



PROPUESTA DE SEGUROS GARANTÍA VENTA EN VERDE

AVDA. EL BOSQUE SUR 180 • LAS CONDES, SANTIAGO • Call Center: 600 221 3000 • www.consorcio.cl

N° PROPUESTA

FECHA

DÍA

MES

AÑO

1. ANTECEDENTES DEL TOMADOR MATRIZ

RUT	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			ACTIVIDAD/GIRO		
CALLE	N°	DPTO.	PISO	VILLA/ POBLACIÓN		
COMUNA	CIUDAD	TELÉFONO COMERCIAL		E-MAIL		

Página 1/3

¿Usted, su cónyuge, madre, padre, hijo(a), hermano(a), abuelo(a), nieto(a) o personas naturales con las que haya celebrado un pacto de actuación conjunta, mediante el cual tenga poder de voto suficiente para influir en sociedades constituidas en Chile, desempeña o ha desempeñado funciones públicas en algún país en el último año, que le dé la categoría de Persona Expuesta Políticamente (PEP*)?. Sí No (Si su respuesta es Sí, completar un formulario anexo)

2. ANTECEDENTES DEL TOMADOR INMOBILIARIA

RUT	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			ACTIVIDAD/GIRO			LÍNEA DE CRÉDITO ASIG. MAX (UF)
CALLE	N°	DPTO.	PISO	VILLA/ POBLACIÓN			
COMUNA	CIUDAD	TELÉFONO COMERCIAL		E-MAIL			

3. ANTECEDENTES DE PROYECTOS ASOCIADOS A LA INMOBILIARIA

Cód.	Nombre del Proyecto	Dirección Completa	Tipo (Casa o Departamental)	Inicio Proyecto	Fin Proyecto	Cantidad de Inmuebles	Valor Total del Proyecto (UF)	Tasa Anual Neta (%)	Monto de Línea de Crédito (UF)

ABASCN

PVFTG010 22112018

4. PLAN DE PAGO

DÍA DE PAGO: <input type="checkbox"/> 5 de cada mes <input type="checkbox"/> 20 de cada mes VÍA DE PAGO: <input type="checkbox"/> Contado / Depósito <input type="checkbox"/> Aviso de Cobro	PAC	PAT
	N° Mandato: _____	N° Mandato: _____
	Banco: _____	Banco: _____
	RUT cta. correntista: _____	N° de Tarjeta: _____
	Nombre cta. correntista: _____	Tipo de Tarjeta: _____
	N° Cta. correntista: _____	
	Tipo de Cuenta: _____	

5. SOLICITUD DE FACTURA

Solicitud de Factura

GIRO: _____
 *Dato obligatorio para emitir Factura
 *Si es Persona Natural debe completar Formulario "Solicitud de Emisión de Factura".

OBSERVACIONES: _____

La modalidad de facturación considera el tipo de facturación Anticipada o Contrapago. Favor especificar en Observaciones el tipos de factura solicitada.

6. DATOS DE CONTACTO PARA EL ENVÍO DE FACTURA

RUT	NOMBRE	TELÉFONO	E-MAIL
-----	--------	----------	--------

7. DATOS DEL INTERMEDIARIO

RUT	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		CÓDIGO INTERMEDIARIO	COMISIÓN (%)
TELÉFONO	RUT EJECUTIVO(*)	CONTACTO/EJECUTIVO(*)	E-MAIL	

(*) Si el Corredor es persona jurídica, complete los datos de la persona que intervino por cuenta del Corredor.

8. USO EXCLUSIVO CONSORCIO

Cód.	Nombre del Proyecto	Tasa Anual Neta (%)	Factor de Riesgo (%)	Precarga de Inmuebles	Código de Convenio	Prima Mínima (UF)	N° Cotización

Firma del Tomador/
Contratante

Esta propuesta es válida por 15 días contados desde su fecha de emisión.

