

INFORMACIÓN SOBRE PÓLIZA COLECTIVA DE SEGURO DE PROTECCIÓN LABORAL CONTRATADA POR BANCO BICE POR CUENTA DE SUS CLIENTES DE CRÉDITOS DE CONSUMO CON AMORTIZACIÓN

NOMBRE COMPAÑÍA ASEGURADORA:

MetLife Chile Seguros Generales S.A.

CLASIFICACIÓN DE RIESGO:

AA Fitch Chile Clasificadora de Riesgo Ltda. (Enero de 2016).

RELACIÓN COMPAÑÍA CON BANCO:

MetLife Chile Seguros Generales S.A. y Banco BICE son sociedades independientes.

CÓDIGO DE DEPÓSITO DE LA PÓLIZA Y SUS ADICIONALES EN LA SVS:

POL 120130378 Letra A; 1,2,3,4; y Letra B: Apartado A, B, C y E.

RIESGOS CUBIERTOS

Cesantía (para trabajadores Dependientes). Cubre los casos de cesantía involuntaria del trabajador mediante el pago del monto asegurado que corresponderá a la cuota pactada del crédito, con un límite máximo a pagar de cuatro cuotas, por evento, cada una con un tope máximo de UF 35, las cuales serán pagadas una a una por cada mes de desempleo, durante la vigencia de la cobertura, por la Compañía Aseguradora.

Incapacidad temporal (para trabajadores Independientes). Cubre la incapacidad temporal a consecuencia de enfermedad o accidente del asegurado, mediante el pago del monto asegurado que corresponderá a la cuota pactada del crédito, con un máximo de seis cuotas, por evento, cada una con un tope máximo de UF 35, pagadas una a una por cada 30 días de incapacidad temporal, durante la vigencia de la cobertura.

REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

Edad mínima de ingreso: 18 años.

CONDICIONES

Periodo de carencia de la cobertura: 60 días.

Periodo activo mínimo para invocación del seguro: 120 días.

Deducible (trabajadores Dependientes): 1 cuota.

Antigüedad laboral mínima (trabajadores Dependientes): 180 días.

Lapso mínimo de incapacidad temporal (trabajadores Independientes): 30 días.

EXCLUSIONES

Esta póliza no indemnizará eventos provenientes de acciones provocadas voluntariamente por parte del Asegurado.

a) Para la cobertura de Desempleo: No se efectuará el pago de las cantidades establecidas en las Condiciones Particulares de la póliza, cuando la situación de cesantía del Asegurado se produzca por una causa distinta de las señaladas anteriormente.

b) Para la cobertura de Incapacidad Temporal: No se efectuará el pago de las cantidades establecidas en las Condiciones Particulares de la póliza cuando la situación de incapacidad que aqueje al asegurado sea producto de alguna de las siguientes causales:

1. Reposo o licencia a causa de embarazo o cualquier enfermedad producida con motivo del embarazo.
2. Las Incapacidades de origen nervioso (incluyendo depresión) y enfermedades a la espalda.

PLAZO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA

Vigencia desde 01-10-2016 hasta 30-09-2021.

MONTO ASEGURADO

Cesantía (Trabajadores Dependientes). 4 cuotas pagadas una a una, con un tope máximo de UF 35 cada una.

Incapacidad Temporal (Trabajadores Independientes). 6 cuotas pagadas una a una, con un tope máximo de UF 35 cada una.

PRIMA

La que resulte de aplicar sobre el monto inicial del crédito por la tasa correspondiente y por el número de meses.

Prima Bruta: 0,087%

INTERMEDIARIO

BICE Corredores de Seguros Ltda.

RELACIÓN CORREDORA, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y BANCO BICE

MetLife Chile Seguros Generales S.A. y Banco BICE son sociedades independientes. BICE Corredores de Seguros Ltda. es filial de Banco BICE.

