



COMISIÓN
PARA EL MERCADO
FINANCIERO

PROYECTO NORMATIVO

Modificación Norma de Carácter General N°330

Septiembre 2021

www.cmfchile.cl

Modificación de la Norma de Carácter General N°330 de la Comisión para el Mercado Financiero, que regula la contratación individual y colectiva de seguros asociados a créditos hipotecarios del artículo 40 del D.F.L. N° 251.

Septiembre 2021

Tabla de contenido

I.	Introducción.....	4
II.	Objetivo de la normativa	6
III.	Diagnóstico y contenido del proyecto normativo	7
	A. Cambios normativos con origen en la Ley N° 21.314.....	7
	1. Participación de corredores de seguros en las licitaciones	7
	2. Prohibición de pagos de la compañía de seguros a favor de la entidad crediticia durante toda la vigencia del contrato	7
	3. Otros cambios legales	8
	B. Principales cambios administrativos con origen en la supervisión	8
	1. Disminución del número promedio de oferentes por licitación.....	8
	2. Limitaciones a la suscripción de los riesgos a asegurar y a la liquidación de los siniestros.	9
	3. Información requerida para la tarificación de los riesgos.	11
	4. Permanencia en el seguro de desgravamen con invalidez total y permanente 2/3 (ITP 2/3).....	12
	5. Exigencias que encarecen los seguros licitados.	13
	6. Seguros individuales.	14
	7. Altas exigencias en el número de sucursales y sistemas informáticos.	15
	8. Publicación en web de las condiciones particulares y generales.....	16
	9. Información de Resumen de Coberturas versus Certificado de Cobertura.	16
	10. Recursos destinados a la supervisión de las bases de licitación de las entidades crediticias.	17
	11. Perfeccionamientos varios.	17
IV.	Marco jurídico local	20
V.	Evaluación de impacto regulatorio.....	21
VI.	Propuesta de cambio normativo.....	28
VII.	Anexo al informe normativo	77

I. Introducción

Los créditos hipotecarios son préstamos otorgados por las instituciones financieras para la compra, ampliación, reparación o construcción de una vivienda, compra de sitios, o para libre disposición. Estas entidades crediticias contratan seguros asociados a los créditos para proteger los inmuebles dados en garantía (seguro de incendio y sus adicionales) o para proteger la fuente de pago de los préstamos (seguro de desgravamen e invalidez). Estos seguros son pagados por los deudores, normalmente de manera conjunta con los dividendos o cuotas del crédito hipotecario.

La contratación colectiva de estos seguros permite ahorros de costos, que benefician a ambas partes. Por un lado, con el pago de la prima de cargo del deudor, las instituciones financieras minimizan los riesgos de daños a los que están expuestas sus garantías y transfieren el riesgo de no pago de los deudores por eventos como la muerte o la invalidez de quien paga la deuda. Por otro lado, los deudores que están obligados a la contratación de estos seguros, ya que son un requisito para el otorgamiento del crédito, mediante los seguros colectivos acceden a menores precios.

El terremoto del 27 de febrero del año 2010 dejó de manifiesto la existencia de problemas de cobertura en las pólizas de estos seguros, tales como falta de homogeneidad; que las pólizas de incendio no siempre incorporaban adicionales de terremoto y salida de mar y, cuando las incorporaban, contenían restricciones desconocidas por los asegurados como depreciación; y casos en que el monto asegurado por incendio correspondía al saldo insoluto de la deuda y no al valor del inmueble, entre otros. Por tanto, dicho evento propició por parte de esta Comisión un análisis del impacto de dicha catástrofe en la industria aseguradora por parte de esta Comisión, trabajo que derivó en el documento “Terremoto 2010: Análisis e impacto del 27-F en el mercado asegurador” publicado por la Superintendencia de Valores y Seguros (ahora Comisión para el Mercado Financiero) en su sitio web¹.

Sumado a lo anterior, la opción de contratar el seguro en forma independiente a la institución crediticia era bastante difícil de ejercer, debido a las altas exigencias impuestas por éstas en temas tales como el plazo de presentación, las condiciones del seguro y la forma de pago del seguro, que generalmente debía ser pagado al contado.

Por último, el terremoto de 2010 dejó en evidencia las altas comisiones cobradas por las instituciones crediticias por recaudar la prima del seguro, las que eran incorporadas al monto de la prima como un porcentaje de ésta.

Todo lo anterior derivó en la presentación de un proyecto de ley que fue aprobado como Ley N° 20.552 en diciembre de 2011, el cual incorporó un nuevo artículo 40 al D.F.L. N° 251, de 1931, Ley de Seguros. Mediante dicha ley se buscó que la entidad crediticia sólo traspase al deudor asegurado el costo efectivo del seguro, ya que el objeto de estos seguros es proteger la garantía o la fuente de pago del crédito; garantizar el traspaso de los beneficios de la contratación colectiva del seguro a los asegurados deudores que son quienes asumen el pago de la prima; y fortalecer la competencia y transparencia en la contratación de estos seguros.

En resumen, la Ley N° 20.552 que incorporó el artículo 40 al D.F.L. N° 251, estableció principalmente que:

¹ Documento disponible en <http://www.cmfchile.cl/portal/publicaciones/610/w3-artide-15031.html>

- Las entidades crediticias deben contratar seguros colectivos asociados a los créditos hipotecarios por medio de una licitación pública (que incluye la comisión del corredor de seguros, de ser aplicable), que se asigna al oferente que presente el menor precio.
- No pueden estipularse en la licitación comisiones o pagos a favor de la entidad crediticia asociados a la contratación y gestión de estos seguros, a la cobranza de las primas, o por cualquier otro concepto. Además, cualquier devolución de primas por mejor siniestralidad, volumen de primas, número de asegurados u otro concepto, deberá ser reembolsada al deudor asegurado del crédito.
- Las compañías de seguros cuya menor clasificación de riesgo sea menor a A- no pueden participar de la licitación.
- Los deudores tienen derecho a contratar individualmente su seguro con una aseguradora de su elección.
- Las disposiciones se aplican a los nuevos contratos de seguros que se suscriban, y a los contratos que se renueven a partir del primer día del séptimo mes siguiente al de la publicación de la ley señalada.

Es importante destacar que la entidad crediticia es quien determina cuáles son las coberturas que exigirá a sus deudores y, por lo tanto, las coberturas que licitará, dentro de aquellas que cumplan con lo señalado en el párrafo anterior. A los deudores que presenten pólizas contratadas por ellos directamente en una compañía de seguros, no se les pueden exigir mayores coberturas que las contenidas en los seguros licitados para la cartera colectiva.

A raíz de la dictación de la ley señalada, fue emitida la Norma de Carácter General N°330 (NCG N° 330) que establece las condiciones mínimas de la contratación individual y las bases de licitación de la contratación colectiva de seguros asociados a créditos hipotecarios y la información que se deberá entregar a los deudores asegurados. Esta norma ha sido modificada por la NCG N°347 de 2013, y por la NCG N°379 de 2015, para adecuarla a las estipulaciones del nuevo Código de Comercio e incorporar otras mejoras.

La misma ley señaló que esta Comisión debía establecer, por norma de carácter general, las condiciones y coberturas mínimas que deberán contemplar los seguros de incendio y sus adicionales y el seguro de desgravamen e invalidez total y permanente, asociados a los créditos hipotecarios, tanto para aquellos seguros contratados directamente por el deudor como para los contratados por la entidad crediticia por cuenta de éste. En este contexto, se emitió la Norma de Carácter General N°331.

En las primeras licitaciones, efectuadas en el año 2012, los precios disminuyeron en promedio en un 59,53% en los seguros de desgravamen, y un 24,23% en los seguros de incendio y sismo.

Durante dicho año, las entidades crediticias realizaron 14 licitaciones relativas a seguros de desgravamen, por un monto total asegurado de UF 571.788.607, lo que produjo caídas que variaron entre 21,82% a 76,79% en los precios de dichos seguros, beneficiando a un total de 340.330 deudores.

A su vez, se realizaron 23 licitaciones de seguro de incendio y sismo, por un monto total asegurado de UF 660.094.794. En 20 de estas licitaciones se logró una reducción en los precios de los seguros que varió entre un 4,11% hasta un 77,34%, que benefició a 302.634 deudores. Sin embargo, en 3 de estas licitaciones, el valor de este seguro se incrementó entre un 0,30% hasta un 16,53%, abarcando a 16.749 deudores.

Considerando todas las licitaciones del año 2012, el número de ofertas recibidas en promedio correspondió a 6 compañías de seguros por licitación.

La información de cada licitación efectuada desde el año 2012 a diciembre de 2020 puede consultarse en el sitio web de esta Comisión.²

Ahora bien, la Ley N° 21.314, de fecha 13 de abril de 2021, en su Artículo 5°, introdujo modificaciones al artículo 40 del DFL N° 251 de 1931, las que básicamente establecen lo siguiente:

- Las bases de licitación no pueden exigir la participación de un corredor de seguros. En caso que la oferta contemple uno, la entidad crediticia no podrá reemplazarlo.
- Se prohíbe la participación en la oferta a los corredores que asesoren a la entidad crediticia en la licitación.
- Se extiende la prohibición de pagos de la compañía de seguros a favor de la entidad crediticia durante toda la vigencia del contrato, distintos de la indemnización correspondiente.
- Se establece la factibilidad de la agrupación de carteras de menor tamaño, aún entre distintas entidades crediticias.
- Se elimina la estipulación “estadística agregada” como característica de la información que la entidad crediticia deberá entregar a los aseguradores en las bases de licitación.

Atendido el cambio legal señalado, y a que durante 9 años esta Comisión ha supervisado el contenido de las bases de licitación de las entidades crediticias, generando las observaciones correspondientes a los licitantes y aclarando e interpretando la normativa cuando fue requerido, lo cual ha dejado de manifiesto los principales aspectos que pueden ser perfeccionados administrativamente, esta Comisión ha considerado necesario revisar la actual normativa y efectuar, además, los ajustes administrativos pertinentes.

En el mismo sentido, se han tenido a la vista algunos estudios relacionados a las licitaciones hipotecarias del artículo 40 del DFL N° 251, que evalúan las dinámicas que se han presentado durante el régimen de estas licitaciones. Ejemplo de ellos son: la “Investigación sobre licitaciones de seguros hipotecarios” de la Fiscalía Nacional Económica, de agosto 2019 y la publicación del documento de política pública IE-PUC, N° 01, 2019 “Licitación de los seguros asociados a los créditos hipotecarios”.

II. Objetivo de la normativa

El principal objetivo de la propuesta normativa es actualizar e implementar los cambios legales introducidos por la Ley N° 21.314 de 2021.

Adicionalmente, se aprovecha la ocasión para incorporar mejoras que tienen su origen en la revisión y análisis de los procesos de licitación en estos últimos nueve años, tales como:

- Mejorar la cantidad y calidad de información para una mejor tarificación.
- Reforzar el derecho de las Compañías de Seguros de suscribir los riesgos y a liquidar los siniestros.
- Establecer condiciones que faciliten la competencia en la contratación de los seguros.
- Permitir el traspaso de los beneficios de la contratación colectiva del seguro a los deudores asegurados, que son quienes asumen el pago de la prima.
- Eliminar algunos costos innecesarios en las licitaciones.
- Liberar recursos de supervisión de los procesos licitatorios.

² Resultados licitaciones de bancos y entidades financieras:

<http://www.cmfchile.cl/portal/estadisticas/606/w3-article-23828.html>

Resultados licitaciones de agentes administradores de mutuos hipotecarios, empresas de leasing, securitizadoras e inmobiliarias:

<http://www.cmfchile.cl/portal/estadisticas/606/w3-article-25032.html>

III. Diagnóstico y contenido del proyecto normativo

A. Cambios normativos con origen en la Ley N° 21.314

1. Participación de corredores de seguros en las licitaciones³

Las modificaciones al artículo 40 del DFL N° 251 establecen que en la licitación no se podrá exigir que la oferta incluya a un corredor de seguros y, además, que la entidad crediticia no podrá sustituir al corredor incluido en la oferta adjudicada, en caso que la oferta contemple uno. Atendido ello, la propuesta normativa incorpora expresamente dichas disposiciones en reemplazo de las vigentes.

Adicionalmente, la ley señala que no podrán participar en la licitación, directa o indirectamente, los corredores de seguros que hayan asesorado a la entidad crediticia licitante en dicha licitación. Al respecto, con el fin de aclarar lo que se entenderá por “*participar en la licitación, directa o indirectamente*”, el proyecto normativo señala que se entenderá por asesoría efectuada directa o indirectamente cuando personal de un corredor de seguros, a través de dicha corredora u otra entidad, o el corredor de seguros persona natural, participe en la redacción de las bases de licitación, así como prestando servicios de apoyo durante el proceso de licitación (proceso de preguntas y respuestas, elaboración de información estadística, etc.), independientemente de que perciba o no alguna remuneración por tales servicios. El traspaso de la información que el corredor de seguros disponga relativa a la cartera a licitar y que resulta necesaria para que la entidad crediticia la incorpore en sus bases, no se entenderá como asesoría en los términos señalados precedentemente.

El procedimiento que se propone para que las aseguradoras puedan validar esta restricción legal, en caso de contemplar la incorporación de un corredor de seguros en su oferta, es obtener una declaración jurada simple del corredor persona natural en que señale que no trabaja ni ha prestado servicios a la entidad crediticia. Tratándose de corredores personas jurídicas, se deberá obtener una declaración jurada simple de su representante legal, que señale que ninguna persona que trabaja o preste servicios en su representada ha asesorado a la entidad crediticia en el proceso de licitación en el que se pretende participar. Adicionalmente, la entidad crediticia deberá explicitar en sus bases de licitación si contó con algún tipo de asesoría de un corredor de seguros.

2. Prohibición de pagos de la compañía de seguros a favor de la entidad crediticia durante toda la vigencia del contrato⁴

Las modificaciones al artículo 40 del DFL N° 251 establecen que, durante la vigencia de los seguros, en ningún caso se podrán considerar pagos directos o indirectos hechos por la aseguradora a la entidad crediticia, distintos del derecho a pagarse de su crédito con la indemnización en caso de siniestro.

Por otra parte, la Ley N° 21.314 incorpora en el Código de Comercio el siguiente nuevo artículo:

³ En Anexo al presente informe se incorpora información relativa a la participación de corredores de seguros en las licitaciones hipotecarias y al incremento en las comisiones.

⁴ En Anexo al presente informe se incorpora información relativa a la recaudación de primas, según la entidad que recauda.

“Artículo 520 bis. *Interés asegurable en los seguros asociados a obligaciones de crédito de dinero. En los seguros de daños, personas o de cualquier otro tipo contratados con el objeto de resguardar los bienes dados en garantía o asegurar el pago de una obligación de crédito de dinero, se considerará que los bancos o instituciones financieras que hubieren otorgado dichos créditos tienen un interés asegurable sobre el pago de la deuda o los bienes dados en garantía.”.*

En atención a los cambios legales señalados, esto es, que las entidades crediticias no pueden recibir pagos de las aseguradoras adjudicatarias distintos de la indemnización y que dichas entidades tienen un interés asegurable y, por ende, tienen interés en que las coberturas individuales no se terminen anticipadamente con ocasión del no pago de la prima, el proyecto normativo establece que la entidad crediticia deberá, junto con el dividendo, efectuar la recaudación de las primas de los seguros licitados y traspasar los montos correspondientes a la aseguradora, sin costo para ésta.

3. Otros cambios legales

El nuevo artículo 40 del DFL N° 251 establece la factibilidad de agrupar carteras de menor tamaño, aún entre distintas entidades. Esta materia, como se señala en el proyecto normativo, será abordada en una regulación específica.

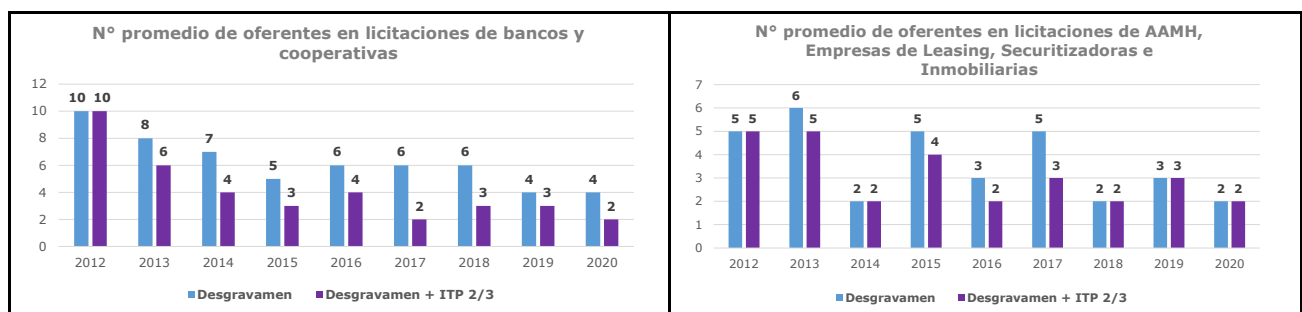
Además, mediante la Ley N° 21.314 se elimina la estipulación “estadística agregada” como característica de la información que la entidad crediticia deberá entregar a los aseguradores en el proceso licitatorio. Al respecto, en el proyecto normativo se mejora la cantidad y calidad de la información agregada a ser entregada en el proceso de licitación. En el proyecto normativo no se incorpora la entrega de información desagregada, a la espera de recoger los comentarios de las entidades aseguradoras respecto a información no agregada que, necesariamente, se requiere para una mejor tarificación de los riesgos.

B. Principales cambios administrativos con origen en la supervisión

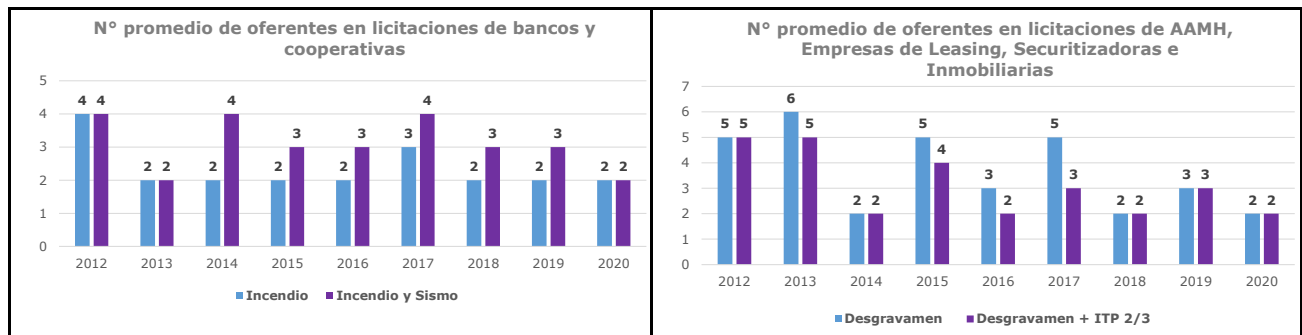
1. Disminución del número promedio de oferentes por licitación

La cantidad de oferentes que participan en las licitaciones hipotecarias del artículo 40 del DFL N°251 ha disminuido en el tiempo, especialmente en las licitaciones del seguro de desgravamen y desgravamen con invalidez total y permanente 2/3 (ITP 2/3). Lo anterior se puede apreciar en los siguientes gráficos:

Seguro de desgravamen y desgravamen + ITP 2/3:



Seguro de incendio e incendio con adicionales (sismo):



Las razones de esta tendencia pueden ser variadas: algunas carteras son muy pequeñas; existe poca y no confiable información para tarificar; hay limitaciones a la suscripción de los riesgos; se establecen muchas exigencias operativas; altas exigencias de número de sucursales para atención de público; exigencia de sofisticados sistemas informáticos interconectados; costos de recaudación de primas a través del dividendo; se requieren levantamiento de exclusiones o condiciones de asegurabilidad (ejemplo: cobertura de suicidio antes de dos años, coberturas a inmuebles de adobe); posibilidad de reducción sustancial de los asegurados de las carteras licitadas con las cuales se tarificó el riesgo que dio origen a la tasa de prima invariable durante el contrato a raíz de la oferta de pólizas individuales; altos montos exigidos como garantía de seriedad de la oferta y de cumplimiento de contrato; exigencia de cobertura a inmuebles que han cambiado su uso de habitacional o prestación de servicios a un uso más riesgoso; etc.

Algunas de estas exigencias tienen directa relación con el nivel de atención al cliente que desea entregar el licitante y la protección del bien dado en garantía o el pago de la deuda, lo que se traduce en una tasa de prima licitada más alta con cargo a todos los clientes de la cartera, mientras que otras son más difíciles de justificar en esta línea.

