará la entrega de bases de datos en medios materiales o informáticos.*
 - b) *Las consultas al sistema vía electrónica sólo podrán efectuarse mediante el acceso directo a la base de datos a través de sistemas de cotización o a través de consultas individuales.*
 - c) *Cuando el acceso al SISGEN se haga mediante sistemas de cotización, éstos deberán contemplar mecanismos que impidan la transferencia de datos más allá de la consulta específica y que sólo entreguen a esos sistemas los datos necesarios para su funcionamiento en consultas sobre una persona específica.*
 - d) *Las compañías podrán efectuar directamente la consulta de los antecedentes de una o más personas, siempre que ello se haga a través de un computador que opere bajo el sistema general de la compañía y que exija la identificación y una clave a la persona que consulta. Las compañías deberán informar a la Asociación de Aseguradores de Chile A.G. la identificación de las personas autorizadas para ingresar al sistema y mantener esta información debidamente actualizada.*
 - e) *El SISGEN deberá incluir sistemas que registren con exactitud las consultas efectuadas al sistema, la persona que la efectúa y los datos que extrae.*

4.5.3. Procedencia de consultas al SISGEN a través de sistemas de Tarificación en línea y exigencias para su realización (Res. 3/2007):

- 1) *Es procedente la realización de consultas al sistema por parte de las compañías, cuando las mismas tienen por objeto hacer operativos los Sistemas de Tarificación que ellas hayan establecido con sus canales de distribución, especialmente los masivos.*
- 2) *Los Sistemas de Tarificación que se diseñen por parte de las compañías sobre la base de, entre otros elementos, las consultas realizadas al SISGEN, deberán en todo caso cumplir las siguientes exigencias:*
 - a) *No podrán permitir que los usuarios del Sistema de Tarificación conozcan la información de una persona específica cuyos datos se encuentran en el SISGEN.*

4.5.4. Protección de antecedentes de clientes, especialmente en páginas web (Res. 2/2009):

1) *Las compañías de seguros deben velar para que sus sistemas de información, especialmente a través de páginas web y sistemas de comercialización, no permitan a terceros conocer antecedentes de sus clientes que tengan el carácter de personales o que provengan de bases de datos a las que sólo tengan acceso las compañías, conforme a lo exigido en la Ley 19.628 y en el artículo 4.5 del Compendio de Buenas Prácticas.*

Artículo 4.6. Intermediarios

Las compañías deberán velar porque los contratos con intermediarios de seguros o con otras empresas, cumplan con las normas de este Compendio.

Directivas

4.6.1. Límites y restricciones respecto de incentivos a intermediarios de rentas vitalicias (Res. 2/2004):

1) *Las compañías de seguros de vida deberán mantener un registro de las personas que, como dependientes o vinculados contractualmente a ella, tengan como actividad principal participar en la comercialización de seguros de rentas vitalicias. Las personas incluidas en esta lista se entenderán afectas al límite a que se refiere la primera parte del inciso final del artículo 61 bis del DL. 3.500.*

2) *Para dar adecuado cumplimiento a lo exigido por el inciso final del artículo 61 bis del DL. 3.500, los beneficios laborales no pecuniarios que las compañías de seguro otorguen a las personas incluidas en el registro señalado en el número anterior, y todo beneficio pecuniario que tenga relación con la comercialización de rentas vitalicias, pagado a las personas antes señaladas, independientemente de la fecha de pago o del período en que devengue dicho pago, se entenderán excluidos del límite establecido en esa norma siempre que, además de los requisitos legales, cumplan con las siguientes condiciones:*

- a) Que se establezcan mediante normas generales, que se informen a todos los trabajadores que pueden optar a dichos beneficios;*
- b) Que estas normas tengan vigencia por el período mínimo que se determine en ellas;*
- c) Que en ellas se establezcan los requisitos para optar a los beneficios, los que deberán aplicarse a todos los trabajadores de su especie que se encuentren en la misma situación.*

4.6.2. Medidas en relación a anticipos a los corredores de seguros de renta vitalicia, a cuenta de comisiones por ventas futuras (Res. 5/2005):

Las compañías de seguros de vida deberán adoptar a lo menos las siguientes medidas cuando pretendan pagar anticipos a los corredores de seguros de renta vitalicia, a cuenta de comisiones por ventas futuras de seguros de rentas vitalicias:

- a) Establecer normas internas claras e informadas a los corredores, en que se indiquen las condiciones para que procedan los anticipos y los límites a que estarán sujetos.*

- b) *Informar a los corredores de las compañías la prohibición absoluta de otorgar beneficios a sus clientes, de acuerdo a lo previsto en la ley.*
- c) *En ningún caso las compañías pueden mantener acreencias respecto de los corredores, bajo cualquier forma, que vayan más allá de la fecha en que se transfieran los fondos de la AFP del asegurado a la compañía respectiva.*

4.6.3. Normas sobre beneficios por permanencia o por ausencia de siniestralidad, y prohibición del uso del concepto de “devolución de primas” (Res. 1/2016):

- 1) *Las pólizas de seguros que contengan cláusulas que establecen beneficios o premios en relación a la permanencia del asegurado en la compañía o a la ausencia de siniestralidad por un determinado lapso, u otras de naturaleza semejante, que se expresan en el pago de un cierto monto, relacionado o no con las primas ya pagadas, deberán identificar dichos beneficios como tales y suprimir cualquier alusión al concepto de “devolución de primas” u otros similares.*
- 2) *Las cláusulas que contemplen la entrega de los beneficios a que se refiere el número anterior, deberán establecer en forma clara y transparente los requisitos que debe cumplir el asegurado para obtenerlos, en términos que pueda formarse una idea cabal de la probabilidad de acceder a ellos.*
- 3) *Las compañías deberán adoptar las medidas necesarias para que la publicidad que efectúen, tanto ellas como sus intermediarios, cumpla con los criterios señalados en los dos números anteriores.*
- 4) *Esta resolución tendrá vigencia desde el 1° de enero de 2017.*

Artículo 4.7 Información y asesoría al cliente

Las compañías deberán adoptar las medidas necesarias para que, durante el proceso de comercialización, contratación de los seguros y ejecución de los contratos, los clientes cuenten con:

- a) Información sobre la modalidad de comercialización, los costos asociados y, en su caso, la identificación del intermediario y especialmente si tiene independencia o conflictos de interés respecto del asegurador.
- b) Información acerca del producto ofrecido, con sus características de precio, cobertura, condiciones, garantías, exclusiones y todo otro antecedente para la adecuada comprensión de su naturaleza y utilidad práctica.
- c) Indicación precisa del valor de la prima y de los montos asegurados.
- d) Asesoría que les permita responder las dudas razonables que les surjan sobre los antecedentes señalados en las letras anteriores, y en relación a la pertinencia del producto ofrecido para satisfacer sus necesidades.

