



## POLIZA DE CESANTIA SEGURO IT TRAB. INDEPENDIENTES

### IDENTIFICACION DEL CLIENTE

PROPONENTE : HIPOTECARIA UNIDAD S.A. RUT : 77.342.206 - 0  
DIRECCION : Av. Apoquindo 3200 Piso 2  
COMUNA : LAS CONDES CIUDAD : SANTIAGO  
FONO :  
RELACION PROPONENTE/ASEGURADO : El mismo  
ASEGURADO HIPOTECARIA UNIDAD S.A. RUT : 77.342.206 - 0

### IDENTIFICACION DE LA POLIZA

NUMERO : 09063797  
RAMO : CESANTIA  
SUCURSAL : CASA MATRIZ

### FECHAS DE VIGENCIA

DESDE : Las 12 Hrs. de 01/06/2025  
HASTA : Las 12 Hrs. de 01/06/2026  
PLAZO : 365 Días

### MATERIA ASEGURADA

SEGUN DETALLE

### CORREDOR

NOMBRE : CORREDORA DE SEGUROS UNIDAD S P A  
RUT : 77.128.471 - K  
COMISION: 0,00 UF

### TOTAL DE LA POLIZA

MONTO ASEGURADO: 1,00 UF  
MONEDA : UNIDAD DE FOMENTO  
FECHA DE EMISION : 24 de Julio de 2025

PRIMA AFECTA :	0,000 UF
PRIMA EXENTA :	0,000 UF
IVA :	0,000 UF
<hr/> PRIMA TOTAL :	<hr/> 0,000 UF

SAGU

1



Seguros Generales Suramericana S.A.

**POLIZA : 09063797 - CESANTIA**

Modelo de póliza aprobado según Reg. POL 120140096 de la Comisión para el Mercado Financiero. Esta entidad asegura mediante la tasa, monto, vigencia, primas e impuestos detallados en la propuesta y que se individualizan a continuación y con arreglo a las condiciones generales estipuladas en la póliza y sus anexos, aplicables al presente caso y aceptada por ambas partes y a las particulares que se especifican, asegura dentro de los límites de la República de Chile.

**CONDICIONES PARTICULARES DE LA POLIZA  
CONDICIONES**

**Hipotecaria Unidad S.A**

Seguro de Incapacidad Temporal para Trabajadores Independientes

**Materia asegurada:**

Este seguro cubre el valor de hasta seis dividendos con un tope de UF18, que no puedan ser pagadas por un deudor del acreedor asegurado, debido a Incapacidad Temporal del primero o, posterior a la entrada en vigencia de la presente póliza.

**Cobertura: Incapacidad Temporal a consecuencia de enfermedad y/o accidente**

De acuerdo a las condiciones generales señaladas en POL 120140096, letra b, inscrita en la Comisión para el Mercado Financiero.

En caso de incapacidad a consecuencia de enfermedad o accidente del asegurado, que requieran reposo médico (licencia) mayor a 30 días y mientras dure el reposo, la Compañía aseguradora pagará al beneficiario o acreedor, las cuotas mensuales correspondientes al servicio de la deuda hipotecaria de sus deudores asegurados.

Limite Indemnización: 6 Dividendos con un límite de UF 18.-

Esta cobertura podrá contratarse por los siguientes tipos de personas:

- 1) Asegurado que tenga la calidad de trabajador independiente.

**Causales de Incapacidad Temporal**

La Incapacidad cubierta por el presente seguro comprende el evento a consecuencia de enfermedad o accidente por el cual al asegurado se le haya otorgado una licencia médica por un período de al menos 30 días corridos de duración y que por ello no pueda obtener el importe/ingresos asociado a esa actividad.

**Deudores Asegurados**

Sólo se considerarán deudores asegurados, aquellas personas naturales que tengan en el caso de los hombre menos de 65 años, y en el caso de las mujeres, menos de 60 años al momento de firmar la propuesta de incorporación al seguro, y que al momento de quedar incapacitado durante la vigencia de la póliza, cumplan con los siguientes requisitos:

- a) ser deudor del proponente señalado, con una antigüedad mínima de 30 días (plazo de gracia).
- b) ser laboralmente independiente y con una antigüedad mínima de 6 meses.

## POLIZA : 09063797 - CESANTIA

c) haber caído el deudor en Incapacidad Temporal involuntariamente, durante la vigencia de esta póliza, lo que le impide pagar su cuota mensual pactada.

d) tener cancelada la prima correspondiente a este seguro y que se cumplan con las demás Condiciones Generales y Particulares de la póliza.

También se entienden amparados por la presente póliza los deudores que se incorporen con posterioridad a la entrada en vigencia de esta póliza, siempre que cumplan con los requisitos señalados y hayan sido informados a la compañía de la manera descrita.