Lo cierto es que se observa una preocupante disminución del interés de las aseguradoras por participar y, por ende, de la competencia en las licitaciones de los seguros asociados a créditos hipotecarios.

A este respecto, prácticamente todas las propuestas que se mencionan en esta sección del informe normativo tienen por objeto aumentar el interés de las aseguradoras por participar en las licitaciones asociadas a créditos hipotecarios del artículo 40 del DFL N°251.

2. Limitaciones a la suscripción de los riesgos a asegurar y a la liquidación de los siniestros

Así como para las instituciones crediticias es relevante realizar una adecuada evaluación de la capacidad de pago de sus clientes antes de otorgar un crédito, la correcta suscripción de los riesgos a asumir es esencial para una compañía de seguros.

En especial, tratándose de seguros de personas, el Código de Comercio establece en su artículo 590:

“Declaraciones y exámenes de salud. El asegurador sólo podrá requerir antecedentes relativos a la salud de una persona en la forma establecida en el artículo 525, pudiendo solicitar la práctica de exámenes médicos de

acuerdo a lo establecido en la ley.”

Por su parte, el artículo 525 del Código de Comercio trata la declaración del estado del riesgo.

Al respecto, si bien la normativa vigente a contar del 1 de julio de 2013 establece expresamente que *“No podrá exigirse a las compañías, que cubran riesgos que de acuerdo a la póliza o sus cláusulas adicionales no sean asegurables o cuyo monto sea indeterminado.”* y que *“No podrá limitarse el derecho de las compañías de acceder a los antecedentes necesarios para suscribir los riesgos de los nuevos asegurados que se incorporen a la póliza colectiva y para liquidar adecuadamente los siniestros.”*, se observa que repetidamente las entidades crediticias solicitan coberturas automáticas, obligando a las aseguradoras a renunciar a su derecho de evaluar el estado del riesgo tal como lo señala el artículo 525 del Código de Comercio, aumentando el precio de los seguros que deben pagar todos los deudores para dar cobertura a todo el grupo asegurado y proteger así las garantías hipotecarias y el pago de la deuda a la entidad crediticia.

Efectivamente, en los 9 años que la CMF lleva revisando bases de licitación, se repite el hecho que algunas entidades crediticias establecen exigencias de cobertura con escasa o mínima suscripción, a pesar de las reiteradas observaciones efectuadas sobre el tema (cobertura automática), especialmente en seguros de desgravamen. Tal como se mencionó, estas disposiciones, si no son corregidas, implican mayores tasas de prima que deben pagar todos los deudores asegurados y limitan la oferta de las compañías de seguros, especialmente de aquellas que tienen restricciones de sus reaseguradores. En este aspecto, se han observado bases de licitación en las cuales se indica que no se requerirá Declaración Personal de Salud (DPS) cuando los nuevos créditos otorgados sean inferiores a cierto monto, monto que está generalmente por sobre los créditos promedio de la entidad crediticia y que, en la práctica, equivale a negar el derecho a suscripción a las aseguradoras.

Por lo tanto, si bien es factible que las aseguradoras renuncien a su derecho a suscribir los riesgos, traspasando a precio el mayor riesgo y teniendo el respaldo de sus reaseguradores, lo deseable es que los asegurados puedan acceder a seguros de menor precio.

Como elementos paliativos, la normativa propuesta refuerza la actual disposición normativa que establece que *“No podrá limitarse el derecho de las compañías de acceder a los antecedentes necesarios para suscribir los riesgos de los nuevos asegurados que se incorporen a la póliza colectiva y para liquidar adecuadamente los siniestros.”*, recogiendo en parte las observaciones que se han efectuado a lo largo de los años.

Lo anterior implica que las bases de licitación se ajusten a las disposiciones contenidas en el Código de Comercio y que no contengan disposiciones que obstaculicen o limiten la suscripción de los nuevos riesgos que debe efectuar la aseguradora o la obligatoriedad de incorporar asegurados o materia asegurada sin suscripción.

Por su parte, tratándose del riesgo de invalidez, la normativa propuesta establece que en las bases no se podrá establecer el carácter de exigible e irrefutable del dictamen del COMPIN u otro organismo para la determinación del grado de invalidez, por cuanto ello limita el derecho de la compañía aseguradora de liquidar el siniestro, la que debe evaluarse conforme las definiciones y estipulaciones establecidas en la cláusula adicional respectiva.

También se acota a lo menos a dos días hábiles el plazo que tendrá la aseguradora para responder si aceptará el riesgo propuesto, con el fin de permitir un tiempo razonable para una adecuada evaluación del riesgo.

Del mismo modo, la propuesta normativa establece que no se podrá exigir que en caso de siniestro el deudor asegurado deba presentar un presupuesto o informe de los daños producidos, ya sea elaborado por una empresa constructora o profesional competente, como tampoco podrán contener exigencia alguna sobre presupuestos de reparación, toda vez que ello impone al asegurado el deber de efectuar una liquidación, materia que es obligación de la compañía y del liquidador, de acuerdo al procedimiento del Decreto Supremo N°1.055 de 2012.

Adicionalmente, se observan licitaciones en que se exige a los aseguradores la cobertura de bienes con un uso distinto al señalado en el artículo 40 del DFL N°251, tanto al ingreso del inmueble a la póliza colectiva, como si durante la permanencia en la póliza el bien asegurado cambia su uso o destino. El fundamento que han señalado los licitantes es que, si el deudor asegurado no lo informa, no les es posible tomar conocimiento cuando un inmueble de la cartera asegurada ha cambiado su uso o destino.

Al respecto, la normativa contempla flexibilizar esta materia estableciendo que, si con posterioridad al otorgamiento del crédito, el bien dado en garantía cambiase su uso o destino a uno parcialmente habitacional (ej.: taller de costura, almacén), la aseguradora podrá dar cobertura siempre y cuando no se pierda el destino principal habitacional y quede estipulado en las bases de licitación que el cambio en el uso o destino no se refiera a usos considerados comúnmente como riesgosos. Esta flexibilización tiene su fundamento en la Ley General de Urbanismo y Construcciones (DFL 458), que establece en su artículo 145 que no se considerará alteración del destino de un inmueble la instalación en él de pequeños comercios o industrias artesanales, o el ejercicio de una actividad profesional, si su principal destinación subsiste como habitacional.

3. Información requerida para la tarificación de los riesgos

Contar con información suficiente y confiable es vital para una correcta tarificación, ya que luego de iniciado el contrato de seguro la compañía no puede ajustar la tasa de prima adjudicada.

Al respecto, de la revisión de las preguntas que efectúan las compañías de seguros a las entidades crediticias, se observa que es necesario perfeccionar la norma de modo de hacer exigible la entrega de más información para una mejor tarificación de los riesgos. Si bien las entidades licitantes pueden entregar información agregada adicional a la establecida en la NCG N°330, en general se ha observado que la disponibilidad se remite estrictamente a aquella que señala la normativa.

Por otra parte, se observa que no es posible determinar la calidad de la información proporcionada (especialmente el número y monto de los siniestros).

La propuesta normativa contempla la incorporación en las bases de licitación de más información, además de su entrega en formato Excel a los que retiran las bases.

La principal información que se incorpora en la propuesta normativa es:

- Mayor detalle en los datos de las carteras, tal como edades extremas y capitales asegurables para los últimos 5 periodos anuales, máximo y mínimo, del grupo que se licita.
- Edades máxima y mínima del grupo de asegurados.
- Número de operaciones aseguradas.
- Número y monto promedio de las operaciones mensuales de los últimos 12 meses.

- Mayor detalle de siniestros (se agrega el tiempo de demora en meses desde el denuncia hasta la fecha de pago del siniestro).
- Mayor detalle en los datos de expuestos (número de operaciones y clientes).
- Número de DPS disponibles, separado en operaciones anteriores y posteriores al inicio de vigencia del artículo 40 del DFL N° 251.
- Información adicional agregada que los oferentes soliciten para una mejor tarificación de los riesgos.

Adicionalmente, para dar una mayor certeza a los oferentes respecto de la calidad de la información proporcionada, la propuesta normativa contempla que los datos que la entidad crediticia ponga a disposición de las aseguradoras oferentes y de la Comisión para el Mercado Financiero, deberán estar validados por la función de auditoría interna de la entidad crediticia, o, en su defecto, por una Empresa de Auditoría Externa registrada en la Comisión para el Mercado Financiero. La información que se debe proporcionar y auditar corresponderá a aquella con cierre no superior a 30 días previos al momento del llamado a licitación.

Adicionalmente, siendo la DPS un documento relevante al momento de la liquidación de los siniestros de desgravamen e invalidez, la normativa propuesta contempla que la entidad crediticia informe en las bases de licitación la disponibilidad de DPS, tanto de operaciones crediticias posteriores a la vigencia del artículo 40 del DFL 251 como anteriores.

Por último, la normativa propuesta instruye que, cuando se trate de carteras nuevas a licitar o bien de entidades crediticias que inicien operaciones que no cuenten con información de stock, se deberá entregar la información respecto de las proyecciones que tiene la nueva entidad crediticia respecto de los créditos a otorgar.

4. Permanencia en el seguro de desgravamen con invalidez total y permanente 2/3 (ITP 2/3)

Se tiene que en este tipo de licitaciones existen carteras en que, al momento de ingresar al seguro los deudores ya han cumplido la edad máxima de permanencia, no existiendo por tanto un riesgo a cubrir por ese concepto, siendo que la tasa que se les cobra incluye ambas coberturas (desgravamen e invalidez). Por otro lado, existen carteras en que los asegurados ingresan al seguro sin haber cumplido la edad máxima de permanencia, pero la cumplen durante la vigencia del seguro.

Por lo tanto, si bien los oferentes pueden traspasar a precio estas situaciones, los deudores no ven una disminución del costo del seguro una vez cumplida la edad máxima de permanencia.

Al respecto, el número 4 del primer párrafo del artículo 40 del DFL N°251 establece que los seguros deberán convenirse exclusivamente sobre la base de una prima expresada como un porcentaje del monto asegurado de cada riesgo. Por su parte, la Circular N°2.123 de la CMF establece que *“La prima total cobrada al asegurado deberá ser desglosada en los montos correspondientes a la cobertura básica, a cada una de las coberturas adicionales contratadas y al impuesto al valor agregado IVA, si corresponde. Para el caso de las pólizas de multirriesgo, la prima deberá ser desglosada para cada una de las coberturas contratadas.”*

Atendido lo anterior, se refuerza en la propuesta normativa que la oferta económica de la aseguradora debe contener el detalle de la tasa de prima mensual ofertada por cada uno de los riesgos licitados (desgravamen, invalidez total y permanente, incendio, terremoto, salida de mar, etc.), además de la tasa de prima única mensual, que corresponderá a la suma de las tasas de cada riesgo asegurado. Esta suma es aquella que indica la tasa con la que la aseguradora compite en la licitación.

Se establece además que las aseguradoras dejarán de cobrar la prima del riesgo de invalidez a los asegurados que cumplen la edad límite de cobertura durante la vigencia del seguro, a partir del mes en que deje de estar cubierto, lo cual debe ser informado a los deudores asegurados. Sin embargo, si la aseguradora sigue percibiendo prima por la cobertura de invalidez, en virtud de lo señalado en el inciso último del artículo 525 del Código de Comercio, esto es, si el asegurador, antes de celebrar el contrato, ha conocido los errores, reticencias o inexactitudes de la declaración o hubiere debido conocerlos; o si después de su celebración, se allana a que se subsanen o los acepta expresa o tácitamente.”, la cobertura tendrá pleno valor, no quedando sujeta a rescisión, modificación o reducción de la indemnización o cualquier otra sanción.

Ejemplo de oferta económica licitación Desgravamen+ ITP 2/3

	Compañía 1	Compañía 2
Tasa de prima riesgo desgravamen	0,0202%	0,0190%
Tasa de prima riesgo ITP 2/3	0,0038%	0,0020%
Tasa de prima única mensual	0,0240%	0,0210%

En el caso del ejemplo, la Compañía 2 se adjudica la licitación, debiendo cobrar a cada asegurado una prima de 0,0210% del saldo insoluto, hasta que dicho asegurado cumpla la fecha de permanencia en la póliza para la cobertura de ITP 2/3. A partir de esa fecha, el deudor asegurado pasará a pagar un 0,0190% del saldo insoluto.

Para que las aseguradoras tengan claridad, al momento de efectuar la oferta, se incorpora información respecto a la edad máxima de la cartera y el número de deudores que cumplirán la edad máxima durante la vigencia del seguro.

5. Exigencias que encarecen los seguros licitados

En los años que la CMF lleva revisando bases de licitación se ha observado que existen exigencias en las bases de licitación que podrían estar encareciendo los seguros licitados. Entre ellas se tienen las excepciones para el pago de prima mensual; levantamiento de exclusiones o condiciones de asegurabilidad; y la exigencia de cobertura a inmuebles que han cambiado su uso de habitacional o prestación de servicios a uno más riesgoso.

Al respecto, la normativa propuesta incorpora reglas que han sido ampliamente informadas a los licitantes en los procesos de supervisión de las bases de licitación y que, encarecen los seguros licitados, sin necesariamente beneficiar a toda la cartera de deudores:

- No podrá establecerse el pago de prima sólo por unos meses, toda vez que ello altera el monto del seguro a pagar para algunos deudores asegurados, vulnerando con ello el artículo 40 del DFL N°251 y poniendo de cargo de todos los deudores el riesgo de un deudor en particular.
- No podrá exigirse al asegurador la cobertura de bienes con un uso o destino distinto al señalado, al momento del ingreso a la póliza. No obstante, se flexibiliza esta exigencia si ocurriese el cambio de uso o destino durante la vigencia de ésta.
- Se limita al 10% del monto asegurado la cobertura a ampliaciones, mejoras o modificaciones a la materia asegurada, además de reforzarse que para tener cobertura se deben cumplir las condiciones de asegurabilidad.
- Tratándose de la cobertura de inhabilitación de la vivienda, ésta no podrá extenderse a que sea un

tercero, autorizado o no por el propietario, el que habite la vivienda al momento del siniestro, toda vez que ello contraviene el segundo párrafo del Título III de la Norma de Carácter General N°331, de la CMF.

- Las bases no podrán establecer vigencias superiores a 6 meses para las Declaraciones Personales de Salud, plazo contado desde la declaración efectuada por el deudor asegurado para dicho efecto.
- La cobertura del riesgo, y por ende el pago de la prima, deberá ser otorgada por la aseguradora exclusivamente mientras se mantenga vigente la obligación de servicio de la deuda; esto es, desde que nace la obligación de pago de la deuda y hasta que ésta se extingue, toda vez que de acuerdo a lo señalado en el artículo 40 del D.F.L. N°251, de 1931, la contratación del seguro tiene por objeto proteger los bienes dados en garantía o el pago de la deuda frente a determinados eventos que afecten al deudor.
- En caso de contemplarse la exigencia de una boleta de garantía por el fiel cumplimiento del contrato, no se podrá señalar que ésta puede hacerse efectiva en caso de discrepancia respecto a la procedencia de la indemnización.
- No se podrán contemplar disposiciones que favorezcan a un deudor asegurado o a un grupo particular de ellos, financiados con la prima de todos los deudores asegurados, por cuanto la prima pagada por cada deudor asegurado debe corresponder a una contraprestación de cobertura exclusiva.

6. Seguros individuales

Se ha observado que se emiten pólizas individuales con vigencia menor a la duración del crédito, no obstante que la normativa señala que, tratándose de seguros de desgravamen, la póliza individual **deberá comprender el período de duración del crédito**.

El no contar con una póliza individual por todo el plazo del crédito puede provocar que un asegurado que se salió de la póliza de desgravamen colectivo, porque en ese momento era más atractivo el precio de la póliza individual por un plazo determinado e inferior a la duración del crédito, luego no pueda volver a la póliza colectiva licitada por no cumplir los requisitos de asegurabilidad. Es decir, el deudor pierde el derecho a la continuidad de cobertura.

Por otra parte, no existe claridad si actualmente esas pólizas individuales establecen condiciones de renovación automática, lo que podría solucionar el tema expuesto precedentemente.

Respecto de la contratación individual, cabe señalar que las compañías de seguros se rigen por el principio de libre contratación, por lo que éstas pueden a su discreción decidir si aceptan o no, asumir un riesgo. Así, las aseguradoras ofrecen seguros en las condiciones que estiman técnicamente apropiadas, en función del riesgo al que están expuestos los asegurados o la materia asegurada, no existiendo normas que establezcan los criterios para la aceptación de determinados riesgos o para su tarificación.

De acuerdo a la información proporcionada por las compañías de seguros en cumplimiento de la Circular N° 2.022, en el año 2020 tres de ellas mantienen pólizas vigentes contratadas de manera individual del seguro de desgravamen asociado a créditos hipotecarios del artículo 40 del DFL N°251 de 1931.

Las demás compañías de seguros de vida no comercializarían seguros de desgravamen asociados a créditos hipotecarios de manera individual por diversas razones, tales como:

- Las compañías no vislumbran que exista un volumen potencial de mercado adecuado para justificar el desarrollo del producto, ya que el seguro se caracteriza por una prima baja por asegurado con un riesgo relevante de anti-selección y ofrecerlo de forma individual no resulta rentable dado el costo de operación

y la siniestralidad asociada.

- Generalmente se trata de riesgos agravados, haciendo necesario un recargo de prima.
- Exigencia de la normativa vigente: (1) la póliza deberá comprender el periodo de duración del crédito; y (2) la prima deberá encontrarse pagada o garantizarse su pago, de forma tal que la cobertura no se interrumpa.
- No es parte de la definición estratégica comercial de la compañía. Están enfocados en otros seguros (rentas vitalicias, salud, seguros de vida con ahorro, etc.).

Por lo expuesto, a fin de proteger la continuidad de cobertura, principalmente en los seguros de desgravamen, la normativa propuesta establece la obligación para la entidad crediticia de rechazar pólizas de desgravamen individuales con vigencias menores a la duración del crédito, debiendo la prima encontrarse totalmente pagada, o bien que se haya garantizado su pago, o bien que en las condiciones particulares de la póliza se establezca que no se dará término a ésta por falta de pago de la prima.

7. Altas exigencias en el número de sucursales y sistemas informáticos

Se ha observado que en las licitaciones se exige a las aseguradoras o a los corredores de seguros que dispongan de un gran número de puntos de atención presencial, lo que limita la competencia, aumenta el precio del seguro que deben pagar los deudores y, en muchos casos, sólo puede ser cumplida por relacionadas a la entidad crediticia. Esto, además de exigir que las aseguradoras y corredoras provean de atención remota 24/7. Tales exigencias no necesariamente contribuyen a los procesos de liquidación de siniestros, que ya se encuentran acotados normativamente.

Por otra parte, se tiene que las aseguradoras y corredoras de seguros (nuevas o no relacionadas con la entidad crediticia) deben desarrollar en un breve tiempo sistemas informáticos para adecuarse a los requerimientos de las entidades crediticias. Ello podría explicar el desincentivo de las compañías de seguros por participar en las licitaciones, en cuyo caso las exigencias anteriores constituirían una limitante a la competencia.

La normativa vigente establece respecto a esta materia lo siguiente:

“La entidad crediticia podrá solicitar servicios específicos complementarios a los establecidos en el DFL N°251 y en el DS N°1055 y que tengan por objeto exclusivamente dar una atención adecuada a los deudores asegurados de la cartera licitada. Estos servicios deberán ajustarse a las prácticas habituales de mercado para esta materia, y a objeto de facilitar la competencia, no podrán ser tales que sólo los cumplan las compañías y corredores que sean relacionadas a la entidad crediticia. Asimismo, las entidades crediticias no podrán exigir que los servicios requeridos en la oferta sean prestados con recursos propios de las aseguradoras o de los corredores que participen de la oferta.

En todo caso, estos servicios sólo serán exigibles una vez que el respectivo contrato entre en vigencia.”

Al respecto, actualmente no se dispone de información que justifique la necesidad de incrementar el costo del seguro por la exigencia de atención presencial, especialmente cuando se trata del seguro de desgravamen, ya que éstos no requieren de un extenso y exhaustivo proceso de liquidación.

La propuesta normativa incorpora que, en caso de haber exigido conexiones remotas en las bases de licitación, no podrá exigirse un número de puntos de atención presencial que supere el 30% de las sucursales de la entidad crediticia. El porcentaje señalado tiene su fundamento en la rebaja en el número de sucursales que se han establecido en las bases de licitación corregidas luego de las observaciones efectuadas por esta

Comisión a los altos porcentajes exigidos.