El riesgo es cubierto por Compañía de Seguros Generales Consorcio Nacional de Seguros S.A., según las Condiciones Generales incorporadas en el Registro de Pólizas de la Comisión para el Mercado Financiero bajo el código POL 120131789. La presente información sólo representa un resumen de las coberturas, el detalle de éstas, sus límites y las exclusiones correspondientes se encuentran en las Condiciones Generales de la Póliza antes mencionada, las que puede consultar en la página http://www.cmfchile.cl/institucional/mercados/deposito_polizas.

OBJETO DEL SEGURO O COBERTURA: La presente póliza tiene por objeto garantizar única y exclusivamente la obligación de restituir al Asegurado las sumas de dinero que, efectivamente éste hubiera pagado por anticipo o a cuenta del precio de la compraventa prometida, en todos los casos en que el Tomador esté obligado a restituir tales sumas como consecuencia de no haberse otorgado el contrato prometido dentro del plazo convenido o del incumplimiento de la condición establecida por el promitente vendedor en el contrato de promesa de compraventa.

SINIESTROS: Todo reclamo deberá hacerse por escrito por el Asegurado a la Compañía tan pronto haya tomado conocimiento del incumplimiento del contrato que le faculta para hacer efectiva la póliza. El incumplimiento de esta obligación dará lugar, según su gravedad, a la reducción de la indemnización o la resolución del contrato de seguro, todo ello conforme a lo dispuesto en el artículo 583 del Código de Comercio.

En todo caso de siniestro, el asegurado deberá dar aviso por escrito a la Compañía a más tardar dentro de los 10 días siguientes a la fecha del evento. El denuncia de siniestro se puede realizar de las siguientes formas:

- En forma personal, directamente en cualquiera de las sucursales a lo largo del país, de Compañía de Seguros Generales Consorcio Nacional de Seguros S.A.
- En internet: www.consorcio.cl.
- Mediante contacto telefónico llamando al 600 221 3000 o desde celulares al (56 2) 2782 53 98.

(*) Son días y horas hábiles para realizar el denuncia telefónico los lunes, martes, miércoles y jueves que no sean festivos, y el horario hábil se extiende desde las 09:00 hasta las 18:30 horas de los días anteriormente señalados.

El horario de atención para los días viernes, se extiende desde las 09:00 hasta las 16:30 horas, siempre y cuando éste no sea feriado.

CAUSALES DE TÉRMINO ANTICIPADO: La póliza terminará anticipadamente en caso de verificarse algunas de las siguientes circunstancias: Por no cumplimiento de las demás obligaciones convenidas en la póliza. Asimismo, la póliza terminará anticipadamente por decisión del Asegurado, salvo a excepciones legales, debiendo éste comunicarlo a la Compañía, de acuerdo a lo señalado en el Artículo 537 del Código de Comercio. En caso de término anticipado del Seguro, por alguna de las razones antes indicadas, la Compañía hará devolución al Asegurado de la Prima pagada no devengada.

VIGENCIA: El inicio de la vigencia de la póliza será la fecha en que el Tomador indique como inicio del Proyecto especificado en la sección 3 de la presente propuesta, a su vez finalizará cumplido el periodo indicado como fin de Proyecto.

TABLA DE GASTOS DE COBRANZA POR MORA: A partir del día treinta y uno (31) contado desde la fecha de la primera cobranza y/o facturación electrónica, La Compañía tendrá la facultad de aplicar el cobro de intereses sobre la Prima adeudada. La tasa de interés será equivalente a la tasa máxima convencional. La periodicidad de pago será de pago único y debe realizarse en las oficinas de La Compañía.

