

**CONDICIONES PARTICULARES POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL PARA CORREDORES DE SEGUROS**

Póliza de Seguros Generales

N° Póliza : 10053379

N° Propuesta : 10053379

Compañía de Seguros Generales Consorcio Nacional de Seguros S.A., considerando: A) La Propuesta de Seguros presentada por el proponente; B) El plan de pago acordado con él; y C) Las Condiciones Generales y Particulares insertas en la presente póliza y aceptadas por ambas partes, todo lo cual se considera parte integrante del presente contrato, asegura a:

Asegurado : Volvek, Corredores De Seguros S.A.

RUT : 76.726.150-0

Dirección : SAN PIO X 2460 OFIC. 808

Comuna : Providencia

Ciudad : Santiago

Teléfono : 223713300

Región : Región Metropolitana

Plan de Seguro : Responsabilidad Civil

Código Plan : Resp. Civil Corredores

Vigencia : Desde las 00:00 hrs. del 15/04/2024 a las 24:00 hrs. del 14/04/2025

Vía de Pago : Pago Contado-Cheques

| COBERTURAS | | Monto Asegurado UF | Deducible UF | Prima Neta UF |
|-------------------|------------------------|-----------------------|-----------------|------------------|
| POL120130969 | Resp. Civil Corredores | 60.000,00 | 500 | 133,39 |

Cifras en UF.

TOTALES

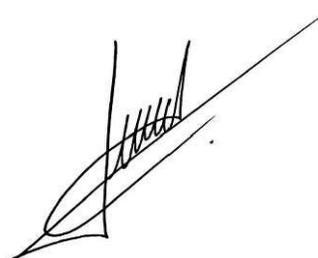
| | |
|--------------|--------|
| Prima Afecta | 133,39 |
| IVA 19 % | 25,34 |
| Prima Exenta | 0,00 |
| Prima Final | 158,73 |

Domicilio Especial : Regional 13 Santiago

Fecha Emisión : 02/04/2024

Intermediario : Venta Directa

Comisión Intermediario : 0.0 %



**Cristobal Faret Contreras
Gerente de Operaciones
Seguros Generales
CONSORCIO SEGUROS GENERALES**

**CONDICIONES PARTICULARES POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL PARA CORREDORES DE SEGUROS**

ASEGURADO

Volvek, Corredores De Seguros S.A.
RUT 76.726.150-0

Ámbito de la Cobertura
Territorio Nacional

RESPONSABILIDAD CIVIL

Base de Evaluación

Facturación de Primas intermediadas durante el Ejercicio 2023, según FECU a tipo de cambio vigente al 31 diciembre de dicho año.

Monto Facturación UF 735.065.-

Límite Asegurado A ser Suscrito según norma CMF UF 60.000.-

Cobertura

Según Condiciones Generales del Seguro de Responsabilidad Civil Profesional para Corredores de Seguros, aprobada e inscrita en el registro de pólizas de la Superintendencia de Valores y Seguros, bajo el código POL 1 2013 0969

Prima Neta

UF 133,39.- más IVA.

Deducible

UF 500.- aplicable a la suma total de indemnizaciones que el asegurado se vea obligado a pagar con cargo a esta Póliza, cantidad que es asumida por la Póliza de Garantía para Corredores de Seguros que debe tener contratada para dar cumplimiento a las normativas existentes.

EXCLUSIONES

Para la presente cotización se consideran las Exclusiones contenidas en los Condicionados Generales, indicados en la Sección de Coberturas, salvo aquellas que hayan sido modificadas por las Cláusulas Adicionales, asociadas los referidos Condicionados.

INFORMACIÓN SOBRE ATENCIÓN DE CLIENTES Y PRESENTACIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS

En virtud de la Circular N° 2131 de 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 les 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 atiende público, presencialmente, por correo postal, medios electrónicos, o telefónicamente, sin formalidades, en el horario normal de atención.

Recibida una presentación, consulta o reclamo, ésta 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 Superintendencia de Valores y Seguros, Área de protección al Inversionista y Asegurado, cuyas oficinas se encuentran ubicadas en Av. Libertador Bernardo O'Higgins 1449, piso 1°, Santiago, o a través del sitio web www.svs.cl.