Directivas

4.7.1. Gastos diferidos en seguros con ahorro previsional voluntario (Res.2/2003):

- 1) *Las compañías de seguros de vida que ofrezcan a sus clientes contratos de seguros de vida con planes de APV, sólo podrán contemplar en ellos los denominados “gastos diferidos” cuando se encuentren consignados en las ofertas y pólizas de seguros de manera específica y explícita, destacada y comprensible para el asegurado, en cuanto a los conceptos por los que ellos se cargarán, al monto máximo que podrán alcanzar de acuerdo a una tabla preestablecida y al plazo en que el cliente quedará sujeto a su cobro inmediato, en el evento de producirse el retiro de los fondos ahorrados.*
- 2) *La significación de los gastos diferidos deberá ser reflejada en las cotizaciones que se entreguen a los potenciales clientes, mediante una tabla que explique su monto en el tiempo y su impacto en los fondos del cliente.*
- 3) *Esta modalidad de cobro deberá ser conocida y aceptada expresamente por el afiliado antes de la celebración del contrato, mediante declaración anexa al contrato que incluya la tabla a que se refiere el número anterior.*
- 4) *En caso que el afiliado termine anticipadamente el contrato, antes del plazo señalado conforme al número 1) anterior, los gastos diferidos sólo podrán ser pagados a costa de los beneficios o utilidades financieras que el referido ahorro haya generado para el asegurado.*

4.7.2. Exigencias para créditos a pensionados con renta vitalicia (Res.1/2004):

- 1) *Las compañías de seguros de vida deberán sujetar el otorgamiento de créditos a sus clientes que se hayan pensionado o estén próximos a pensionarse, a las normas generales que determine el Directorio, las que en todo caso deberán respetar las condiciones mínimas que se señalan en los siguientes números.*
- 2) *Las condiciones mínimas que determine el Directorio de cada compañía deberán ser conocidas y aceptadas por cada cliente antes de contraer un crédito con ella, de lo cual deberá dejarse constancia mediante declaración firmada por el cliente.*
- 3) *Las compañías no podrán otorgar créditos a sus pensionados en el plazo que va desde la fecha en que se hayan traspasado efectivamente los fondos del pensionado, en virtud de la póliza emitida, y hasta seis meses después de esa fecha.*
- 4) *Las compañías podrán utilizar como modalidad de pago de los créditos que hayan otorgado a sus clientes pensionados, el descuento de la pensión líquida a pagar, previa autorización por escrito del pensionado.*
- 5) *Las compañías sólo podrán descontar de la pensión bruta para el pago de los créditos otorgados al pensionado, el porcentaje que cumpla con el límite establecido por el propio directorio, de acuerdo a lo que es usual en operaciones de este tipo. Este límite deberá ser el mismo para todos los asegurados, sin perjuicio de la facultad de establecer un límite específico mayor en relación al ingreso del asegurado más el de su cónyuge, el que deberá ser acreditado anualmente en forma fehaciente.*
- 6) *Las compañías no podrán efectuar cobros de gastos o comisiones con cargo a la autorización de descuento que se le haya otorgado conforme al número 4º anterior.*

4.7.3. Información sobre cobertura en el extranjero de seguros de responsabilidad civil, especialmente en Argentina. (Res.4/2005):

- 1) *Las compañías de seguros generales que ofrezcan seguros de accidentes para vehículos motorizados, deberán informar en forma específica y destacada en las propuestas y en las pólizas y en el contenido de las mismas, si la cobertura ofrecida se extiende a los accidentes sufridos en territorio extranjero, conforme a las exigencias establecidas en este momento, especialmente por los países limítrofes.*
- 2) *En la misma forma, deberán explicar el alcance de frases de uso frecuente en las pólizas tales como “asistencia en viaje”, de manera de evitar que ellas puedan mover a error a los clientes respecto del alcance de la cobertura ante siniestros en el extranjero.*

4.7.4. Exigencia de información a los clientes y efectos de cláusulas de ejecución inmediata en seguros de crédito. (Res.2/2006):

1) Las compañías de seguros generales deberán incluir en los formularios de propuestas de seguros de crédito, en las ofertas que efectúen y en las pólizas de seguros de ese tipo que emitan o renueven, en forma destacada, un párrafo que contenga a lo menos la frase siguiente:

“Esta póliza de seguro de crédito cubre los riesgos de pérdidas o deterioro en el patrimonio del asegurado, que sean consecuencia del no pago de una obligación de dinero o de crédito de dinero. En conformidad a la ley, sólo puede ser emitida por una compañía de seguros generales que tenga por objeto exclusivo cubrir esta clase de riesgos.”

2) Las compañías de seguros generales que emitan pólizas de seguro de garantía deberán incluir en sus ofertas y pólizas información precisa y específica respecto a las obligaciones que son garantizadas.

3) La inclusión de cláusulas de ejecución inmediata, obligará a la compañía a efectuar el pago del seguro ante la sola solicitud del beneficiario, cuando ha ocurrido el siniestro. En caso de fraude, la compañía deberá efectuar la denuncia en las instancias competentes, para cautelar los intereses del legítimo beneficiario.

4.7.5. Requisitos que deben cumplir la inclusión de deducibles provisorios (Res.2/2015, Res. 3/2016):

Habida consideración del alcance dado al texto del artículo 524 del Código de Comercio en el Oficio Circular N°947, de fecha 21 de julio de 2016, de la Superintendencia de Valores y Seguros, El Consejo acordó suspender la vigencia de la Resolución 2/2015 de este Consejo en tanto se mantenga la interpretación contenida en el oficio circular citado.

4.7.5. Obligación de incluir caratulas respecto de seguros de vida, desgravamen, incendio, salud y vehículos motorizados (Res.3/2015):

1) Las compañías de seguros deberán incluir al inicio de las pólizas que emitan o renueven, y que se señalan en el número siguiente, la carátula que para cada una de ellas se adjunta a esta resolución, completada con la información que corresponda.

2) La obligación señalada en el número anterior regirá para las siguientes pólizas de seguros:

a) Seguro de salud.

