



**PROPUESTA DE SEGURO DESGRAVAMEN  
PARA CREDITO HIPOTECARIO CORPBANCA  
CONTRATANTE: CORPBANCA  
CONDICIONES Y COBERTURAS DE SEGURO.**

SOLICITO CONTRATAR EL SEGURO DE DESGRAVAMEN OTORGADO POR COMPAÑIA DE SEGUROS CORPVIDA S.A., QUE SE INDICA A CONTINUACION Y QUE DECLARO ENTENDER COMPLETAMENTE Y CUYAS PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS SE MUESTRAN A CONTINUACION

ANTECEDENTES DEL ASEGURADO			
RUT	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
MONTO CREDITO UF	PLAZO DEL CREDITO	ACTIVIDAD CLIENTE	FECHA DE NACIMIENTO
NUMERO DE OPERACIÓN	NUMERO DE CUENTA	FECHA DE OTORGAMIENTO	
PARTICIPACION DEL CREDITO: DEUDOR____ CODEUDOR____ % ____			

**IMPORTANTE**

**USTED SE ESTA INCORPORANDO COMO ASEGURADO A UNA POLIZA O CONTRATO DE SEGUROS COLECTIVOS CUYAS CONDICIONES HAN SIDO CONVENIDAS POR CORPBANCA DIRECTAMENTE CON LA COMPANIA DE SEGUROS.**

**1) INFORMACION SOBRE COMPAÑIA ASEGURADORA**

NOMBRE COMPAÑIA ASEGURADORA	COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA CORPVIDA S.A.
CLASIFICACION DE RIESGO A JUNIO	FITCH CHILE AA-
	ICR AA
RELACION COMPAÑIA-BANCO	RELACIONADA

**2) CONDICIONES DE LA POLIZA**

CODIGO DE DEPOSITO	POL 2 09 104
RIESGOS CUBIERTOS	FALLECIMIENTO
MATERIA ASEGURADA	PERSONAS NATURALES QUE TENGAN CALIDAD DE DEUDORES, CODEUDORES Y/O AVALES DE UN CRÉDITO HIPOTECARIO.
REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD	EDAD MAXIMA DE INGRESO: 75 AÑOS + 364 DIAS
	EDAD MAXIMA DE PERMANENCIA: 84 AÑOS + 364 DIAS

1.- CUANDO EL FALLECIMIENTO SE PRODUZCA POR ALGUNA DE LAS CIRCUNSTANCIAS MENCIONADAS EN LOS NÚMEROS 1° Y 2° DEL ARTÍCULO 575 DEL CÓDIGO DE COMERCIO; NO OBSTANTE, EL ASEGURADOR PAGARÁ EL CAPITAL ASEGURADO AL BENEFICIARIO, SI EL FALLECIMIENTO OCURRIERA COMO CONSECUENCIA DE SUICIDIO, SIEMPRE QUE EL ASEGURADO HUBIERE PERMANECIDO, A LO MENOS, UN AÑO COMO ASEGURADO VIGENTE.

2°.- PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN GUERRA INTERNACIONAL, SEA QUE CHILE TENGA O NO INTERVENCIÓN EN ELLA; EN GUERRA CIVIL, DENTRO O FUERA DE CHILE; O EN MOTÍN O CONMOCIÓN CONTRA EL ORDEN PÚBLICO DENTRO O FUERA DEL PAÍS, SIEMPRE QUE EL ASEGURADO TENGA PARTICIPACIÓN ACTIVA EN DICHO MOTÍN O CONMOCIÓN.