Además, se establece que la entidad crediticia deberá disponer de mecanismos y sistemas de comunicación seguros, estandarizados y de general aceptación, y que no se podrá exigir el desarrollo de sistemas informáticos para interconectarse con ella, cuya implementación no sea factible dentro del plazo que media entre la adjudicación y el inicio de vigencia de la póliza.

8. Publicación en web de las condiciones particulares y generales

La norma vigente establece que *“Sin perjuicio de los requerimientos de información establecidos en otras normas, la entidad crediticia deberá publicar en un lugar destacado de su sitio web las condiciones generales y particulares de las pólizas colectivas de seguros asociados a créditos hipotecarios que mantenga vigentes.”*.

Sin embargo, no todas las entidades crediticias publican en su web las condiciones generales y particulares de la póliza adjudicada, o bien lo hacen tardíamente o en secciones que no permiten su libre y fácil acceso.

Esto impide que los asegurados deudores cuenten con la información en caso de un siniestro, obligándolos a contactarse con la entidad crediticia o corredor de seguros en caso de conocerlo. Esto no es menor puesto que el asegurador y el corredor pueden cambiar muchas veces a lo largo del crédito. Además, limita a los deudores y potenciales deudores que desean cotizar una póliza individual, puesto que desconocen las coberturas que deben cotizar, los deducibles, las extensiones de cobertura, etc.

La normativa propuesta incorpora una definición de qué se entenderá por un lugar destacado del sitio web de la compañía: aquel visible y de fácil acceso con una profundidad máxima de un nivel para acceder a la información sobre estos seguros y dar cumplimiento a la norma.

Con este cambio normativo se espera dar a los deudores asegurados un mayor acceso a las pólizas de seguro que ha contratado la entidad crediticia, entregándoles la información del contrato del cual forman parte y agilizando de esta manera la tramitación de algún siniestro. También favorecerá a aquellos deudores asegurados que deseen cotizar una póliza individual, toda vez que ésta debe tener al menos las mismas coberturas que la póliza colectiva y, al estar disponible en el sitio web de la entidad crediticia, permite obtener rápidamente las condiciones mínimas que debe cumplir la póliza individual.

Además, un rápido acceso disminuye el tiempo que el supervisor requerirá para verificar que las entidades crediticias cumplen correctamente la normativa vigente.

9. Información de Resumen de Coberturas versus Certificado de Cobertura

Actualmente, cada vez que se inicia la cobertura de una nueva póliza licitada, deben enviarse dos tipos de información a los deudores asegurados: el Resumen de Cobertura que estableció la NCG N°330 el año 2012 y el Certificado de Cobertura que estableció el Código de Comercio en diciembre de 2013, cuando se trata de seguros colectivos. Esto, además de confundir a los asegurados, genera un gasto que se observa innecesario.

En la normativa propuesta se elimina la obligación del envío del cuadro Resumen de Cobertura, dejando sólo el envío del Certificado de Cobertura que establece el Código de Comercio, sujeto a las reglas para seguros contratados en forma colectiva, el cual deberá contener la información establecida en la normativa.

10. Recursos destinados a la supervisión de las bases de licitación de las entidades crediticias

Como se ha señalado previamente, no obstante que las bases de licitación son de responsabilidad exclusiva de la entidad crediticia que realiza la licitación, éstas son revisadas por esta Comisión a fin de resguardar los derechos de los deudores asegurados y el correcto funcionamiento del proceso licitatorio, así como los plazos que establece la normativa.

Lo anterior, dada la heterogeneidad de las bases de licitación y de las preguntas/respuestas, conlleva que se destinen recursos del Supervisor que podrían optimizarse. Con este fin, la norma propuesta contempla:

- Establecimiento de un contenido mínimo y con un orden específico de las bases de licitación.
- La exigencia a las entidades crediticias de informar a la Comisión para el Mercado Financiero, a través del sistema SEIL o de la Extranet tratándose de instituciones financieras bancarias, los cambios respecto a la última licitación, en un formato estándar y desprotegido especialmente diseñado para ello.

11. Perfeccionamientos varios

11.1 Costos de la publicación del llamado a licitación y sus resultados

Se ha observado que, para las entidades licitantes de menor tamaño, la norma vigente establece una serie de exigencias que incrementan los costos de la licitación, como, por ejemplo, las publicaciones en un diario del llamado a licitación y del resultado de ésta.

Por ello, la normativa propuesta reemplaza la obligación de publicar el llamado a licitación en uno de los tres diarios de mayor circulación, por la publicación en un diario correspondiente al domicilio social de la entidad crediticia. Además, el resultado de la licitación se dará a conocer en el medio que se establezca en las bases de licitación.

No obstante, para disminuir los costos, la propuesta normativa establece que para las entidades crediticias en que la o las carteras a licitar contemplen en conjunto un monto asegurado inferior a UF 200.000 o menos de 1.000 asegurados, las publicaciones podrán efectuarse sólo en un lugar destacado de la página de inicio de su sitio web.

11.2 Exigencia de confidencialidad de las bases y sus anexos con información

La norma conjunta vigente establece que *“Las entidades crediticias podrán establecer requisitos para limitar el uso de la información contenida en las bases y sus anexos sólo a la formulación de las ofertas. Estas entidades podrán solicitar la devolución de las bases o su destrucción una vez terminado el proceso de licitación. En ningún caso podrán exigirse garantías económicas para resguardar la obligación de confidencialidad de las compañías participantes.”*

La estipulación de la normativa que otorga a la entidad crediticia la facultad de establecer requisitos para limitar el uso de la información contenida en las bases, dificultaría la operación de las aseguradoras con las reaseguradoras y coaseguradoras, según sea el caso, razón por la que se contempla en la normativa incorporar una excepción al respecto. En particular, se incorpora en la normativa propuesta la siguiente precisión referida a la exigencia de confidencialidad de las bases y sus anexos con información: *“dicha limitación, no podrá impedir u obstaculizar que las aseguradoras puedan compartir la información para la*

obtención de reaseguros y coaseguros”.

11.3 Plazos para los distintos hitos de la licitación

A continuación, se presenta un cuadro comparativo de los hitos de la licitación propuestos en la modificación normativa respecto a los vigentes, manteniéndose algunos de ellos. Los cambios tienen por objetivo principal el flexibilizarlos para un mejor desarrollo de la licitación.

Hito	Normativa vigente	Propuesta normativa
Llamado a licitación	Deberá iniciarse al menos 90 días antes de que expiren los contratos celebrados con las compañías de seguros adjudicatarias de la anterior licitación.	Entre 90 y 120 días antes de que expiren los contratos vigentes celebrados con las compañías de seguros adjudicatarias de la anterior licitación.
Inicio de la licitación	Publicación de las bases.	A partir del día en que se ponen a disposición de las compañías las bases de licitación y demás antecedentes, lo que debe ocurrir el mismo día de la publicación del llamado a licitación.
Periodo de formulación de preguntas por parte de las compañías	10 días contados desde la publicación de las bases.	Mínimo 10 días, contados desde el inicio de la licitación. Periodo adicional de preguntas, en caso de que deban modificarse las bases y/o se deba entregar información complementaria. En este caso, todas las fechas siguientes establecidas en el calendario de licitación deberán ajustarse a lo más en el mismo número de días.
Respuestas a preguntas de las compañías	10 días contados desde la finalización del plazo para la presentación de las preguntas.	Máximo 10 días, contados desde la finalización del plazo para la presentación de las preguntas. En caso de un segundo periodo de preguntas, el plazo de respuestas podrá ser acortado a no más de 5 días.
Presentación de las ofertas	20 días contados desde el vencimiento del plazo para responder las preguntas.	20 días para la presentación de las ofertas, contados desde el vencimiento del plazo para responder las preguntas. No obstante, la fecha de presentación de las ofertas deberá ser aplazada en caso de aclaraciones o correcciones importantes a las bases, producto de observaciones realizadas por esta Comisión o que surjan de las preguntas realizadas por las compañías aseguradoras participantes del proceso de licitación.

Apertura de las ofertas	No se especifica en el texto de la norma, en la práctica se define dentro de las bases de licitación y coincide con el día de presentación de las ofertas	Coincidirá con la fecha de presentación de las ofertas.
Fecha de adjudicación	No se especifica en el texto de la norma, en la práctica se define dentro de las bases de licitación y es posterior a la fecha de apertura de las ofertas.	No podrá exceder los 10 días contados desde la apertura de las ofertas.
Comunicación de resultados de la licitación a los oferentes.	Dentro del plazo de 10 días contados desde la apertura de las ofertas.	Máximo 5 días contados desde la fecha de adjudicación.
Publicación de los resultados.	Dentro del plazo de 15 días contados desde la apertura de las ofertas.	Dentro del plazo de 15 días contados desde la apertura de las ofertas y no más allá de 5 días después de la fecha de adjudicación.
Firma del contrato	Máximo 20 días contados desde la fecha de adjudicación de la licitación.	Máximo 20 días contados desde la fecha de adjudicación de la licitación.

11.4 Criterio de desempate en caso de coaseguro

La normativa vigente establece que, en caso de que dos o más ofertas presenten el mismo precio, siendo éste el menor precio ofertado en la licitación, se adjudicará la licitación a la compañía de seguros que a la fecha de la adjudicación presente la mejor clasificación de riesgo, considerando la menor que se le haya asignado. En caso de que tanto los precios como las clasificaciones de riesgo sean iguales, la entidad crediticia determinará qué compañía se adjudica la licitación.

Al respecto, se hace necesario establecer en la normativa el criterio de desempate cuando las ofertas se presentan en coaseguro. Lo anterior, dado el particular empate en precio que se dio en el año 2019 entre dos ofertas con las siguientes características:

	Clasificación de riesgo	% participación en el riesgo asegurado
Oferta 1 (sin coaseguro)		
Compañía de seguros 1	AA-	100%
Oferta 2 (con coaseguro)		
Compañía de seguros 2	AA	55,0%
Compañía de seguros 3	AA	22,5%
Compañía de seguros 4	A+	22,5%

En este ejemplo, se tiene que una de las aseguradoras que participa del coaseguro tiene menor clasificación de riesgo que la compañía 1 y las otras dos compañías en coaseguro presentan una mejor clasificación que la aseguradora que ofertó sola.

La normativa vigente (que, como se mencionó, no considera el caso del empate cuando una o más ofertas que empatan en precio están en coaseguro) señala que en caso de empate en precio la licitación debe

adjudicarse a la compañía que presente la mayor clasificación de riesgo. Con ello, la normativa busca discriminar a favor de quien presenta menor riesgo de no pago, con el objetivo de otorgar la mayor protección posible a los deudores asegurados.

En el ejemplo planteado, la oferta presentada bajo la modalidad de coaseguro tiene mejor clasificación de riesgo en dos de las coaseguradoras (compañías 2 y 3) que la oferta de la compañía 1, lo que representa un 77,5% del monto asegurado en el caso presentado.

Adicionalmente, en términos de concentración del riesgo en una o más entidades, se observa más riesgoso que una sola compañía asuma la totalidad del riesgo, por cuanto en caso de imposibilidad de cumplimiento el asegurado no sería resarcido en su totalidad. En cambio, al encontrarse el riesgo en más de una entidad aseguradora, la posibilidad de que todas ellas se encuentren imposibilitadas de cumplir con su obligación es menor, lo que deja al asegurado en una mejor situación.

La propuesta normativa establece que, en caso de existir ofertas en coaseguro en que no sea posible aplicar directamente el concepto de la “mayor clasificación de riesgo” debido a las diferentes clasificaciones de las aseguradoras, el criterio para determinar la adjudicación de la licitación se efectuará sobre la base de la oferta que represente un menor riesgo para los asegurados en caso de incumplimiento de alguna de las compañías, de acuerdo a los criterios que la entidad crediticia defina en las bases administrativas de la licitación.

11.5 Apertura de Ofertas

Se establece la vía remota como alternativa al formato presencial para la apertura de ofertas.

11.6 Descripción de la información a entregar a los licitantes

Como una forma de agilizar cualquier cambio que sea necesario en la información que la entidad crediticia deba entregar a los oferentes para efectos de la licitación, la propuesta normativa contempla trasladar a un Anexo Técnico, disponible en el sitio web de la CMF, el actual Anexo 1 denominado “**BASES DE DATOS PARA LA LICITACIÓN DE LOS SEGUROS ASOCIADOS A CREDITOS HIPOTECARIOS**” y un nuevo anexo técnico denominado: “**INFORME DE ADJUDICACIÓN DE LA LICITACIÓN DE LOS SEGUROS ASOCIADOS A CREDITOS HIPOTECARIOS**”.

IV. Marco jurídico local

El principal marco jurídico y administrativo local que aplica a esta normativa es el siguiente:

- Título VIII del Libro II del Código de Comercio, sobre el contrato de seguros.
- Decreto Ley N°3.538, artículo 5 N°1: Establece la atribución de la CMF de dictar las normas para la aplicación y cumplimiento de las leyes y reglamentos y, en general, dictar cualquier otra normativa que de conformidad con la ley corresponde para la regulación del mercado financiero.
- Artículo 40 del Decreto con Fuerza de Ley N°251, de 1931, Ley de Seguros.

- Decreto Supremo N°1.055, de 2012 que aprueba el nuevo reglamento de los auxiliares del comercio de seguros y procedimiento de liquidación de siniestros.
- Norma de Carácter General N°331, que establece las normas relativas a las condiciones y coberturas mínimas que deberán contemplar los seguros asociados a créditos hipotecarios a que se refiere el artículo 40 del DFL N°251.
- Norma de Carácter General N°349, que establece normas relativas al depósito de pólizas y disposiciones mínimas de las pólizas de seguros.
- Norma de Carácter General N°136, que establece normas relativas al otorgamiento y adquisición de mutuos hipotecarios endosables por las entidades aseguradoras y reaseguradoras y al registro y operación de los agentes administradores de mutuos hipotecarios endosables.
- Circular N°2.123, que imparte instrucciones sobre: I. Información a incluir en pólizas de seguros; II. información de las primas y comisiones; III. Reglas para seguros contratados en forma colectiva; IV. Normas generales de información a entregar al público acerca del asegurador y corredor de seguros y; V. Normas sobre promoción, publicidad y oferta de seguros y de beneficios asociados a la contratación de pólizas de seguros.
- Circular N°2.114, que imparte instrucciones sobre la devolución de la prima pagada no ganada por el asegurador.

V. Evaluación de impacto regulatorio

1. Principales beneficios de la aplicación de la normativa

1.1 Beneficios para los deudores asegurados

- El principal beneficio que se observa es que los cambios regulatorios deberían producir un aumento en el número de oferentes que participan en la licitación. Al aumentar la competencia, es esperable una baja en los precios del seguro.
- Establecer la obligación para la entidad crediticia de recaudar la prima junto con el dividendo, sin costo para la aseguradora, debería traducirse en un menor precio de los seguros licitados.
- Con la modificación normativa cuyo objeto es que se respete el derecho del asegurador a suscribir los riesgos a asegurar, tal como lo establece el Código de Comercio, se espera que más aseguradoras participen en las licitaciones, pudiendo ajustarse a las restricciones de cobertura que puedan establecerle sus reaseguradores, así como a un ajuste a la baja en las tasas de prima licitadas, especialmente en desgravamen, que favorecerá directamente a los deudores asegurados que pagan la prima del seguro.
- Al mejorarse la información agregada que deben proporcionar las entidades crediticias en sus bases de licitación y al estar ella validada por un auditor externo o quien realice la función de auditoría en

la entidad crediticia, las compañías de seguros dispondrán de más y mejor información para la correcta tarificación de los riesgos, disminuyendo posibles ajustes al alza de los precios por efecto de falta de información.

- Al reforzarse en la propuesta normativa que la oferta económica de la aseguradora debe contener el detalle de la tasa de prima mensual ofertada por cada uno de los riesgos licitados, se espera que los deudores asegurados que han cumplido la edad máxima de cobertura en la cobertura de ITP 2/3 vean reflejada esta situación en la disminución del monto del seguro que se encuentran pagando.
- La obligación para la entidad crediticia de rechazar pólizas de desgravamen individuales con vigencias menores a la duración del crédito protegerá especialmente a los deudores del seguro de desgravamen, puesto que no incorporarse a la póliza colectiva o salirse de ella puede ser muy atractivo en algún momento del tiempo, pero el deterioro en el estado de salud o el aumento de la edad puede dificultar la contratación de un nuevo seguro individual o la incorporación en la póliza colectiva. Esto mismo puede suceder cuando el bien raíz se ha ido deteriorando con el paso de los años.
- Restringir las exigencias que encarecen los seguros licitados y que no siempre benefician a todos los deudores asegurados de una cartera, debería traducirse en menores precios del seguro.
- Con una mayor regulación respecto a las altas exigencias en el número de sucursales y sistemas informáticos, se espera que las entidades crediticias soliciten puntos de atención presencial en aquellas comunas en que efectivamente la demanda lo exige, traduciéndose ello en un aumento de oferentes y en la disminución del precio de los seguros que deben pagar los deudores asegurados.
- Al mejorar la regulación respecto a la publicación en web de las condiciones particulares y generales se espera dar un mayor acceso de los deudores asegurados a las pólizas de seguro que ha contratado la entidad crediticia, entregándoles la información del contrato del cual forman parte y agilizando de esta manera la tramitación de algún siniestro. También favorecerá a aquellos deudores asegurados que deseen cotizar una póliza individual, toda vez que ésta debe tener al menos las mismas coberturas que la póliza colectiva y, al estar disponible en el sitio web de la entidad crediticia, permite obtener rápidamente las condiciones que debe cumplir la póliza individual.
- La eliminación del resumen de coberturas que normativamente debía enviarse a los deudores asegurados, adicional al certificado de cobertura que señala el Código de Comercio y la Circular N°2.123 de la CMF, evitará tener a la vista información duplicada.

1.2 Beneficios para las entidades crediticias

- La aclaración en la norma de lo que se entiende por limitar el derecho a suscribir los riesgos permitirá que las entidades crediticias no incorporen disposiciones de esta naturaleza en sus bases de licitación, disminuyendo con ello las observaciones que la CMF les haga llegar y, por ende, las correcciones a las bases de licitación.
- La incorporación de mayor información de las carteras licitadas disminuirá los requerimientos de información que efectúan las compañías de seguros en la etapa de preguntas y respuestas.

- El cambio normativo por el cual no se requerirá publicación en un diario sino publicación en un lugar destacado de la página de inicio de su sitio web, para carteras a licitar con monto asegurado inferior a UF 200.000 o menos de 1.000 asegurados, disminuirá los costos de las entidades crediticias pequeñas.

Asimismo, el cambio de la obligación de publicar el llamado a licitación en uno de tres diarios de mayor circulación por la publicación en un diario correspondiente al domicilio social de la entidad crediticia y que, el resultado de la licitación se efectúe en el medio que se establezca en las bases de licitación, disminuye los costos de las entidades crediticias.

- La publicación en un lugar destacado de la web de las condiciones particulares y generales, disminuirá las consultas que pueda recibir de sus deudores asegurados.
- La eliminación de la obligación del envío del cuadro Resumen de Cobertura, dejando sólo el envío del Certificado de Cobertura que establece el Código de Comercio, ahorrará costos a las entidades crediticias que envíen esta información a los deudores hipotecarios.
- El cambio del plazo fijo de 10 días a un plazo mínimo de 10 días para que los posibles oferentes hagan sus preguntas y a un mínimo de 10 días para que la entidad crediticia responda, flexibiliza esta parte de la licitación.

1.3 Beneficios para las compañías de seguros que participan en las licitaciones

- Establecer la obligación para la entidad crediticia de recaudar la prima junto con el dividendo, sin costo para la aseguradora, debería traducirse en un mayor interés de parte de las aseguradoras por participar en las licitaciones.
- En conjunto, las modificaciones deberían generar más condiciones de competencia para que puedan participar más compañías de seguros oferentes en las licitaciones.
- Con la modificación normativa relativa a que se respete el derecho a suscripción de los riesgos a asegurar se espera que más aseguradoras participen en las licitaciones, pudiendo ajustarse a las restricciones de cobertura que puedan establecerle sus reaseguradores.
- La eliminación de la facultad de la entidad crediticia de exigir la participación de un corredor de seguro, quedando a discreción de la aseguradora, permitirá que en aquellas carteras licitadas de menor tamaño y las de más fácil administración no se incorpore a un corredor de seguros, pudiendo los oferentes competir con un menor precio.
- Establecer que en el caso de la cobertura de ITP 2/3 no se podrá cobrar prima a los deudores asegurados que hayan cumplido la edad máxima de asegurabilidad, disminuirá los eventuales reclamos por esta materia de aquellos asegurados que cumplan la edad señalada.
- Al mejorarse la información agregada que deben proporcionar las entidades crediticias en sus bases de licitación y al estar esta validada, las compañías de seguros dispondrán de más y mejor información para la correcta tarificación de los riesgos que se pretende asumir.