Esta carátula será exigible en todas las pólizas individuales y colectivas, que tengan por objeto cubrir cualquier gasto en prestaciones de salud, incluyendo gastos por enfermedades catastróficas, costo del

copago de prestaciones de salud, así como en cualquier otra póliza a que, por su naturaleza, le pudieren ser aplicables. Esta resolución no será aplicable a seguros de salud a favor de trabajadores o de afiliados a Servicios de Bienestar, contratados colectivamente por su empleador o el citado servicio, respectivamente.

b) *Seguro de vehículos motorizados.*

Esta carátula será exigible en todas las pólizas individuales que tengan por objeto cubrir riesgos relacionados con vehículos motorizados, y aquellas pólizas colectivas cuando el número de vehículos con cobertura no exceda de cuatro.

c) *Seguro de vida.*

Esta carátula será exigible en todas las pólizas de seguro de vida, individuales y colectivas, sea que tengan o no un componente de ahorro asociado.

d) *Seguro de desgravamen*

Esta carátula será exigible en todas las pólizas de seguros de desgravamen, individuales y colectivos, excepto los asociados a créditos hipotecarios.

e) *Seguro de incendio*

Esta carátula será exigible en todas las pólizas de seguros de incendio, individuales y colectivos, excepto los asociados a créditos hipotecarios.

3) *Tratándose de seguros de contratación colectiva (un contratante para varios asegurados o beneficiarios, concurren o no en el pago de la prima), la carátula deberá acompañarse al respectivo certificado de cobertura, pudiendo esta carátula cumplir ambas funciones. Si por la naturaleza de la póliza contratada ella incluye más de un monto máximo de cobertura o más de un monto deducible, en su caso, el ítem respectivo del formulario deberá indicar claramente esta circunstancia y hacer referencia a la página de la póliza en la que se encuentre la referida tabla, o bien, alternativamente, hacer referencia a una tabla adjunta al formulario de rotulación en la que se detallen los montos correspondientes.*

4) *Las compañías tendrán los siguientes plazos máximos para que ajusten sus formularios y sistemas:*

a) *Todos los sistemas manuales y formularios en papel para la generación de las pólizas deberán ajustarse a las exigencias de esta resolución a más tardar el 1º de marzo de 2016.*

b) *Todos los sistemas computacionales de cada compañía para la generación de las pólizas a través de los canales propios de comercialización deberán ajustarse a las exigencias de esta resolución a más tardar el 1º de julio de 2016.*

c) *Todos los sistemas computacionales para la generación de las pólizas a través de los canales externos de comercialización deberán ajustarse a las exigencias de esta resolución a más tardar el 1º de octubre de 2016.*

Anexo 1: Carátula para Seguros de Vida

CARÁTULA UNIFORME PARA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA/ CERTIFICADO DE COBERTURA

Logo
Compañía

CÓDIGO SVS DE LA PÓLIZA		PÓLIZA Nº	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
CONTRATANTE (SI ES DISTINTO DEL ASEGURADO)		Rut	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
ASEGURADO		Rut	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
TIPO DE PÓLIZA			
<input type="checkbox"/> Póliza sin cuenta única de inversión <input type="checkbox"/> Póliza con cuenta única de inversión <input type="checkbox"/> Póliza con ahorro previsional voluntario (APV)			
<hr/>			
PÓLIZA	VIGENCIA	RENOVACIÓN AUTOMÁTICA	
<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Colectiva	<input type="text"/> Inicio <input type="text"/> Término	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
<hr/>			
PRIMA Monto <input type="text"/>			
MONEDA	PERÍODO DE PAGO	CONDICIONES	COMISIÓN TOTAL CORREDOR
<input type="checkbox"/> UF <input type="checkbox"/> Peso <input type="checkbox"/> Otra	<input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Fija <input type="checkbox"/> Ajustable Según Contrato	Monto <input type="text"/> No hay comisión <input type="checkbox"/>
<hr/>			
COBERTURAS	MONTO/MONEDA		ART. CG
<input type="checkbox"/> Muerte <input type="checkbox"/> Invalidez <input type="checkbox"/> Supervivencia <input type="checkbox"/> Muerte Accidental <input type="checkbox"/> Esta póliza contiene otras coberturas adicionales, cuyo detalle debe ser consultado en las condiciones particulares.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO			ART. CG
<input type="checkbox"/> Beneficiarios designados por ley <input type="checkbox"/> Otros beneficiarios			<input type="text"/> <input type="text"/>
CONDICIONES ESPECIALES DE ASEGURABILIDAD			ART. CG
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			<input type="text"/> <input type="text"/>
PERIODO DE CARENCIA			ART. CG
<input type="text"/>			<input type="text"/> <input type="text"/>
EXCLUSIONES			ART. CG
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			<input type="text"/> <input type="text"/>
<hr/>			
SISTEMA DE NOTIFICACIÓN			
El asegurado ha autorizado a la compañía para efectuar las notificaciones asociadas a esta póliza por el siguiente medio:			
<input type="checkbox"/> e-mail al correo electrónico	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Carta a la siguiente dirección	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Otro	<input type="text"/>		

La presente carátula es un resumen de la información más relevante de la póliza y los conceptos fundamentales se encuentran definidos al reverso. Para una comprensión integral, se debe consultar las condiciones generales y particulares de la póliza. En cada punto se señala el artículo del condicionado general (CG) o condicionado particular (CP) donde puede revisarse el detalle respectivo.

Nota 1: El asegurado tiene la obligación de entregar la información que la compañía requiera acerca de su estado de riesgo, en los casos y en la forma que determina la normativa vigente. La infracción a esta obligación puede acarrear la terminación del contrato o que no sea pagado el siniestro.

Nota 2: (Para Seguros Colectivos) Importante. "Usted está solicitando su incorporación como asegurado a una póliza o contrato de seguro colectivo cuyas condiciones han sido convenidas por . . . (indicar contratante) directamente con la compañía de seguros."

DEFINICIONES

CÓDIGO SVS DE LA PÓLIZA: Es el Código con que la póliza fue depositada en la Superintendencia de Valores y Seguros, conocido también como "código Pol". Si la póliza incluye más de uno, se incluye sólo el de la cobertura principal.

PÓLIZA: Documento justificativo del seguro.

CERTIFICADO DE COBERTURA: Documento que da cuenta de un seguro emitido con sujeción a los términos de una póliza de seguro colectivo.

CONTRATANTE: La persona que contrata el seguro con la compañía aseguradora y sobre quien recaen, en general, las obligaciones y cargas del contrato. Puede ser una persona diferente al asegurado.