CON LA EMISIÓN DE LA PRESENTE PROPUESTA, NO SE OBTIENE COBERTURA ALGUNA AL RIESGO QUE PROCURA ASEGURAR. LA COBERTURA COMIENZA A REGIR ÚNICAMENTE A PARTIR DEL MOMENTO EN QUE LA PROPUESTA SEA ACEPTADA POR LA COMPAÑÍA DE SEGUROS GENERALES CONSORCIO NACIONAL DE SEGUROS S.A. Y SE INICIE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

De acuerdo a lo dispuesto en los Artículos 524 y 526 del Código de Comercio, declaro que toda información que he dado precedentemente es expresión fiel de la verdad, y admito desde ya que el Contrato será ineficaz si se comprueba que mis informaciones han sido falsas, erróneas o reticentes.

SOLICITUD DE CLAVE INTERNET

En la ciudad de _____, a _____ de _____ del año 20____, entre **Compañía de Seguros Generales Consorcio Nacional de Seguros S.A.**, RUT N° 96.654.180-6, domiciliado en Avenida El Bosque Sur N° 180 piso 1°, comuna de Las Condes, Santiago, (CONSORCIO), y el cliente individualizado al final de este instrumento, (El Cliente), se ha celebrado el presente contrato de uso de Clave para el acceso al sitio www.consorcio.cl (El Sitio), el cual regulará las operaciones, derechos y obligaciones que adquieren las partes con motivo de la entrega de la Clave en los siguiente términos:

PRIMERO: A través del Sitio, CONSORCIO pone a disposición del Cliente una serie de funciones que le proveen de información respecto a los productos ofrecidos y contratados tanto con ella, como con cualquiera de sus compañías relacionadas. Además, el Cliente podrá realizar operaciones en el sitio respecto de servicios contratados. Los servicios y operaciones disponibles en el sitio podrán ser modificados unilateralmente por CONSORCIO.

SEGUNDO: El Cliente declara solicitar su clave secreta, personal e intransferible (la Clave), con la cual podrá tener acceso al Sitio. El uso de la Clave será requisito esencial para que el Cliente pueda ingresar a revisar u operar respecto de los productos que tiene contratados con CONSORCIO. El Cliente se obliga a no revelar a terceros la Clave recibida.

TERCERO: La suscripción del presente instrumento, los "Términos y Condiciones" disponibles en el sitio y la utilización de los sistemas ofrecidos en el Sitio significará su total aceptación y sujeción.

CUARTO: Cualquiera dificultad que se produzca entre CONSORCIO y el Cliente con relación al presente instrumento, será resuelta por un árbitro de carácter mixto. Al efecto, las partes convienen que el árbitro será designado de común acuerdo o en subsidio por la Justicia Ordinaria.

QUINTO: Las partes fijan domicilio especial en la ciudad de Santiago.

DECLARO HABER LEÍDO ESTA PROPUESTA Y ESTAR DE ACUERDO CON SU CONTENIDO.

En _____, a _____ de _____ del 20____.

Según la normativa de la Comisión para el Mercado Financiero, las Personas Expuestas Políticamente (PEP) son, a lo menos, aquellas que desempeñan o han desempeñado las siguientes funciones: Presidente de la República, Senadores, Diputados, Alcaldes y Consejales; Ministros de la Corte Suprema y Cortes de Apelaciones; Ministros de Estados, Subsecretarios, Intendentes, Gobernadores, Secretarios Regionales Ministeriales, Embajadores, Jefes Superiores de Servicios, tanto centralizados como descentralizados y el Directivo Superior inmediato que deba subrogar a cada uno de ellos; Comandantes en Jefe de las Fuerzas Armadas, Director General de Carabineros, Director General de Investigaciones y el oficial superior inmediato que debe subrogar a cada uno de ellos; Fiscal Nacional del Ministerio Público y Fiscales Regionales; Contralor General de la República; Consejeros del Banco Central de Chile; Consejeros del Consejo de Defensa del Estado; Ministro del Tribunal Constitucional, Ministros del Tribunal de Libre Competencia; Integrantes titulares y suplentes del Tribunal de Contratación Pública; Consejeros del Consejo de Alta Dirección Pública; Directores y ejecutivos principales de empresas públicas, según lo definido en la Ley N° 18.045; Directores de Sociedades Anónimas nombradas por el Estado sus Organismos, Miembros de las directivas de los partidos políticos y otros cargos que establezcan la normativa vigente.

