

ANEXOS

LLAMADO A LICITACIÓN 2024

BASES DE DATOS PARA LA LICITACIÓN DE LOS SEGUROS ASOCIADOS A CONTRATOS DE ARRENDAMIENTO DE VIVIENDA CON PROMESA DE COMPRAVENTA

AUSTRAL LEASING HABITACIONAL S.A

SEGURO DE DESGRAVAMEN
INCLUIDA LA COBERTURA ADICIONAL DE
INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE DOS TERCIOS

Versión al 23-12-2024

Índice:

- ANEXO A: DETALLE CARTERA LICITADA.
- ANEXO B: PROPUESTA U OFERTA ECONÓMICA, DECLARACION COMPAÑÍA DE SEGUROS Y DECLARACION CORREDOR DE SEGUROS.
- ANEXO C: CONTRATO SEGURO COLECTIVO.
- ANEXO D: MODELO DE CERTIFICADO DE COBERTURA SEGURO DE DESGRAVAMEN Y EL ADICIONAL DE ITP 2/3
- ANEXO E: MODELOS DE SOLICITUD DE INCORPORACION AL SEGURO Y DECLARACION PERSONAL DE SALUD (DPS).
- ANEXO F: INFORME DE AUDITORIA
- ANEXO G: FORMATO CAMBIOS EN LA LICITACIÓN.
-

ANEXO A:

DETALLE CARTERA LICITADA

1. Identificación de la Cobertura:

- a. Asegurados: Las personas naturales en su calidad de deudora o fiadora o codeudora solidaria en los contratos de arrendamiento de vivienda con promesa de compraventa de la Ley N° 19.281, originados o administrados por la Entidad Crediticia, que habiendo cumplido con los requisitos de asegurabilidad, se encuentren aceptados e incorporados en las nóminas de asegurados enviados a la Compañía de Seguros.

No se registra stock, razón por cual no se acompaña el “archivo plano formato txt” indicado en la NCG 469 de la CMF.

- b. La cobertura asegurada:

Se define **una sola cartera** que cubre la cobertura de desgravamen según póliza modelo POL220130678, más cobertura adicional de invalidez total y permanente dos tercios según modelo póliza CAD220131429.

- c. **Monto capital asegurado:**

| | Cartera Total |
|-------------------------------|----------------------|
| Total Capital Asegurado UF | 0 |
| Promedio Capital Asegurado UF | 0 |
| Desviación Estándar | 0 |
| Máximo Capital Asegurado UF | 0 |
| Mínimo Capital Asegurado UF | 0 |

- d. **Duración de la cobertura:**

12 Meses: El contrato de seguro licitado tendrá una duración de 12 meses, comenzando a las 00:00 horas del día 01 de febrero 2025, por lo que su terminación natural será a las 24:00 horas del día 31 de enero 2026.

2. Descripción detallada de las carteras licitadas

2.1 Tipificación de la cartera:

| | Cartera Total |
|---|----------------------|
| Capital Asegurado Promedio al inicio (monto inicial de los créditos) | 0 |
| Saldo Insoluto Promedio a la fecha de Licitación | 0 |

| | |
|--|----|
| Unidad Monetaria del Crédito | UF |
| Antigüedad Promedio de los Créditos que componen la cartera (Años) | 0 |
| Tasa de Interés Promedio de la Cartera | 0 |
| Plazo Promedio (años) | 0 |
| Período de Gracia Promedio | 0 |
| Edad Promedio del Grupo | 0 |
| Número de Asegurados | 0 |
| Morosidad Promedio Observada | 0 |
| Monto Promedio de Operaciones mensuales UF | 0 |
| Número de Operaciones mensuales | 0 |

2.2 Historia de Siniestros y Expuestos por cartera

a. Siniestros-

Reporte de siniestros por cobertura:

Número de siniestros notificados:

Demora en meses

No se registra stock.

b. Expuestos.

No se registra stock.

3. Periodicidad de pago de la prima

Mensual.

4. Condiciones de asegurabilidad por cobertura.

Para la cartera se pide:

- a) Edad máxima de ingreso: **La edad máxima de ingreso de los asegurados será hasta los 69 años y 364 días para hombres y mujeres.**
- b) Edad máxima de cobertura: La edad máxima de cobertura de los asegurados será hasta los 79 años y 364 días para hombres y mujeres. Por tanto, la edad del asegurado más el plazo del contrato debe ser como máximo 79 años y 364 días.

5. Condiciones de suscripción requeridas por cobertura

Todas las incorporaciones deberán regirse por la siguiente tabla de requisitos de asegurabilidad, sin perjuicio del derecho de las compañías a acceder a los antecedentes necesarios para suscribir los riesgos de los nuevos asegurados que se incorporen a la póliza colectiva y para liquidar adecuadamente los siniestros.

| Capital UF | Hasta los 50 años (inclusive) | Desde los 51 años |
|---------------|-------------------------------|-------------------|
| 0,001 a 1.000 | A | A |
| 1.001 a 2.000 | A | A + B |
| > a 2.001 | A + B | A + C |

A: Solicitud de Incorporación + Declaración Personal de Salud (DPS)

B: Perfil Bioquímico + Test Urinario Completo + Perfil Lipídico

C: Examen Médico + Perfil Bioquímico + Test Urinario Completo + Perfil Lipídico

Se deja establecido que vez que la Compañía acepte el riesgo, el deudor se entenderá cubierto con la misma fecha de la respectiva escritura pública, bajo el supuesto que la escritura pública fue firmada por todas las partes y llegó a ser tal. En consecuencia, la cobertura de desgravamen no nace si es que el deudor no firmó la correspondiente escritura pública.

Una vez aceptado el riesgo por la compañía, el plazo para que la institución financiera coloque el crédito no debe superar los 180 días.