ASEGURADO: La persona a quien afecta el riesgo que se transfiere a la compañía aseguradora.

BENEFICIARIO: La persona que, aun sin ser asegurado, tiene derecho a la indemnización en caso de siniestro.

TIPO DE PÓLIZA: Según si tienen o no asociada una cuenta única de inversión, las pólizas pueden ser de los siguientes tipos:

Es sin cuenta única de inversión, cuando sólo incluye el seguro de vida y no hay una cuenta de inversión asociada.

Es con cuenta única de inversión cuando además del seguro de vida, incluye una cuenta de inversión que genera rentabilidad, garantizada o no, en las condiciones estipuladas.

Es con ahorro previsional voluntario (APV) cuando además del seguro de vida, permite el ahorro de una suma de dinero asociado al sistema previsional regido por el Decreto Ley 3.500 sobre AFP.

VIGENCIA: Tiempo durante el cual se extiende la cobertura de riesgo de la póliza contratada.

RENOVACIÓN: Se refiere a si la póliza se extingue al vencimiento de su plazo o si se renueva.

Es *automática* cuando se entiende renovada si el cliente o la compañía no deciden terminarla, conforme a la póliza.

Es *sin renovación*, cuando la póliza se extingue al vencimiento de su vigencia.

PRIMA: El precio que se cobra por el seguro. Éste incluye los adicionales, en su caso.

CONDICIONES DE PRIMA: La prima puede ser *fija*, si el monto es el mismo durante toda la vigencia de la póliza, o puede ser *ajustable*, si ese precio puede ser modificado conforme a las normas incluidas en la póliza.

COMISIÓN CORREDOR: Es la parte de la prima que recibe un corredor de seguros, que ha vendido el seguro por cuenta de la compañía. Puede expresarse como un monto fijo o un porcentaje de la prima.

COBERTURA: El tipo de riesgo cubierto por la póliza.

CARENCIA: Período establecido en la póliza durante el cual no rige la cobertura del seguro.

EXCLUSIONES: Aquellos riesgos especificados en la póliza que no son cubiertos por el seguro.

CONDICIONES ESPECIALES DE ASEGURABILIDAD: Son los requisitos específicos que debe cumplir el asegurado para que la compañía cubra el riesgo y pague el seguro, en caso de siniestro.

SISTEMA DE NOTIFICACIÓN: Sistema de comunicación que el cliente autoriza para que la compañía le efectúe todas las notificaciones requeridas conforme a la póliza o que la compañía requiera realizar. Es responsabilidad del cliente actualizar los datos cuando exista un cambio en ellos.

Anexo 2: Carátula para Seguros de Desgravamen

CARÁTULA UNIFORME PARA PÓLIZA DE
SEGURO DE **DESGRAVAMEN**/
CERTIFICADO DE COBERTURA

Logo
Compañía

CÓDIGO SVS DE LA PÓLIZA	PÓLIZA N°
<input type="text"/>	<input type="text"/>
CONTRATANTE (SI ES DISTINTO DEL ASEGURADO)	Rut
<input type="text"/>	<input type="text"/>
ASEGURADO	Rut
<input type="text"/>	<input type="text"/>
ACREEDOR	Rut
<input type="text"/>	<input type="text"/>
BENEFICIARIO	Rut
<input type="text"/>	<input type="text"/>

TIPO DE RIESGO ASEGURADO

- Póliza de seguro de desgravamen simple
 Póliza de seguro de desgravamen por muerte e invalidez asociada a créditos hipotecarios.

PÓLIZA	VIGENCIA	RENOVACIÓN AUTOMÁTICA
<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Colectiva	<input type="text"/> Inicio <input type="text"/> Término	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

PRIMA Monto	<input type="text"/>		
MONEDA	PERÍODO DE PAGO	CONDICIONES	COMISIÓN TOTAL CORREDOR
<input type="checkbox"/> UF <input type="checkbox"/> Peso <input type="checkbox"/> Otra	<input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Fija <input type="checkbox"/> Ajustable Según Contrato	Monto <input type="text"/> No hay comisión <input type="checkbox"/>

COBERTURAS	MONTO/SALDO INSOLUTO DEUDA	ART. CG	ART. CP
<input type="checkbox"/> Muerte <input type="checkbox"/> Invalidez <input type="checkbox"/> Otra	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

CONDICIONES ESPECIALES DE ASEGURABILIDAD	ART. CG	ART. CP
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

PERIODO DE CARENCIA	ART. CG	ART. CP
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

EXCLUSIONES	ART. CG	ART. CP
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

SISTEMA DE NOTIFICACIÓN

El asegurado ha autorizado a la compañía para efectuar las notificaciones asociadas a esta póliza por el siguiente medio:

- e-mail al correo electrónico
 Carta a la siguiente dirección
 Otro

La presente carátula es un resumen de la información más relevante de la póliza y los conceptos fundamentales se encuentran definidos al reverso. Para una comprensión integral, se debe consultar las condiciones generales y particulares de la póliza. En cada punto se señala el artículo del condicionado general (CG) o condicionado particular (CP) donde puede revisarse el detalle respectivo.

Nota 1: El asegurado tiene la obligación de entregar la información que la compañía requiera acerca de su estado de riesgo, en los casos y en la forma que determina la normativa vigente. La infracción a esta obligación puede acarrear la terminación del contrato o que no sea pagado el siniestro.

Nota 2: (Para Seguros Colectivos) Importante. "Usted está solicitando su incorporación como asegurado a una póliza o contrato de seguro colectivo cuyas condiciones han sido convenidas por . . . (Indicar contratante) directamente con la compañía de seguros."

DEFINICIONES

CÓDIGO SVS DE LA PÓLIZA: Es el Código con que la póliza fue depositada en la Superintendencia de Valores y Seguros, conocido también como "código Pol". Si la póliza incluye más de uno, se incluye sólo el de la cobertura principal.

PÓLIZA: Documento justificativo del seguro.

CERTIFICADO DE COBERTURA: Documento que da cuenta de un seguro emitido con sujeción a los términos de una póliza de seguro colectivo.

CONTRATANTE: La persona que contrata el seguro con la compañía aseguradora y sobre quien recaen, en general, las obligaciones y cargas del contrato. Puede ser una persona diferente al asegurado.

ASEGURADO: La persona a quien afecta el riesgo que se transfiere a la compañía aseguradora.

BENEFICIARIO: La persona que, aun sin ser asegurado, tiene derecho a la indemnización en caso de siniestro.