### **Definiciones:**

Para los efectos de este seguro se entiende que:

- Trabajador independiente: 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.
- Incapacidad Temporal: Corresponde a la eventualidad de que el asegurado trabajador Independiente a consecuencia de enfermedad o accidente se le haya otorgado una licencia médica por un período de al menos 30 días corridos de duración y cuyas circunstancias no sean imputables al deudor asegurado.

### **Carencia por incorporación:**

Es el lapso de tiempo contado a partir de la vigencia, durante el cual el deudor no tiene derecho al seguro.

Es el periodo mínimo de 60 días que el deudor una vez incorporado al seguro debe permanecer en él para tener derecho a la cobertura.

### **Carencia por reincorporación:**

Es el periodo mínimo de 30 días que el deudor una vez reincorporado al seguro debe permanecer en él para tener derecho a la cobertura. Se entenderá por deudor reincorporado aquel cliente de Hipotecaria Unidad S.A que contrató el presente seguro y posteriormente decidió no continuar en él, y que manifestó, en una nueva propuesta, su deseo de contratar nuevamente el seguro. Si esta persona decide incluirse nuevamente, se le llama deudor reincorporado, y al se le aplica un periodo de carencia de 30 días.

### **Período cubierto:**

Es el lapso de tiempo comprendido por la cobertura, para un solo evento que afecte a un deudor asegurado durante la vigencia de la póliza. El período cubierto será de hasta 6 dividendos mensuales, y con un tope máximo de UF18.- por dividendo.

### **Antigüedad mínima laboral del deudor:**

Es el período de antigüedad laboral mínima que se exige para que un deudor pueda ser considerado como deudor asegurado.

El deudor debe acreditar, para poder acceder a este seguro, mantenerse bajo la condición de Trabajador Independiente de a lo menos 6 meses continuos.

### **Período activo mínimo:**

## **POLIZA : 09063797 - CESANTIA**

Es la cantidad de meses consecutivos que el deudor respecto del cual ya se ha hecho uso del seguro, pero que ha obtenido nuevamente empleo, debe mantenerse en el mismo empleo para que pueda invocar nuevamente el seguro.

El período activo mínimo en este seguro es de 6 meses con el mismo empleador.

### **Prima y Tasa del seguro**

Tasa Neta mensual es de 0,05% (por ciento) sobre el monto del crédito de cada asegurado.

La tasa fijada será revisada trimestralmente por el asegurador y si la tasa de siniestralidad compañía superará la tasa de 35% (por ciento), la tasa podrá ser ajustada por la Compañía a la tasa que ella designe, a contar del mes siguiente en que comunique al asegurado el cambio, rigiendo dicho cambio de tasa en forma retroactiva. (por definir, según comisiones corredor y recaudación).

### **Prima y forma de pago:**

La prima deberá ser pagada por el asegurado a la compañía, en el momento de realizar la declaración mensual de afiliados.

### **Comisión del Corredor**

5,3% neto sobre prima neta

### **Comisión de Cobranza**

47,7% neto sobre prima neta

### **Deducible:**

Es el número de cuotas mensuales correspondientes al servicio de la deuda, que será siempre de cargo del asegurado, dicho deducible se aplicará respecto de cada siniestro presentado. Para estos efectos el deducible será de una cuota desde el inicio de periodo de incapacidad.

La Compañía aseguradora comenzará a pagar los 6 dividendos, a contar de la cuota subsiguiente a la fecha del finiquito.

### **Procedimiento de Liquidación de Siniestros**

#### **Plazo de aviso del siniestro, presentación de documentos y pago de Indemnización:**

La presentación de la documentación para denunciar los siniestros deberá efectuarse con el contratante.

El plazo de presentación no podrá superar los 60 días corridos desde la fecha de ocurrencia del siniestro.

Si el asegurado dejare de presentar los documentos justificativos de las indemnizaciones, hará cesar la obligación de la compañía de indemnizar la cuota indocumentada.

#### **Pago de indemnizaciones:**

a) Formulario de denuncia de siniestro firmado por el Asegurado.

## **POLIZA : 09063797 - CESANTIA**

b) Licencia médica o certificado médico con diagnóstico claro, que indiquen las fechas del período de reposo (cuando empieza y cuando termina), tipo y magnitud de las alteraciones funcionales que condicionan la incapacidad temporal, debidamente timbrado y firmado por el médico tratante.

c) Documento en donde aparezca reflejado la cuota del dividendo.

d) Declaración jurada ante notario que acredite que es independiente es decir, que no tiene un contrato de trabajo vigente a la fecha de inicio de la licencia o certificado.

El pago de las cuotas se realizará según la siguiente tabla, siempre y cuando se acredite la continuidad de la incapacidad temporal:

De 31 a 59 días de incapacidad temporal= Cuota Dividendo 1.