3° ENFERMEDADES, LESIONES, O DOLENCIAS PREEXISTENTES, ENTENDIÉNDOSE POR TALES CUALQUIER LESIÓN, ENFERMEDAD, O DOLENCIA QUE AFECTE AL ASEGURADO, CONOCIDA O DIAGNOSTICADA CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INCORPORACIÓN DEL ASEGURADO A LA PÓLIZA. PARA LOS EFECTOS DE LA APLICACIÓN DE ESTA EXCLUSIÓN, AL MOMENTO DE LA CONTRATACION LA COMPAÑÍA ASEGURADORA LA DEBERA CONSULTAR AL ASEGURABLE ACERCA DE TODAS AQUELLAS SITUACIONES O ENFERMEDADES PREEXISTENTES QUE PUEDEN IMPORTAR UNA LIMITACION O EXCLUSIÓN DE COBERTURA. EN EL CERTIFICADO DE COBERTURA SE ESTABLECERAN LAS RESTRICCIONES Y LIMITACIONES DE LA COBERTURA EN VIRTUD DE LA DECLARACION DE SALUD EFECTUADA POR EL ASEGURABLE, QUIEN DEBERA ENTREGAR SU CONSENTIMIENTO DE LAS MISMAS MEDIANTE DECLARACION ESPECIAL FIRMADA POR EL, LA CUAL FORMARA PARTE INTEGRANTE DE LA POLIZA.

4° UNA INFECCIÓN OPORTUNÍSTICA, O UN NEOPLASMA MALIGNO, SI AL MOMENTO DE LA MUERTE O ENFERMEDAD EL ASEGURADO SUFRÍA DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA. CON TAL PROPÓSITO, SE ENTENDERÁ POR:

- "SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA", LO DEFINIDO PARA TAL EFECTO POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. COPIA DE DICHA DEFINICIÓN ESTÁ ARCHIVADA EN LAS OFICINAS PRINCIPALES DE LA COMPAÑÍA EN SANTIAGO, CHILE.
- INFECCIÓN OPORTUNÍSTICA INCLUYE, PERO NO DEBE LIMITARSE A NEUMONÍA CAUSADA POR PNEUMOCYSTIS CARINII, ORGANISMO DE ENTERITIS CRÓNICA, INFECCIÓN VÍRICA O INFECCIÓN MICROBACTERIANA DISEMINADA.
- NEOPLASMA MALIGNO INCLUYE, PERO NO DEBE LIMITARSE AL SARCOMA DE KAPOSI, AL LINFOMA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL O A OTRAS AFECCIONES MALIGNAS YA CONOCIDAS O QUE PUEDAN CONOCERSE COMO CAUSAS INMEDIATAS DE MUERTE EN PRESENCIA DE UNA INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA.
- SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA DEBE INCLUIR ENCEFALOPATÍA (DEMENCIA) DE V.I.H. (VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANO) Y SÍNDROME DE DESGASTE POR V.I.H. (VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANO).

DE OCURRIR EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO DEBIDO A ALGUNO DE LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS ANTES SEÑALADAS, SE ENTENDERÁ QUE NO EXISTE COBERTURA PARA EL CASO EN PARTICULAR, Y PRODUCIRÁ EL TÉRMINO DEL SEGURO PARA DICHO ASEGURADO, NO EXISTIENDO OBLIGACIÓN DE INDEMNIZACIÓN ALGUNA POR PARTE DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA. CONFORME A LO ANTERIOR, Y POR SU NATURALEZA, LA PÓLIZA SEGUIRÁ VIGENTE PARA TODOS LOS EFECTOS CON RESPECTO A LOS DEMÁS ASEGURADOS.

DEDUCIBLES	NO APLICA
FECHA INICIAL DE VIGENCIA	01-08-2011
FECHA VENCIMIENTO DE VIGENCIA	31-07-2013
CONDICIONES DE RENOVACION	RENOVACION AUTOMATICA
POLIZAS	<b>MARCA CON UNA X LA POLIZA SOLICITADA.</b> <input type="checkbox"/> 100068 NORMAL <input type="checkbox"/> 100069 HIPOTECARIO EN PESOS <input type="checkbox"/> 100070 HIPOTECARIO EN TASA VARIABLE EN PESOS <input type="checkbox"/> 100071 HIPOTECARIO EN TASA VARIABLE EN UF <input type="checkbox"/> 100072 HIPOTECARIO EN TASA VARIABLE A 5 AÑOS
MONTO DE LA PRIMA UF	

**ANTECEDENTES PARA EVALUACION DEL RIESGO:**

ASEGURADO DEBE COMPLETAR UNA DECLARACION PERSONAL DE SALUD Y REALIZARSE EXAMENES DE ACUERDO A LA SIGUIENTE TABLA DE REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD.