- Establecer una duración máxima de 6 meses de las Declaraciones Personales de Salud (DPS) permite a las aseguradoras disponer de información más actualizada de los riesgos a suscribir.
- Disponer de la información en formato Excel permitirá a los oferentes trabajar con los datos, sin necesidad de traspasarlos desde un archivo pdf a una planilla electrónica.
- La modificación orientada a solicitar al oferente sólo un número prudente de sucursales y sistemas informáticos de interconexión razonables disminuirá los costos de la aseguradora, lo que debería traspasarse en una baja del precio ofertado.
- Establecer que las entidades licitantes no podrán impedir que las aseguradoras puedan compartir la información para la obtención de reaseguros y coaseguros, permitirá a las aseguradoras cotizar más expeditamente.
- El cambio del plazo fijo de 10 días a un plazo mínimo de 10 días para que los posibles oferentes hagan sus preguntas y a un mínimo de 10 días para que la entidad crediticia responda, flexibiliza esta parte de la licitación.
- La eliminación de la obligación del envío del cuadro Resumen de Cobertura, dejando sólo el envío del Certificado de Cobertura que establece el Código de Comercio, ahorrará costos a las compañías de seguros que deban generar esta información.
- Establecer un formulario con formato y descripción de campos estándar, para registrar e informar las preguntas recibidas y respuestas entregadas en cada cartera licitada permitirá que los oferentes que suelen participar en las licitaciones no tengan que seguir los formatos particulares que cada licitante suele ocupar, optimizándose así el análisis de todas las preguntas y respuestas asociadas a la licitación.
- La fijación del plazo mínimo de dos días hábiles para que la aseguradora responda si acepta el riesgo propuesto, entrega un mayor plazo a la aseguradora para evaluar el riesgo.

1.4 Beneficios para los corredores de seguros

Con una mayor regulación respecto a las altas exigencias en el número de sucursales y sistemas informáticos, se espera que las entidades crediticias soliciten puntos de atención presencial solo en aquellas comunas en que efectivamente la demanda lo exige, traduciéndose ello en un menor costo para los corredores de seguros que participan de la oferta. Además, se espera que la disminución de estas exigencias contribuya a ampliar el interés por participar de una mayor cantidad de corredores.

La eliminación del derecho de reemplazo de parte de la entidad crediticia, la prohibición de participar para los corredores de seguros que hayan asesorado a la entidad crediticia durante el proceso y la estipulación normativa respecto de que la participación del corredor quedará a discreción de la aseguradora, son factores que se espera amplíen el interés por participar de corredores independientes o no relacionados.

1.5 Beneficios para la CMF

- La aclaración en la norma de lo que se entiende por limitar el derecho a suscribir los riesgos permitirá que las entidades crediticias no incorporen disposiciones de esta naturaleza en sus bases de licitación, disminuyendo con ello las observaciones que la CMF les haga llegar y, por ende, los recursos que debe destinar a esta tarea.
- Al mejorar la regulación respecto a la publicación en web de las condiciones particulares y generales, estableciendo un rápido acceso, disminuye el tiempo que el supervisor requerirá para verificar que las entidades crediticias cumplen correctamente la normativa vigente.
- La norma propuesta contempla la exigencia a las entidades crediticias de informar a la CMF los cambios respecto a la última licitación, en un formato estándar especialmente diseñado para ello, con lo cual se espera disminuir los recursos destinados a la supervisión y mejorar los tiempos de respuesta de los Supervisores en caso de detectarse situaciones que deban corregirse en las bases de licitación.
- Establecer un formulario con formato y descripción de campos estándar, para registrar e informar las preguntas recibidas y respuestas entregadas en cada cartera licitada, disminuirá los tiempos que los supervisores deben dedicar a esta tarea.

2. Principales Impactos de la aplicación de la normativa

2.1 Impacto para los deudores asegurados

- La obligación para las entidades crediticias de recaudar la prima sin cobrar por ello a la aseguradora, podría elevar la tasa de interés a la cual se otorgan nuevos créditos hipotecarios, en aquellas entidades que actualmente no efectúan la recaudación (21% en caso de los bancos y 24% en entidades no bancarias, en 2020).
- La obligación para la entidad crediticia de rechazar pólizas de desgravamen individuales con vigencias menores a la duración del crédito hará más difícil la contratación de seguros individuales de desgravamen y de desgravamen más ITP 2/3, ya que la prima podría ser muy onerosa.

2.2 Impacto para las entidades crediticias

- Las entidades crediticias que no acostumbraban establecer en sus bases de licitación que la aseguradora debería recaudar la prima, verán disminuidos sus ingresos por dicho concepto.
- Regular el derecho a la suscripción de los riesgos significa que algunos potenciales deudores, principalmente con enfermedades pre existentes o que practican deportes riesgosos o desarrollan actividades de mayor riesgo, no podrán acceder al seguro colectivo, pudiendo la entidad crediticia perder el negocio.

No obstante, si bien no es posible establecer sobreprimas en los seguros colectivos licitados, sí es posible que potenciales deudores sean incorporados a la póliza colectiva con restricciones y limitaciones de cobertura. Para ello, en las condiciones particulares se deben establecer estas restricciones y limitaciones de la cobertura, en virtud de la declaración efectuada por el deudor

asegurado, y haberlo consentido éste, mediante declaración especial firmada, la que formará parte integrante de la póliza.

- Las entidades crediticias deberán destinar recursos para la contratación de un auditor externo que certifique la calidad de la información que se proporcionará a los oferentes, en caso que éstos no sean validados de manera formal por la función de auditoría interna de la entidad crediticia.
- Si los oferentes deciden no utilizar los servicios de un corredor de seguros, las entidades crediticias que pertenezcan a un grupo económico que tenga una corredora bancaria no podrán ejercer su derecho a reemplazar al corredor de seguros al momento de la adjudicación, debiendo confiar plenamente en la aseguradora que tendrá acceso a la información de sus clientes. No obstante, la suscripción de contratos de confidencialidad resguardaría esta información.
- Aquellos deudores asegurados que cambien el uso o destino del inmueble asegurado quedarán sin protección, al no cumplir con los requisitos que establece el artículo 40 del DFL N°251, lo que también impacta a las entidades crediticias.
- Las entidades crediticias deberán destinar recursos para elaborar la nueva exigencia de informar a la CMF los cambios respecto a la licitación anterior. También deberán destinar recursos para el envío de preguntas y respuestas en el nuevo formato dispuesto por el supervisor.

2.3 Impacto en las compañías de seguros

En términos generales el cambio normativo no debiera agregar costos a las aseguradoras que participen en la licitación.

2.4 Impactos para los corredores de seguros

El cambio normativo, que deja de cargo de la aseguradora la decisión de utilizar o no los servicios de un corredor de seguros, disminuirá los ingresos de éstos en aquellos casos que el oferente no incorpore a un corredor de seguros en su oferta.

2.5 Impactos para la CMF

- La CMF deberá destinar recursos para modificar su actual sistema de recepción de bases de licitación, ya que deberá incorporarse un nuevo cuadro con los cambios respecto a la licitación anterior y el archivo Excel con información para la licitación.
- También deberá incorporar en su sistema informático las nuevas disposiciones para el envío de preguntas y respuestas.

3. Principales Riesgos

3.1 Principales Riesgos de no emitir la Norma

- Al existir un mandato legal expreso, la CMF debe emitir esta normativa. Además, mientras ésta no se emita no podrán implementarse los cambios al artículo 40 que favorecen a los asegurados.

- Si no se emite la propuesta normativa no podrá mejorar la competencia en las licitaciones, impidiendo que los precios bajen.
- Por otra parte, no se contará con mayor y mejor información auditada para la correcta tarificación de los riesgos por parte de los oferentes, obstaculizando que los precios bajen.
- Los supervisores no podrán optimizar los recursos destinados a la fiscalización de los procesos de licitación, especialmente lo referido a observar reiteradamente las disposiciones de las licitaciones que limitan la suscripción de los riesgos y la correcta liquidación de los siniestros.
- Los deudores asegurados no contarán con un acceso más expedito a las condiciones generales y particulares que las entidades crediticias deben publicar en su sitio web.
- Al no reforzarse que la oferta económica de la aseguradora debe contener el detalle de la tasa de prima mensual ofertada por cada uno de los riesgos licitados, los deudores asegurados que han cumplido la edad máxima de cobertura en la cobertura de ITP 2/3 podrían seguir pagando la prima por una cobertura que no les es aplicable.
- Sin el cambio normativo, las entidades crediticias con carteras pequeñas deberán continuar efectuando las publicaciones en un diario en vez de hacerlo en un lugar destacado de la página de inicio de su sitio web. Por lo tanto, no podrán disminuir sus costos de información al público.

3.2 Principales Riesgos de emitir la Norma

Esta Comisión no visualiza riesgos significativos en la modificación normativa propuesta.

4. **Evaluación de Impacto Final**

Esta sección se emitirá solamente en el informe de desarrollo normativo final, una vez que se cuenten con todos los antecedentes cuantitativos y cualitativos que permitan medir los beneficios, costos y riesgos de la normativa. Ello implica incorporar en el informe los antecedentes y cuantificaciones de la normativa que reporten los participantes en el proceso.

VI. Propuesta de cambio normativo

REF: Regula la contratación individual y colectiva de seguros asociados a créditos hipotecarios del artículo 40 del D.F.L. N° 251, las condiciones mínimas que deberán contemplar las bases de licitación de éstos y la información que se deberá entregar a los oferentes, deudores asegurados y Comisión para el Mercado Financiero. Deroga Norma de Carácter General N° 330, Circular N°3.530 Bancos (Circular N° 147 de Cooperativas y la Circular N° 62 de Filiales), Carta Circular N°2 del 2012 Bancos, (carta Circular N°1 Cooperativas del 2012) y Circular 3.537 Bancos (Circular N° 149 Cooperativas y Circular N° 63 Filiales).

NORMA DE CARÁCTER GENERAL N° [xxx]

[día] de [mes] de 2021

A todas las entidades aseguradoras del primer grupo y segundo grupo, a los corredores de seguros, a los bancos e instituciones financieras, a los agentes administradores de mutuos hipotecarios, cooperativas, a las empresas de leasing, a las securitizadoras e inmobiliarias supervisadas por la Comisión para el Mercado Financiero

Visto lo dispuesto en el artículo 40 del D.F.L. N°251, de 1931 y en el Código de Comercio, las facultades que le confieren a la Comisión para el Mercado Financiero el numeral 1 del artículo 5, el numeral 3 del artículo 20 y el numeral 1 del artículo 21, todos del Decreto Ley N°3.538 conforme al texto reemplazado por el artículo primero de la Ley N°21.000 que crea la Comisión para el Mercado Financiero, lo acordado por el Consejo de la Comisión en Sesión [Ordinaria] [Extraordinaria] N° [xx] de [día] de [mes] de 2021, se imparten las siguientes instrucciones de cumplimiento obligatorio para los bancos, cooperativas, agentes administradores de mutuos hipotecarios endosables, cajas de compensación de asignación familiar y cualquier otra entidad que tenga dentro de su giro otorgar créditos hipotecarios, en adelante entidades crediticias y a las Compañías de Seguros de Vida y de Seguros Generales, en adelante, la aseguradora o compañía de seguros, y Corredores de Seguros. Para los efectos de la presente norma, también serán consideradas entidades crediticias las sociedades inmobiliarias, respecto de los seguros que deban contratar en virtud de los contratos de arrendamiento de vivienda con promesa de compraventa, celebrados en conformidad a lo dispuesto en la ley N°19.281.

Índice

I.	Aspectos generales.....	30
II.	Normas para la contratación individual de los seguros	32
III.	Normas para la licitación y contratación colectiva de los seguros.....	33
A.	Normas generales.....	33
B.	Normas para la licitación del seguro	37
C.	Normas para la adjudicación de los seguros	46
D.	Normas para la contratación del seguro	47
IV.	Contenidos mínimos de las bases de licitación	49
A.	BASES ADMINISTRATIVAS	49
B.	BASES TÉCNICAS.....	51
C.	INFORMACIÓN DE LAS CARTERAS LICITADAS, EXPUESTOS Y SINIESTROS.....	53
V.	Obligación de información a la Comisión para el Mercado Financiero	54
VI.	Obligación de informar al deudor asegurado	56
VII.	Información que deberá entregar la entidad crediticia a la aseguradora adjudicataria	56
VIII.	Vigencia y derogación	57
	Anexo N°1: CERTIFICADO DE COBERTURA SEGURO DE INCENDIO.....	58
	Anexo N°2: CERTIFICADO DE COBERTURA SEGURO DE DESGRAVAMEN.....	63
	Anexo N°3: FORMATO DE CAMBIOS EN LA LICITACIÓN	67
	Anexo N°4: FORMATO DE PRESENTACIÓN DE RESPUESTAS	68
	Anexos que irán en el SEIL (se eliminarán de este proyecto de norma al emitirse)	69

I. Aspectos generales

1. De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 40 del decreto con fuerza de ley N°251, del Ministerio de Hacienda, de 1931, las disposiciones de la presente norma se aplicarán a las entidades crediticias que, en virtud de operaciones hipotecarias, contraten seguros de desgravamen por muerte o invalidez e incendio y coberturas complementarias tales como sismo y salida de mar, por cuenta y cargo de sus clientes, con el objeto de proteger los bienes dados en garantía o el pago de la deuda frente a determinados eventos que afecten al deudor.
2. Se entenderá por entidad crediticia a bancos, cooperativas, agentes administradores de mutuos hipotecarios endosables, cajas de compensación de asignación familiar, cualquier otra entidad que tenga dentro de su giro otorgar créditos hipotecarios y las sociedades inmobiliarias, respecto de los seguros que deban contratar en virtud de los contratos de arrendamiento de vivienda con promesa de compraventa, celebrados en conformidad a lo dispuesto en la ley N°19.281. En este último caso, se entenderá a la sociedad inmobiliaria como una entidad crediticia y al arrendatario como el deudor asegurado.
3. Estas disposiciones serán aplicables a seguros asociados a créditos hipotecarios otorgados a personas naturales y jurídicas cuando el uso del inmueble dado en garantía sea habitacional o esté destinado a la prestación de servicios profesionales.

En consecuencia, no podrá exigirse al asegurador la cobertura de bienes con un uso o destino distinto al señalado, tanto al momento del ingreso a la póliza como si ocurriese el cambio de uso o destino durante la vigencia de ésta. Lo anterior, es sin perjuicio del adecuado cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 526 del Código de Comercio, sobre agravación de los riesgos.

No obstante, si con posterioridad al otorgamiento del crédito, el bien dado en garantía cambiase su uso o destino habitacional a uno parcialmente habitacional, la aseguradora podrá dar cobertura siempre y cuando:

- i) No se pierda el destino principal habitacional, de acuerdo a lo señalado en el artículo 145 de la Ley General de Urbanismo y Construcciones (D.F.L. 458, de 1975).
 - ii) Quede estipulado en las bases de licitación.
 - iii) El cambio en el uso o destino no se refiera a usos considerados comúnmente como riesgosos, los que deberán ser taxativamente indicados en las bases de licitación y en las condiciones particulares de la póliza.
4. Tratándose de seguros contratados por la entidad crediticia por cuenta y cargo del deudor, éstos deberán ser convenidos en forma colectiva, por medio de licitación pública con bases preestablecidas. En dicha licitación se recibirán y darán a conocer públicamente las ofertas recibidas, en un sólo acto. No obstante, los seguros asociados al crédito hipotecario podrán ser contratados individual y directamente por el deudor asegurado en la compañía o por intermedio del corredor de su elección.

De acuerdo a lo señalado en el último inciso del artículo 40 del decreto con fuerza de ley N°251, las entidades crediticias que cuenten con carteras de menor tamaño, podrán agrupar dichas carteras, aún entre distintas entidades, para la licitación de seguros, de acuerdo a las instrucciones impartidas

por una norma de carácter general dictada por esta Comisión especialmente para estos efectos, en donde se establezcan los criterios mínimos para efectuar las agrupaciones de cartera y otras materias necesarias para llevar a cabo dichas licitaciones.

5. La contratación de estos seguros deberá ceñirse a lo establecido en la presente norma, en las normas emitidas por la Comisión para el Mercado Financiero que le sean aplicables y en el Título VIII del Libro II del Código de Comercio.
6. Los seguros asociados a créditos hipotecarios abordados en esta norma deberán contratarse utilizando los modelos de texto de condiciones generales depositados especialmente para este efecto en la Comisión para el Mercado Financiero, los que deberán sujetarse a lo dispuesto en la Norma de Carácter General N°331 de esta Comisión o en la que la reemplace.

Los textos de condiciones generales de pólizas y cláusulas adicionales se encuentran disponibles en el Depósito de Pólizas que esta Comisión mantiene a disposición del público en su sitio web.

7. Los medios electrónicos que las entidades crediticias, compañías de seguros y corredoras de seguros utilicen para enviar o recibir información de los deudores asegurados deben contar, al menos, con los siguientes sistemas de seguridad: control de acceso, confidencialidad, integridad y no repudio. En todo caso, se deberá resguardar la privacidad de la información que manejen de acuerdo con lo dispuesto en la ley N°19.628, sobre protección de datos de carácter personal.

Todos los documentos que se generen en estas comunicaciones deberán ser registrados íntegramente en un soporte duradero. Se entenderá por soporte duradero, al sistema técnico de almacenamiento y resguardo de la información y de los documentos a continuación detallados. La información deberá encontrarse permanentemente a disposición del asegurado en el sitio web privado de cada deudor hipotecario disponible en la entidad crediticia.

Los documentos que, al menos, deberán ser guardados en soporte duradero son:

- Declaración personal de salud (DPS) y demás documentos de suscripción
 - Tasación del inmueble
 - Certificados de cobertura
 - Pólizas individuales presentadas
 - Denuncios de siniestros
 - Informes de liquidación
 - Comprobante de pago de siniestro
 - Cartas con información al asegurado
8. La entidad crediticia deberá mantener a disposición de la Comisión para el Mercado Financiero en un soporte duradero, por al menos 5 años, toda la documentación generada durante el proceso de licitación.
 9. La imputación al saldo de la deuda que realice la entidad crediticia con las indemnizaciones de seguros de desgravamen por muerte o invalidez no se considerarán prepago para efectos de las comisiones que corresponda aplicar, ni dará lugar a cobro de ninguna especie a su favor.

10. Para efectos de esta norma, las referencias a números de días en la definición de plazos se entenderán como corridos, salvo indicación en contrario. Así mismo las referencias a números de días hábiles se entenderán como días hábiles bancarios. Cuando el vencimiento de los plazos coincida con un día inhábil bancario, deberá considerarse el día hábil inmediatamente siguiente.

II. Normas para la contratación individual de los seguros

1. La entidad crediticia estará obligada a aceptar la póliza contratada en forma directa por el deudor asegurado en cualquier momento durante la vigencia del crédito hipotecario, siempre que cumpla con lo siguiente:
 - a. Que la póliza se ajuste a lo dispuesto en el número 6 del título I anterior.
 - b. Que se identifique en las condiciones particulares de la póliza al acreedor del crédito hipotecario como beneficiario del seguro, en la parte de su interés asegurable.
 - c. Tratándose de seguros de desgravamen, que la vigencia de la póliza corresponda al período de duración del crédito, debiendo la entidad crediticia rechazar pólizas individuales con vigencias menores a la señalada. Para las restantes coberturas su vigencia deberá ser de al menos un año.
 - d. Que la prima se encuentre pagada o se garantice su pago, de forma tal que la cobertura no se interrumpa o bien que en las condiciones particulares se establezca que no se dará término a la póliza por falta de pago de la prima.
 - e. Que esté contratada con una compañía de seguros cuya menor clasificación de riesgo sea igual o superior a A-.
2. Durante la cotización del crédito, la entidad crediticia siempre deberá informar al interesado las coberturas y el costo del seguro colectivo licitado, debiendo constar por escrito que el cotizante tomó conocimiento de ello.