La DPS (Declaración Personal de Salud) no podrá tener antigüedad superior a 60 días desde la fecha en que fue completada y firmada por el cliente, hasta su recepción por la Compañía, cumplido este plazo el cliente debe completar una nueva DPS.

a. Especificaciones de la DPS

La fecha de validez de los exámenes rige a contar de la fecha de realización de éstos.

-Exámenes de laboratorio (sangre y orina) 180 días

-Electrocardiograma e imágenes 360 días

b. Reticencias

Ante cualquier reticencia, declaración falsa o inexacta relativa al estado de salud, ocupación, actividades y/o deportes riesgosos del asegurado, que pudiera influir en la apreciación del riesgo o de cualquiera circunstancia que, conocida por el asegurador, pudiera retraerle de la

celebración del contrato o producir alguna modificación sustancial en sus condiciones, faculta al asegurador para demandar la rescisión del contrato de conformidad con el artículo 525 del Código de Comercio. Asimismo, el asegurado deberá cumplir con las declaraciones contempladas en el artículo 8 de la POL220130678. Lo anterior, sin perjuicio de la cláusula de indisputabilidad de cobertura.

6. Estadísticas de expuestos:

No se registra stock.

7. INFORMACION DE PROYECCIONES DE OPERACIONES FUTURAS

-Cartera nueva sin stock-

A continuación, se realiza una estimación de proyección de operaciones para todos los meses de vigencia que considera la póliza de la cartera que se está licitando:

7.1. Identificación de la Cobertura:

a. Perfil de los asegurados: Las personas naturales en su calidad de deudora o fiadora o codeudora solidaria en los contratos de arrendamiento de vivienda con promesa de compraventa de la Ley N° 19.281, originados o administrados por la Entidad Crediticia, que habiendo cumplido con los requisitos de asegurabilidad, se encuentren aceptados e incorporados en las nóminas de asegurados enviados a la Compañía de Seguros.

b. Cobertura asegurada: Seguro de desgravamen incluyendo el adicional de invalidez total y permanente 2/3.

c. Monto del capital asegurado: Estimación anual de las colocaciones: (i) total: 882.700- (ii) promedio: UF700- (iii) mínimo: UF 500 (iv) máximo: UF4.000

d. Duración de la cobertura: Doce meses.

7.2. Estimación detallada de la cartera licitada:

a. Monto promedio de operaciones mensuales: UF 700.-

b. Número de operaciones mensuales: 81 operaciones mensuales.

7.3. Estimación de la cartera: Estimación de las operaciones proyectadas.

| Tramos | % Originación cartera |
|--------------|-----------------------|
| UF 500-2.000 | 90% |

| | |
|-----------------|-----|
| UF 2.000- 4.000 | 10% |
|-----------------|-----|

| | Cartera Total |
|--|----------------------|
| Plazo Promedio (años) | 20- |
| Período de Gracia | 0- |
| Edad Promedio del Grupo | 35- |
| Número de Asegurados (anual) | 1.261- |
| Monto Promedio de Operaciones mensuales UF | UF73.558- |

7.4. Breve descripción de:

Características de los créditos:

No se contempla período de gracia (sin cobro de prima).

Unidad monetaria: UF

Periodicidad del pago de prima: mensual

b. Condiciones de suscripción de los créditos:

- a) Edad máxima de ingreso: La edad máxima de ingreso de los asegurados será hasta los 69 años y 364 días para hombres y mujeres.
- b) Edad máxima de cobertura: La edad máxima de cobertura de los asegurados será hasta los 79 años y 364 días para hombres y mujeres. Por tanto, la edad del asegurado más el plazo del contrato debe ser como máximo 79 años y 364 días.

_____ . _____

ANEXO B:

PROPUESTA U OFERTA ECONOMICA.
DECLARACION DE LA COMPAÑÍA.
DECLARACION DEL CORREDOR.

La presentación de las Ofertas deberá efectuarse según el formato de Propuesta u Oferta Económica que pasa a indicarse, acompañando las declaraciones de la Compañía y del Corredor de Seguros, según corresponda.

FORMATO:

PROPUESTA U OFERTA ECONOMICA
SEGURO COLECTIVO DE DESGRAVAMEN, INCLUIDO EL ADICIONAL DE ITP 2/3
AUSTRAL LEASING HABITACIONAL S.A

| | |
|-----------------------------|---------------|
| Compañía de Seguros: _____ | RUT.: _____ |
| Representante Legal: _____ | RUT.: _____ |
| Domicilio Compañía: _____ | Comuna: _____ |
| Corredor de Seguros: _____ | RUT.: _____ |
| Representante Legal : _____ | RUT.: _____ |

La siguiente oferta considera e incluye todas las condiciones técnicas señaladas en las Bases de Licitación.

| Cobertura licitada | Tasa de Prima mensual (%) | Comisión Corredor de Seguros | Nombre Corredor de Seguros |
|--|---------------------------|------------------------------|----------------------------|
| Seguro de desgravamen y su adicional de ITP 2/3. | | | |

1. La tasa mensual de la oferta debe expresarse con seis decimales. Las tasas indicadas incluyen impuestos y la comisión del corredor.
2. La comisión del corredor es un porcentaje expresado con **dos decimales** de la prima neta mensual más IVA.
3. En caso que la oferta se presente bajo la modalidad de coaseguro, las compañías en coaseguro participen pueden utilizar el modelo indicado, incluyendo el porcentaje de participación y la compañía líder.
4. El Oferente está en pleno y cabal conocimiento que por el sólo hecho de participar en la presente Licitación implica la aceptación pura y simple de las Bases de la presente Licitación.
5. En caso de presentarse el oferente con corredor(es) de seguros se deberá adjuntar una declaración jurada simple de que dicha corredora(s) de seguros que manifieste que no ha asesorado a **AUSTRAL LEASING HABITACIONAL S.A.** en esta licitación.