	HASTA UF2.000	UF2.001 A UF4.000	UF4.001 A UF7.000	7.001 A 11.000	11.001 A 30.000
HASTA 35 AÑOS	DSS	DSD	DSD	DSD + A	DSD + A
DE 36 A 45 AÑOS	DSS	DSD	DSD	DSD + A	DSD + A
DE 46 A 59 AÑOS	DSS	DSD	DSD	DSD + A	DSD + B
DE 60 A 75 AÑOS	DSS	DSD	DSD + A	DSD + B	DSD + B

DSS: DECLARACIÓN SIMPLE DE SALUD

DSD: DECLARACIÓN DE SALUD DETALLADA

A: EXAMEN MÉDICO + PERFIL BIOQUÍMICO + ELECTROCARDIOGRAMA EN REPOSO + HIV

B: EXAMEN MÉDICO + PERFIL BIOQUÍMICO + TEST DE ESFUERZO + HIV

NOTA: COMO RESULTADO DE LA EVALUACIÓN DE LOS ANTECEDENTES PRESENTADOS LA COMPAÑÍA PODRÁ APLICAR SOBRETASAS INDIVIDUALES O RECHAZAR LA COBERTURA.

EN CASO QUE EL DEUDOR TENGA UNO O MÁS CRÉDITOS VIGENTES, SE DEBERÁN APLICAR LAS EXIGENCIAS MÉDICAS CORRESPONDIENTES A LA SUMA DE LOS SALDOS INSOLUTOS DE LOS CRÉDITOS VIGENTES Y EL MONTO INICIAL DEL CRÉDITO SOLICITADO.

**MONTO ASEGURADO**

CUBRE EL SALDO INSOLUTO DEL CRÉDITO ORIGINAL, SOBRE LA BASE DE UN SERVICIO REGULAR DE LA DEUDA CONSIDERANDO HASTA 3 DIVIDENDOS EN MORA INCLUYENDO INTERESES GENERADOS PRODUCTO DE ESTA MOROSIDAD.

-EN LOS MUTUOS HIPOTECARIOS ENDOSABLES, SE INDEMNIZARÁ ADEMÁS EL INTERÉS DEL PERÍODO.

-EN CASO DE FALLECIMIENTO DE UNO O MÁS DEUDORES ASEGURADOS POR UNA MISMA DEUDA, LA COMPAÑÍA SE OBLIGA A PAGAR ÚNICAMENTE EL PORCENTAJE INDICADO PARA CADA UNO DE ELLOS, NO PUDIENDO SUPERAR, LA SUMA DE ELLOS, EL 100% DE LA DEUDA, DE ACUERDO A LO INDICADO EN EL PÁRRAFO ANTERIOR.

### 3) CONDICIONES DE LA POLIZA

NOMBRE CORREDORA DE SEGUROS	CORPBANCA CORREDORES DE SEGUROS S.A.
RELACION CORREDORA-COMPAÑÍA-BANCO	CORREDORA ES FILIAL DEL BANCO

#### PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTROS

LA PRESENTACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN PARA DENUNCIAR LOS SINIESTROS DEBERÁ EFECTUARSE EN CORPBANCA CORREDORES DE SEGUROS S.A. O EN CORPBANCA A TRAVES DE LA RED DE SUCURSALES CON QUE CUENTA A LO LARGO DE TODO EL PAIS. EL PLAZO DE PRESENTACIÓN NO PODRA SUPERAR LOS 180 DÍAS CORRIDOS DESDE LA FECHA DE OCURRENCIA DEL SINIESTRO.

PARA CUALQUIER CONSULTA, FAVOR LLAMAR AL 600 600 1200 FONON CORPBANCA CORREDORES DE SEGUROS S.A..

#### **DOCUMENTACION A PRESENTAR:**

1. FORMULARIO DE DENUNCIA FIRMADO POR EL RESPONSABLE DEL BANCO.
2. FOTOCOPIA CEDULA DE IDENTIDAD DEL ASEGURADO.
3. CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN EN ORIGINAL DEL ASEGURADO O FOTOCOPIA LEGALIZADA ANTE NOTARIO, CON EXPRESION DE LA CAUSA DE MUERTE
4. CERTIFICADO DE ACREDITACIÓN DE DEUDA, ENTRE ASEGURADO Y CORPBANCA.
5. COPIA DEL PARTE POLICIAL, EN CASO DE FALLECIMIENTO ACCIDENTAL.
6. SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA.
7. PROPUESTA DE SEGURO DE DESGRAVAMEN, EN CASO DE ENCONTRARSE EN PODER DEL DENUNCIANTE.