DEVOLUCIÓN DE PRIMA POR PREPAGOS DE CRÉDITOS

En caso de que el asegurado antes del término del plazo pactado originalmente prepague su crédito, no se hará devolución de prima ya que el seguro seguirá vigente durante el período inicial del crédito independiente que el crédito haya sido prepago.

RECLAMO DE SINIESTROS

Evento por el cual se puede hacer uso del seguro.

Presentación de la documentación: Los clientes podrán entregar la documentación de siniestros a través de la red de sucursales de Banco BICE a lo largo del país.

Plazos de presentación: Producido un siniestro, el Asegurado o Reclamante deberá presentar los documentos justificativos del mismo a la Compañía Aseguradora tan pronto sea posible desde que tomó conocimiento del siniestro. No obstante se establece un plazo de 180 días de ocurrido el siniestro, en tanto este plazo sea superior al primero empleando para tal efecto un formulario de presentación de siniestros que proporcionará la Compañía. El aviso de siniestro, podrá realizarse por intermedio del Corredor mencionado en la póliza y será igualmente válido y eficaz si se utilizan medios electrónicos de conexión directa u otros análogos.

Los Antecedentes necesarios para la presentación del Siniestro se encuentran en la Solicitud de Incorporación / Certificado de Cobertura".

¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

En esta sección le señalamos en detalle las situaciones ante las cuales usted estará protegido con este seguro:

COBERTURA DE DESEMPLEO (POL 1 2013 0378, letra A: 1, 2, 3, 4)

Cubre los casos de cesantía involuntaria del trabajador mediante el pago del monto asegurado que corresponderá a la cuota pactada del crédito, con un límite máximo a pagar de cuatro cuotas, por evento, cada una con un tope máximo de UF 35, las cuales serán pagadas una a una por cada mes de desempleo, durante la vigencia de la cobertura, por la Compañía Aseguradora.

Esta cobertura podrá contratarse para los siguientes tipos de personas:

1) Asegurados con calidad de empleados dependientes de acuerdo a la legislación laboral chilena quienes, en virtud de un contrato de trabajo prestan servicios o desempeñan funciones para un empleador, bajo vínculo de subordinación y dependencia, en virtud de un contrato de trabajo indefinido y percibiendo por tales servicios una remuneración **2)** Funcionarios vinculados laboralmente y bajo régimen de subordinación y dependencia a la Administración Pública centralizada o descentralizada, sometidos al Estatuto Administrativo, de acuerdo a la legislación administrativa chilena, que en virtud de una designación de autoridad prestan servicios o desempeñan funciones para un empleador, bajo vínculo de subordinación y dependencia, y percibiendo por tales servicios una remuneración. **3)** La cesantía de los profesionales de la educación vinculados laboralmente y bajo régimen de subordinación y dependencia a la educación municipalizada, sometidos al Estatuto Docente. **4)** La cesantía de los miembros de las Fuerzas Armadas y de Orden será cubierta por la presente póliza sí se produce por alguna causal de retiro temporal o absoluto contempladas en sus respectivas Leyes Orgánicas, Estatutos y Reglamentos de Personal.

Para efectos del pago de la indemnización correspondiente, se considerarán única y exclusivamente como causales de cesantía involuntaria las siguientes:

1. Para el caso de los empleados regidos por el Código del Trabajo, las causales de término de relación laboral serán, exclusivamente, las siguientes: **1.1.** Artículo 161. Necesidades de la empresa. En caso de quiebra del empleador se considerará que la causal de término de la relación laboral es la necesidad de la empresa. **1.2.** Artículo 159, N° 1. Mutuo acuerdo entre las partes. Para que la cesantía sea considerada como involuntaria, será necesario que el Asegurado tenga derecho a un pago indemnizatorio equivalente a una indemnización por años de servicios y que así se exprese en el correspondiente finiquito. **1.3.** Artículo 159, N° 6. Caso Fortuito o Fuerza Mayor. **2.** En el caso de los empleados vinculados laboralmente y bajo régimen de subordinación y dependencia a la Administración Pública centralizada o descentralizada, sometidos al Estatuto Administrativo, la cesantía será cubierta por la presente póliza, única y exclusivamente, si se produce por alguna de las siguientes causales: **2.1.** Funcionarios de Planta: a) Supresión del empleo (art.146 letra e) del estatuto administrativo. b) Término del período legal (art.146 letra f) del estatuto administrativo. **2.2.** Personal a contrata: No renovación del contrato una vez finalizado el plazo. **3.** La cesantía de los profesionales de la educación vinculados laboralmente y bajo régimen de subordinación y dependencia a la educación municipalizada, sometidos al Estatuto Docente por circunstancias contempladas en sus estatutos, siempre que no sean imputables al actuar o a la voluntad del asegurado y que implique la privación total de ingresos por conceptos laborales. Se considerarán como Cesantía Involuntaria las causales d) g) h) i) j) y l) del art. 72. **4.** La cesantía de los miembros de las Fuerzas Armadas y de Orden será cubierta por la presente póliza sí se produce por alguna causal de retiro temporal o absoluto contempladas en sus respectivas Leyes Orgánicas, Estatutos y Reglamentos de Personal, pero única y exclusivamente en la medida que la causal de cesantía invocada cumpla con los siguientes requisitos: **4.1.** Que el retiro o baja se deba a causa no imputable a la voluntad o a la conducta del miembro de las Fuerzas Armada y de Orden. **4.2.** Que el retiro o baja no implique para el integrante retirado o dado de baja el pago de una pensión o jubilación por dicho concepto.

Evento: La ocurrencia de una situación de Cesantía Involuntaria indemnizable bajo este seguro y no interrumpido por un Período Activo Mínimo.

Capital Asegurado Efectivo: Un máximo de 4 cuotas por evento, con un tope de UF 35 por cuota, considerando un servicio regular de la deuda.

Antigüedad laboral: Lapso de tiempo durante el cual, el Asegurado deberá depender de un mismo empleador para tener derecho a la cobertura: 180 días.

Período Activo Mínimo: Lapso de tiempo durante el cual el Asegurado que ya ha sido indemnizado en razón del seguro y que ya ha obtenido nuevamente empleo, debe mantenerse en este para poder invocar el seguro si incurre nuevamente en cesantía involuntaria: 120 días.

Carencia: Es el periodo de tiempo desde el inicio de vigencia de la cobertura, durante el cual el asegurado no tiene derecho alguno a indemnización: 60 días.

Deducible: Monto equivalente al número de cuotas siguientes a la fecha del finiquito que son de cargo del Asegurado: 1 cuota.

Mínimo de días en estado de Desempleo: 30 días.

COBERTURA DE INCAPACIDAD TEMPORAL (POL 1 2013 0378, letra B: A, B, C, D)

Cubre la incapacidad temporal a consecuencia de enfermedad o accidente del asegurado, mediante el pago del monto asegurado que corresponderá a la cuota pactada del crédito, con un máximo de seis (6) cuotas, por evento, cada una con un tope máximo de UF 35, pagadas una a una por cada 30 días corridos de incapacidad temporal, durante la vigencia de la cobertura. Por cada evento, la indemnización se otorgará siempre y cuando el Asegurado se mantenga en estado de incapacidad temporal. Esta cobertura podrá contratarse para los siguientes tipos de personas:

A) Asegurado que tenga la calidad de trabajador independiente, entendiéndose éste como persona que ejerce una actividad u oficio en forma independiente y obtiene de dicho ejercicio la totalidad o, a lo menos el importe mayoritario de sus ingresos. **B) Vendedores Comisionistas**, siempre que no desempeñen una actividad remunerada, con vínculo de subordinación y dependencia en virtud de un contrato de trabajo indefinido. **C) Pensionados y/o jubilados**, siempre que no desempeñen una actividad remunerada, con vínculo de subordinación y dependencia en virtud de un contrato de trabajo indefinido. **D) Dueños de casa**, siempre que no desempeñen una actividad remunerada, con vínculo de subordinación y dependencia en virtud de un contrato de trabajo indefinido.