Consortio cuenta con una Unidad de Servicio a Clientes orientada a atender todas las consultas, requerimientos y reclamos de los clientes, relacionados con su producto contratado, y en general, con todo lo regulado en el presente contrato.

Consortio pone a su disposición los siguientes Canales de Contacto:

- (i) **Sucursales** de Arica a Punta Arenas. El listado de todas las sucursales y sus horarios de atención se encuentran informados en la página web www.consortio.cl.
- (ii) **Contact Center**, llamando al teléfono **600 221 3000**. (Desde celulares debe llamar al (02) 27825398).
- (iii) **Página web www.consortio.cl**. Usted puede contactarse con Consortio a través de la sección Contáctanos, en nuestra página web.

Consortio se encuentra adherida al Código de Autorregulación de las Compañías de Seguros y está sujeta al Compendio de Buenas Prácticas Corporativas, que contiene un conjunto de normas destinadas a promover una adecuada relación de las compañías de seguros con sus clientes. Copia de este Compendio se encuentra en la página web www.aach.cl.

Además, la Compañía ha aceptado la intervención del Defensor del Asegurado cuando los clientes 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 la Compañía o a través de la página web www.ddachile.cl.

PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACIONES DE SINIESTROS

(Circular N° 2106 Comisión para el Mercado Financiero)

1) OBJETO DE LA LIQUIDACION

La Liquidación tiene por fin establecer la ocurrencia de un siniestro, determinar si el siniestro está cubierto en la póliza contratada en una compañía de seguros determinada, y cuantificar el monto de la pérdida y de la indemnización a pagar.

El procedimiento de liquidación está sometido a los principios de celeridad y economía procedimental, de objetividad y carácter técnico y de transparencia y acceso.

2) FORMA DE EFECTUAR LA LIQUIDACION

La liquidación puede efectuarla directamente la Compañía o encomendarla a un Liquidador de Seguros. La decisión debe comunicarse al Asegurado dentro del plazo de tres días hábiles contados desde la fecha de la denuncia del siniestro.

3) DERECHO DE OPOSICION A LA LIQUIDACION DIRECTA

En caso de liquidación directa por la compañía, el Asegurado o beneficiario puede oponerse a ella, solicitándole por escrito que designe un Liquidador de Seguros, dentro del plazo de cinco días hábiles contados desde la notificación de la comunicación de la Compañía. La Compañía deberá designar al Liquidador en el plazo de dos días hábiles contados desde dicha oposición.

4) INFORMACION AL ASEGURADO DE GESTIONES A REALIZAR Y PETICION DE ANTECEDENTES

El Liquidador o la Compañía deberá informar al Asegurado, por escrito, en forma suficiente y oportuna, al correo electrónico (informado en la denuncia del siniestro) o por carta certificada (al domicilio señalado en la denuncia del siniestro), de las gestiones que le corresponde realizar, solicitando de una sola vez, cuando las circunstancias lo permitan, todos los antecedentes que requiere para liquidar el siniestro.

5) PRE-INFORME DE LIQUIDACION

En aquellos siniestros en que surgieren problemas y diferencias de criterios sobre sus causas, evaluación del riesgo o extensión de la cobertura, podrá el Liquidador, actuando de oficio o a petición del Asegurado, emitir un pre-informe de liquidación sobre la cobertura del siniestro y el monto de los daños producidos, el que deberá ponerse en conocimiento de los interesados. El asegurado o la Compañía podrán hacer observaciones por escrito al pre-informe dentro del plazo de cinco días hábiles desde su conocimiento.

