



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

SOLICITO CONTRATAR EL SEGURO DE DESGRAVAMEN POR COMPAÑIA DE SEGUROS DE CORPVIDA S.A., QUE SE INDICA A CONTINUACION Y QUE DECLARO ENTENDER COMPLETAMENTE Y CUYAS PRINCIPALES CARACTERISTICAS 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 OPERACION	NUMERO DE CUENTA		FECHA DE OTORGAMIENTO
PARTICIPACION DEL CREDITO: DEUDOR_____ CODEUDOR_____ % _____			

1) INFORMACION SOBRE COMPAÑIA ASEGURADORA

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

2) CONDICIONES DE LA POLIZA

CODIGO DE DEPOSITO	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
EXCLUSIONES	SUICIDIO: SIEMPRE Y CUANDO EL ASEGURADO HUBIERA PERMANECIDO, A LO MENOS, UN AÑO COMO ASEGURADO VIGENTE.

	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - "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 KAPOSÍ, 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).
DEDUCIBLES	NO APLICA
FECHA INICIAL DE VIGENCIA	01-06-2010

FECHA VENCIMIENTO DE VIGENCIA	31-05-2011
CONDICIONES DE RENOVACION	RENOVACION AUTOMATICA
POLIZAS	MARCA CON UNA X LA POLIZA SOLICITADA. <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	

DECLARACION PERSONAL DE SALUD

DECLARACION SOBRE PREEXISTENCIAS

El asegurable debe marcar con una X si alguna de las siguientes enfermedades o situaciones le han sido diagnosticadas o tiene conocimiento de padecer o haber padecido alguna de ellas:

<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> CIRROSIS HEPATICA	<input type="checkbox"/> TRANSPLANTES
<input type="checkbox"/> HIPERTENSIÓN ARTERIAL	<input type="checkbox"/> ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO	<input type="checkbox"/> PARALISIS o INVALIDEZ
<input type="checkbox"/> CANCER	<input type="checkbox"/> HEMORRAGIA EMBOLIA CEREBRAL	<input type="checkbox"/> ENFISEMA o INSUFICIENCIA RESPIRATORIA
<input type="checkbox"/> ENFERMEDADES CORONARIAS	<input type="checkbox"/> INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	<input type="checkbox"/> OBESIDAD MÓRBIDA

En caso de tener conocimiento, encontrarse en proceso de estudio o existir diagnóstico médico de alguna otra enfermedad o circunstancia no detallada precedentemente por favor señalar a continuación:

Declaración Especial

Declaro estar en conocimiento de que en ningún caso la compañía aseguradora pagará las coberturas de este seguro, si la causa directa o indirecta del siniestro fuese alguna de las enfermedades o situaciones preexistentes señaladas en las declaraciones precedentes.

Confirmando la exactitud y sinceridad de las declaraciones arriba expresadas, que nada he ocultado, omitido o alterado y me doy por enterado que dichas declaraciones constituyen los elementos indispensables para la apreciación del riesgo por parte de la Compañía, y que una declaración falsa, errónea o reticente de mi parte libera a la compañía del pago del seguro, todo ello de acuerdo a lo dispuesto en el código de comercio.

Asimismo, autorizo irrevocablemente a la Compañía de Seguros, a solicitar, a cualquier médico, institución de salud pública y/o privada, tribunales de justicia y a cualquier otra persona natural o jurídica, pública o privada que cuente con antecedentes relativos a mi salud física y psíquica a entregar dicha información o antecedente a la Compañía cuando ésta así lo solicite, para lo cual otorgo mi expreso consentimiento, conforme lo dispone la Ley 19.628 y el artículo 127 del Código Sanitario, autorización que otorgo incluso para tener efecto después de mi muerte, en los términos del artículo 2169 del Código Civil.

Firma asegurable

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 CASO DE CREDITOS HIPOTECARIOS CON LETRAS, CUBRIRÁ ADEMÁS DEL SALDO INSOLUTO, EL MONTO DEL CRÉDITO COMPLEMENTARIO SI CORRESPONDE, CONSIDERANDO UN TRIMESTRE DE INTERÉS Y COMISIÓN.