Fecha: _____

Firma Representante Legal Compañía de Seguros: _____

_____ . _____

FORMATO: Declaración jurada Compañía de Seguros.

DECLARACION JURADA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Yo, _____ cédula de identidad N° _____, representante legal de la Compañía de Seguros _____, declaro conocer y aceptar en todas sus partes el contenido de las Bases de Licitación de las Pólizas Colectivas de desgravamen incluido el adicional de IP 2/3, llamada por **AUSTRAL LEASING HABITACIONAL S.A.**, así como sus aclaraciones y modificaciones posteriores. En este acto, garantizo a **AUSTRAL LEASING HABITACIONAL S.A.**, por parte de mi representada- el cumplimiento de la totalidad de los requisitos y exigencias contemplados en las Bases de la presente Licitación. Asimismo, declaro que la sociedad que represento se encuentra actualmente vigente y debidamente autorizada por la Comisión para el Mercado Financiero para operar en Chile. Declaro, además, que cuento con facultades suficientes para representarla.

Fecha: _____

Firma Representante Legal Compañía de Seguros: _____

_____ . _____

FORMATO: Declaración jurada Corredor de Seguros.

DECLARACION JURADA CORREDOR DE SEGUROS

Declaro bajo juramento que tengo las facultades suficientes para representar a _____, RUT _____ con domicilio en _____, respecto del proceso de licitación del Seguro Colectivo de desgravamen incluido el adicional de ITP 2/3, de **AUSTRAL LEASING HABITACIONAL S.A.**

Asimismo, declaro bajo juramento que la sociedad antes individualizada cumple con todos los requisitos que establece el marco regulatorio vigente para participar en el proceso de licitación indicado.

Finalmente, para efectos de lo dispuesto en el número 12 de la letra B del Título III de la Norma de Carácter General N°469, declaro que ninguna persona que trabaja o presta servicios para mi representada ha asesorado a **AUSTRAL LEASING HABITACIONAL S.A.** en el presente proceso de licitación para el llamado a contratación del seguro colectivo de desgravamen incluido la cobertura adicional de ITP 2/3.

FIRMA

REPRESENTANTE LEGAL CORREDOR DE SEGUROS: _____

Fecha: _____

_____ . _____

ANEXO C:

FORMATO CONTRATO SEGURO COLECTIVO

CONTRATO COLECTIVO DE SEGURO DE DESGRAVAMEN.

INCLUIDA LA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE DOS TERCIOS

“AUSTRAL LEASING HABITACIONAL S.A.”

Y

“COMPAÑÍA _____ S.A.”

EN SANTIAGO DE CHILE, a _____ comparecen: La sociedad **“AUSTRAL LEASING HABITACIONAL S.A.”**, Rol Único Tributario número _____, del giro de su denominación, representada por don _____, todos domiciliados en _____, comuna de Providencia, Santiago, en adelante la “LA EMPRESA”; y por la otra **“COMPAÑÍA _____ S.A.”**, Rol Único Tributario _____, representada por don _____, todos domiciliados en _____, comuna de _____, Santiago, en adelante indistintamente “EL ADJUDICATARIO” o “LA

COMPAÑÍA DE SEGUROS”, quienes han convenido en celebrar el siguiente “CONTRATO COLECTIVO DE SEGURO DE DESGRAVAMEN, INCLUIDA LA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE DOS TERCIOS”, el cual se registrará por lo dispuesto en las cláusulas que más adelante se expresan: **PRIMERO: ANTECEDENTES.** En virtud del artículo cuarenta del Decreto con Fuerza de Ley doscientos cincuenta y uno de mil novecientos treinta y uno, y de las Normas de Carácter General número cuatrocientos sesenta y nueve de la Comisión para el Mercado Financiero, y por todas las demás normas legales o reglamentarias que sean aplicables a la licitación y/o a los seguros licitados, la Empresa licitó los seguros de desgravamen, incluida la cobertura adicional de invalidez total y permanente dos tercios, asociados a Contratos de Arrendamiento de Vivienda con Promesa de Compraventa acogidos a la Ley número diecinueve mil doscientos ochenta y uno, que la Empresa administra actualmente, y a los que contrate en el futuro. La licitación fue adjudicada a “**COMPAÑÍA _____ S.A.**”, dado que ofertó el precio más bajo y cumplió con la totalidad de las exigencias descritas en las bases de licitación, en la ley y en las disposiciones reglamentarias aplicables. **SEGUNDO: CONDICIONES GENERALES.** La cobertura principal asegurada se registrará de acuerdo al texto depositado en la Comisión para el Mercado Financiero bajo el Código POL DOS DOS CERO UNO TRES CERO SEIS SIETE OCHO. La cobertura adicional que cubre el riesgo de invalidez total y permanente dos tercios, se registrará de acuerdo al texto depositado en la Comisión para el Mercado Financiero bajo el Código CAD DOS DOS CERO UNO TRES UNO CUATRO DOS NUEVE.- **TERCERO: CONDICIONES PARTICULARES. I. Ramo. Vida. II. Contratante. AUSTRAL LEASING HABITACIONAL S.A. III. Beneficiario. AUSTRAL LEASING HABITACIONAL S.A. o sus cesionarios. IV. Corredor. _____ . Comisión del Corredor por Servicio de Intermediación: _:_____, neta más IVA. V. Monto Asegurado.** Corresponde al saldo insoluto del Contrato, calculado a la fecha del fallecimiento o de la invalidez del Asegurado, o al último día del mes inmediatamente anterior a dicha fecha. **VI. Cartera.** La Compañía asegura la cartera de Contratos de Arrendamiento Vivienda con Promesa de Compraventa que la Empresa administra actualmente, y a los que contrate en el futuro, correspondiente a arrendatarios promitentes compradores y sus codeudores según el caso, con cobertura de desgravamen y su adicional de invalidez total y permanente dos tercios, debidamente cotizada por la Adjudicataria en la licitación referida en la cláusula primera precedente. **VII. Vigencia.** El presente contrato tendrá una duración de doce meses, comenzando a las. **VIII. Recaudación de la Prima.** Las primas ceró horas del día uno de febrero dos mil veinticinco, hasta las veinticuatro horas del día treinta y uno de enero de dos mil veintiséis de los seguros serán recaudadas por la Compañía de Seguros la que podrá, sin embargo, encomendarle esta función al Corredor de Seguros. En todo caso, la Compañía de Seguros conservará su responsabilidad en la recaudación de las primas. **IX. Tasa.** La tasa será de _____ por ciento mensual. **X. Resumen de coberturas.** Por el presente acto, la Compañía se obliga a entregar a cada asegurado un certificado de cobertura, que deberá contener la información establecida en la Norma de Carácter General Número cuatrocientos sesenta y nueve de la Comisión para el Mercado Financiero. La Compañía, a través de la Empresa, deberá entregar a cada uno de los asegurados que se incorporen al contrato de seguro colectivo, un certificado que acredite la cobertura, en los términos y plazos establecidos en los artículos quinientos diecisiete y quinientos diecinueve del Código de Comercio. La referida información será enviada a la dirección proporcionada para estos efectos por la Empresa, entregado directamente al asegurado que así lo solicite. **CUARTO:** Toda la información relacionada directa o indirectamente a los clientes de la Empresa, y en especial pero sin limitación a las Bases de Datos que en virtud de este Contrato la Empresa entregue al Adjudicatario, o respecto de la cual permita a éstos su acceso, o que lleguen a su conocimiento, posesión o tenencia, en cualquier soporte o formato en que la misma se contenga, comunique o registre, sea verbal o escrita, tangible o intangible, será