Cuando la póliza individual sea ofrecida por una compañía o corredor de seguros relacionado a la entidad crediticia, ésta - compañía de seguros o corredor - deberá:

- a. Entregar al deudor un informe comparativo entre la póliza individual y la colectiva respecto a las coberturas, exclusiones, comisiones y precio. Deberá quedar constancia fehaciente de la recepción del informe antes mencionado por parte del deudor asegurado, cualquiera sea la forma en que el seguro individual se comercialice, debiendo mantenerse una copia de dicho documento en la entidad crediticia y en la entidad ofertante.
 - b. Informar al deudor respecto de la fecha del próximo proceso de licitación, indicando que las condiciones de la próxima póliza colectiva, incluido su precio, pueden variar respecto a la situación actual y que la compañía de seguros adjudicataria, vigente y futura, tiene derecho a evaluar el riesgo, previo a aceptar el ingreso del deudor a la póliza colectiva, debiendo quedar constancia de la toma de conocimiento por parte del deudor asegurado.
3. Tratándose de deudores asegurados incluidos en la póliza colectiva que opten por renunciar a ésta y contratar el seguro en forma individual, la compañía de seguros responsable del contrato colectivo sólo podrá cobrar la prima correspondiente hasta la fecha en que se inicie la vigencia del contrato de seguro individual, fecha hasta la cual se entenderá cubierto por el contrato colectivo.

4. La renuncia del deudor asegurado a la póliza colectiva sólo tendrá efecto una vez que la póliza individual sea aceptada por la entidad crediticia. En las condiciones particulares de la póliza individual se deberá dejar constancia de la voluntad del deudor asegurado de renunciar a la póliza colectiva.
5. La entidad crediticia no podrá exigir al deudor coberturas distintas a las contempladas en los seguros colectivos contratados por ésta, ni podrá aceptar una póliza individual con menores coberturas. Lo anterior, sin perjuicio de la contratación voluntaria de otras coberturas adicionales por parte del deudor asegurado.

La póliza de desgravamen será aceptada por todo el período de su vigencia, aun cuando en el futuro deje de cumplirse la equivalencia entre la cobertura de la póliza individual y la colectiva. En el caso del seguro de incendio, al renovarse la póliza individual, ésta deberá ajustarse a las coberturas de la póliza colectiva vigente. Misma regla aplicará en caso de presentarse una nueva póliza de desgravamen, si el deudor asegurado hubiese puesto término anticipado a la póliza individual originalmente presentada.

6. La entidad crediticia no podrá establecer cargo alguno por la revisión o aceptación de la póliza contratada directamente por el deudor. En caso de rechazo por no cumplir con los requisitos establecidos, deberá informarlo al deudor, a la aseguradora y al corredor de seguros consignados en el contrato, a través de los medios de comunicación establecidos con cada una de las partes, a más tardar 10 días hábiles contados desde la recepción de ésta, explicitando los requisitos no cumplidos.
7. La póliza individual contratada deberá ser enviada directamente a la entidad crediticia por la aseguradora, por un medio físico o electrónico siempre que quede constancia fehaciente de su envío, dentro de los 5 días siguientes a la contratación, sin perjuicio de la obligación de entregarla al deudor asegurado. El asegurado, a su vez, podrá ir directamente a la entidad crediticia a entregar la póliza individual antes del plazo señalado si lo desea.
8. En el caso de las pólizas de incendio, la aseguradora deberá informar al asegurado, por el medio convenido con éste, al menos 60 días antes que finalice la vigencia del seguro, si renovará o no la póliza y bajo qué condiciones.
9. En caso de concretarse la renovación del seguro individual de incendio, con al menos 10 días hábiles de anticipación a que finalice la vigencia de éste, la aseguradora informará a la institución crediticia de su renovación, por un medio físico o electrónico siempre que quede constancia fehaciente de la comunicación enviada.

III. Normas para la licitación y contratación colectiva de los seguros

A. Normas generales

1. La entidad crediticia deberá gestionar la inclusión en los seguros colectivos de todos los deudores respecto de los cuales no haya recibido ni aceptado una póliza individual que cubra los riesgos licitados, de acuerdo con las condiciones de asegurabilidad pactadas en el seguro colectivo.

2. La entidad crediticia sólo podrá incluir en las licitaciones a las que se refiere el artículo 40 del DFL N° 251, aquellas coberturas que ellas exijan a los deudores para resguardar las garantías o la fuente de pago de los créditos.
3. Cuando la entidad crediticia haya definido carteras de deudores a los que se les exigen diferentes coberturas por criterios objetivos, deberá solicitar ofertas para cada cartera por separado. Las compañías de seguros podrán presentar ofertas por una o más carteras, las cuales se tratarán en forma independiente y se adjudicará a la compañía que ofrezca el menor precio para el conjunto de coberturas exigidas a cada cartera de deudores; esto es, a la oferta de cada cartera con la menor Tasa de Prima Mensual, la cual debe incluir la comisión del corredor en el caso que corresponda.
4. Cuando un inmueble esté hipotecado garantizando más de un crédito en una misma entidad crediticia, sólo podrá contratarse el seguro de incendio y coberturas complementarias sobre dicho inmueble con motivo del otorgamiento de uno de los créditos.
5. Para efectos de la licitación de los seguros, sólo podrá segmentarse la cartera de deudores por criterios objetivos. No obstante, tratándose de seguro de desgravamen, la entidad crediticia no podrá segmentar la cartera de deudores asegurados por criterios de asegurabilidad tales como edad, sexo, oficio o profesión y condición de salud.
6. Los nuevos deudores deberán asignarse a los contratos colectivos con los mismos criterios utilizados para la segmentación de las carteras.
7. Respecto de los nuevos asegurados a incorporar a la póliza colectiva, la entidad crediticia no podrá incorporar en las bases de licitación disposiciones que obstaculicen, limiten o impidan la debida evaluación y suscripción de los riesgos que la aseguradora deba efectuar a los inmuebles habitacionales o destinados a la prestación de servicios profesionales o al deudor asegurado, según corresponda, según lo indicado en el número 18 de la letra B de este título.

De acuerdo con el número 1° del artículo 524 del Código de Comercio, es obligación del asegurado el “Declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos.”. Por su parte, la compañía de seguros deberá disponer de los medios para que se efectúe dicha declaración, ya que, convenido el contrato de seguro sin que el asegurador solicite la declaración sobre el estado del riesgo, éste no podrá alegar los errores, reticencias o inexactitudes sobre el contratante o asegurado, como tampoco aquellos hechos o circunstancias que no estén comprendidos en tal solicitud.

8. La nueva póliza deberá dar continuidad de cobertura tanto en los seguros de incendio y coberturas complementarias como en los seguros de desgravamen por muerte o muerte e invalidez. Se entenderá como continuidad de cobertura, al aseguramiento en la nueva póliza de la cartera de deudores asegurados en la póliza colectiva anterior, sin realizar una nueva suscripción, en tanto se cumplan las siguientes condiciones:
 - a. El asegurado o la materia asegurada haya estado cubierto en la póliza colectiva anterior.
 - b. Que el hecho esté cubierto también en el nuevo contrato de seguro.
 - c. Que la causa del fallecimiento o la invalidez, o la característica de la materia asegurada no haya sido excluida en la póliza colectiva anterior.

- d. Que la causa del fallecimiento o la invalidez, o la característica de la materia asegurada no haya sido objeto de una declaración falsa o reticente, exceptuada la indisputabilidad pactada.

Para estos efectos, la entidad crediticia deberá mantener, mientras esté vigente el crédito, un registro de las declaraciones de salud u otros antecedentes de suscripción de los deudores de la cartera asegurada (nuevos deudores y stock), según lo establecido en el número 7 del título I. Para dichos efectos, las compañías de seguros adjudicatarias deberán remitir a la entidad crediticia dichas declaraciones y antecedentes, dentro de los siguientes 10 días hábiles de la aceptación o rechazo del riesgo.

En caso de venta o cesión de la cartera crediticia, la entidad cedente deberá traspasar todos los documentos señalados en el párrafo precedente a la nueva entidad crediticia.

9. Los seguros deberán convenirse exclusivamente sobre la base de una prima única, expresada como un porcentaje uniforme del monto asegurado de cada riesgo. La prima incluirá la comisión del corredor de seguros, si la hubiere, la que se expresará como un porcentaje de ésta.

Se entenderá por “sobre la base de una prima única” a la **Tasa de Prima Mensual** que resulte de la suma de las tasas de prima mensual de cada riesgo asegurado.

No podrá cobrarse al deudor asegurado ningún cargo asociado a los seguros a los que se refiere esta norma, distintos de la Tasa de Prima Mensual que resulte de la licitación.

10. La Tasa de Prima Mensual será única y se aplicará al stock y al flujo de créditos hipotecarios durante toda la vigencia de la póliza colectiva, no pudiendo establecerse sobreprimas.

No obstante, tratándose de seguros que cubren el riesgo de desgravamen y de invalidez, en los casos en que el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia para estar cubierto por la cláusula adicional de invalidez, la tasa de prima mensual a aplicar al monto asegurado corresponderá sólo a la tasa de prima mensual asociada a la cobertura de desgravamen a partir de la fecha en que el asegurado cumpla la señalada edad máxima.

11. La entidad crediticia no podrá establecer un valor de Tasa de Prima Mensual por encima del cual no serán aceptables las ofertas, como tampoco podrá establecer un porcentaje de comisión de intermediación en caso que la aseguradora considere incorporar un corredor de seguros en su oferta.
12. En el proceso de licitación no podrán estipularse comisiones o pagos a favor de la entidad crediticia asociados a la contratación o gestión de estos seguros, a la cobranza de las primas, o por cualquier otro concepto, salvo el derecho del acreedor a pagarse del saldo insoluto del crédito con la indemnización en caso de siniestro.

Esta prohibición será aplicable durante la vigencia de los seguros adjudicados, de manera que en ningún caso se podrán considerar, directa o indirectamente, pagos a la entidad crediticia distintos del derecho a pagarse de su crédito con la indemnización en caso de siniestro.

13. En razón de lo señalado en el número anterior, la entidad crediticia deberá, junto con el dividendo, efectuar la recaudación de las primas de los seguros licitados y traspasar los montos correspondientes a la aseguradora. En atención a lo señalado en el párrafo final del numeral 6 del párrafo primero del artículo 40 del DFL N° 251, durante la vigencia de los seguros adjudicados no se podrán establecer, directa o indirectamente, pagos a la entidad crediticia por este concepto de parte de la compañía de seguros o corredor de seguros.
14. Corresponderá al deudor asegurado cualquier suma que devuelva o reembolse el asegurador por mejor siniestralidad, volumen de primas, número de asegurados u otros conceptos análogos.
15. A través del medio acordado con el deudor asegurado, se deberá entregar a éste un certificado de cobertura, sujetándose a lo dispuesto en el artículo 517 del Código de Comercio. La información mínima que deberá contener dicho certificado corresponderá a la señalada en los Anexos N°1 y N°2 de esta norma, según se trate del seguro de incendio o desgravamen.
16. Los contratos que se suscriban en virtud de cada licitación, deberán encontrarse vigentes a contar del término de los contratos anteriores, sin discontinuidad de cobertura. En caso de que, al término de un contrato colectivo, por motivos debidamente fundados e informados por la entidad crediticia a esta Comisión y a los acreedores de los créditos cuando sean distintos a la entidad crediticia, no se hubiese podido iniciar la cobertura de un nuevo contrato, la compañía de seguros deberá extender la cobertura por un plazo adicional que no podrá exceder de 60 días.

Vencido el plazo de extensión de cobertura antes mencionado, sin que se hubiere iniciado la cobertura de un nuevo contrato que reemplace al anterior, el plazo adicional de cobertura y la Tasa de Prima Mensual asociada serán negociados entre la compañía de seguros que mantenía el contrato vigente y la entidad crediticia. En este caso, la entidad crediticia asumirá la prima en proporción al saldo de la deuda con respecto al valor asegurado, correspondiendo al deudor asegurado la parte restante, lo que quedará consignado en las condiciones particulares de la póliza y en el certificado de cobertura. La entidad crediticia informará de esta situación a los deudores asegurados, a más tardar el quinto día contado desde el día de vencimiento del plazo de extensión, indicando la parte de la prima que asumirá la entidad crediticia y la que asumirá el deudor asegurado, además del plazo por el que se extenderá esta situación.

17. La aseguradora deberá informar a la entidad crediticia y al deudor asegurado en caso de que la cobertura se termine por falta de pago de la prima, en los términos señalados en el artículo 528 del Código de Comercio.
18. Sin perjuicio de los requerimientos de información establecidos en otras normas, la entidad crediticia deberá publicar en un lugar destacado de la página de inicio de su sitio web, el texto completo de las condiciones generales y de las condiciones particulares comunes a todos los deudores asegurados, incluyendo la Tasa de Prima Mensual y la tasa de prima mensual por cobertura de riesgo, de las pólizas colectivas de seguros asociados a créditos hipotecarios que mantenga vigentes.

Se entenderá por un lugar destacado a aquel visible y de fácil acceso para el público en general con, a lo más, una profundidad máxima de un nivel para acceder a la información de que trata este número.

Lo anterior no obsta a que la entidad crediticia disponga la información señalada en el sitio web privado de sus clientes.

Adicionalmente, la entidad crediticia deberá informar en su sitio web sobre los procesos de licitación que hayan realizado durante los últimos doce meses.

19. En caso que las bases de licitación contemplen la exigencia de una boleta de garantía por el fiel cumplimiento del contrato, no se podrá señalar que ésta puede hacerse efectiva en caso de discrepancia respecto a la procedencia de la indemnización del seguro.
20. Tratándose de cláusulas de errores u omisiones que eventualmente se establezcan en las bases de licitación en los que se obliga a la aseguradora a dar cobertura a aquellos siniestros en que la información o documentación de respaldo entregada o que dispone la entidad crediticia adolezca de errores u omisiones causados por hechos fortuitos o inadvertencias tales como, por ejemplo, la falta de traspaso o pago de prima, información del seguro insuficiente para determinar la correcta edad del asegurado, extravío de declaraciones de salud u otros documentos de respaldo, deberá considerarse que todo deudor asegurado que cumpla con las condiciones de asegurabilidad, que esté cubierto por el seguro y que pague a la compañía la prima retroactiva no enterada, tiene derecho a que se le pague el monto de la indemnización contemplada en la póliza. Por lo tanto, no podrá establecerse un límite a indemnizar ni un límite de operaciones a cubrir.
21. No se podrán contemplar disposiciones que favorezcan a un deudor asegurado o a un grupo particular de ellos, financiadas con la prima de todos los deudores asegurados, por cuanto la prima pagada por cada deudor asegurado debe corresponder a una contraprestación de cobertura. Ejemplo de lo anterior, sería el financiamiento de un fondo de libre disposición u otro similar, a partir de las primas pagadas por todos los deudores.

B. Normas para la licitación del seguro

1. El objeto de la licitación serán los seguros asociados a créditos hipotecarios que la entidad crediticia contrate en virtud de las operaciones hipotecarias con personas naturales o jurídicas cuando se trate de inmuebles habitacionales o de prestación de servicios profesionales. Estos se adjudicarán, mediante licitación pública, a compañías de seguros autorizadas a operar en Chile cuya menor clasificación de riesgo, a la fecha de la licitación, sea igual o superior a A-.

Deberán ser licitados públicamente los seguros asociados a créditos hipotecarios que cumplan simultáneamente los siguientes requisitos:

- a. Que toda la prima o una parte de ella sea de cargo del deudor asegurado.
- b. Que el beneficiario sea total o parcialmente la entidad crediticia, o bien el acreedor del mutuo en caso que la entidad crediticia sólo lo administre.
- c. Que se trate de la cobertura de desgravamen por muerte, cobertura adicional de invalidez o cobertura de incendio y sus adicionales, tales como sismo y salida de mar.

2. Los seguros serán licitados en forma separada para aseguradoras del primer y segundo grupo.
3. El proceso de licitación se iniciará mediante una comunicación escrita a todas las aseguradoras, dirigida a su gerente general, y con la publicación en un diario correspondiente al domicilio social de la entidad crediticia, indicando el medio por el cual se entregarán las bases de licitación.

En caso de entidades crediticias en que la o las carteras a licitar contemplen en conjunto un monto asegurado inferior a UF 200.000 o menos de 1.000 asegurados, la publicación señalada precedentemente y las señaladas más adelante, podrán reemplazarse con la publicación en un lugar destacado de la página de inicio de su sitio web. Tratándose del llamado a licitación, la publicación deberá mantenerse hasta que finalice el plazo de presentación de las ofertas.

4. La licitación deberá considerar los siguientes hitos, plazos e instrucciones que a continuación se describen:

a. Llamado a licitación.

El llamado a licitación deberá efectuarse entre 90 y 120 días antes de que expiren los contratos vigentes celebrados con las compañías de seguros adjudicatarias de la anterior licitación.

b. Inicio de la licitación.

La licitación se entenderá iniciada a partir del día en que se ponen a disposición de las compañías las bases de licitación y demás antecedentes requeridos por esta norma, lo que debe ocurrir el mismo día de la publicación del llamado a licitación.

c. Periodo de formulación de preguntas por parte de las compañías.

Se deberán establecer como mínimo 10 días para la formulación de preguntas por parte de los potenciales oferentes, contados desde el inicio de la licitación. Las entidades crediticias deberán incorporar un periodo adicional de preguntas, en caso de que deban modificarse las bases y/o se deba entregar información complementaria. Si se diera esta situación, todas las fechas siguientes establecidas en el calendario de licitación deberán ajustarse a lo más en el mismo número de días.

d. Respuestas a preguntas de las compañías.

Se deberán establecer como máximo 10 días para que la entidad crediticia responda las preguntas, contados desde la finalización del plazo para la presentación de éstas. En caso de un segundo periodo de preguntas, el plazo de respuestas podrá ser acortado a no más de 5 días.

La entidad crediticia, al vencimiento del plazo de entrega de las respuestas, deberá poner a disposición de todas las aseguradoras que retiraron bases de licitación tanto las preguntas formuladas por los potenciales oferentes como sus respuestas. Las preguntas recibidas y respuestas entregadas por cartera licitada se informarán de acuerdo con el formato y descripción contenidos en el Anexo N°4.

e. Presentación de las ofertas.

Se deberá establecer un plazo de 20 días para la presentación de las ofertas, contados desde

el vencimiento del plazo para responder las preguntas.

No obstante, la fecha de presentación de las ofertas deberá ser aplazada en caso de aclaraciones o correcciones importantes a las bases, producto de observaciones realizadas por esta Comisión o que surjan de las preguntas realizadas por las compañías aseguradoras participantes del proceso de licitación.

f. Apertura de las ofertas.

Se deberá indicar la fecha, hora y lugar en que se efectuará la apertura de las ofertas. La que coincidirá con la fecha de presentación de las ofertas.

g. Fecha de adjudicación

Se deberá establecer la fecha en que se realizará la adjudicación de las ofertas la cual no podrá exceder los 10 días contados desde la apertura de las ofertas.

h. Comunicación de resultados de la licitación a los oferentes.

La entidad crediticia comunicará, mediante carta certificada o bien a través de los medios que se hayan establecido en las bases administrativas, los resultados de la licitación a los oferentes tan pronto como sea posible y sin exceder de 5 días contados desde la fecha de adjudicación.

i. Publicación de los resultados.

La entidad crediticia deberá publicar el resultado de la licitación en el medio que se establezca en las bases de licitación, dentro del plazo de 15 días contados desde la apertura de las ofertas y no más allá de 5 días después de la fecha de adjudicación. Dicha publicación deberá contener, al menos, el nombre o razón social de los oferentes y la Tasa de Prima Mensual ofrecida por cada uno de ellos, debiendo indicar la aseguradora adjudicada. Al mismo tiempo, la información deberá revelarse en un lugar destacado de la página web de la entidad crediticia.

Cuando se presenten las situaciones previstas en los números 2 o 3 de la letra C de este título, la publicación de los resultados deberá indicar, además, la compañía de seguros cuya oferta fue desestimada, los fundamentos de esta acción y el nombre de la compañía finalmente adjudicataria.

j. Firma del contrato.

Los contratos entre la entidad crediticia y las compañías adjudicatarias del seguro, deberán celebrarse en un plazo no mayor a 20 días, contados desde la fecha de adjudicación de la licitación. En caso de que el contrato no conste por escritura pública, un ejemplar deberá ser protocolizado en la misma notaría en que se procedió a la apertura de las ofertas. El contrato siempre deberá ser suscrito por la compañía y la entidad crediticia.

Todas las fechas detalladas en las bases de licitación deberán determinarse salvaguardando la continuidad de cobertura de los asegurados.

5. No podrán participar ni adjudicarse la licitación, las compañías de seguros cuya menor clasificación de riesgo sea inferior a A-, tanto de manera individual como en modalidad de coaseguro.