Detalle del Capital Asegurado por evento:

De 31 a 60 días de Incapacidad Temporal	1 cuota
De 61 a 90 días de Incapacidad Temporal	2 cuotas
De 91 a 120 días de Incapacidad Temporal	3 cuotas
De 121 a 150 días de Incapacidad Temporal	4 cuotas
De 151 a 180 días de Incapacidad Temporal	5 cuotas
Más de 181 días de Incapacidad Temporal	6 cuotas

Evento: El estado de Incapacidad Temporal no interrumpido por un Período Activo Mínimo.

Capital Asegurado Efectivo: Un máximo de hasta 6 cuotas por evento, con un tope de UF 35 por cuota, considerando un servicio regular de la deuda.

Período Activo Mínimo: Lapso de tiempo que debe transcurrir entre la fecha de expiración de la última licencia médica y el nuevo evento poder invocar el seguro si incurre nuevamente en Incapacidad Temporal: 120 días.

Carencia: Es el periodo de tiempo desde el inicio de vigencia de la cobertura, durante el cual el asegurado no tiene derecho alguno a indemnización: 60 días.

Mínimo de días en estado de Incapacidad Temporal: Tiempo que el asegurado debe permanecer en situación de Incapacidad Temporal para poder reclamar la indemnización: 30 días.

NOTA IMPORTANTE PARA AMBAS COBERTURAS: Se deja expresa constancia que el asegurado solamente podrá invocar una de las dos coberturas (Desempleo o Incapacidad Temporal), de acuerdo al estado en que se encuentre a la fecha del siniestro (Desempleo o Incapacidad Temporal), siempre y cuando cumpla las condiciones de cobertura. Nunca se podrá solicitar indemnización por ambas coberturas al mismo tiempo. Las coberturas nunca serán acumulables.

¿QUÉ NO CUBRE ESTE SEGURO?

Esta póliza no indemnizará eventos provenientes de acciones provocadas voluntariamente por parte del Asegurado.

a) Para la cobertura de Desempleo: No se efectuará el pago de las cantidades establecidas en las Condiciones Particulares de la póliza, cuando la situación de cesantía del Asegurado se produzca por una causa distinta de las señaladas anteriormente.

b) Para la cobertura de Incapacidad Temporal: No se efectuará el pago de las cantidades establecidas en las Condiciones Particulares de la póliza cuando la situación de incapacidad que aqueje al asegurado sea producto de alguna de las siguientes causales:

1. Reposo o licencia a causa de embarazo o cualquier enfermedad producida con motivo del embarazo. 2. Las Incapacidades de origen nervioso (incluyendo depresión) y enfermedades a la espalda.

¿CÓMO HACER USO DE MI SEGURO?

A continuación les detallamos los pasos a seguir para hacer uso de su seguro.

Denuncio y liquidación de siniestro: Producido un siniestro, el Asegurado deberá comunicarlo por escrito al Banco, tan pronto ello sea posible dentro de los 180 días corridos siguientes a la fecha en que se haya producido el hecho, empleando para tal efecto un formulario de presentación de siniestros que proporcionará la Corredora, se recibirá documentación en una fecha posterior a los 180 días corridos, sólo en casos de fuerza mayor, lo cual deberá ser acreditado.

Se entenderá como fecha de ocurrencia del siniestro la siguiente: **1.Desempleo Involuntario:** Se entenderá como fecha de ocurrencia del siniestro la fecha de término de la relación laboral indicada en el finiquito del contrato de trabajo, y en el caso de los empleados públicos regidos por sus respectivos estatutos, será la fecha que establezca el decreto o resolución en que consta su retiro o baja de la

respectiva Institución. **2. Incapacidad temporal:** La fecha indicada en el correspondiente certificado o licencia médica que ordena el reposo por un período superior a 30 días.