considerada "información Confidencial" y quedará sujeta a las obligaciones que a continuación se expresan. La Compañía de Seguros se obliga respecto de la información Confidencial a; usar la Información Confidencial única y exclusivamente para los efectos de cumplir con este Contrato; abstenerse de usar la Información Confidencial para fines distintos a los establecidos en este Contrato; mantener estricta confidencialidad, respecto de cualquier persona natural o jurídica, sobre la Información Confidencial que reciban o que llegue a su conocimiento en virtud o con ocasión de este Contrato y su cumplimiento; custodiar y proteger diligentemente toda Información Confidencial a que tenga acceso, conocimiento o que se encuentre en su poder y custodiar y proteger diligentemente asimismo todos y cada uno de los soportes de cualquier especie o formato, en los que conste o se contenga toda o parte de la Información Confidencial; dar y permitir acceso o conocimiento a la Información Confidencial única y exclusivamente a aquellos de sus empleados que se desempeñan laboralmente en cargos de su confianza, de modo limitado a la que fuere estrictamente necesario que dichos empleados conocieran sobre tal Información Confidencial, tal y como si se tratara de información confidencial propia; abstenerse de hacer copias o reproducciones de la Información Confidencial que no sean estrictamente necesarias para el cumplimiento de las obligaciones que asumirán en virtud de este Contrato; no reclamar ni pretender titularidad o autoría sobre la Información Confidencial que sea de propiedad de La Empresa; comunicar inmediatamente y por escrito a la Empresa cualquier acto, hecho u omisión que constituya una infracción a las obligaciones asumidas precedentemente, sea por acciones u omisiones propias, de sus dependientes o de terceros; impetrar todas las medidas que fueren necesarias o convenientes y cooperar para evitar la filtración de información, en el evento que por acto, hecho u omisión suya o de sus empleados o dependientes, todo o parte de la Información Confidencial hubiere sido divulgada o conocida más allá de lo expresa o estrictamente establecido en este Contrato y; devolver a La Empresa, o destruir a requerimiento de éste, una vez terminados todos los efectos de este Contrato y tan pronto se formule tal solicitud, la Información Confidencial que en cualquier formato o soporte se contenga, tangible o intangible, sea en original o copia. Las obligaciones de confidencialidad aquí establecidas son extensivas a la Compañía de Seguros y a todos los empleados, directores, ejecutivos, consultores y/o asesores de ellos. Sin perjuicio de lo anterior, las obligaciones de confidencialidad antes referidas no tendrán aplicación cuando por mandato de la ley o de alguna autoridad judicial, administrativa o reguladora, la Compañía de Seguros se vea en la obligación de entregar algún tipo de Información Confidencial. Sin embargo, cuando se dé la situación antes descrita, la Compañía deberá dar aviso a La Empresa en forma inmediata de esta ocurrencia, de forma tal de permitir a este último el ejercicio de todas las acciones, derechos o recursos posibles destinados al resguardo de la Información Confidencial. No constituirá infracción a la obligación de confidencialidad aquí establecida los actos, hechos u omisiones relativos a la Información Confidencial, si la información del caso es de acceso o conocimiento público en forma previa al momento en que fue entregada, comunicada o permitido el acceso a la Compañía; sin mediar acto, hecho u omisión de la Compañía o de sus dependientes, asesores, accionistas, directores, relacionados ni de ninguna persona sujeta a obligaciones de confidencialidad, se convierte en información generalmente disponible al público; y la divulgación del caso se hace en cumplimiento de una obligación legal o de una orden no impugnada emanada de una autoridad competente con facultades para requerir la información del caso, debiendo, no obstante, la Compañía requerida informar inmediatamente por escrito a La Empresa, sobre la solicitud recibida para la entrega de la Información Confidencial correspondiente, de acuerdo a lo dispuesto en el párrafo anterior. Las obligaciones de confidencialidad estipuladas precedentemente tendrán una duración de cinco años, contados desde la fecha de suscripción del presente Contrato. El incumplimiento de cualquiera de las obligaciones de confidencialidad establecidas en esta cláusula, será de exclusiva responsabilidad de la Compañía de