NOTA: LA COMPAÑIA SE RESERVA EL DERECHO A SOLICITAR CUALQUIER OTRO ANTECEDENTE QUE CONSIDERE NECESARIO PARA LA LIQUIDACIÓN DEL SINIESTRO.

#### NOTAS IMPORTANTES

**NOTA 1:** POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO MANIFIESTO MI VOLUNTAD EN ORDEN A QUE ADEMÁS DEL CRÉDITO QUE SOLICITO, DESEO CONTRATAR EL (LOS) SEGURO(S) QUE SE INDICA EN ESTA PROPUESTA, POR LA PRIMA QUE SE SEÑALA, DECLARANDO QUE ESTOY EN CONOCIMIENTO DE QUE PUEDO OBTENER EL CRÉDITO SOLICITADO CON LA MISMA TASA Y DEMÁS CONDICIONES SI NO ADQUIRIERA TALES SEGUROS.

**NOTA 2:** DECLARO CONOCER QUE COMO DEUDOR DE UN CRÉDITO HIPOTECARIO ESTOY OBLIGADO, MIENTRAS ESTÉ VIGENTE EL RESPECTIVO CRÉDITO, A MANTENER SEGURO CONTRA LOS RIESGOS DE FALLECIMIENTO E INCENDIO.

**NOTA 3:** EL PROPONENTE HA TOMADO CONOCIMIENTO DEL DERECHO A DECIDIR SOBRE LA CONTRATACIÓN DE LOS SEGUROS Y A LA LIBRE ELECCIÓN DEL INTERMEDIARIO Y COMPAÑÍA ASEGURADORA

**NOTA 4:** DECLARO CONOCER Y ACEPTAR QUE LOS MENCIONADOS SEGUROS DEBERÁN TOMARSE A FAVOR DEL BANCO, COMO ACREEDOR HIPOTECARIO.

**NOTA 5:** POR EL PRESENTE INSTRUMENTO, AUTORIZO AL BANCO PARA, EN EL EVENTO QUE YO NO LO HAGA EN FORMA DIRECTA Y OPORTUNA, CONTRATE LOS SEGUROS ASOCIADOS AL CRÉDITO HIPOTECARIO QUE HE SOLICITADO EN UNA PÓLIZA DE SEGUROS COLECTIVA, EN SU PROPIO NOMBRE, PERO DE MI CARGO.

**NOTA 6:** DECLARO CONOCER QUE EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS ES CORPBANCA CORREDORES DE SEGUROS S.A.

**NOTA 7:** DECLARO QUE HE SIDO INFORMADO Y QUE ACEPTO TODAS LAS CONDICIONES DE CONTRATACIÓN DE LOS SEGUROS, VIGENTES A ESTA FECHA, CONTENIDAS EN EL PRESENTE INSTRUMENTO, ENTRE ÉSTAS, LAS

COBERTURAS DE LOS MISMOS, LAS CONDICIONES DE PROCEDENCIA DEL PAGO DEL MONTO DE LOS SEGUROS PACTADOS CON LAS COMPAÑÍAS Y EL MONTO DE LAS CORRESPONDIENTES COBERTURAS DECLARANDO ACEPTAR QUE DICHAS CONDICIONES PUEDEN VARIAR AÑO A AÑO.

**NOTA 8:** LIBERO A CORPBANCA DE TODA RESPONSABILIDAD PARA EL EVENTO QUE LOS SEGUROS NO FUEREN PAGADOS POR LAS COMPAÑÍAS ASEGURADORAS.

**NOTA 9:** CON LA EMISIÓN DE LA PRESENTE PROPUESTA, NO SE OBTIENE COBERTURA AL RIESGO QUE SE PROCURA ASEGURAR. LA COBERTURA COMIENZA A REGIR ÚNICAMENTE A PARTIR DEL MOMENTO EN QUE ESTA PROPUESTA SEA ACEPTADA POR EL ASEGURADOR Y SE INICIE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

**NOTA 10:** LA COMPAÑÍA QUE CUBRE EL RIESGO ES COMPAÑÍA DE SEGUROS CORPVIDA S.A. Y LA COBERTURA CONTRATADAS SE RIGEN SEGÚN LO DISPUESTO POR LA PÓLIZA DEPOSITADA EN LA S.V.S, BAJO EL CÓDIGO POL 2 09 104.