Plazo de liquidación de un siniestro

El período de liquidación y pago del siniestro, a contar de la fecha de recepción conforme por parte de la Compañía de Seguros de todos los antecedentes indicados en esta póliza, no podrá exceder de 12 días hábiles.

Tratándose de siniestros que no vengan acompañados de documentación pertinente o en que se requiera de un mayor análisis, la Compañía se reserva el derecho contabilizar este plazo desde que se reciban tales antecedentes o los exigidos en forma excepcional. En este último evento, la Compañía deberá avisar al Corredor dicha situación a más tardar dentro de los 5 días hábiles siguientes a la presentación del siniestro. En todo caso este plazo no podrá exceder de 6 días desde la notificación de la resolución de la Compañía Aseguradora que hace procedente el pago de la indemnización.

El plazo de **resolución de un siniestro** no deberá exceder de 8 días hábiles, mismo plazo se debe considerar en el análisis de nuevos antecedentes de un siniestro.

Documentos a presentar para hacer efectivo el seguro:

COBERTURA DE DESEMPLEO

Primer mes de desempleo: Los antecedentes deben tener fecha de emisión 30 días posteriores a la fecha de siniestro.

1. Formulario de Denuncio del Siniestro.
2. Fotocopia del finiquito legalizada y ratificada ante notario. En ausencia del Finiquito del empleador, el Asegurado podrá adjuntar copia de:
 - Acta de Comparecencia emitida por la Inspección del Trabajo, que indique causal y fecha de despido.
 - Avenimiento celebrado y aprobado por el Juzgado Laboral correspondiente donde se establezca la causal y fecha de despido.
 - Sentencia judicial ejecutoriada dictada por el Juzgado Laboral correspondiente donde se establezca la causal de despido.
 - Carta del Síndico de Quiebras, con timbre y firma del síndico de quiebra cuando corresponda.
 - Carta con la firma de la autoridad internacional correspondiente con indicación expresa de causal y fecha de despido (aplicable a trabajadores que mantengan un vínculo laboral con Embajadas o Consulados u otros organismos internacionales).
 - Copia de demanda por despido injustificado en caso que el trabajador impugne judicialmente la causal de despido alegada por el empleador. La compañía pagará la indemnización correspondiente, sólo una vez que se encuentre ejecutoriada la sentencia que declare injustificado el despido.
3. En el caso de empleados públicos, docentes y miembros de las Fuerzas Armadas y de Orden, copia legalizada del Decreto o Resolución del organismo que corresponda en el que se pone término a la relación laboral.
4. Certificado de las últimas 12 cotizaciones de AFP o Certificado del subsidio de cesantía con fecha de emisión posterior a la fecha del cese laboral. El período consultado en el certificado debe incluir las cotizaciones del mes de emisión hacia atrás, es decir, debe incluir los meses sin cotizaciones. Sin perjuicio de lo anterior y velando por la calidad de servicio hacia el asegurado, para acelerar el proceso de liquidación, aunque la AFP no acredite la condición de desempleo, el cliente podrá presentar una Declaración Jurada Notarial en formato definido por la Compañía, firmado por el asegurado titular acreditando la calidad de cesante.
5. Documento emitido por Banco BICE, en el cual se identifique claramente al Asegurado y el monto de la cuota del crédito de consumo asociado.
6. Fotocopia legible de cédula de identidad del Asegurado, por ambos lados.

Segundo mes de desempleo en adelante: La documentación a presentar, desde el segundo mes en adelante, deberá estar fechada con 60 (sesenta) días posteriores a la fecha de siniestro.