Seguros. En este sentido, será responsable ante La Empresa de indemnizar todo daño o perjuicio, directo o indirecto, incluyendo daño moral o lucro cesante, los perjuicios causados u ocasionados por cualquier incumplimiento, de acción u omisión, de todo o parte de las obligaciones de confidencialidad aquí estipuladas. La determinación de los perjuicios se hará de común acuerdo. A falta de éste, lo que no será necesario acreditar ante terceros, le corresponderá establecerlos al árbitro designado de acuerdo al procedimiento establecido en la póliza quien para la determinación del perjuicio deberá necesariamente considerar la facturación anual de este Contrato. **QUINTO:** Cualquier dificultad que pueda surgir entre **AUSTRAL LEASING HABITACIONAL S.A.**, y la COMPAÑÍA DE SEGUROS o entre cualquiera de éstas y el Corredor, en relación con una o más estipulaciones de este contrato o la totalidad del mismo, sea en cuanto a su validez, interpretación, cumplimiento, incumplimiento, terminación o cualquier otra materia que no estuviere legalmente sometida a un arbitraje, será resuelta por los Tribunales Ordinarios de Justicia. Para la debida interpretación y aplicación de este contrato, se aplicará lo establecido en las Bases de Licitación. Respecto al arbitraje, este se realizará conforme al Reglamento Procesal de Arbitraje del Centro de Arbitraje y Mediación de Santiago, vigente al momento de solicitarlo. Las partes confieren poder especial irrevocable a la Cámara de Comercio de Santiago A.G., para que, a petición escrita de cualquiera de ellas, designe a un árbitro mixto, esto es arbitrador en cuanto al procedimiento y de derecho en cuanto al fallo, de entre los integrantes del cuerpo arbitral del Centro de Arbitraje y Mediación de Santiago. En contra de las resoluciones del árbitro no procederá recurso alguno. El árbitro queda especialmente facultado para resolver todo asunto relacionado con su competencia y/o jurisdicción. **SEXTO:** Para todos los efectos se entiende que forman parte integrante del presente contrato los documentos que se indican a continuación, y en el siguiente orden de prelación: a) El Decreto con Fuerza de Ley número doscientos cincuenta y uno, de mil novecientos treinta y uno, y la normativa complementaria emanada de la Comisión para el Mercado Financiero, b) Los textos de la póliza y cláusulas adicionales depositadas en la Comisión para el Mercado Financiero, c) Las Bases de Licitación y las preguntas y respuestas surgidas durante el proceso de licitación y d) El Contrato Colectivo. **SEPTIMO:** Todos los avisos y otras comunicaciones que se dirijan entre La Empresa y la Compañía de Seguros será en forma escrita, enviadas al domicilio señalado en la comparecencia de cada parte de este contrato, o bien, mediante correo electrónico a las direcciones: _____ y _____ para la Compañía de Seguros; y para la Empresa a la dirección: pmarquez@afianza.cl . Cualquiera de las partes podrá, previo aviso entregado a la otra con una anticipación mínima de cinco días hábiles bancarios, designar otra dirección o correo electrónico para la recepción de los avisos bajo este contrato. **OCTAVA:** Las Partes declaran que, a la fecha, han dado estricto cumplimiento a los requerimientos establecidos por la Ley número veinte mil trescientos noventa y tres que establece responsabilidad penal de las personas jurídicas, y declaran que no han sido condenados y/o sancionados por los delitos contemplados en el artículo número uno de dicha ley. Asimismo, se comprometen por el presente instrumento a mantener tal cumplimiento durante toda la vigencia del contrato, respecto de los delitos actualmente incorporados a la Ley número veinte mil trescientos noventa y tres como a cualquier otro que sea incorporado en el futuro, obligándose, a no incurrir en o desarrollar, en caso alguno, a través de cualquiera de sus dueños, directores, administradores, representantes, agentes o dependientes en general, en el desempeño de sus funciones, ningún tipo de actividad o conducta que pudiera afectar el cumplimiento de dicha Ley ni que signifique su participación en cualquiera de los referidos delitos. Conforme con lo expuesto, garantizan que; **/uno/** Tomarán las medidas que estén a su alcance para asegurar que sus trabajadores o dependientes, y sus subcontratistas, no incurran en alguna actividad o comportamiento prohibido. En particular, referente a los delitos de lavado de activos, financiamiento del terrorismo, cohecho, receptación, corrupción entre particulares, negociación incompatible, administración desleal, apropiación

indebida y cualquier otro delito contemplado en la Ley número veinte mil trescientos noventa y tres. En especial, declaran que no poseen fondos, bienes o dineros que provengan, directa o indirectamente, de actividades ilícitas, y tampoco afectos a alguno de los delitos contemplados en el artículo veintisiete de la Ley número diecinueve mil novecientos trece, Código Penal y demás normas afines. **/dos/** Reportarán mutuamente y en la oportunidad que corresponda cualquier violación a las leyes o al contrato celebrado y realizarán las denuncias respectivas. **/tres/** Que, todas las declaraciones precedentes son completamente fidedignas y que no se han omitido ningún hecho relevante o no, que incida o pueda incidir en las materias descritas en la presente cláusula. **NOVENO:** Para todos los efectos del presente contrato las partes fijan su domicilio en la ciudad y comuna de Santiago. **DECIMO:** Todos los gastos derivados del presente contrato son de cargo de la Empresa. **PERSONERÍAS:** La personería del representante de “**AUSTRAL LEASING HABITACIONAL S.A.**”, consta en la escritura pública de fecha diez de mayo de dos mil veintitrés, otorgada en la Notaría de Santiago de don Cosme Fernando Gomila Gatica. La personería de los representantes de “COMPAÑÍA _____ S.A.” consta de la escritura pública de fecha _____ otorgada en la Notaría de Santiago de don _____. Estas personerías no se insertan por ser conocidas del Notario que autoriza y de las partes, y a petición expresa de estas últimas. En comprobante y previa lectura, firman los comparecientes junto con el Notario que autoriza. Se dan copias. Doy fe.