6) PLAZO DE LIQUIDACION

Dentro del más breve plazo, no pudiendo exceder de **45 días** corridos desde fecha denuncia, a excepción de:

- a) siniestros que correspondan a seguros individuales sobre riesgos del Primer Grupo cuya prima anual sea superior a 100 UF: **90 días** corridos desde fecha denuncia;
- b) siniestros marítimos que afecten a los cascos o en caso de Avería Gruesa: **180 días** corridos desde fecha denuncia;

7) PRORROGA DEL PLAZO DE LIQUIDACION

Los plazos antes señalados podrán, excepcionalmente siempre que las circunstancias lo ameriten, prorrogarse, sucesivamente por iguales periodos, informando los motivos que la fundamenten e indicando las gestiones concretas y específicas que se realizarán, lo que deberá comunicarse al Asegurado y a la Comisión para el Mercado Financiero, pudiendo esta última dejar sin efecto la ampliación, en casos calificados, y fijar un plazo para entrega del informe de Liquidación. No podrá ser motivo de prórroga la solicitud de nuevos antecedentes cuyo requerimiento pudo preverse con anterioridad, salvo que se indiquen las razones que justifiquen la falta de requerimiento, ni podrán prorrogarse los siniestros en que no haya existido gestión alguna del liquidador, registrado o directo.

8) INFORME FINAL DE LIQUIDACION

El informe final de Liquidación deberá remitirse al Asegurado y simultáneamente al Asegurador, cuando corresponda, y deberá contener necesariamente la transcripción íntegra de los artículos 26 y 27 del Reglamento de Auxiliares del Comercio de Seguros (D.S. de Hacienda N° 1.055, de 2012, Diario Oficial de 29 de Diciembre de 2012).

9) IMPUGNACION INFORME LIQUIDACION

Recibido el informe de Liquidación, la Compañía y el Asegurado dispondrán de un plazo de diez días hábiles para impugnarla. En caso de Liquidación directa por la Compañía, este derecho sólo lo tendrá el Asegurado.

Impugnado el informe, el Liquidador o la compañía dispondrá de un plazo de 6 días hábiles para responder la impugnación.

P L A N D E P A G O

Póliza N° 10053379

Emisión Plan de Pago al 02/04/2024

Prima UF 158,73

CONTRATANTE

Nombre : VOLVEK, CORREDORES DE SEGUROS S.A. R.U.T. : 76.726.150-0

CORREDOR

Nombre : UBILLA VEJAR ELIZABETH VICTORIA R.U.T. : 9.993.259-7

RESPONSABLE DE PAGO

Nombre : VOLVEK, CORREDORES DE SEGUROS S.A. R.U.T. : 76.726.150-0

Dirección : SAN PIO X 2460 OFIC. 808

Comuna : Providencia Ciudad : Santiago

Debo y pagaré a Compañía de Seguros Generales Consorcio Nacional de Seguros S.A., la prima arriba señalada, incluyendo sus correspondientes intereses en las cuotas, fechas y por los montos que a continuación se indican:

| Cuota N° | Vencimiento | Valor Cuota UF | Modificaciones | | | |
|----------|-------------|----------------|------------------|----|--|----|
| 1 | 05/05/2024 | 158,73 | N° Cuotas | | | |
| | | | Fecha Cuota | | | |
| | | | Acepta Dirección | Si | | No |
| | | | FIRMA ASEGURADO | | | |

La prima o saldo insoluto de ella que ha sido documentada en virtud del presente instrumento devenga un interés mensual del 0,00 %.

El aviso del cobro de las cuotas más arriba individualizadas, están incorporadas en una cuponera que se adjunta a la póliza, las cuales deben ser canceladas en la fecha y lugares indicados, en forma íntegra. El incumplimiento de esta obligación devengará los intereses indicados en la contratapa de esta cuponera, además faculta a la Compañía para aplicar la cláusula de resolución de contrato por no pago de prima, sin perjuicio de sus demás derechos.

El pago de cuotas expresadas en unidades de fomento deberá efectuarse en su equivalente en pesos al día del pago efectivo. Las expresadas en otras monedas, se solucionarán en la moneda respectiva.

Este Plan de pago forma parte integrante de las Condiciones Particulares de la Póliza.

Los cheques deben extenderse nominativamente y cruzados a nombre de Compañía de Seguros Generales Consorcio Nacional de Seguros S.A.