**NOTA 11:** LA TARIFICACION DE LAS PRIMAS DE SEGURO DE DESGRAVAMEN SE HA ESTABLECIDO EN CONSIDERACION A MONTOS, PLAZOS PROMEDIOS DE LOS CREDITOS Y A LA SINIESTRALIDAD HISTORICA DE LA CARTERA.

**NOTA 12:** ANEXO COMISIONES:

EN CONFORMIDAD A LA CIRCULAR N° 1932, LAS COMISIONES DE ESTE PRODUCTO SE ENCUENTRAN DETALLADAS EN ANEXO QUE FORMA PARTE INTEGRANTE DE LA PRESENTE SOLICITUD DE INCORPORACIÓN.

**NOTA 13:** LA DECLARACION DE SALUD ANEXA QUE FIRMA EL CLIENTE FORMA PARTE INTEGRANTE DE LA PRESENTE PROPUESTA.

**NOTA 14:** LA COMPAÑÍA DE SEGUROS CORPVIDA S.A SE ENCUENTRA ADHERIDA VOLUNTARIAMENTE AL CODIGO DE AUTORREGULACION Y AL COMPENDIO DE BUENAS PRACTICAS DE LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS, CUYO PROPOSITO 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. COPIA DEL COMPENDIO DE BUENAS PRACTICAS CORPORATIVAS DE LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS SE ENCUENTRA A DISPOSICION DE LOS INTERESADOS EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS DE CORPVIDA Y EN [WWW.AACH.CL](http://WWW.AACH.CL).

ASIMISMO HA ACEPTADO LA INTERVENCION DEL DEFENSOR DEL ASEGURADO CUANDO LOS CLIENTES LE PRESENTEN RECLAMOS EN RELACION 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 COMPAÑÍA DE SEGUROS CORPVIDA S.A. O A TRAVES DE LA PAGINA WEB [WWW.DDACHILE.CL](http://WWW.DDACHILE.CL).

**INFORMACION SOBRE DIVERSIFICACIÓN DE LA PRODUCCIÓN  
CORPBANCA CORREDORES DE SEGUROS S.A.  
Nombre o razón social: CORPBANCA CORREDORES DE SEGUROS S.A.  
PRIMA INTERMEDIADA A JUNIO 2011**

<b>COMPAÑÍAS DE SEGUROS GENERALES</b>	<b>%</b>	<b>COMPAÑÍAS DE SEGUROS DE VIDA</b>	<b>%</b>
COMPAÑÍA DE SEGUROS GENERALES LIBERTY S.A.	45,2164%	COMPAÑÍA DE SEGUROS CORPVIDA S. A.	99,9399%
ASEGURADORA MAGALLANES S.A.	23,6534%	COMPAÑÍA DE SEGUROS CARDIF VIDA S.A.	0,0601%
RSA SEGUROS CHILE S.A.	20,9058%		
COMPAÑÍA DE SEGUROS CARDIF GENERALES	5,8001%		
ZENIT SEGUROS GENERALES S.A.	1,5745%		
CHARTIS CHILE COMPAÑÍA DE SEGUROS GENERALES S.A	0,9306%		
MAPFRE CIA DE SEGUROS GENERALES DE CHILE S.A.	0,5575%		
COMPAÑÍA DE SEGUROS GENERALES PENTA-SECURITY S.A.	0,5397%		
CHUBB DE CHILE CIA.SEGUROS GRLES.S.A.	0,3839%		
COMPAÑÍA DE SEGUROS FAF S. A.	0,2912%		
ACE SEGUROS	0,1283%		
MAPFRE GARANTIAS Y CREDITO S.A.	0,0169%		
CHILENA CONSOLIDADA SEGUROS GENERALES S.A.	0,0012%		
HDI SEGUROS S.A.	0,0005%		
<b>TOTAL INTERMEDIADO</b>	<b>100%</b>	<b>TOTAL INTERMEDIADO</b>	<b>100%</b>