_____ . _____

ANEXO D

MODELO DE CERTIFICADO DE COBERTURA SEGURO DE DESGRAVAMEN

INCLUYENDO EL ADICIONAL DE ITP 2/3

Se adiciona como Anexo F un MODELO DE CERTIFICADO DE COBERTURA SEGURO DE DESGRAVAMEN INCLUYENDO EL ADICIONAL DE ITP 2/3, conteniendo la información del Anexo N° 2 de la NCG N° 469 de la CMF.

Anexo N°2: CERTIFICADO DE COBERTURA SEGURO DE DESGRAVAMEN

IMPORTANTE

Usted ha sido incorporado al seguro colectivo de [informar el nombre de la aseguradora], contratado por (informar nombre de la entidad crediticia). Si lo desea puede sustituirlo contratando directamente este seguro con otra aseguradora de su elección cumpliendo los requisitos previstos para ello, caso en el cual podrá informarse en (informar la entidad crediticia) o en cualquier aseguradora o corredor de seguros que ofrezca estas coberturas.

En caso de siniestro, contáctese a la brevedad posible con la aseguradora o corredor de seguros en (informar sitio web y/o call center y/o cualquier otra vía de recepción remota que permita cumplir con lo establecido en el número 17 de la letra B del título III)

Usted puede acceder al contrato de seguro al cual ha sido incorporado en el sitio web de la entidad crediticia, en el siguiente hipervínculo: (señalar la dirección).

1. IDENTIFICACIÓN

- Número de póliza
- N° operación crediticia
- Identificación contratante
- Identificación asegurado
- **Nota:** este seguro otorga continuidad de cobertura respecto de la póliza colectiva anterior.
- Beneficiario: entidad crediticia hasta el saldo insoluto de la deuda.
- Vigencia del seguro
- **Nota:** Si al término de este contrato colectivo no se hubiese podido iniciar la cobertura de un nuevo contrato licitado, este seguro se extenderá por un plazo adicional que no podrá exceder de 60 días. Vencido este plazo, si no se hubiese iniciado un nuevo contrato, la entidad crediticia asumirá el pago la prima.
- Identificación del corredor de seguros
- Comisiones

2. MONTO ASEGURADO, RIESGOS CUBIERTOS Y PRIMA

Monto asegurado: es el límite máximo de responsabilidad del asegurador y corresponde al saldo insoluto de la deuda.

Al dd/mm/ aaaa, el saldo insoluto de su crédito hipotecario ascendía a:

Modalidad de pago de la prima:.....

Información por cobertura:

| Riesgo Cubierto (1) | Código Póliza o Cláusula (2) | Monto asegurado UF (3) | Edad máxima de permanencia (4) | Prima neta mensual (UF) |
|----------------------------------|------------------------------|------------------------|--------------------------------|-------------------------|
| Muerte | | | | |
| Invalidez total y permanente 2/3 | | | | |
| Total prima neta mensual | | | | |
| IVA | | | | |
| Total prima bruta mensual | | | | |

Notas explicativas:

1. Cobertura se refiere a la causa que produce que la compañía de seguros pague la indemnización.
2. Las condiciones generales de estas coberturas se encuentran depositadas en la Comisión para el Mercado Financiero bajo el código que en cada caso se señala. Usted puede revisar los textos en www.cmfchile.cl.
3. El monto asegurado corresponde al saldo insoluto de la deuda, el cual se establece como (indicar cómo se definió saldo insoluto en la póliza respectiva).
4. Si usted cumple la edad señalada durante la vigencia del presente seguro, la cobertura terminará y no se seguirá cobrando prima por dicha cobertura.

3. DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS

4. CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD

5. CONTINUIDAD DE COBERTURA

Esta póliza otorga continuidad de cobertura. Se entenderá como continuidad de cobertura, al aseguramiento en la nueva póliza de la cartera de deudores asegurados en la póliza colectiva anterior, sin realizar una nueva suscripción, en tanto se cumplan las siguientes condiciones:

- a. El asegurado haya estado cubierto en la póliza colectiva anterior.
- b. Que el hecho esté cubierto también en el nuevo contrato de seguro.
- c. Que la causa del fallecimiento o la invalidez no haya sido excluida en la póliza colectiva anterior.
- d. Que la causa del fallecimiento o la invalidez no haya sido objeto de una declaración falsa o reticente, exceptuada la indisputabilidad pactada.

Instrucciones para completar información mínima del Certificado de Cobertura descrito en Anexo N°2

1. El Certificado de Cobertura deberá contener, al menos, las secciones e información señalados en Anexo N°2.

Ningún dato podrá omitirse. En caso de no existir corredor de seguros deberá completarse con la frase "sin corredor".

Las cifras deberán informarse con dos decimales.

2. El Certificado de Cobertura comenzará con la nota "**IMPORTANTE**". El texto de la nota deberá presentarse en negrita y con un tamaño de letra superior al resto. El tamaño de la letra del texto deberá ser de al menos 2,5 milímetros.

En el primer párrafo se deberá reemplazar el texto "*(informar nombre la entidad crediticia)*" por el nombre de la entidad crediticia.

En el segundo párrafo se deberá reemplazar el texto "*(informar sitio web y/o call center y/o cualquier otra vía de recepción remota que permita cumplir con lo establecido en el punto número 17 de la letra B del título III)*" por la información allí señalada.