6. Las entidades crediticias deberán garantizar el acceso a las bases de licitación a todas las compañías interesadas en participar del proceso de licitación que cumplan con el requisito de clasificación de riesgo y no podrán establecer plazos para acceder a las bases de licitación, ni requisitos adicionales que restrinjan la participación de compañías de seguros o que favorezcan a entidades relacionadas a la entidad crediticia. Las bases de licitación estarán disponibles hasta el día anterior a la apertura de las ofertas.
7. La entidad crediticia deberá poner a disposición de las compañías de seguros que cumplan con el requisito de clasificación de riesgo, sin costo alguno, las bases de licitación de los seguros asociados a créditos hipotecarios, el mismo día de la publicación del llamado a licitación. Además, la entidad crediticia no podrá establecer cargo alguno a las aseguradoras por la participación en el proceso de licitación.

Las bases de licitación completas deberán entregarse en formato PDF y todas las tablas con valores que permitan realizar la tarificación de los seguros licitados se entregarán en formato Excel. Este último archivo deberá entregarse en formato desprotegido, de modo de facilitar que la compañía de seguros participante pueda extraer la información para realizar los análisis necesarios para la tarificación.

Los datos que la entidad crediticia ponga a disposición de las aseguradoras y del supervisor, deberán ser previamente validados de manera formal por la función de auditoría interna de la entidad crediticia o, en su defecto, por una Empresa de Auditoría Externa registrada en la Comisión para el Mercado Financiero. Lo anterior deberá constar en un documento adjunto a las bases de licitación. La información a proporcionar y auditar corresponderá a la señalada en la letra C del título IV de esta norma, con una fecha de cierre que no supere los 30 días previos al momento del llamado a licitación.

8. Las entidades crediticias podrán limitar el uso de la información contenida en las bases y sus anexos exclusivamente para fines de la debida evaluación del riesgo asegurable, a objeto de la formulación de las ofertas. No obstante, dicha limitación no podrá impedir u obstaculizar que las aseguradoras puedan compartir la información para la obtención de reaseguros y coaseguros. Las entidades crediticias podrán solicitar la devolución de las bases o su destrucción una vez terminado el proceso de licitación, si correspondiera. En ningún caso podrán exigirse garantías económicas para resguardar la obligación de confidencialidad de las compañías participantes.
9. Respecto de la confidencialidad exigida a la compañía adjudicataria sobre la información que periódicamente le proporcionará la entidad crediticia para administrar el contrato de seguro, ésta no podrá ser superior a aquella que la entidad exija a otros prestadores de servicios en una situación similar.
10. La entidad crediticia podrá solicitar a las compañías de seguros servicios específicos complementarios a los establecidos en el D.F.L. N°251 y en el Decreto Supremo N°1.055 y que tengan por objeto exclusivamente dar una atención adecuada a los deudores asegurados de la cartera licitada. Estos servicios deberán ajustarse a las prácticas habituales de mercado para esta materia y, a objeto de facilitar la competencia, no podrán ser tales que sólo los cumplan las compañías y corredores que sean relacionadas a la entidad crediticia. Asimismo, las entidades

crediticias no podrán exigir que los servicios requeridos en la oferta sean prestados directamente por las aseguradoras o corredores de seguros que participen de la oferta, pudiendo estos ser subcontratados, en caso de que no dispongan de infraestructura propia.

En esta materia, y en caso de haber exigido conexiones remotas en las bases de licitación, no podrá exigirse un número de puntos de atención presencial que supere el 30% de las sucursales de la entidad crediticia.

En todo caso, estos servicios sólo serán exigibles una vez que el respectivo contrato entre en vigencia.

11. Los estándares tecnológicos solicitados no deberán ir más allá de aquellos que faciliten la transferencia de información e incorporación de los deudores al seguro colectivo. Asimismo, los mencionados estándares no podrán ser tales que sólo los cumplan entidades relacionadas al licitante.

Por lo anterior, la entidad crediticia deberá disponer de mecanismos y sistemas de comunicación seguros, estandarizados y de general aceptación y no se podrá exigir el desarrollo de sistemas informáticos para interconectarse con ella, cuya implementación no sea factible dentro del plazo que media entre la adjudicación y el inicio de vigencia de la póliza.

12. Las bases de licitación no podrán exigir que las ofertas de aseguradoras incluyan obligatoriamente los servicios de un corredor de seguros.

Entanto, en atención a lo señalado en el artículo 57 del D.F.L N° 251, Ley de Seguros, la compañía de seguros siempre podrá ofertar con la intervención de uno o más corredores de seguros. No obstante, no podrán participar en la licitación, directa o indirectamente, los corredores de seguros que hayan asesorado a la entidad crediticia en dicha licitación. Para dichos efectos la entidad crediticia deberá explicitar en sus bases de licitación si contó con algún tipo de asesoría de un corredor de seguros y por su parte, en caso de que la aseguradora contemple la incorporación de un corredor de seguros en su oferta, deberá obtener una declaración jurada simple del corredor persona natural que señale que no trabaja ni ha prestado servicios a la entidad crediticia. Tratándose de corredores personas jurídica, deberá obtener una declaración jurada simple de su representante legal, que señale que ninguna persona que trabaja o preste servicios en su representada ha asesorado a la entidad crediticia en el proceso de licitación en el que se pretende participar.

Para efectos de lo indicado en el párrafo anterior, se entenderá por asesoría efectuada directa o indirectamente, cuando personal de un corredor de seguros, a través de dicha corredora u otra entidad, o el corredor de seguros persona natural, participe en la redacción de las bases de licitación, así como prestando servicios de apoyo durante el proceso mismo (proceso de preguntas y respuestas, elaboración de información estadística, etc.), independientemente de que perciba o no alguna remuneración por tales servicios.

No obstante, el traspaso de la información que el corredor de seguros disponga relativa a la cartera a licitar y que resulta necesaria para que la entidad crediticia la incorpore en sus bases no se entenderá como asesoría en los términos señalados en el párrafo anterior.

Por otra parte, de acuerdo a lo establecido en el número 4 del primer párrafo del artículo 40 del DFL N° 251, la entidad crediticia no podrá sustituir al corredor de seguros incluido en la oferta adjudicada, en caso de que la compañía de seguros haya incorporado uno.

En la oferta, la aseguradora sólo podrá incorporar a un corredor de seguros que durante los dos últimos ejercicios anuales haya intermediado seguros por un monto total de prima promedio anual, independientemente de la naturaleza de los riesgos intermediados, que sea al menos igual a la mitad del monto de la prima anual de los seguros que se están licitando, todo lo anterior neto de comisiones. Para ello se deberá considerar la información que al respecto se mantiene en el sitio web de la Comisión para el Mercado Financiero, en la sección de producción de corredores de seguros, en el módulo de estadísticas del mercado de seguros.

Cuando en una oferta participe más de un corredor de seguros, el requisito de prima intermediada se calculará en forma conjunta para los corredores participantes en la oferta.

La compañía de seguros oferente no podrá incorporar en la oferta a aquellos corredores de seguros que hayan sido sancionados por la Comisión para el Mercado Financiero con multas que sumen 1.000 o más Unidades de Fomento dentro de los 12 meses anteriores a la fecha de publicación del llamado a licitación.

13. En los seguros de desgravamen, los estándares de servicio mínimo exigidos por la entidad crediticia a los oferentes deberán cumplir con lo siguiente:
 - a. La exigencia respecto al plazo para que la aseguradora responda si aceptará el riesgo propuesto, en el caso de nuevos deudores, no podrá ser inferior a dos días hábiles, contados desde la recepción en la compañía de seguros de toda la documentación correspondiente para la correcta evaluación del riesgo.
 - b. La exigencia respecto del plazo para la emisión del informe de liquidación en caso de fallecimiento no podrá ser inferior a 5 ni superior a 10 días hábiles, contados desde la recepción en la compañía de seguros de toda la documentación correspondiente para la correcta evaluación del siniestro. Tratándose de siniestros de invalidez, dicho plazo no podrá ser inferior a 20 ni superior a 30 días hábiles.
 - c. La exigencia respecto del plazo para el pago de la indemnización no podrá ser inferior a 3 ni superior a 6 días hábiles, contados desde la notificación de la aceptación de la compañía de la procedencia del pago de la indemnización.
14. En los seguros de incendio y coberturas complementarias, los estándares de servicio mínimo exigidos por la entidad crediticia a los oferentes deberán cumplir con lo siguiente:
 - a. La exigencia respecto al plazo para que la aseguradora responda si aceptará el riesgo propuesto, en el caso de nuevos deudores, no podrá ser inferior a cinco días hábiles, contados desde la recepción en la compañía de seguros de toda la documentación correspondiente para la correcta evaluación del riesgo.

- b. La exigencia respecto al plazo para la inspección del inmueble siniestrado no podrá ser inferior a 5 ni superior a 10 días hábiles contados desde la recepción del denuncia en la compañía aseguradora.
 - c. La exigencia respecto al plazo para el pago de la indemnización no podrá ser inferior a 3 ni superior a 6 días hábiles, contados desde la notificación de la aceptación de la compañía de la procedencia del pago de la indemnización.
15. Sin perjuicio de lo establecido en los numerales 13 y 14 anteriores, los plazos totales de liquidación nunca podrán exceder los señalados en el Decreto Supremo N°1.055 de 2012.
16. Tratándose de eventos catastróficos los plazos del proceso de liquidación, incluida la inspección del inmueble asegurado, corresponderán únicamente a los establecidos en el Decreto Supremo N°1.055 de 2012.
17. La oferta deberá incluir medios y facilidades que permitan a los asegurados, al menos, realizar denuncias de siniestros en forma remota y sin limitación de horario, debiendo entregarse al denunciante una confirmación fehaciente de la recepción del denuncia.
18. En relación con las condiciones de cobertura establecidas en las bases de licitación se debe tener presente que:
- a. No podrá exigirse a las compañías que cubran riesgos que de acuerdo con la póliza o sus cláusulas adicionales no sean asegurables o cuyo monto sea indeterminado.
 - b. No podrá limitarse el derecho de las compañías de acceder a los antecedentes necesarios para suscribir los riesgos de los nuevos asegurados que se incorporen a la póliza colectiva y para liquidar adecuadamente los siniestros.

Para efectos de esta norma, se entenderá por suscripción al proceso de evaluar las características de los nuevos expuestos al riesgo y aspectos particulares de éste; esto es, del deudor, materia asegurada y la deuda, que el asegurador necesariamente debe conocer a fin de establecer el costo que ese riesgo significará para la compañía y las condiciones en que estaría dispuesto a asumirlo.

Asimismo, se entenderá por expuestos al conjunto de objetos o individuos sujetos a un riesgo, para un determinado período. Por lo tanto, en el caso del seguro de desgravamen corresponde a cada individuo asegurado, pudiendo un crédito asegurado tener más de un expuesto en el caso de los codeudores o avales.

Se entenderá por disposiciones que obstaculicen, limiten o impidan la debida suscripción de los riesgos, aquéllas que entorpezcan o no permitan que la compañía aseguradora conozca y evalúe las características de los nuevos expuestos, pudiendo mencionarse a modo de ejemplo y sin que resulte taxativa, el otorgamiento de cobertura automática, cualquiera sea el monto asegurado, la aceptación automática por portabilidad de un crédito hipotecario, rehabilitación por no pago de prima o bien por novación debido al cambio de deudor, en caso del seguro de desgravamen e invalidez, salvo en aquellos casos que por efectos de pertenecer al grupo stock de la cartera de

asegurados tienen continuidad de cobertura sin suscripción.

Tratándose del seguro de desgravamen, no podrá obstaculizarse el acceso a la DPS del deudor asegurado u otros documentos de suscripción del riesgo que deben estar disponibles en la entidad crediticia.

Por su parte, tratándose del riesgo de invalidez, las bases no podrán establecer el carácter de exigible e irrefutable del dictamen del COMPIN u otro organismo para la determinación del grado de invalidez, por cuanto ello limita el derecho de la compañía aseguradora de liquidar el siniestro, el que debe evaluarse conforme a las definiciones y estipulaciones establecidas en la respectiva cláusula adicional.

Del mismo modo, no se podrá exigir que en caso de siniestro de incendio y sus adicionales que el deudor asegurado deba presentar un presupuesto o informe de los daños producidos por el siniestro, ya sea elaborado por una empresa constructora o profesional competente, como tampoco podrán contener exigencia alguna sobre presupuestos de reparación, toda vez que ello impone al asegurado el deber de efectuar una liquidación, materia que es obligación de la compañía y del liquidador, de acuerdo al procedimiento del Decreto Supremo N°1.055 de 2012.

19. En conformidad al número 2 del título II de la Norma de Carácter General N°349 de esta Comisión, al momento de solicitar extensiones de cobertura, se deberá tener en consideración que las condiciones particulares de las pólizas de seguro pueden modificar el texto de las condiciones generales depositadas, con el fin de efectuar ajustes que permitan adecuar las condiciones generales a la materia asegurada o al riesgo específico cubierto, sin modificarlo sustancialmente, así como establecer condiciones más convenientes o favorables para el asegurado o beneficiario, en su caso, suprimiendo exclusiones, restricciones o requisitos especiales de cobertura, sin que con ello se modifique sustancialmente el riesgo. Estas extensiones de cobertura siempre estarán referidas a los riesgos contemplados en el artículo 40 D.F.L. N°251, de 1931.
20. Se podrá establecer la cobertura de honorarios profesionales, siempre y cuando éstos correspondan a gastos en que razonablemente se deba incurrir para pagar a arquitectos, ingenieros, constructores u otros profesionales que deban ser contratados como consecuencia de un siniestro cubierto y que estén relacionados única y directamente con la reconstrucción o reparación del inmueble asegurado. Por lo tanto, no se podrán contemplar aquellos honorarios destinados a la justificación de siniestros y a todo tipo de reclamaciones en contra de la compañía.
21. Tratándose de la cobertura de inhabilitación de la vivienda, ésta no podrá extenderse a que sea un tercero, autorizado o no por el propietario, el que habite la vivienda al momento del siniestro, toda vez que ello contraviene el segundo párrafo del número 2. del Título III de la Norma de Carácter General N°331, de la Comisión para el Mercado Financiero.
22. No se podrán levantar o eliminar exclusiones contempladas en la póliza o en la cláusula adicional dando cobertura a lesiones auto inferidas, auto provocadas o consentidas por el asegurado, según los artículos 535 y 598 inciso 1 del Código de Comercio, y por el artículo 470 N°10 del Código Penal.

23. El pago de la prima deberá efectuarse con la misma periodicidad que el pago del dividendo hipotecario. Dado que la tasa de prima licitada es mensual, en caso de dividendos no mensuales, la prima se pagará en su equivalente en meses. Esto es, si el dividendo es trimestral, se pagarán las tres primas mensuales en dicho dividendo. Lo mismo operará en caso que se permita la postergación de algún dividendo, debiendo incorporarse la prima no pagada en el dividendo siguiente.
24. De acuerdo al artículo 527 del Código de Comercio las primas deben entregarse a la compañía de seguros que cubrió el riesgo. Por lo tanto, no se podrá establecer en las bases de licitación que la compañía adjudicataria recibirá la prima de los dividendos cuyos plazos de gracia recayeron en la póliza anterior o correspondientes a primas de meses en que no se pagó dividendo. Asimismo, la compañía adjudicataria no recibirá o devolverá las primas señaladas que se enteren con posterioridad al fin de la vigencia de la póliza colectiva, debiendo la entidad crediticia proporcionar la información requerida a efectos que la adjudicataria sólo perciba las primas que financian la cobertura del riesgo a contar del inicio de la vigencia del nuevo contrato.
25. La cobertura del riesgo, deberá ser otorgada y por ende la prima será percibida por la aseguradora exclusivamente mientras se mantenga vigente la obligación de pago de la deuda; esto es, desde que nace la obligación de pago de la deuda y hasta que ésta se extingue, toda vez que de acuerdo a lo señalado en el artículo 40 del D.F.L. N°251, de 1931, la contratación del seguro tiene por objeto el proteger los bienes dados en garantía o el pago de la deuda frente a determinados eventos que afecten al deudor.
26. Las bases no podrán establecer que las DPS se consideren vigentes más allá de 6 meses para nuevas operaciones crediticias, contados desde que el asegurable efectuó la declaración.
27. Podrán participar de las ofertas compañías de seguros en forma individual o bajo la forma de coaseguro. En este último caso, la entidad crediticia no podrá establecer el número mínimo o máximo de compañías que podrán participar en el coaseguro. Asimismo, las bases de licitación no podrán exigir ni establecer condiciones para el coaseguro distintas a la clasificación mínima de riesgo de las aseguradoras.
28. La compañía adjudicataria sólo podrá ceder los riesgos de estos contratos a reaseguradores cuya menor clasificación de riesgo sea igual o superior a la que se indica a continuación, según la nomenclatura de cada entidad internacional de clasificación de riesgos:

Entidad Clasificadora de Riesgos	Clasificación de Riesgo Mínima Requerida
Standard and Poor's	A-
Fitch Ratings	A-
Moody's	A 3
AM Best	A -

29. Las entidades crediticias no podrán establecer requisitos a las compañías de seguros para participar del proceso de licitación relacionados a las características del reaseguro ni su

cobertura, más allá de lo establecido en el punto anterior, tales como cotizaciones formales o porcentajes mínimos de reaseguro aceptado.

No obstante, las bases de licitación podrán establecer que la compañía adjudicataria deba informar por escrito a la entidad crediticia el porcentaje de colocación del reaseguro y el nombre de los reaseguradores que respaldan la Tasa de Prima Mensual ofrecida, antes de la suscripción del contrato.

30. Las ofertas deberán ser entregadas por los oferentes en sobre cerrado, o utilizando medios de seguridad equivalentes cuando se realice por medios remotos, de acuerdo con las condiciones establecidas en las bases de licitación.
31. Las ofertas sólo podrán estar referidas a los seguros definidos en las bases por la respectiva entidad crediticia y a los servicios de la compañía y del corredor de seguros, si la aseguradora incorporó uno en su oferta.
32. Las aseguradoras presentarán sus ofertas como una Tasa de Prima Mensual, incluyendo el IVA cuando corresponda, expresada en porcentaje del monto asegurado de los riesgos que se licitan, incluyendo la comisión del corredor de seguros cuando corresponda. Si la oferta incluye los servicios de un corredor de seguros, la comisión de éste deberá presentarse en forma separada y expresarse como un porcentaje de la prima.
33. Todas las ofertas presentadas por las compañías de seguros serán vinculantes para ellas por el plazo que se establezca en las bases, debiendo permanecer vigentes durante los cinco días siguientes a la fecha prevista en las bases de licitación para la suscripción del contrato. Con todo, el plazo de vigencia de las ofertas no podrá ser superior a 30 días contados desde la apertura de las ofertas.
34. Las ofertas sólo deberán ser suscritas por la compañía de seguros. En el caso de contemplarse los servicios de un corredor de seguros, éste deberá suscribir su oferta en forma independiente ante la compañía de seguros, la cual deberá adjuntar la aseguradora en su oferta.

C. Normas para la adjudicación de los seguros

1. La apertura de las ofertas se realizará en un solo acto en presencia de los oferentes y público en general, ante el Notario Público designado en las bases de licitación, quien levantará acta de todo lo obrado, dejando constancia escrita de las ofertas presentadas y de todo lo ocurrido.

El acto de apertura de ofertas, establecido en el párrafo anterior, podrá efectuarse mediante conexión remota, resguardando la participación simultánea de todos los interesados. Asimismo, además del acta señalada, se deberá dejar constancia, mediante grabación u otro medio de verificación, del resultado de la apertura de ofertas y de la asistencia de los participantes.

2. Los seguros serán adjudicados por la entidad crediticia al oferente que presente el menor precio (menor Tasa de Prima Mensual), incluyendo la comisión del corredor de seguros, si correspondiere, salvo que, después de iniciado el proceso de licitación y antes de su adjudicación, se hubiese deteriorado notoriamente la solvencia de ese oferente por un hecho sobreviniente.

En tal caso, el directorio o máximo órgano directivo de la entidad crediticia, pública y fundamentalmente, previa calificación de ese hecho por una clasificadora de riesgo podrá adjudicar la licitación al segundo menor precio.

La calificación a la que se refiere el párrafo anterior será realizada por una de las clasificadoras de riesgo que esté clasificando a la respectiva compañía de seguros. Los costos asociados a dicha calificación serán de cargo de la entidad crediticia.

3. En caso de que dos o más ofertas presenten el mismo precio, siendo éste el menor precio ofertado en la licitación, se adjudicará la licitación a la compañía de seguros que a la fecha de la adjudicación presente la mayor clasificación de riesgo, considerando la menor que se le haya asignado. Si tanto los precios como las clasificaciones de riesgo son iguales, la entidad crediticia determinará qué compañía se adjudica la licitación, conforme al criterio que se indique en las bases de licitación para el caso.