ADEMÁS PARA RESPONDER DEL CORRECTO Y CABAL CUMPLIMIENTO DE TODAS NUESTRAS OBLIGACIONES EMANADAS DE LA ACTIVIDAD DEL CORREDOR DE SEGUROS Y EN ESPECIAL, DE LOS PERJUICIOS QUE PUDIERAN OCASIONAR A LOS ASEGURADOS QUE CONTRATEN SEGUROS POR NUESTRO INTERMEDIO, HEMOS CONTRATADO LAS SIGUIENTES PÓLIZAS EN LAS COMPAÑÍAS ASEGURADORAS QUE SE INDICAN, (ART 58).

<b>NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS EMISORA DE LA PÓLIZA</b>	<b>RAMO</b>	<b>N° DE PÓLIZA</b>
COMPAÑÍA DE SEGUROS CONSORCIO GENERAL DE SEGUROS S.A.	GARANTÍA	10019725
COMPAÑÍA DE SEGUROS CONSORCIO GENERAL DE SEGUROS S.A.	RC	10019727

## DECLARACION

POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO MANIFIESTO MI VOLUNTAD EN ORDEN A QUE ADEMAS DEL CREDITO QUE SOLICITO, DESEO CONTRATAR EL SEGURO QUE MAS ADELANTE SE INDICA, POR EL PRECIO SEÑALADO A CONTINUACION, DECLARANDO QUE ESTOY EN CONOCIMIENTO DE QUE PUEDO OBTENER EL CREDITO SOLICITADO CON LA MISMA TASA Y DEMAS CONDICIONES SI NO ADQUIRIERA TALES SEGUROS. POR TANTO, SOLICITO A CORPBANCA ME INCORPORA A LOS SEGUROS COLECTIVOS QUE TENGA CONTRATADOS DE ACUERDO A LA(S) COBERTURA(S) QUE SE INDICA(N):

SI     NO    DESGRAVAMEN CRÉDITO HIPOTECARIO

ASIMISMO, AUTORIZO A CORPBANCA, PARA DESCONTAR DEL CRÉDITO SOLICITADO EL IMPORTE CORRESPONDIENTE A LA(S) PRIMA(S) RESPECTIVA(S) PARA ESTE (ESTOS) SEGURO(S).

**MONTO PRIMA MENSUAL (POR MIL): 0.2502‰**, APLICADO SOBRE EL MONTO INICIAL DEL CREDITO, CONSIDERANDO LA SOBREPIMA, SI CORRESPONDE.



\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PROPONENTE ASEGURADO

\_\_\_\_\_  
CORPBANCA CORREDORES DE SEGUROS S.A  
RUT 78.809.780-8

**ANEXO A SOLICITUD DE INCORPORACIÓN / CERTIFICADO DE COBERTURA  
PARA CREDITO HIPOTECARIO CORPBANCA**

**INFORMACIÓN DE LAS COMISIONES**

Circular N° 1932

(Superintendencia de Valores y Seguros)

De acuerdo a lo instruido en la circular N° 1932 de fecha de 05 de agosto de 2009 de la Superintendencia de Valores y Seguros (SVS), le informamos que las comisiones pagadas por Compañía de Seguros de Vida Corpvida S.A. respecto de la prima pagada por usted por su póliza N° 100068, N° 100069, N° 100070, N° 100071o N°100072, son las siguientes:

**INFORMACION DE LAS COMISIONES PAGADAS  
POR COLOCACION DE ESTE SEGURO**

**Comisión de Recaudación**

- Corpbanca
- 97.023.000-9
- UF 0.027 IVA Incluido por operaciones de crédito.

**Comisión de Intermediación**

- Corpbanca Corredores de Seguros S.A.
- 78.809.780-8
- 35,70% IVA incluido de la prima recaudada, neta de anulaciones y devoluciones.

**Gastos Compañía**

- 20% más IVA

Existen otros ingresos no vinculados a pólizas específicas.

Existen otros ingresos por determinar derivados del volumen del negocio y aportes de marketing.

El presente documento forma parte integrante de su propuesta de seguros, certificado de cobertura y declaración personal de salud, si le correspondió llenarla.