En el tercer párrafo se deberá reemplazar el texto "(señalar la dirección)" por el link donde se encuentra el contrato de seguro a la que ha sido incorporado el asegurado.

3. Para completar la información de la sección "**1. IDENTIFICACIÓN**" deberá considerarse lo siguiente:

Tratándose de la **Identificación del contratante, asegurado y corredor de seguros**, deberá señalarse el nombre y el RUT. En caso de existir más de un deudor asegurado, asociado a la operación crediticia, deberá identificarse a cada uno de ellos, señalando el porcentaje de cobertura de cada uno de ellos.

En **Vigencia del seguro** deberá informarse la fecha y hora de vigencia del seguro colectivo.

En **Comisiones y pagos**, además de la comisión del corredor expresada como un porcentaje de la prima neta, de acuerdo a lo señalado en la Circular N° 2123 de esta Comisión, deberá informarse cualquier otra comisión o estipendio devengado a favor del contratante, intermediario u otras personas relacionadas a éstos.

4. Para completar la información de la sección "**2. MONTO ASEGURADO, RIESGOS CUBIERTOS, Y PRIMA**" deberá considerarse lo siguiente:

En **Monto asegurado** deberá indicarse el saldo insoluto a la fecha de inicio de vigencia del seguro.

En **Modalidad de pago de la prima** se deberá indicar que la prima del seguro se pagará junto con el dividendo del crédito.

La sección **Información por cobertura** deberá ajustarse a lo siguiente:

En la columna "**Riesgo cubierto (1)**" deberá informarse, además de la cobertura de desgravamen, El

adicional de invalidez total y permanente 2/3 sólo si dicha cobertura aplica al asegurado en cuestión.

De acuerdo a lo señalado en la Circular N° 2123 de esta Comisión, la prima total cobrada al asegurado deberá ser desglosada en los montos correspondientes a la cobertura principal, a cada una de las coberturas adicionales contratadas y al impuesto al valor agregado IVA, si corresponde.

La **prima** se calculará como un porcentaje del monto asegurado de cada riesgo, incluida la comisión del corredor de seguros, si lo hubiese, debiendo informarse en Unidades de Fomento.

5. En la sección **"3. DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS"** deberá contener una descripción de la cobertura de desgravamen y de ITP 2/3 cuando corresponda, junto con las exclusiones.
6. En la sección **"5. CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD"**.

De acuerdo a lo establecido en la Circular N° 2123, en el Certificado de Cobertura deberán constar las condiciones especiales de asegurabilidad que se hayan establecido para el riesgo del asegurado. Será responsabilidad de la compañía tener constancia fehaciente de la aceptación de asegurado de las condiciones referidas.

MODELOS DE SOLICITUD DE INCORPORACION AL SEGURO Y

DECLARACION PERSONAL DE SALUD (DPS).

_____ - _____

MODELO DE SOLICITUD DE INCORPORACION AL SEGURO VIGENTE SEGURO COLECTIVO DE DESGRAVAMEN E INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE DOS TERCIOS

Solicitud de Incorporación Seguro Colectivo Desgravamen

(Favor llenar con letra imprenta)

I.- Entidad Contratante:

RUT

II.- Antecedentes del Asegurado / Deudor

Nombre Completo : _____

RUT Fecha de nacimiento:

Sexo F M Estatura Peso Fecha inicio Crédito:

III.- Actividad y deportes que desempeña (marcar con una X y especificar)

Oficina Laboratorio Terreno Obras Vigilante Otro (indicar) _____

Detalle de actividad realizada

Practica deportes riesgosos? No Si Cuales?

Deportes Excluidos : Alpinismo y Andinismo ; Carrera de Autos, Motos, Lanchas, y Caballos; Buceo, Alas Delta y Parapente; Jeep Fun Race; Paracaidismo; Benjí; Estudiante piloto de aviación, Rally. Asimismo, acepto que la Compañía me recargue el precio del seguro, si es que quiero la incorporación de las actividades adicionales señaladas anteriormente.

V.- Declaración de Salud Asegurado

Por la presente declaro que a mi mejor conocimiento, información y entender, que yo y ninguna de las personas propuestas para el seguro en esta solicitud, padece, o le ha sido diagnosticada, alguna de las siguientes enfermedades : Diabetes, Enfermedades al Riñón, Enfermedades cardiacas, Hipertensión Arterial, Enfermedades Coronarias o Soplos Cardíacos, Arritmias, Sobrepeso u Obesidad, Enfermedades del Pulmón, Cáncer, Hepatitis (excepto la A), Enfermedades Gastrointestinales como Cirrosis Hepática, Úlcera Gástrica, Colitis Ulcerosa; Enfermedades Hematológicas como Leucemia, Linfoma o Anemia (excepto por falta de hierro); desórdenes Nerviosos o Mentales, SIDA, VIH positivo, Síndrome de Down y Enfermedades Neurológicas como Accidentes Vasculares Cerebrales, Epilepsia y Enfermedad de Alzheimer.

Entiendo y concuerdo que ninguno de los beneficios de este seguro operará si la causa del fallecimiento o diagnóstico de la enfermedad fuese preexistente a la fecha de la suscripción de esta propuesta. Asimismo, autorizo a....., a solicitar a cualquier médico, hospital, clínica u otra institución, información sobre mi estado de salud. Finalmente declaro, que no he sido rechazado por alguna compañía aseguradora de vida durante los últimos 24 meses.

En caso de estar en conocimiento de alguna enfermedad, mencionada o no en la declaración, favor de especificar a continuación (diagnóstico, fecha de diagnóstico / tratamiento, duración del tratamiento y secuelas o consecuencias del mismo, médico tratante / establecimiento, etc).

Declaro asimismo que acepto y que estoy en conocimiento que en caso de que el siniestro se produzca por algunas de las enfermedades indicadas en esta solicitud así como aquellas que especialmente he declarado, la Compañía no estará obligada a pagarlo.