No obstante, en caso de existir ofertas en coaseguro en que no sea posible aplicar directamente el concepto de la “mayor clasificación de riesgo” debido a las diferentes clasificaciones de las aseguradoras, el criterio para determinar la adjudicación de la licitación se efectuará sobre la base de la oferta que represente un menor riesgo para los asegurados en caso de incumplimiento de alguna de las compañías, de acuerdo a los criterios que la entidad crediticia defina en las bases administrativas de la licitación.

4. En el caso en que no se presentaren ofertas o bien todas aquellas que se presenten no se ajustaran a lo solicitado en las bases de licitación, el directorio o máximo órgano directivo de la entidad crediticia deberá declarar, pública y fundamentalmente, desierta la licitación, así como informar a la Comisión para el Mercado Financiero al respecto. Lo anterior, sin perjuicio de que en caso que una sola compañía de seguros se presente y oferte en la licitación en curso, y aquélla cumpla con los requisitos establecidos en las bases de la licitación, ésta deba adjudicarse a dicha compañía, no siendo posible declarar desierta la licitación en dicho caso.

La entidad crediticia deberá llamar a una nueva licitación en un plazo no superior a los 15 días hábiles de haberse declarado el hecho. Para esta nueva licitación, los plazos contemplados en esta norma podrán reducirse, siempre que no afecte el cumplimiento de las distintas etapas de la licitación.

D. Normas para la contratación del seguro

1. El contrato siempre deberá ser suscrito por la compañía y la entidad crediticia. En caso de que el contrato entre la entidad crediticia y las compañías adjudicatarias del seguro no conste por escritura pública, un ejemplar deberá ser protocolizado en la misma notaría en que se procedió a la apertura de las ofertas.
2. En caso de que el oferente adjudicado no cumpla su oferta o no cumpla con las formalidades requeridas para la firma del contrato dentro de los plazos establecidos en las Bases, sin perjuicio de las sanciones administrativas que pudieren corresponder y una vez agotadas las instancias de resolución de controversias dispuestas en las Bases, el contrato deberá celebrarse con el segundo menor precio ofertado.

Las cláusulas de resolución de conflictos que se establezcan, deberán tener en consideración que los conflictos puedan resolverse antes de que venza la vigencia de las ofertas.

La entidad crediticia deberá informar este hecho a la Comisión para el Mercado Financiero, junto a los antecedentes del caso. Además, deberá publicar dicho evento en su sitio web y en el diario que se haya establecido en las Bases, indicando los motivos que originaron el cambio. Todo ello en un plazo no superior a 1 día posterior a la fecha de la nueva adjudicación.

Mismo procedimiento se llevará a cabo, en caso de que la compañía adjudicada no cumpla con el requisito de clasificación mínima a la fecha que deba suscribirse el contrato de seguro.

3. Los contratos de seguros deberán tener una duración de entre doce y veinticuatro meses, de acuerdo con lo que establezcan las bases de licitación.
4. Tanto La Tasa de Prima Mensual como las tasas de prima mensual de cada riesgo cubierto que la componen no podrán ser modificadas durante la vigencia del contrato.
5. Tratándose del seguro de desgravamen e invalidez, no podrá cobrarse prima por el riesgo de invalidez cuando el deudor asegurado haya cumplido la edad máxima de permanencia establecida para dicha cobertura, ya sea que el deudor ingrese a la póliza colectiva con la edad máxima cumplida o bien la cumpla durante la vigencia de la póliza.

Las aseguradoras dejarán de cobrar la prima del riesgo correspondiente a los asegurados que cumplen la edad límite de cobertura durante la vigencia del seguro, a partir del mes en que deje de estar cubierto. Lo anterior, deberá ser informado por escrito a través de los medios acordados a los deudores asegurados que se encuentren en dicha situación, durante el mes en que se dejó de cobrar la prima.

De continuar enterándose prima en la aseguradora, ya sea por asegurados que ingresaron a la póliza con la edad máxima cumplida o cumplieron la edad durante la vigencia, y considerando que en virtud del inciso último del artículo 525 del Código de Comercio, si el asegurador hubiese incorporado al seguro un deudor conociendo o debiendo conocer las circunstancias por las cuales éste no cumpliera con las condiciones de asegurabilidad, la cobertura tendrá pleno valor, no quedando sujeta a rescisión, modificación o reducción de la indemnización o cualquier otra sanción.

IV. Contenidos mínimos de las bases de licitación

Las bases de licitación deberán contemplar separadamente Bases Administrativas, Bases Técnicas y Anexos de información, siendo el contenido de cada una de ellas el que se detalla a continuación. Lo anterior, es sin perjuicio de la incorporación de otras disposiciones que sean necesarias para que el proceso de licitación se realice en forma competitiva.

A. BASES ADMINISTRATIVAS

Las bases administrativas deberán ajustarse y contemplar al menos los siguientes tópicos, en el siguiente orden:

1. Contratante y beneficiario.
2. Asegurados.
3. Objeto de la licitación.
4. Duración del contrato de seguro licitado, en meses.
5. Calendarización de la licitación, indicando a lo menos la (s) fecha (s) o plazos en las cuales se realizarán las actividades, el lugar y hora, de acuerdo a lo señalado en el título III, literal B, número 4.
6. Procedimiento para que las compañías interesadas puedan efectuar consultas sobre las bases de licitación, así como el medio en que se pondrá a disposición de los interesados las respuestas a las consultas recibidas, de manera consolidada para todos los participantes, de acuerdo al formato señalado en el Anexo N° 4 de esta norma.
7. Diario físico o medio escrito digital, según corresponda, en que se efectuarán las publicaciones que establece esta norma.
8. Criterios y mecanismos de desempate para seleccionar la mejor oferta en el caso de propuestas que presenten igual Tasa de Prima Mensual, con oferentes de igual clasificación de riesgo o en caso de empate cuando alguna o ambas ofertas se presenten en modalidad de coaseguro.
9. Indicación explícita que señale que la recaudación de las primas de los seguros licitados será efectuada por la entidad crediticia junto al cobro del dividendo, sin costo para la aseguradora.

Las bases deberán indicar el plazo en el cual la entidad crediticia realizará el traspaso de la prima pagada a la compañía de seguros, el que no podrá ser superior a 20 días contados desde la fecha de devengamiento.

Deberá constar que, junto al pago de la prima, la entidad crediticia enviará a la adjudicataria una nómina que contenga la información señalada en el Título VII de la presente norma.

10. Antecedentes que deben acompañarse a la oferta económica para considerarla completa.
11. Formatos de presentación de las ofertas económicas por los seguros según los riesgos a cubrir, los que se deberán ajustar a las características de las carteras licitadas. En éstos se deberá indicar además la cantidad de decimales con que se deberá informar la tasa de prima.

Ejemplos:

Coberturas licitadas	Tasa de prima mensual (%) (*)
Desgravamen	a
Invalidez total y permanente 2/3	b
Tasa de Prima Mensual	a + b

(*) Debe incluir la comisión del corredor de seguros, en caso de que la oferta lo contemple. Las tasas son mensuales y deben expresarse con 5 decimales.

Coberturas licitadas	Tasa de prima mensual (%) (*)
Incendio	a
Sismo	b
Salida de mar	c
Riesgos de la naturaleza	d
Tasa de Prima Mensual	a + b + c + d

(*) Debe incluir la comisión del corredor de seguros, en caso de que la oferta lo contemple. Las tasas son mensuales y deben expresarse con 5 decimales.

En caso de que la oferta contemple compañías en coaseguro, deberá señalarse el formato para que la compañía indique nombre, RUT, porcentaje de participación de cada compañía y firma del representante legal de cada una de ellas, sin límite al número de compañías en coaseguro.

12. Nombre de la compañía de seguros y Tasa de Prima Mensual vigente.
13. Nombre de la corredora de seguros vigente y su comisión, en caso de existir.
14. El monto de prima anual correspondiente al último año de vigencia, neta de comisiones de la cartera de seguros vigente que se está licitando. El referido monto se informará para efectos de determinar la prima mínima que deberán haber intermediado los corredores de seguros, en caso de que la aseguradora lo contemple en la oferta.
15. Requerimientos tecnológicos de interconexión.
16. Requerimientos del número de puntos de atención presencial a los deudores asegurados o sus beneficiarios, según corresponda.
17. Medios de comunicación entre la entidad crediticia y la aseguradora adjudicataria.
18. Cláusulas de resolución de controversias, incluida la etapa previa a la adjudicación.
19. Otros requisitos (Ejemplo, boletas de garantía, confidencialidad)

B. BASES TÉCNICAS

Las bases técnicas deberán sujetarse a lo siguiente:

1. Las licitaciones de los seguros de que trata la presente norma deberán ajustarse a las disposiciones contenidas en las normas legales vigentes y las normas administrativas emitidas por la Comisión para el Mercado Financiero.
2. Materia asegurada.
 - 2.1 Tratándose del seguro de desgravamen y su adicional de invalidez, la materia asegurada corresponderá a las personas naturales deudores, codeudores u otros que tengan obligaciones originadas en créditos hipotecarios con garantía de bienes inmuebles habitacionales o de prestación de servicios profesionales.
 - 2.2 Tratándose del seguro de incendio y sus adicionales, la materia asegurada corresponderá exclusivamente a los bienes inmuebles habitacionales o de prestación de servicios profesionales, dados en garantía por créditos que la entidad crediticia haya otorgado, otorgará, adquirirá mediante la compra de cartera o debido a la portabilidad de los créditos.
 - 2.3 En caso de que se contemple otorgar cobertura a ampliaciones, mejoras o modificaciones a la materia asegurada, ésta deberá estar limitada a un monto o porcentaje conocido previamente por el asegurador y, obligadamente, cumplir las condiciones de asegurabilidad. Dicho monto o porcentaje no podrá ser superior a un 10% del monto asegurado.

Lo anterior, es sin perjuicio de lo establecido en el artículo 526 del Código de Comercio sobre agravación de los riesgos asegurados.

3. Coberturas a licitar y extensiones de cobertura.
 - 3.1 Deberán señalar las coberturas a licitar, así como las condiciones requeridas para ellas. Las bases deberán indicar el código de depósito en la Comisión para el Mercado Financiero de las condiciones generales de la póliza y de las cláusulas adicionales que se están licitando.

Para efectos de evitar inconsistencias o contradicciones con los textos depositados en el Depósito de Pólizas de la Comisión para el Mercado Financiero, no deberán reproducirse, total o parcialmente, las condiciones generales de los textos de pólizas o cláusulas adicionales a licitar.

Al respecto, se deberá tener presente que el artículo 40 del D.L.F. N°251 permite incorporar coberturas adicionales a la póliza de incendio en la medida que sean complementarias a este riesgo y que tengan por objeto proteger los bienes dados en garantía. Por lo tanto, no podrán solicitarse cláusulas adicionales o extensiones de cobertura que no cumplan con dicha disposición.

- 3.2 Deberán indicar explícitamente que existirá continuidad de cobertura para el stock de asegurados o materia asegurada vigentes a la fecha de inicio del nuevo contrato, en los términos establecidos en el número 8 de la letra A del título III. Esta estipulación deberá constar también en la póliza de seguro que se contrate y en el certificado de cobertura de los deudores asegurados del stock.

3.3 En caso de contemplarse, se deberán señalar las extensiones de cobertura que los oferentes deberán considerar.

4. Monto asegurado (límite máximo de responsabilidad del asegurador)

Deberá establecerse el límite máximo de responsabilidad del asegurador por cada riesgo cubierto y de sus respectivas extensiones de cobertura cuando corresponda.

4.1 En el caso del seguro de incendio y sus adicionales, el monto asegurado corresponderá al valor de tasación del inmueble, descontado el valor del terreno.

4.2 En el caso del seguro de desgravamen el monto asegurado corresponderá al saldo insoluto de la deuda que mantenga el asegurado o la proporción acordada de éste en caso de existir más de un deudor, calculado a la fecha de fallecimiento del asegurado o al último día del mes inmediatamente anterior a dicha fecha, según se estipule en las bases de licitación.

4.3 En el caso del adicional de invalidez, el monto asegurado corresponderá al monto que habría que pagar por la cobertura de desgravamen al momento de declararse la invalidez por parte de la compañía de seguros.

Se exceptúan de lo señalado en los numerales 4.1, 4.2 y 4.3 precedentes, aquellas operaciones hipotecarias que por disposición legal especial señalen otro monto asegurado. En dicho caso, deberá indicarse el número de operaciones vigentes que se encuentran en esta situación, así como cuál será el monto asegurado en dichos casos.

4.4 De acuerdo a lo señalado en la Norma de Carácter General N° 331 de esta Comisión, tratándose de la cobertura de inhabilitación, retiro de escombros y demolición se deberá establecer una suma asegurada independiente del monto asegurado en la póliza principal, expresada como un porcentaje de dicho monto asegurado.

5. Deducibles, franquicias, límites y sublímites

Tratándose del riesgo de incendio y sus adicionales deberá indicarse el deducible o franquicia, montos límites y sublímites por cada cobertura o extensión de cobertura.

6. Condiciones de asegurabilidad o suscripción

6.1 Las bases deberán señalar las condiciones de suscripción que se aplicarán al flujo de deudores asegurados que ingresen al contrato colectivo. Las bases no podrán establecer que no existirán condiciones de suscripción, independientemente del monto del crédito que se está otorgando.

6.2 Tratándose de pólizas de desgravamen y desgravamen con adicional de invalidez total y permanente dos tercios, deberá señalarse la edad mínima y máxima de ingreso al seguro, junto con la edad máxima de la cobertura por el riesgo de muerte y por el riesgo de invalidez, cuando corresponda.

- 6.3 Mediante un anexo a las bases se deberá incorporar, al menos, la Declaración Personal de Salud (DPS) utilizada por la compañía que mantiene vigente el contrato de seguro al momento de la licitación. Además, deberá indicarse que el formulario de DPS presentado se entiende como referencial, pudiendo la compañía adjudicataria ajustarlo, en atención a lo dispuesto en los artículos 525 y 590 del Código de Comercio.
7. Plazo de gracia y rehabilitación
 - 7.1 Las bases deberán indicar el período de gracia por el que se mantendrá la cobertura ante el no pago de la prima.
 - 7.2 Se deberá indicar el plazo máximo de rehabilitación de la cobertura individual en caso de no pago de la prima, el que no podrá exceder al señalado en las condiciones generales de la póliza.
8. Plazo aceptación de los riesgos

Se deberá señalar el plazo máximo para que la compañía de seguros se pronuncie respecto a la aceptación del riesgo, el que no podrá ser inferior a dos días hábiles de acuerdo a lo señalado en el número 13.a de la letra B del título III de esta norma.
9. Liquidación del siniestro y pago del siniestro
 - 9.1 Se deberá señalar el plazo máximo para la emisión del informe de liquidación y para el pago de la indemnización, considerando lo señalado en el N°13, de la sección B del título III de esta norma.
 - 9.2 Si las bases contemplan otorgar un plazo de denuncia de siniestro superior al establecido en el texto de condiciones generales de la póliza o cláusula adicional, éste debe ser concordante con el número 7° del artículo 524 del Código de Comercio, por lo que el plazo debe contarse desde “tan pronto fue posible una vez que se tomó conocimiento del hecho”.

C. INFORMACIÓN DE LAS CARTERAS LICITADAS, EXPUESTOS Y SINIESTROS

Por cada cartera a licitar, las entidades crediticias deberán adjuntar a las bases de licitación, en formato Excel desprotegido, al menos, la información estadística que se describe en la sección Anexos Técnicos del módulo SEIL del sitio web de la Comisión. La entidad crediticia estará obligada a proporcionar información agregada adicional a los oferentes que la requirieran dentro del plazo de preguntas y respuestas para una adecuada tarificación de los riesgos.

Previo a la preparación de las bases de licitación, las entidades crediticias deberán verificar en el sitio web de la Comisión, la información mínima que deberá proporcionarse en el proceso licitatorio.

Cuando se trate de carteras nuevas a licitar o bien de entidades crediticias que inicien operaciones que no cuenten con información de stock, se deberá entregar la información solicitada respecto de las proyecciones que tiene la nueva entidad crediticia respecto de los créditos a otorgar.

Se deberá entregar un archivo Excel por cada cartera a licitar, indicando en el nombre del archivo el riesgo licitado. Ejemplo: Cartera 1 desgravamen-invalidez 2021.

V. Obligación de información a la Comisión para el Mercado Financiero

A. Información sobre las bases de licitación

En la misma oportunidad en que sean puestas a disposición de las compañías, las entidades crediticias deberán enviar a la Comisión para el Mercado Financiero las bases de licitación y todas las modificaciones que se introduzcan en ellas durante el proceso en formato PDF y, además, la información estadística en formato Excel. Todos los documentos deberán ser enviados en formatos “desprotegidos”, de modo que el usuario de la Comisión pueda copiar el documento o extraer partes de él.

Adicionalmente, se deberá acompañar junto a las bases el formulario indicado en el Anexo N° 3, donde se detallarán los cambios efectuados respecto de la última versión de las bases de licitación vigente.

Asimismo, la entidad crediticia deberá remitir a la Comisión para el Mercado Financiero las preguntas y respuestas sobre las bases de la licitación el mismo día en que éstas sean puestas a disposición de las compañías aseguradoras, indicando la compañía que formuló la o las consultas, de acuerdo con el formato y contenidos señalados en el Anexo N°4 de esta norma.

El envío se hará a través del módulo SEIL – Sistema de Envío de Información en Línea – del sitio web www.cmfchile.cl, opción “Licitaciones art. 40 DFL 251”, conforme a las instrucciones establecidas en la Norma de Carácter General N°314, o la que la reemplace. El envío de toda la información y documentación requerida por esta norma a la CMF, así como cualquier otra referida o relacionada al proceso de licitación, deberá hacerse acompañado de carta conductora dirigida al Presidente de esta Comisión y firmada por el gerente general, en formato pdf. Asimismo, tratándose de bancos e instituciones financieras, el envío también deberá realizarse por medio de la Extranet dispuesta para ello en el sitio web de la CMF.

B. Información sobre las ofertas recibidas y resultados de la licitación

1. A más tardar el día siguiente a la apertura de las ofertas, las entidades de crédito deberán informar a la Comisión:
 - Identificación de la(s) Compañía(s) oferente(s).
 - Tasa de Prima Mensual y tasa de prima mensual para cada riesgo ofrecida por cada Compañía, indicando la comisión del corredor de seguros en caso de existir.
 - Nombre del corredor(es) de seguros incluido(s) en cada oferta, en caso de que corresponda.
 - Copia del acta de apertura, la cual deberá referirse a las eventuales controversias que se hubieran producido.
2. Una vez adjudicada la licitación, las entidades crediticias, el mismo día de la adjudicación, deberán enviar a la Comisión para el Mercado Financiero lo siguiente:

- 2.1 Un informe de resultados de la licitación por cada cartera licitada con el siguiente detalle:
- a. Identificación de la Entidad Crediticia.
 - b. Identificación de la compañía de seguros adjudicataria. En caso de adjudicarse en coaseguro, deberá identificarse cada compañía y su porcentaje de responsabilidad.
 - c. Cobertura de la póliza licitada: se deberá indicar el riesgo licitado y, de existir, todos sus adicionales.
 - d. Cobertura de la póliza anterior: se deberá indicar el riesgo licitado y, de existir, todos sus adicionales.
 - e. Fecha de adjudicación.
 - f. Fechas de inicio y de término de vigencia de la póliza.
 - g. Monto asegurado total (UF): se deberá indicar el monto total asegurado del stock licitado, a la fecha del llamado a licitación.
 - h. Número de deudores: se deberá indicar el número de deudores del stock licitado, a la fecha del llamado a licitación.
 - i. Tasa de Prima Mensual del contrato anterior (%):
 - j. Tasa de Prima Mensual del contrato adjudicado (%):
 - k. Variación de la Tasa de Prima Mensual respecto de la anterior (%):
 - l. Corredora de seguros: se deberá indicar el nombre de la corredora que será parte del contrato adjudicado, cuando corresponda.
 - m. Comisión de la corredora: (%) de la prima, cuando corresponda.
 - n. El hipervínculo al lugar de su sitio web donde se da cumplimiento a lo instruido en el número 18 de la letra A del título III.
- 2.2 Un cuadro resumen con el nombre de las compañías oferentes, las correspondientes Tasas de Prima Mensual ofertadas y las tasas de prima mensual por cobertura, ordenadas de menor a mayor. Además, deberá incluir el nombre de la corredora incorporada en cada oferta y la comisión cobrada, cuando corresponda.
- 2.3 El anexo técnico denominado: “INFORME DE ADJUDICACIÓN DE LA LICITACIÓN DE LOS SEGUROS ASOCIADOS A CREDITOS HIPOTECARIOS”.