FIRMA ASEGURADO

P L A N D E P A G O

Póliza N° 10053379

Emisión Plan de Pago al 02/04/2024

Prima UF 158,73

CONTRATANTE

Nombre : VOLVEK, CORREDORES DE SEGUROS S.A. R.U.T. : 76.726.150-0

CORREDOR

Nombre : UBILLA VEJAR ELIZABETH VICTORIA R.U.T. : 9.993.259-7

RESPONSABLE DE PAGO

Nombre : VOLVEK, CORREDORES DE SEGUROS S.A. R.U.T. : 76.726.150-0

Dirección : SAN PIO X 2460 OFIC. 808

Comuna : Providencia Ciudad : Santiago

Debo y pagaré a Compañía de Seguros Generales Consorcio Nacional de Seguros S.A., la prima arriba señalada, incluyendo sus correspondientes intereses en las cuotas, fechas y por los montos que a continuación se indican:

| Cuota N° | Vencimiento | Valor Cuota UF | Modificaciones | | | |
|----------|-------------|----------------|------------------|----|--|----|
| 1 | 05/05/2024 | 158,73 | N° Cuotas | | | |
| | | | Fecha Cuota | | | |
| | | | Acepta Dirección | Si | | No |
| | | | FIRMA ASEGURADO | | | |

La prima o saldo insoluto de ella que ha sido documentada en virtud del presente instrumento devenga un interés mensual del 0,00 %.

El aviso del cobro de las cuotas más arriba individualizadas, están incorporadas en una cuponera que se adjunta a la póliza, las cuales deben ser canceladas en la fecha y lugares indicados, en forma íntegra. El incumplimiento de esta obligación devengará los intereses indicados en la contratapa de esta cuponera, además faculta a la Compañía para aplicar la cláusula de resolución de contrato por no pago de prima, sin perjuicio de sus demás derechos.

El pago de cuotas expresadas en unidades de fomento deberá efectuarse en su equivalente en pesos al día del pago efectivo. Las expresadas en otras monedas, se solucionarán en la moneda respectiva.

Este Plan de pago forma parte integrante de las Condiciones Particulares de la Póliza.

Los cheques deben extenderse nominativamente y cruzados a nombre de Compañía de Seguros Generales Consorcio Nacional de Seguros S.A.

FIRMA ASEGURADO

P L A N D E P A G O

Póliza N° 10053379

Emisión Plan de Pago al 02/04/2024

Prima UF 158,73

CONTRATANTE

Nombre : VOLVEK, CORREDORES DE SEGUROS S.A. R.U.T. : 76.726.150-0

CORREDOR

Nombre : UBILLA VEJAR ELIZABETH VICTORIA R.U.T. : 9.993.259-7

RESPONSABLE DE PAGO

Nombre : VOLVEK, CORREDORES DE SEGUROS S.A. R.U.T. : 76.726.150-0

Dirección : SAN PIO X 2460 OFIC. 808

Comuna : Providencia Ciudad : Santiago

Debo y pagaré a Compañía de Seguros Generales Consorcio Nacional de Seguros S.A., la prima arriba señalada, incluyendo sus correspondientes intereses en las cuotas, fechas y por los montos que a continuación se indican:

| Cuota N° | Vencimiento | Valor Cuota UF | Modificaciones | | | |
|----------|-------------|----------------|------------------|----|--|----|
| 1 | 05/05/2024 | 158,73 | N° Cuotas | | | |
| | | | Fecha Cuota | | | |
| | | | Acepta Dirección | Si | | No |
| | | | FIRMA ASEGURADO | | | |

La prima o saldo insoluto de ella que ha sido documentada en virtud del presente instrumento devenga un interés mensual del 0,00 %.

El aviso del cobro de las cuotas más arriba individualizadas, están incorporadas en una cuponera que se adjunta a la póliza, las cuales deben ser canceladas en la fecha y lugares indicados, en forma íntegra. El incumplimiento de esta obligación devengará los intereses indicados en la contratapa de esta cuponera, además faculta a la Compañía para aplicar la cláusula de resolución de contrato por no pago de prima, sin perjuicio de sus demás derechos.

El pago de cuotas expresadas en unidades de fomento deberá efectuarse en su equivalente en pesos al día del pago efectivo. Las expresadas en otras monedas, se solucionarán en la moneda respectiva.

Este Plan de pago forma parte integrante de las Condiciones Particulares de la Póliza.

Los cheques deben extenderse nominativamente y cruzados a nombre de Compañía de Seguros Generales Consorcio Nacional de Seguros S.A.

FIRMA ASEGURADO