Fecha

Firma Asegurado /Deudor

MODELO DE DECLARACION PERSONAL DE SALUD

SEGURO DESGRAVAMEN E INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE 2/3 COLECTIVO

DATOS CONTRATANTE

| | | |
|------------|---------|--------------------------|
| Nombre: | | Rut: |
| Domicilio: | Comuna: | Región: Metropolitana |

ASEGURADO

Nombre Completo (paterno, materno, nombres)

Rut. _____

Dirección Particular: _____ Comuna/ Ciudad: _____

Teléfono: _____ Celular _____ Correo Electrónico _____

Fecha Nacimiento _____ Sexo Estado Civil _____ Profesión/actividad _____ Isapre _____

____/____/____ M ____ F ____ Casado ____ Soltero ____ Viudo ____ Fonasa _____

BENEFICIARIO

Nombre: _____ S.A. Rut: _____

COBERTURAS

Cobertura Depósito SVS POL _____ Tasa Cobertura _____ Monto del Crédito UF _____

Fallecimiento POL _____ %

Invalidez Total y Permanente 2/3 CAD _____ %

Tipo de Deudor:

____Aval ____Codeudor ____Deudor _____ Sí X_ No

Cálculo de la Prima: La prima se expresará en UF, es mensual y se calcula multiplicando el saldo insoluto de la deuda por la tasa de cada cobertura.

El monto asegurado para los seguros de Desgravamen e Invalidez Total y Permanente 2/3 es el saldo insoluto de la deuda o la proporción de éste que corresponda en caso de existir más de un deudor, al mes

inmediatamente anterior a la fecha de fallecimiento o de declaración de la invalidez total y permanente 2/3 del asegurado según corresponda. La prima puede variar si el monto asegurado se modifica.

La cobertura de la póliza se extenderá, además del saldo insoluto del crédito, a las demás sumas que el deudor asegurado se pudiere encontrar adeudando a la fecha de su fallecimiento, por concepto de capital correspondiente a esa misma deuda, exclusivamente. Por “demás sumas” debe entenderse intereses devengados más dividendos postergados.

DECLARACIÓN DE SALUD / DECLARACIÓN PERSONAL DE ACTIVIDADES Y DEPORTES RIESGOSOS

ASEGURADO

Nombre Completo (paterno, materno, nombres) Rut

_____.

Lugar donde realiza su actividad: nombre empresa:

_____.

1. En su actividad ¿tiene contacto o maneja explosivos, sustancias o equipos con elementos radioactivos, ácidos, elementos de mediana o alta tensión eléctrica, petróleo, pesticidas, insecticidas u otras sustancias químicas?

___ No ___ Sí especifique:

_____.

2. ¿Realiza deportes o actividades riesgosas como: bombero, piloto civil, andinismo, carreras de velocidad, alas delta, parapente, paracaidismo, buceo, motociclismo, rafting, benji u otro que se considere peligroso?

___ No ___ Sí ___ ¿cómo aficionado? ___ ¿cómo profesional? Especifique: _____.

Si en el futuro usted comienza a realizar estas u otras actividades o deportes que puedan ser riesgosos, deberá informar de ello por escrito a esta compañía, la que evaluará la aceptación de dicho riesgo.

3. Fuma ___ No ___ Sí ¿cuántos cigarrillos al día? _____.

4. Si usted ha tenido o tiene conocimiento de padecer o tener diagnosticada alguna dolencia, ha sido sometido a tratamiento médico por alguna de las siguientes enfermedades: cardiovasculares, corazón, válvulas, arritmia, hipertensión arterial, diabetes, obesidad, riñones, gastrointestinales, broncopulmonar, colon, hígado, riñón, páncreas, cáncer o tumores de cualquier naturaleza, hernia núcleo pulposa, tiroides, neurológicos, trastornos mentales o del sistema nervioso, broncopulmonares, osteomusculares, auto inmune o genitourinarias, alcoholismo, sida, vih positivo, cirrosis, drogadicción, cojera o amputación, desordenes congénitos o incapacidad, problemas a la visión y audición, debe detallar(las) a continuación indicando cual(es) y la(s) fecha(s) de diagnóstico: _____.

La omisión de cualquier comentario se entiende como una declaración que no ha tenido ninguna de las situaciones señaladas.

5. ¿Ha estado o se ha sometido a intervenciones quirúrgicas o tiene indicada alguna o ha estado hospitalizado? ____ No __ Sí especifique: _____.

6. ¿Hace uso habitual o permanente de drogas o medicamentos tales como tranquilizantes u otros? ____ No ____ Sí Indique motivos _____.

En caso de contestar afirmativamente las preguntas de la 5 a la 6, indique: diagnóstico, tratamiento y nombre del médico tratante: _____.

Comentarios _____.

7. Indique su peso y estatura ____ kgs. ____ cms.

Firma Asegurado

**ANEXO F:
INFORME DE AUDITORIA**

No se contempla. No hay operaciones en Stock.

ANEXO G:

FORMATO: CAMBIOS EN LA LICITACIÓN.

**CAMBIOS INCORPORADOS EN LAS BASES DE LICITACIÓN, RESPECTO A LA ÚLTIMA
VERSIÓN DE BASES, CORRESPONDIENTE A LICITACIÓN INMEDIATAMENTE ANTERIOR**

| Referencia | Texto Anterior | Texto Actual |
|------------|----------------|--------------|
|------------|----------------|--------------|

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

Las modificaciones, cambios y/o ajustes que contienen las presentes bases de licitación, en relación con las correspondientes a la licitación inmediatamente anterior; son consistentes con la adecuación normativa a la Norma de Carácter General N° 469 de la Comisión para el Mercado Financiero, que regula el Proceso de Licitación y las condiciones mínimas que deben contener las Bases.