TIPO DE RIESGO ASEGURADO: Según el tipo de riesgo, las pólizas pueden ser de los siguientes tipos:

Es seguro de desgravamen simple cuando se cubre el saldo insoluto de la deuda por muerte del deudor asegurado.

Es seguro de desgravamen por muerte e invalidez asociado a créditos hipotecarios, aquel exigido por las entidades crediticias, que cubre el saldo insoluto de la deuda por muerte del deudor asegurado. Se puede contratar la cobertura adicional de invalidez 2/3 que cubrirá el mismo saldo.

VIGENCIA: Tiempo durante el cual se extiende la cobertura de riesgo de la póliza contratada.

RENOVACIÓN: Se refiere a si la póliza se extingue al vencimiento de su plazo o si se renueva.

Es automática cuando se entiende renovada si el cliente o la compañía no deciden terminarla, conforme a la póliza.

Es sin renovación, cuando la póliza se extingue al vencimiento de su vigencia.

PRIMA: El precio que se cobra por el seguro. Éste incluye los adicionales, en su caso.

CONDICIONES DE PRIMA: La prima puede ser *fija*, si el monto es el mismo durante toda la vigencia de la póliza, o puede ser *ajustable*, si ese precio puede ser modificado conforme a las normas incluidas en la póliza.

COMISIÓN CORREDOR: Es la parte de la prima que recibe un corredor de seguros, que ha vendido el seguro por cuenta de la compañía. Puede expresarse como un monto fijo o un porcentaje de la prima.

COBERTURA: El tipo de riesgo cubierto por la póliza.

CARENCIA: Período establecido en la póliza durante el cual no rige la cobertura del seguro.

EXCLUSIONES: Aquellos riesgos especificados en la póliza que no son cubiertos por el seguro.

CONDICIONES ESPECIALES DE ASEGURABILIDAD: Son los requisitos específicos que debe cumplir el asegurado para que la compañía cubra el riesgo y pague el seguro, en caso de siniestro.

SISTEMA DE NOTIFICACIÓN: Sistema de comunicación que el cliente autoriza para que la compañía le efectúe todas las notificaciones requeridas conforme a la póliza o que la compañía requiera realizar. Es responsabilidad del cliente actualizar los datos cuando exista un cambio en ellos.

Anexo 3: Carátula para Seguros de Salud

CARÁTULA UNIFORME PARA PÓLIZA DE SEGURO DE **SALUD**/ CERTIFICADO DE COBERTURA



CÓDIGO SVS DE LA PÓLIZA		PÓLIZA N°	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
CONTRATANTE (SI ES DISTINTO DEL ASEGURADO)		Rut	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
ASEGURADO		Rut	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
BENEFICIARIO		Rut	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
TIPO DE RIESGO ASEGURADO			
<input type="checkbox"/> Póliza con cobertura general de gastos médicos <input type="checkbox"/> Póliza con cobertura de gastos médicos para enfermedades específicas <input type="checkbox"/> Póliza con cobertura complementaria de gastos médicos <input type="checkbox"/> Póliza con cobertura catastrófica			
<hr/>			
PÓLIZA	VIGENCIA	RENOVACIÓN	
<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Colectiva	<input type="text"/> Inicio <input type="text"/> Término	<input type="checkbox"/> Póliza de plazo indefinido sin condiciones <input type="checkbox"/> Póliza de plazo indefinido condicionada <input type="checkbox"/> Póliza de plazo indefinido (condicionada o no) con término anticipado y renovación no garantizada <input type="checkbox"/> Póliza de plazo limitado y renovable con condiciones <input type="checkbox"/> Póliza de plazo limitado simple	
<hr/>			
PRIMA Monto <input type="text"/>			
MONEDA	PERÍODO DE PAGO	CONDICIONES	COMISIÓN TOTAL CORREDOR
<input type="checkbox"/> UF <input type="checkbox"/> Peso <input type="checkbox"/> Otra	<input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Fija <input type="checkbox"/> Ajustable Según Contrato	Monto <input type="text"/> No hay comisión <input type="checkbox"/>
<hr/>			
PERIODO DE CARENCIA	<input type="text"/>	ART. CG	ART. CP
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
REGLAS SOBRE PREEXISTENCIAS		ART. CG	ART. CP
<input type="checkbox"/> Póliza sin exclusión de enfermedades preexistentes <input type="checkbox"/> Póliza con exclusión específica de enfermedades preexistentes <input type="checkbox"/> Póliza con exclusión general de enfermedades preexistentes		<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
CONDICIONES ESPECIALES DE ASEGURABILIDAD		ART. CG	ART. CP
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
EXCLUSIONES		ART. CG	ART. CP
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
<hr/>			
SISTEMA DE NOTIFICACIÓN			
El asegurado ha autorizado a la compañía para efectuar las notificaciones asociadas a esta póliza por el siguiente medio:			
<input type="checkbox"/> e-mail al correo electrónico	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Carta a la siguiente dirección	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Otro	<input type="text"/>		

La presente carátula es un resumen de la información más relevante de la póliza y los conceptos fundamentales se encuentran definidos al reverso. Para una comprensión integral, se debe consultar las condiciones generales y particulares de la póliza. En cada punto se señala el artículo del condicionado general (CG) o condicionado particular (CP) donde puede revisarse el detalle respectivo.

Nota 1: El asegurado tiene la obligación de entregar la información que la compañía requiera acerca de su estado de riesgo, en los casos y en la forma que determina la normativa vigente. La infracción a esta obligación puede acarrear la terminación del contrato o que no sea pagado el siniestro.

Nota 2: (Para Seguros Colectivos) Importante. "Usted está solicitando su incorporación como asegurado a una póliza o contrato de seguro colectivo cuyas condiciones han sido convenidas por ... (indicar contratante) directamente con la compañía de seguros."