COMUNICACIONES Y USO DE INFORMACIÓN PERSONAL

Otorgo autorización a las compañías de seguros, corredora de bolsa, banco y demás Empresas pertenecientes al grupo Consorcio Financiero S.A. a que se recopile toda información, antecedentes y datos de carácter personal suministrados en este acto o durante la vigencia de cualquiera de los productos contratados con ellos, autorizando y aceptando expresamente la transmisión y almacenamiento de los mismos en Chile como en el extranjero, incluidos aquellos sujetos a secreto o reserva bancaria. Asimismo, a realizar todos los actos entre dichas compañías que sean necesarias para transmitir, comunicar, compartir, almacenar, conservar, procesar, modificar, actualizar, así como todo otro acto regulado en la Ley 19.628, para el adecuado cumplimiento de los siguientes propósitos: Enviar a la dirección física, correo electrónico y/o número de telefonía móvil, todos aquellos antecedentes relacionados con los productos contratados y cualquier otro tipo de información comercial y/o promocional sobre cualquier producto servicio ofrecido al público, sea con el propósito de informarlo, con el fin de poder conocerlos, acceder a sus condiciones objetivas, precios y tarifas, consultar sobre sus características relevantes, cotizarlos y/o contratarlos por cualquiera de las Empresas pertenecientes al Grupo Consorcio Financiero S.A..

El Cliente se compromete a mantener los datos actualizados y exactos, como también a informar de modificaciones respecto a la información relativa a ella, tan pronto como sea posible.

Así mismo declaro conocer y aceptar que si no deseo recibir información comercial de las compañías pertenecientes al grupo empresarial me encargaré personalmente de cancelar mi suscripción de comunicaciones enviando un mail a la casilla remove@consorcio.cl.

Por su parte, las compañías del grupo empresarial de Consorcio Financiero S.A. se obligan a no utilizar los datos suministrados en este acto para otro fin que aquellos señalados precedentemente, ni a ceder, transferir o compartir dicha información con terceras personas diferentes a las indicadas en este documento.

La Compañía de Seguros Generales Consorcio Nacional de Seguros S.A. 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. Asimismo, 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 la Compañía de Seguros Generales Consorcio Nacional de Seguros S.A. o a través de la página web www.ddachile.cl.

9. IDENTIFICACIÓN CONTACTO DE INMOBILIARIA

Cód.	Nombre Completo	RUT	Dirección Completa	E-mail	Rol*	Atribuciones *

*Descripción de los Tipos de Roles y sus Atribuciones.

Rol	Perfil	Atribuciones
4	Ejecutivo Comercial Senior	Tiene habilitado todo el menú de Certificados, menú Gestión de Líneas y exportar datos en formato excel.
5	Ejecutivo Comercial Junior	Tiene habilitado sólo el menú de Certificados, menú Gestión de Línea no tendrá acceso.

Declaro expresamente que los datos señalados en el presente formulario son ciertos y fidedignos, y asumo la responsabilidad legal correspondiente, especialmente en relación con los avisos y notificaciones que deban enviarse en virtud de los respectivos contratos que hubiere suscrito. Igualmente, me hago responsable de mantener actualizada mi información en las compañías del grupo empresarial de Consorcio Financiero S.A., asumiendo cualquier perjuicio que pudiere resultar de dicha desactualización.

Asimismo declaro conocer y aceptar que si no deseo recibir información comercial de las compañías pertenecientes al grupo empresarial me encargare personalmente de cancelar mi suscripción de comunicaciones en la página web www.consorcio.cl.

Por su parte, las compañías del grupo empresarial de Consorcio Financiero S.A. se obligan a no utilizar los datos suministrados en este acto para otro fin que aquellos señalados precedentemente, ni a ceder, transferir o compartir dicha información con terceras personas diferentes a las indicadas en este documento.