1. Formulario de Denuncio del Siniestro.
2. Certificado de las 12 últimas cotizaciones de AFP actualizado emitido con fecha posterior al vencimiento de la cuota a liquidar. El período consultado en el certificado debe incluir las cotizaciones del mes de emisión hacia atrás, es decir, debe incluir los meses sin cotización. Sin perjuicio a lo anterior y velando por la calidad de servicio hacia el asegurado, para acelerar el proceso de liquidación, aunque el AFP no acredite la condición de desempleo, el cliente podrá presentar una Declaración Jurada Notarial en formato definido por la compañía, firmado por el asegurado titular acreditando la calidad de cesante.
3. Fotocopia de cédula de identidad legible del Asegurado, por ambos lados.

COBERTURA DE INCAPACIDAD TEMPORAL

Primer mes de Incapacidad: Los antecedentes deben tener fecha de emisión 30 días posteriores a la fecha de siniestro.

1. Formulario de Denuncio del Siniestro.
2. Certificados o licencia médica que acredite la Incapacidad Temporal superior a 30 días firmada por el médico tratante, indicando diagnóstico y su fecha, o bien, fecha del accidente.
3. Certificado de ingresos o comprobante de pago de impuesto a la renta o comprobante de pago de PPM.
4. Para Dueños de Casa: Declaración Jurada ante Notario que indique la calidad de Dueña de Casa.
- En el caso de los Pensionados y/ o jubilados: Certificado de jubilación y copia del comprobante de pago de la última pensión.
6. Documento emitido por Banco BICE, en el cual se identifique claramente al Asegurado y el monto de la cuota del crédito de consumo asociado.
7. Fotocopia legible de cédula de identidad del Asegurado, por ambos lados.

Segundo, y siguientes meses de Incapacidad: La documentación a presentar, desde el segundo mes en adelante, deberá estar fechada con 60 (sesenta) días posteriores a la fecha de siniestro.

1. Comprobante de Denuncio otorgado por Banco BICE.
2. Certificado médico (relacionado con el diagnóstico original) o continuación de licencia anterior firmada por el médico tratante.
3. Fotocopia legible de cédula de identidad del Asegurado, por ambos lados.

Importante: La Compañía se reserva el derecho de solicitar cualquier otro antecedente que estime necesario para poder realizar la liquidación.

¿CUÁLES SON LOS MOTIVOS QUE DAN TÉRMINO AL SEGURO?

A Continuación se detallan los principales motivos que pueden provocar el término de su seguro:

Por características del seguro:

- Vencimiento del plazo establecido para su duración en las condiciones particulares.
- Pérdida de la calidad de asegurado de conformidad a lo establecido en las condiciones particulares.

Por razones del asegurado: El asegurado podrá poner fin anticipado al contrato, salvo las excepciones legales, previo aviso al asegurador.

Por razones del Asegurador: El asegurador, a su vez, podrá poner término al contrato de seguro en caso de concurrir una cualquiera de las siguientes causales:

- 1.- Si el interés asegurable no llegare a existir o cesare durante la vigencia del seguro.
- 2.- Por falta del pago de la prima en los términos indicados en las condiciones particulares.

Si se han convenido coberturas adicionales, las partes no podrán ponerles término en forma separada de la cobertura principal sino poniendo término al contrato en su totalidad, salvo que sea de común acuerdo.

¿QUÉ HACER EN CASO DE CONSULTA O RECLAMO?

En caso de cualquier consulta o reclamo respecto al seguro o servicio ofrecido, usted puede llamar a nuestro Servicio de Atención al cliente al **600 400 2400 o desde celulares al 02 2 692 2400, las 24 horas de lunes a domingo, las 24 horas del día.** Un ejecutivo estará a su disposición para atender cualquier duda o inquietud relacionada al seguro contratado.