IMPORTANTE

Al contratar o incorporarse a este seguro de salud, usted debe tener presente lo siguiente:

1. Este es un seguro voluntario, que reembolsa sólo los gastos médicos cubiertos por esta póliza y de cargo del asegurado.
2. Este seguro, no sustituye la cobertura que otorga la ISAPRE o FONASA y no necesariamente cubre las mismas prestaciones.
3. Antes de contratar este seguro es importante que usted se informe y tenga claridad sobre los siguientes aspectos:
 - 3.1 Duración de este seguro.
 - 3.2 Cómo y bajo qué condiciones se renueva este seguro.
 - 3.3 De qué manera se va a reajustar el costo de este seguro, en caso de renovación.
 - 3.4 En qué casos **NO SE PAGARA ESTE SEGURO**.
 - 3.5 Los requisitos para cobrar el seguro.
4. En el siguiente cuadro se resumen algunos antecedentes importantes que usted debe considerar, al momento de contratar este seguro (*):

Este seguro:

- _____ contempla renovación garantizada.
 - _____ podrá aumentar la prima (precio) en caso de renovación de la póliza.
 - _____ considera la siniestralidad individual para el aumento de la prima en caso de renovación.
 - _____ cubre preexistencias. (si cubre sólo algunas preexistencias indicar cuáles o las condiciones en que se cubren)
5. Las Condiciones Generales de este seguro se encuentran depositadas con el código _____ (Llenar por la aseguradora) en la Superintendencia de Valores y Seguros. Usted puede revisar este texto en www.svs.cl.

(*) Este cuadro deberá ser completado por el Asegurador sobre la línea punteada con las palabras "SI" o "NO".

DEFINICIONES

CÓDIGO SVS DE LA PÓLIZA: Es el Código con que la póliza fue depositada en la Superintendencia de Valores y Seguros, conocido también como "código Pol". Si la póliza incluye más de uno, se incluye sólo el de la cobertura principal.

CONTRATANTE: La persona que celebra el seguro con la compañía aseguradora y sobre quien recaen, en general, las obligaciones y cargas del contrato. Puede ser una persona diferente al asegurado.

ASEGURADO: Aquel a quien afecta el riesgo que se transfiere a la compañía aseguradora.

BENEFICIARIO: El que, aun sin ser asegurado, tiene derecho a la indemnización en caso de siniestro.

TIPO DE RIESGO ASEGURADO: Según el tipo de riesgo, las pólizas pueden ser de los siguientes tipos:

Es de *cobertura general de gastos médicos* cuando cubre todo o parte de los gastos médicos efectuado por el asegurado, sin que estén limitados a ciertas enfermedades específicas, o enfermedades calificadas como catastróficas o a cubrir el saldo no cubierto por otros seguros de salud, públicos o privados.

Es de *cobertura de gastos médicos para enfermedades específicas*, cuando cubre los gastos médicos efectuados por el asegurado respecto de ciertas enfermedades o patologías que se especifican en la póliza.

Es de *cobertura complementaria de gastos médicos*, cuando cubre todo o parte de los gastos médicos efectuados por el asegurado, en aquella parte que no son cubiertos por el sistema de salud privado o público al que está afiliado.

Es de *cobertura catastrófica*, cuando cubre todo o parte de los gastos médicos efectuados por el asegurado, limitados a enfermedades identificadas genérica o específicamente y siempre que el costo de atención supere un cierto monto mínimo que se especifica, esto es, un deducible o franquicia, según sea el caso, señalado en la póliza.

VIGENCIA: Período de tiempo durante el cual dura la cobertura de riesgo de la póliza contratada.

RENOVACION: Se refiere a si la póliza se extingue al vencimiento de su plazo o si se puede renovar.

Es de *plazo indefinido sin condiciones*, cuando la cobertura no está sujeta a plazo ni a ningún requisito diferente de los cumplidos a la fecha de suscripción, salvo el pago de la prima, en las condiciones de cobertura señaladas en la póliza.

Es de *plazo indefinido condicionada* cuando la cobertura no está sujeta a plazo determinado sino al cumplimiento de alguna de las condiciones objetivas definidas en la póliza, tales como siniestralidad máxima en ciertos períodos de tiempo, límites de edad u otras semejantes.

Es de *plazo indefinido (condicionada o no) con término anticipado y renovación no garantizada* cuando la vigencia no está sujeta a un plazo determinado, pero en que cualquiera de las partes le puede poner término conforme a las estipulaciones del contrato.

Es de *plazo limitado y renovable con condiciones*, cuando su vigencia está sujeta a un plazo determinado, pero que se entiende renovada en caso de cumplirse con ciertas condiciones que se determinan objetivamente. Se entiende incluidas aquellas pólizas en que la renovación está condicionada a la aceptación por parte del asegurado de cambios en las primas, o en las coberturas, siempre que estos cambios se encuentren dentro de marcos objetivos que ese establezca en la póliza original. No están incluidas aquellas en que una de las partes le puede poner término en cualquier momento sin expresión de causa.

Es *plazo limitado simple* cuando su vigencia está sujeta a un plazo determinado, sin cláusula de renovación y que no puede ser terminada antes de ese plazo sino por las causas señaladas en la propia póliza, entre las que no podrá estar la sola voluntad de una de las partes.

PRIMA: El precio que se cobra por el seguro.

CONDICIONES DE PRIMA: La prima puede ser *fija*, si el monto es el mismo durante toda la vigencia de la póliza, o puede ser *ajustable*, si ese precio puede ser modificado conforme a las normas incluidas en la póliza.

COMISIÓN CORREDOR: Es la parte de la prima que recibe un corredor de seguros, que ha vendido el seguro por cuenta de la compañía. Puede expresarse como un monto fijo o un porcentaje de la prima.

PERÍODO DE PAGO: La periodicidad con la que el contratante debe pagar la prima.

COBERTURA: El tipo de riesgo que está incluido en la protección otorgada por la póliza.

CARENCIA: Período establecido en la póliza durante el cual no rige la protección del seguro.

EXCLUSIONES: Aquellos riesgos especificados en la póliza que no son cubiertos por el seguro.

CONDICIONES ESPECIALES DE ASEGURABILIDAD: Son los requisitos específicos que debe cumplir el asegurado para que la compañía cubra el riesgo y pague el seguro, en caso de siniestro.

SISTEMA DE NOTIFICACIÓN: Sistema de comunicación que el cliente autoriza para que la compañía le efectúe todas las notificaciones requeridas conforme a la póliza o que la compañía requiera realizar. Es responsabilidad del cliente actualizar los datos cuando exista un cambio en ellos.