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

-EN EL CASO DE CRÉDITOS REPROGRAMADOS CONFORME A LOS ACUERDOS DEL BANCO CENTRAL DE CHILE, SE CONSIDERA PARTE DEL CAPITAL ASEGURADO, EL SALDO INSOLUTO DEL MONTO REPROGRAMADO Y SUS INTERESES DEVENGADOS HASTA EL ÚLTIMO DÍA HÁBIL DEL MES ANTERIOR A LA FECHA DEL FALLECIMIENTO.

-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 90 DÍAS CORRIDOS DESDE LA FECHA DE OCURRENCIA DEL SINIESTRO.

PARA CUALQUIER CONSULTA, FAVOR LLAMAR AL 600 600 1200 FONO 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 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.

NOTA: LA COMPAÑÍA 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: **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.

NOTA 14: LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA 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.

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 DE VIDA CORPVIDA S.A. O A TRAVES DE LA PAGINA WEB 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 2010

COMPAÑÍAS DE SEGUROS GENERALES	%	COMPAÑÍAS DE SEGUROS DE VIDA	%
LIBERTY COMPAÑIA DE SEGUROS GENERALES S.A.	33,09%	COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA CARDIF S.A.	54,74%
COMPAÑIA DE SEGUROS ASEGURADORA DE MAGALLANES S.A.	33,06%	COMPAÑIA DE SEGUROS CORPVIDA S.A	44,04%
RSA SEGUROS CHILE S.A.	24,00%	COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA CRUZ DEL SUR S.A.	0,94%
COMPAÑIA DE SEGUROS GENERALES CARDIF S.A.	6,73%	COMPAÑIA DE SEG. DE VIDA CONSORCIO NACIONAL DE SEGUROS S.A.	0,15%
PENTA SECURITY	1,19%	CHILENA CONSOLIDADA SEGUROS DE VIDA S.A.	0,11%
MAPFRE SEGUROS GENERALES S.A.	1,09%	VIDA SECURITY S.A.	0,01%
ZENIT SEGUROS GENERALES S.A.	0,71%	INTERAMERICANA SEGUROS DE VIDA Y AHORRO	0,01%
CHILENA CONSOLIDADA SEGUROS GENERALES S.A.	0,08%		
CHUBB DE CHILE CIA DE SEGUROS GENERALES S.A.	0,04%		
HDI SEGUROS S.A.	0,0086%		
ACE SEGUROS S.A	0,0010%		
TOTAL INTERMEDIADO	100%	TOTAL INTERMEDIADO	100%

ADEMAS 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).

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS EMISORA DE LA PÓLIZA	RAMO	N° DE PÓLIZA
COMPAÑÍA DE SEGUROS CONSORCIO GENERAL DE SEGUROS S.A.	GARANTÍA	4323304
COMPAÑÍA DE SEGUROS CONSORCIO GENERAL DE SEGUROS S.A.	RC	4323295

POR TANTO, SOLICITO A CORPBANCA ME INCORPORE A LOS SEGUROS COLECTIVOS QUE TENGA CONTRATADOS DE ACUERDO A LA(S) COBERTURA(S) QUE SE INDICA, COMO TAMBIEN PARA QUE RENUEVE LAS POLIZAS EN LAS CONDICIONES Y EN LA COMPAÑÍA QUE ESTIME CONVENIENTE, A TRAVES DE CORPBANCA CORREDORES DE SEGUROS S.A., FACULTÁNDOLO EXPRESAMENTE PARA COBRAR EL VALOR DE LA PRIMA CONJUNTAMENTE CON EL DIVIDENDO CORRESPONDIENTE. EL PRESENTE MANDATO SE MANTENDRÁ VIGENTE MIENTRAS SE MANTENGA VIGENTE EL CRÉDITO HIPOTECARIO INDICADO EN ESTA PROPUESTA.

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): 0.30%



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
- 5,95% IVA incluido de la prima recaudada, neta de anulaciones y devoluciones.

Comisión de Intermediación

- Corpbanca Corredores de Seguros S.A.
- 78.809.780-8
- 40% IVA incluido de la prima recaudada, neta de anulaciones y devoluciones.

Gastos Compañía

- 20% más IVA

EXISTEN OTROS INGRESOS NO VINCULADOS A POLIZAS 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.