NOTAS IMPORTANTES

- 1.- Las características, condiciones y exclusiones se encuentran detalladas en el Condicionado General y Particular de la póliza la que puede ser solicitada por los asegurados en MetLife Chile Seguros Generales S.A. Además, declaro haber recibido en este acto, un resumen de las condiciones y características del seguro.
- 2.- El proponente ha tomado conocimiento a decidir sobre la contratación de los seguros y a la libre elección del intermediario y compañía aseguradora.
- 3.- La Compañía que cubre el riesgo es MetLife Chile Seguros Generales S.A. RUT 76.328.793-9. Las coberturas del presente seguro se encuentran amparadas en las condiciones particulares de la póliza y en las Condiciones Generales del seguro debidamente depositadas en el registro de la SVS bajo el código POL 120130378 Letra A: 1,2,3,4; y Letra B: Apartado A, B,C y E.
- 4.- El presente seguro es intermediado a través de BICE Corredores de Seguros Ltda., Rut: 78.996.780-6, siendo el contratante Banco BICE Rut: 97.080.000-k.

- 5.- El presente seguro tiene límites de indemnización que se aplican por crédito, por lo que no son adicionales de ninguna forma los límites cuando existan dos o más seguros vigentes, para el mismo crédito.
- 6.- Vigencia de la Póliza: La Póliza tendrá una vigencia desde el 01/10/ 2016 hasta el 30/09/2021, salvo que alguna de las partes manifieste su intención de no renovar mediante aviso previo enviado con al menos 60 (sesenta días) de anticipación a la fecha de término del período respectivo.
- 7.- Vigencia de la cobertura individual: Para aquellos clientes del Banco BICE que cumplan con las Condiciones de Asegurabilidad, y que se incorporen a este seguro mediante la firma de la respectiva solicitud de incorporación, la cobertura comenzará el día en que haya concluido el período de carencia establecido en las condiciones particulares, contando a partir del día en que el crédito otorgado por el Contratante sea efectivamente cursado y se mantendrá vigente durante toda la duración original del crédito, independiente de que dicho crédito se termine antes por prepago o repactación, situación en que el cliente seguirá asegurado considerando el plazo inicial del crédito.
- 8.- MetLife Chile Seguros Generales S.A se encuentra adherida voluntariamente al Código de Autorregulación y al Compendio de Buenas Prácticas de las Compañías de Seguros, cuyo propósito es propender al desarrollo del mercado de los seguros, en consonancia con los principios de libre competencia y buena fe que debe existir entre las empresas, y entre éstas y sus clientes. Una copia del Compendio de Buenas Prácticas Corporativas de las Compañías de Seguros se encuentra a disposición de los interesados en cualquiera de las oficinas de MetLife Chile Seguros Generales S.A y en www.aach.cl. Asimismo, MetLife Chile Seguros Generales S.A 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 MetLife Chile Seguros Generales S.A. o a través de la página web www.ddachile.cl.
- 9.- Las coberturas contenidas en la presente solicitud se entenderán vigentes con la sola firma del asegurable. En este caso, la solicitud hará las veces de certificado de cobertura conforme lo dispone la circular 2123 de la SVS.
- 10.- El presente contrato no cuenta con Sello Sernac.
- 11.- Se informa al asegurado que en cumplimiento de la Norma de Carácter General N°50 y sus modificaciones emanadas de la Superintendencia de Valores y Seguros, la información sobre la diversificación de prima del intermediario de seguros y de las garantías que se ha constituido con entidades aseguradoras, se encuentra en nuestra página web <http://www.bice.cl/informacion-publica/documentacion-de-interes>.

ANEXO DE INFORMACIÓN DE LAS COMISIONES

De acuerdo a lo instruido en la circular N°2123 de fecha de 22 de octubre de 2013 de la Superintendencia de Valores y Seguros (SVS), le informamos que las comisiones pagadas por MetLife Chile Seguros Generales S.A. respecto de la prima pagada por usted por su póliza de seguro son las siguientes:

Comisión del Corredor por Intermediación:

52,8866% + IVA, sobre la Prima Cliente Bruta (IVA incluido) efectivamente recaudada. La periodicidad del pago será única.

Comisiones del Contratante por Recaudación

0,1134% + IVA, sobre la prima cliente bruta (IVA incluido) efectivamente recaudada. La periodicidad del pago será única.