Anexo 4: Carátula para Seguros de Incendio

**CARÁTULA UNIFORME PARA PÓLIZA DE
SEGURO DE INCENDIO/
CERTIFICADO DE COBERTURA**

Logo
Compañía

CÓDIGO SVS DE LA PÓLIZA		PÓLIZA N°	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
CONTRATANTE (SI ES DISTINTO DEL ASEGURADO)		Rut	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
ASEGURADO		Rut	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
ACREEDOR		Rut	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
BENEFICIARIO		Rut	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
PROPIEDAD ASEGURADA			
DIRECCIÓN		COMUNA	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
TIPO DE RIESGO ASEGURADO			
<input type="checkbox"/> Póliza de seguro de incendio simple <input type="checkbox"/> Póliza de seguro de incendio asociada a créditos hipotecarios y sus adicionales			
<hr/>			
PÓLIZA	VIGENCIA	RENOVACIÓN AUTOMÁTICA	
<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Colectiva	<input type="text"/> Inicio <input type="text"/> Término	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
<hr/>			
PRIMA Monto <input type="text"/>			
MONEDA	PERÍODO DE PAGO	CONDICIONES	COMISIÓN TOTAL CORREDOR
<input type="checkbox"/> UF <input type="checkbox"/> Peso <input type="checkbox"/> Otra	<input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Fija <input type="checkbox"/> Ajustable Según Contrato	Monto <input type="text"/> No hay comisión <input type="checkbox"/>
<hr/>			
COBERTURAS	MONTO	DEDUCIBLE	ART. CG
<input type="checkbox"/> Incendio <input type="checkbox"/> Sismo <input type="checkbox"/> Inundación <input type="checkbox"/> Riesgos de la naturaleza <input type="checkbox"/> Rotura de cañerías <input type="checkbox"/> Maremoto o tsunami <input type="checkbox"/> Esta póliza contiene otras coberturas adicionales, cuyo detalle debe ser consultado en las condiciones particulares	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
CONDICIONES ESPECIALES DE ASEGURABILIDAD			ART. CG
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			<input type="text"/> <input type="text"/>
PERIODO DE CARENCIA			ART. CG
<input type="text"/>			<input type="text"/> <input type="text"/>
EXCLUSIONES			ART. CG
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			<input type="text"/> <input type="text"/>
<hr/>			
SISTEMA DE NOTIFICACIÓN			
El asegurado ha autorizado a la compañía para efectuar las notificaciones asociadas a esta póliza por el siguiente medio:			
<input type="checkbox"/> e-mail al correo electrónico <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Carta a la siguiente dirección <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Otro <input type="text"/>			
<p>La presente carátula es un resumen de la información más relevante de la póliza y los conceptos fundamentales se encuentran definidos al reverso. Para una comprensión integral, se debe consultar las condiciones generales y particulares de la póliza. En cada punto se señala el artículo del condicionado general (CG) o condicionado particular (CP) donde puede revisarse el detalle respectivo.</p>			

Nota 1: El asegurado tiene la obligación de entregar la información que la compañía requiera acerca de su estado de riesgo, en los casos y en la forma que determina la normativa vigente. La infracción a esta obligación puede acarrear la terminación del contrato o que no sea pagado el siniestro.

Nota 2: (Para Seguros Colectivos) Importante. "Usted está solicitando su incorporación como asegurado a una póliza o contrato de seguro colectivo cuyas condiciones han sido convenidas por . . . (indicar contratante) directamente con la compañía de seguros."

DEFINICIONES

CÓDIGO SVS DE LA PÓLIZA: Es el Código con que la póliza fue depositada en la Superintendencia de Valores y Seguros, conocido también como "código Pol". Si la póliza incluye más de uno, se incluye sólo el de la cobertura principal.

PÓLIZA: Documento justificativo del seguro.

CERTIFICADO DE COBERTURA: Documento que da cuenta de un seguro emitido con sujeción a los términos de una póliza de seguro colectivo.

CONTRATANTE: La persona que contrata el seguro con la compañía aseguradora y sobre quien recaen, en general, las obligaciones y cargas del contrato. Puede ser una persona diferente al asegurado.

ASEGURADO: La persona a quien afecta el riesgo que se transfiere a la compañía aseguradora.

BENEFICIARIO: La persona que, aun sin ser asegurado, tiene derecho a la indemnización en caso de siniestro.

TIPO DE RIESGO ASEGURADO: Según el tipo de riesgo, las pólizas pueden ser de los siguientes tipos:

Es *seguro de incendio simple* cuando se paga una indemnización, en caso de incendio con pérdida total del inmueble asegurado en la póliza. En caso de pérdida parcial, paga la reparación de dicho bien.

Es *seguro de incendio asociado a créditos hipotecarios y sus adicionales*, aquel exigido por las entidades crediticias que cubre los daños al inmueble dado en garantía hipotecaria en caso de incendio. Se pueden contratar coberturas adicionales tales como daños a causa de sismos, salida de mar, riesgos de la naturaleza, etc.

VIGENCIA: Tiempo durante el cual se extiende la cobertura de riesgo de la póliza contratada.

RENOVACIÓN: Se refiere a si la póliza se extingue al vencimiento de su plazo o si se renueva.

Es *automática* cuando se entiende renovada si el cliente o la compañía no deciden terminarla, conforme a la póliza.

Es *sin renovación*, cuando la póliza se extingue al vencimiento de su vigencia.

PRIMA: El precio que se cobra por el seguro. Éste incluye los adicionales, en su caso.

CONDICIONES DE PRIMA: La prima puede ser *fija*, si el monto es el mismo durante toda la vigencia de la póliza, o puede ser *ajustable*, si ese precio puede ser modificado conforme a las normas incluidas en la póliza.

COMISIÓN CORREDOR: Es la parte de la prima que recibe un corredor de seguros, que ha vendido el seguro por cuenta de la compañía. Puede expresarse como un monto fijo o un porcentaje de la prima.

COBERTURA: El tipo de riesgo cubierto por la póliza.

CARENCIA: Período establecido en la póliza durante el cual no rige la cobertura del seguro.

EXCLUSIONES: Aquellos riesgos especificados en la póliza que no son cubiertos por el seguro.

CONDICIONES ESPECIALES DE ASEGURABILIDAD: Son los requisitos específicos que debe cumplir el asegurado para que la compañía cubra el riesgo y pague el seguro, en caso de siniestro.

SISTEMA DE NOTIFICACIÓN: Sistema de comunicación que el cliente autoriza para que la compañía le efectúe todas las notificaciones requeridas conforme a la póliza o que la compañía requiera realizar. Es responsabilidad del cliente actualizar los datos cuando exista un cambio en ellos.