De 60 a 89 días de incapacidad temporal= Cuota Dividendo 2.

De 90 a 119 días de incapacidad temporal= Cuota Dividendo 3.

De 120 a 149 días de incapacidad temporal= Cuota Dividendo 4

De 150 a 179 días de incapacidad temporal= Cuota Dividendo 5.

De 180 a más días de incapacidad temporal= Cuota Dividendo 6.

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

### **Intereses y reajustes:**

Las cuotas indemnizadas se expresarán en unidades de fomento según el valor de dicha unidad al momento en que debía pagarse la cuota respectiva al beneficiario, y se indemnizarán al valor de dicha unidad al momento del pago al beneficiario. No se indemnizarán intereses adicionales a los pactados en el crédito original.

### **Término anticipado del contrato de seguros:**

El Acreedor Beneficiario podrá poner término al seguro en cualquier momento, mediante comunicación escrita al asegurador con 30 días de anticipación a la fecha de término deseada, con pago de prima proporcional al tiempo transcurrido.

La compañía a su vez, podrá poner término al contrato en cualquier momento, en cuyo caso tendrá derecho sólo a la proporción de la prima contratada que comprende al período efectivamente cubierto por el seguro.

En este caso deberá avisar al asegurado por carta certificada remitida al domicilio de éste indicado en la póliza, 60 días antes de hacer efectivo su término, salvo que la causal para poner término al contrato sea la falta de pago de la prima pues en tal caso, la terminación tendrá lugar transcurrido el plazo de 15 días contados desde la fecha de expedición del aviso por carta certificada correspondiente.

### **Domicilio:**

Para todos los efectos legales, las partes fijan domicilio especial en la ciudad y comuna de Santiago.

### **EXCLUSIONES**

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:

a) Reposo o licencia a causa de embarazo o cualquier enfermedad producida con motivo del embarazo.

## POLIZA : 09063797 - CESANTIA

- b) Las Incapacidades de origen nervioso (incluyendo depresión) y enfermedades a la espalda.
- c) Participación del Asegurado en actos temerarios o deportes notoriamente peligrosos o riesgosos, entendiéndose por tales aquellas declaradas por el asegurado e indicadas en las Condiciones Particulares de la póliza y en las cuales se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.

### Consideraciones

- Sr. Asegurado Infórmese sobre la totalidad de las condiciones y exclusiones del seguro en los condicionados generales POL120140096
- El contratante asume todas las responsabilidades que emanen de su actuación como contratante del seguro colectivo.
- Todas las propuestas para este seguro deben indicar claramente todas las coberturas, exclusiones y deducibles aplicables a este producto, así como contar con la firma del cliente, al pie de dicho documento, en señal de aceptación.

### INFORMACION SOBRE ATENCION DE CLIENTES Y PRESENTACION DE CONSULTAS Y RECLAMOS

En virtud de la circular N° 2131 del 28 de Noviembre de 2013, las compañías de seguros, corredores de seguros y liquidadores de siniestros, deberán recibir, registrar y responder todas las presentaciones, consultas o reclamos que se le presenten directamente por el contratante, asegurado, beneficiarios o legítimos interesados o sus mandatarios.

Las presentaciones pueden ser efectuadas en todas las oficinas de las entidades en que se atienda público, presencialmente, por correo postal, medios electrónicos, o telefónicamente, sin formalidades, en el horario normal de atención.

Recibida una presentación, consulta o reclamo, esta deberá ser respondida en el plazo más breve posible, el que no podrá exceder de 20 días hábiles contados desde su recepción.

El interesado, en caso de disconformidad respecto de lo informado, o bien cuando exista demora injustificada de la respuesta, podrá recurrir a la Comisión para el Mercado Financiero ex Superintendencia de Valores y Seguros, Área de Protección al Inversionista y Asegurado, Protección al Inversionista y Asegurado, cuyas oficinas se encuentran ubicadas en Av. Libertador Bernardo OHiggins 1449, piso 1°, Santiago, o a través del sitio web [www.cmfchile.cl](http://www.cmfchile.cl).

### INFORMACION TECNICA DE LA POLIZA

#### ITEM NUMERO 1

Relación Proponente/Asegurado : El mismo

Asegurado : 77.342.206 -0 HIPOTECARIA UNIDAD S.A.

Fecha Desde: Las 12 Hrs. de 01/06/2025 Fecha Hasta: Las 12 Hrs. de 01/06/2026

Plazo : 365 Días

### COBERTURAS

**POLIZA : 09063797 - CESANTIA**

CONCEPTOS	Monto	Tasa Anual	Prima
4378 INCAPACIDAD TEMPORAL CREDITO H	1,00		0,000
Total Item    1	1,00		0,000