Anexo 5: Carátula para Seguros de Vehículos

CARÁTULA UNIFORME PARA PÓLIZA DE SEGURO DE **VEHÍCULO/ CERTIFICADO DE COBERTURA**

Logo
Compañía

CÓDIGO SVS DE LA PÓLIZA		PÓLIZA N°		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
CONTRATANTE (SI ES DISTINTO DEL ASEGURADO)		Rut		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
ASEGURADO		Rut		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
TIPO DE VEHÍCULO		Marca / Modelo		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Patente	Año	VIN		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
TIPO DE RIESGO ASEGURADO				
<input type="checkbox"/> Póliza de seguro de daños propios <input type="checkbox"/> Póliza de seguro de daños a terceros <input type="checkbox"/> Póliza de seguro de daños propios y de terceros				
PÓLIZA		RENOVACIÓN AUTOMÁTICA		
<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Colectiva		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
VIGENCIA				
<input type="text"/>	Inicio			
<input type="text"/>	Término			
PRIMA Monto <input type="text"/>				
MONEDA		CONDICIONES		
<input type="checkbox"/> UF <input type="checkbox"/> Peso <input type="checkbox"/> Otra		<input type="checkbox"/> Fija <input type="checkbox"/> Ajustable Según Contrato		
PERÍODO DE PAGO		COMISIÓN TOTAL CORREDOR		
<input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro		Monto <input type="text"/> No hay comisión <input type="checkbox"/>		
TIPOS DE DAÑOS, COBERTURA Y DEDUCIBLES				
	MONTO/VALOR COMERCIAL	DEDUCIBLE	ART. CG	ART. CP
<input type="checkbox"/> Daños Propios	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Robo, Hurto O Uso No Autorizado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Daños A Terceros	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Daño Emergente	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Daño Moral	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Lucro Cesante	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Pérdida Total	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Adicional 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Adicional 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CONDICIONES ESPECIALES DE ASEGURABILIDAD		ART. CG	ART. CP	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
PERIODO DE CARENCIA		ART. CG	ART. CP	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
DEDUCIBLE PROVISORIO		ART. CG	ART. CP	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
EXCLUSIONES		ART. CG	ART. CP	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Nota 1: En caso de accidente, el conductor del vehículo asegurado debe concurrir a dar cuenta de inmediato a la autoridad policial más próxima. Se presume la culpabilidad del o de los que no lo hacen y abandonan el lugar del accidente. Adicionalmente, tan pronto le sea posible, una vez tomado conocimiento de la ocurrencia de un hecho que pueda constituir o constituya un siniestro, el asegurado debe efectuar el denuncia ante la compañía.

Nota 2: El asegurado tiene la obligación de entregar la información que la compañía requiera acerca de su estado de riesgo, en los casos y en la forma que determina la normativa vigente. La infracción a esta obligación puede acarrear la terminación del contrato o que no sea pagado el siniestro.

Nota 3: (Para Seguros Colectivos) Importante. "Usted está solicitando su incorporación como asegurado a una póliza o contrato de seguro colectivo cuyas condiciones han sido convenidas por . . . (indicar contratante) directamente con la compañía de seguros."

DEFINICIONES

CÓDIGO SVS DE LA PÓLIZA: Es el Código con que la póliza fue depositada en la Superintendencia de Valores y Seguros, conocido también como "código Pol". Si la póliza incluye más de uno, se incluye sólo el de la cobertura principal.

PÓLIZA: Documento justificativo del seguro.

CERTIFICADO DE COBERTURA: Documento que da cuenta de un seguro emitido con sujeción a los términos de una póliza de seguro colectivo.

CONTRATANTE: La persona que contrata el seguro con la compañía aseguradora y sobre quien recaen, en general, las obligaciones y cargas del contrato. Puede ser una persona diferente al asegurado.

ASEGURADO: La persona a quien afecta el riesgo que se transfiere a la compañía aseguradora.

BENEFICIARIO: La persona que, aun sin ser asegurado, tiene derecho a la indemnización en caso de siniestro.

TIPO DE RIESGO ASEGURADO: Según el tipo de riesgo, las pólizas pueden ser de los siguientes tipos:

Es seguro de daños propios, aquel que cubre los daños del vehículo asegurado (total o parcial).

Es seguro de daños a terceros, aquel que cubre los daños ocasionados a terceros pero no al vehículo que se ha asegurado (total o parcial).

Es de seguro de daños propios y a terceros, aquel que cubre los daños ocasionados a terceros y al vehículo que se ha asegurado (total o parcial).

Normalmente la póliza contempla dos coberturas adicionales que pueden contratarse conjuntamente o en forma separada, éstas son responsabilidad civil y robo, hurto o uso no autorizado del vehículo.

VIGENCIA: Tiempo durante el cual se extiende la cobertura de riesgo de la póliza contratada.

RENOVACIÓN: Se refiere a si la póliza se extingue al vencimiento de su plazo o si se renueva.

Es automática cuando se entiende renovada si el cliente o la compañía no deciden terminarla, conforme a la póliza.

Es sin renovación, cuando la póliza se extingue al vencimiento de su vigencia.

PRIMA: El precio que se cobra por el seguro. Éste incluye los adicionales, en su caso.

CONDICIONES DE PRIMA: La prima puede ser *fija*, si el monto es el mismo durante toda la vigencia de la póliza, o puede ser *ajustable*, si ese precio puede ser modificado conforme a las normas incluidas en la póliza.

COMISIÓN CORREDOR: Es la parte de la prima que recibe un corredor de seguros, que ha vendido el seguro por cuenta de la compañía. Puede expresarse como un monto fijo o un porcentaje de la prima.

COBERTURA: El tipo de riesgo cubierto por la póliza.

DEDUCIBLE: Cantidad o porcentaje establecido en la póliza de seguro que corre siempre por cuenta del asegurado, por lo que el asegurador siempre indemnizará en exceso de la cifra o porcentaje acordado.

DEDUCIBLE PROVISORIO: Aquel mayor deducible diferente que se aplica cuando, habiéndose celebrado el contrato de seguro, aún se encuentra pendiente la obligación de efectuar la inspección.

CARENCIA: Período establecido en la póliza durante el cual no rige la cobertura del seguro.

EXCLUSIONES: Aquellos riesgos especificados en la póliza que no son cubiertos por el seguro.

CONDICIONES ESPECIALES DE ASEGURABILIDAD: Son los requisitos específicos que debe cumplir el asegurado para que la compañía cubra el riesgo y pague el seguro, en caso de siniestro.

SISTEMA DE NOTIFICACIÓN: Sistema de comunicación que el cliente autoriza para que la compañía le efectúe todas las notificaciones requeridas conforme a la póliza o que la compañía requiera realizar. Es responsabilidad del cliente actualizar los datos cuando exista un cambio en ellos.