C. Otra información relevante

Las Entidades Crediticias deberán informar a esta Comisión respecto de las situaciones descritas en esta normativa u otra información relevante, tan pronto como sea posible y por los canales establecidos en esta norma.

VI. Obligación de informar al deudor asegurado

De acuerdo con lo establecido en el artículo 517 del Código de Comercio, a través del tomador, el asegurador deberá entregar a cada uno de los asegurados que se incorporen al contrato de seguro colectivo, una copia de la póliza, o, al menos, un certificado que acredite la cobertura. En el último caso, tanto el asegurador como el tomador y el corredor del seguro deberán mantener a disposición de los interesados una copia de la póliza.

Por su parte, el artículo 519 del señalado Código, establece que el asegurador deberá entregar la póliza, o el certificado de cobertura, en su caso, al contratante del seguro o al corredor que la hubiera intermediado, dentro del plazo de cinco días hábiles contados desde la perfección del contrato. El corredor deberá entregar la póliza al asegurado dentro de los cinco días hábiles siguientes a su recepción.

Tratándose de seguros que cubran el **riesgo de incendio y coberturas adicionales** tales como sismo y salida de mar, la entidad crediticia deberá enviar al deudor asegurado lo siguiente:

- a. Un Certificado de Cobertura, el cual debe contener al menos la información señalada en el Anexo N°1 de la presente norma.
- b. Criterios y plazo que la entidad crediticia usará para el traspaso de las indemnizaciones en caso de daño parcial del bien asegurado. Esto es, deberá indicar la proporción que se imputará al saldo insoluto y la que se entregará al asegurado deudor para la reparación directa del bien asegurado. Además, deberá explicitar bajo qué condiciones se realizarán estos traspasos.

Tratándose de **seguros de desgravamen y de desgravamen más invalidez**, la entidad crediticia deberá enviar al deudor asegurado un Certificado de Cobertura, el cual debe contener al menos la información señalada en el Anexo N°2 de la presente norma.

El certificado de cobertura podrá ser enviado por medios electrónicos, tales como el correo electrónico informado para efectos del envío de la información del crédito hipotecario, siempre que el asegurado haya consentido en ello.

VII. Información que deberá entregar la entidad crediticia a la aseguradora adjudicataria

Durante la vigencia del contrato y mientras existan primas por pagar a la aseguradora, mensualmente, y en el mismo día que se efectúe el pago de la prima a la aseguradora, la entidad crediticia deberá enviar electrónicamente a la compañía de seguros adjudicada, un archivo con una nómina que contenga al menos la siguiente información de cada uno de los asegurados por los que se recaudó prima en el mes informado, dependiendo del tipo de seguro:

1. Seguro de desgravamen y cobertura adicional de invalidez

- a. Rut del asegurado
- b. Nombre del asegurado
- c. Número de operación crediticia
- d. Fecha de Nacimiento
- e. Sexo
- f. Fecha de otorgamiento del crédito
- g. Monto inicial del crédito (UF)
- h. Saldo insoluto a la fecha del informe (UF). Cuando exista más de un deudor asociado al mismo crédito se deberá informar el saldo insoluto de cada uno de ellos.
- i. Plazo remanente del crédito, en meses
- j. Tasa de interés vigente del crédito

- k. Prima pagada (UF)
- l. Número de primas pagadas en el mes

2. Seguro de incendio y coberturas adicionales

- a. Rut del asegurado
- b. Nombre del asegurado
- c. Número de operación crediticia
- d. Dirección de la propiedad asegurada
- e. Año de construcción
- f. Monto Asegurado (valor de tasación)
- g. Rol de Avalúo Fiscal
- h. Metros cuadrados construidos
- i. Tipo de construcción (madera, hormigón armado, albañilería reforzada, etc.).
- j. Uso del bien inmueble dado en garantía a la fecha de otorgamiento del crédito (habitacional o servicios profesionales)
- k. Prima pagada (UF)
- l. Número de primas pagadas en el mes.

Además, el archivo contendrá información de cuadratura de los datos y cualquier otra información que acuerde la entidad crediticia con la compañía de seguros adjudicataria para la correcta gestión del cobro de las primas a los deudores asegurados y su debido traspaso al asegurador.

VIII. Vigencia y derogación

La presente norma entrará en vigencia a contar de esta fecha y será aplicable a las licitaciones hipotecarias cuyo llamado a licitación se efectúe a contar del [día] de [mes] de 2021, fecha en que quedarán derogadas la Norma de Carácter General N° 330, Circular N°3.530 Bancos (Circular N° 147 de Cooperativas y la Circular N° 62 de Filiales), Carta Circular N°2 del 2012 Bancos, (carta Circular N°1 Cooperativas del 2012) y Circular 3.537 Bancos (Circular N° 149 Cooperativas y Circular N° 63 Filiales).

JOAQUÍN CORTEZ HUERTA
PRESIDENTE
COMISIÓN PARA EL MERCADO FINANCIERO

Anexo N°1: CERTIFICADO DE COBERTURA SEGURO DE INCENDIO

IMPORTANTE

Usted ha sido incorporado al seguro colectivo de [informar el nombre de la aseguradora], contratado por (*informar nombre de la entidad crediticia*). Si lo desea puede sustituirlo contratando directamente este seguro con otra aseguradora de su elección, cumpliendo los requisitos previstos para ello, caso en el cual podrá informarse en (*informar la entidad crediticia*) o en cualquier aseguradora o corredor de seguros que ofrezca estas coberturas.

En caso de siniestro, contáctese a la brevedad posible con la aseguradora o corredor de seguros en (*informar sitio web y/o call center y/o cualquier otra vía de recepción remota que permita cumplir con lo establecido en el número 17 de la letra B del título III*)

Usted puede acceder al contrato de seguro al cual ha sido incorporado en el sitio web de la entidad crediticia, en el siguiente hipervínculo: (*señalar la dirección*).

1. IDENTIFICACIÓN

- Número de póliza
- N° operación crediticia
- Identificación contratante
- Identificación asegurado
- Beneficiario: entidad crediticia hasta el saldo insoluto de la deuda y el asegurado en caso de existir diferencia entre el monto asegurado y el saldo insoluto.
- Materia asegurada
Nota: este seguro otorga continuidad de cobertura respecto de la póliza colectiva anterior.
- Vigencia del seguro
Nota: Si al término de este contrato colectivo no se hubiese podido iniciar la cobertura de un nuevo contrato licitado, este seguro se extenderá por un plazo adicional que no podrá exceder de 60 días. Vencido este plazo, si no se hubiese iniciado un nuevo contrato, (*informar nombre de la entidad crediticia*) asumirá el pago de la prima en proporción al saldo de la deuda con respecto al valor asegurado, correspondiendo al deudor asegurado la parte restante.
- Identificación del corredor de seguros
- Comisiones

2. MONTO ASEGURADO, RIESGOS CUBIERTOS Y PRIMA

Monto asegurado:.....

Este será el límite máximo de responsabilidad del asegurador.

En caso de pérdida total, se aplica el concepto de “primera pérdida” y, por lo tanto, la indemnización no estará afectada a la regla proporcional que señala el Artículo 553 del Código de Comercio.

En caso de siniestros con pérdidas parciales, la indemnización se determinará conforme al valor de reparación o reconstrucción, habida consideración del material y características de construcción del inmueble a la fecha del siniestro. Es decir, no se contempla la reducción del monto a indemnizar por

concepto de depreciación, antigüedad, uso o desgaste del bien asegurado.

Modalidad de pago de la prima:

Información por cobertura:

Riesgo Cubierto (1)	Código Póliza o Cláusula (2)	Monto asegurado UF (3)	Deducible (4)	Prima neta mensual (UF)
Daños por incendio				
Daños e incendio por sismo				
Daños e incendio por salida de mar				
Daños e incendio por riesgos de la naturaleza				
Daños por Caída de aeronaves				
Daños por colapso de edificio				
Daños por explosión				
Daños por roturas de cañerías o por desbordamiento de estanques matrices.				
Daños materiales causados por choque o colisión con objetos fijos o flotantes				
Daños por incendio y explosión a consecuencia directa de huelga, desorden popular o actos terroristas.				
Daños a consecuencia directa de huelga o desorden popular				
Saqueo y daños materiales por saqueo durante huelga o desorden popular				
Daños por robo con fuerza y robo con violencia o intimidación en las personas				
Inhabitabilidad vivienda	-			
Demolición	-			
Retiro de escombros	-			
Traslado de muebles y bodegaje	-			
Honorarios profesionales	-			
Detección de rotura de cañerías	-			
Gastos de aceleración	-			
Daños bomberos	-			
Gastos para evitar la extensión y	-			

propagación de un siniestro				
Gastos para obtener permisos y/o licencias para reconstrucción	-			
.				
..				
Total prima neta mensual				
				IVA
Total prima bruta mensual				

Notas explicativas:

1. El riesgo cubierto se refiere a la causa que produce el daño a la propiedad asegurada, habitacional o de prestación de servicios profesionales.
2. Las condiciones generales de estas coberturas se encuentran depositadas en la Comisión para el Mercado Financiero bajo el código que en cada caso se señala. Usted puede revisar los textos en www.cmfchile.cl, en la sección Depósito de Pólizas.
3. El monto asegurado es el monto máximo que pagará la compañía de seguro en caso de siniestro.
4. El deducible corresponde al monto de la pérdida que es de cargo del asegurado.

3. DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS

4. CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD

5. CONTINUIDAD DE COBERTURA

Esta póliza otorga continuidad de cobertura. Se entenderá como continuidad de cobertura, el aseguramiento en la nueva póliza de la cartera de deudores asegurados en la póliza colectiva anterior, sin realizar una nueva suscripción, en tanto se cumplan las siguientes condiciones:

- a. La materia asegurada haya estado cubierta en la póliza colectiva anterior.
- b. Que el hecho esté cubierto también en este nuevo contrato de seguro.
- c. Que la causa la característica de la materia asegurada no haya sido excluida en la póliza colectiva anterior.
- d. Que la característica de la materia asegurada no haya sido objeto de una declaración falsa o reticente, exceptuada la indisputabilidad pactada.

Instrucciones para completar información mínima del Certificado de Cobertura descrito en Anexo N°1

1. El Certificado de Cobertura deberá contener, al menos, las secciones e información señalados en Anexo N°1.

Ningún dato podrá omitirse. En caso de no existir corredor de seguros deberá completarse con la frase “sin corredor”.

Las cifras deberán informarse con dos decimales.

2. El Certificado de Cobertura comenzará con la nota “**IMPORTANTE**”. El texto de la nota deberá presentarse en negrita y con un tamaño de letra superior al resto. El tamaño de la letra del texto deberá ser de al menos 2,5 milímetros.

En el primer párrafo se deberá reemplazar el texto “*(informar nombre de la entidad crediticia)*” por el nombre de la entidad crediticia.

En el segundo párrafo se deberá reemplazar el texto “*(informar sitio web y/o call center y/o cualquier otra vía de recepción remota que permita cumplir con lo establecido en el número 17 de la letra B del título III)*” por la información allí señalada.

En el tercer párrafo se deberá reemplazar el texto “(señalar la dirección)” por el hipervínculo donde se encuentra el contrato de seguro a la que ha sido incorporado el asegurado.

3. Para completar la información de la sección “**1. IDENTIFICACIÓN**” deberá considerarse lo siguiente:

Tratándose de la **Identificación del contratante, asegurado y corredor de seguros**, deberá señalarse el nombre y el RUT. En caso de existir más de un deudor asegurado, asociado a la operación crediticia, deberá identificarse a cada uno de ellos, señalando el porcentaje de cobertura de cada uno de ellos.

En **Materia asegurada** deberá indicarse, además de la dirección completa, el tipo de construcción del inmueble asegurado, la ubicación (urbano/no urbano) y el uso y destino del inmueble.

En **Vigencia del seguro** deberá informarse la fecha y hora de vigencia del seguro colectivo.

En **Comisiones** deberá indicarse además la comisión del corredor, expresada como un porcentaje de la prima neta. En caso de no existir corredor, deberá indicarse 0%.

4. Para completar la información de la sección “**2. MONTO ASEGURADO, RIESGOS CUBIERTOS, Y PRIMA**” deberá considerarse lo siguiente:

En **Monto asegurado** deberá indicarse el valor de tasación del inmueble dado en garantía, descontado el valor del terreno, salvo que la operación crediticia se encuentre asociada en disposiciones legales o reglamentarias distintas al artículo 40 del D.F.L. N° 231, de 1931.

En **Modalidad de pago de la prima** se deberá indicar que la prima del seguro se pagará junto con el dividendo del crédito.

La sección **Información por cobertura** deberá ajustarse a lo siguiente:

En la columna **“Riesgo cubierto (1)”** deberá informarse, además de la cobertura de incendio, todos los adicionales que contempla el seguro colectivo al cual ha sido incorporado el asegurado, junto con las coberturas de demolición, retiro de escombros e inhabilitación. También deberá indicarse las extensiones de cobertura que contempla la póliza. No deberán incorporarse coberturas o extensiones de cobertura no contempladas expresamente en la póliza colectiva.

De acuerdo a lo señalado en la Norma de carácter General N° 331 de esta Comisión, las coberturas de retiro de escombros y de demolición deberán contemplar una suma asegurada independiente del monto asegurado en la póliza, expresada como un porcentaje de dicho monto asegurado. Asimismo, la cobertura de inhabilitación deberá establecer una suma asegurada independiente del monto asegurado en la póliza.

De acuerdo a lo señalado en la Circular N° 2123 de esta Comisión, la prima total cobrada al asegurado deberá ser desglosada en los montos correspondientes a la cobertura principal, a cada una de las coberturas adicionales contratadas y al impuesto al valor agregado IVA, si corresponde.

La **prima** se establecerá como un porcentaje del monto asegurado de cada riesgo, incluida la comisión del corredor de seguros, si lo hubiese.

En la columna **“Deducible”** deberá señalarse un monto de UF o una descripción simple del algoritmo de cálculo (Ejemplo: x% del monto asegurado con tope UF xx).

5. En la sección **“3. DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS y EXTENSIONES DE COBERTURA”** deberá contener una descripción de la cobertura de incendio y de cada una de las coberturas adicionales contratadas, junto con las exclusiones.
6. En la sección **“4. CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD”**.

De acuerdo a lo establecido en la Circular N° 2123, en el Certificado de Cobertura deberán constar las condiciones especiales de asegurabilidad que se hayan establecido para el riesgo del asegurado. Será responsabilidad de la compañía tener constancia fehaciente de la aceptación del asegurado de las condiciones referidas.

7. La sección **“5. CONTINUIDAD DE COBERTURA”** se informará sólo a los deudores asegurados del stock licitado.

Anexo N°2: CERTIFICADO DE COBERTURA SEGURO DE DESGRAVAMEN

IMPORTANTE

Usted ha sido incorporado al seguro colectivo de [informar el nombre de la aseguradora], contratado por (*informar nombre de la entidad crediticia*). Si lo desea puede sustituirlo contratando directamente este seguro con otra aseguradora de su elección cumpliendo los requisitos previstos para ello, caso en el cual podrá informarse en (*informar la entidad crediticia*) o en cualquier aseguradora o corredor de seguros que ofrezca estas coberturas.

En caso de siniestro, contáctese a la brevedad posible con la aseguradora o corredor de seguros en (*informar sitio web y/o call center y/o cualquier otra vía de recepción remota que permita cumplir con lo establecido en el número 17 de la letra B del título III*)

Usted puede acceder al contrato de seguro al cual ha sido incorporado en el sitio web de la entidad crediticia, en el siguiente hipervínculo: (señalar la dirección).

1. IDENTIFICACIÓN

- Número de póliza
- N° operación crediticia
- Identificación contratante
- Identificación asegurado
- **Nota:** este seguro otorga continuidad de cobertura respecto de la póliza colectiva anterior.
- Beneficiario: entidad crediticia hasta el saldo insoluto de la deuda.
- Vigencia del seguro
- **Nota:** Si al término de este contrato colectivo no se hubiese podido iniciar la cobertura de un nuevo contrato licitado, este seguro se extenderá por un plazo adicional que no podrá exceder de 60 días. Vencido este plazo, si no se hubiese iniciado un nuevo contrato, la entidad crediticia asumirá el pago la prima.
- Identificación del corredor de seguros
- Comisiones

2. MONTO ASEGURADO, RIESGOS CUBIERTOS Y PRIMA

Monto asegurado: es el límite máximo de responsabilidad del asegurador y corresponde al saldo insoluto de la deuda.

Al dd/mm/ aaaa, el saldo insoluto de su crédito hipotecario ascendía a:

Modalidad de pago de la prima:

Información por cobertura:

Riesgo Cubierto (1)	Código Póliza o Cláusula (2)	Monto asegurado UF (3)	Edad máxima de permanencia (4)	Prima neta mensual (UF)
Muerte				
Invalidez total y permanente 2/3				
Total prima neta mensual				
IVA				
Total prima bruta mensual				

Notas explicativas:

1. Cobertura se refiere a la causa que produce que la compañía de seguros pague la indemnización.
2. Las condiciones generales de estas coberturas se encuentran depositadas en la Comisión para el Mercado Financiero bajo el código que en cada caso se señala. Usted puede revisar los textos en www.cmfchile.cl.
3. El monto asegurado corresponde al saldo insoluto de la deuda, el cual se establece como (indicar cómo se definió saldo insoluto en la póliza respectiva).
4. Si usted cumple la edad señalada durante la vigencia del presente seguro, la cobertura terminará y no se seguirá cobrando prima por dicha cobertura.

3. DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS**4. CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD****5. CONTINUIDAD DE COBERTURA**

Esta póliza otorga continuidad de cobertura. Se entenderá como continuidad de cobertura, al aseguramiento en la nueva póliza de la cartera de deudores asegurados en la póliza colectiva anterior, sin realizar una nueva suscripción, en tanto se cumplan las siguientes condiciones:

- a. El asegurado haya estado cubierto en la póliza colectiva anterior.
- b. Que el hecho esté cubierto también en el nuevo contrato de seguro.
- c. Que la causa del fallecimiento o la invalidez no haya sido excluida en la póliza colectiva anterior.
- d. Que la causa del fallecimiento o la invalidez no haya sido objeto de una declaración falsa o reticente, exceptuada la indisputabilidad pactada.

Instrucciones para completar información mínima del Certificado de Cobertura descrito en Anexo N°2

1. El Certificado de Cobertura deberá contener, al menos, las secciones e información señalados en Anexo N°2.

Ningún dato podrá omitirse. En caso de no existir corredor de seguros deberá completarse con la frase “sin corredor”.

Las cifras deberán informarse con dos decimales.

2. El Certificado de Cobertura comenzará con la nota “**IMPORTANTE**”. El texto de la nota deberá presentarse en negrita y con un tamaño de letra superior al resto. El tamaño de la letra del texto deberá ser de al menos 2,5 milímetros.

En el primer párrafo se deberá reemplazar el texto “**(informar nombre la entidad crediticia)**” por el nombre de la entidad crediticia.

En el segundo párrafo se deberá reemplazar el texto “**(informar sitio web y/o call center y/o cualquier otra vía de recepción remota que permita cumplir con lo establecido en el punto número 17 de la letra B del título III)**” por la información allí señalada.

En el tercer párrafo se deberá reemplazar el texto “(señalar la dirección)” por el link donde se encuentra el contrato de seguro a la que ha sido incorporado el asegurado.

3. Para completar la información de la sección “**1. IDENTIFICACIÓN**” deberá considerarse lo siguiente:

Tratándose de la **Identificación del contratante, asegurado y corredor de seguros**, deberá señalarse el nombre y el RUT. En caso de existir más de un deudor asegurado, asociado a la operación crediticia, deberá identificarse a cada uno de ellos, señalando el porcentaje de cobertura de cada uno de ellos.

En **Vigencia del seguro** deberá informarse la fecha y hora de vigencia del seguro colectivo.

En **Comisiones y pagos**, además de la comisión del corredor expresada como un porcentaje de la prima neta, de acuerdo a lo señalado en la Circular N° 2123 de esta Comisión, deberá informarse cualquier otra comisión o estipendio devengado a favor del contratante, intermediario u otras personas relacionadas a éstos.

4. Para completar la información de la sección “**2. MONTO ASEGURADO, RIESGOS CUBIERTOS, Y PRIMA**” deberá considerarse lo siguiente:

En **Monto asegurado** deberá indicarse el saldo insoluto a la fecha de inicio de vigencia del seguro.

En **Modalidad de pago de la prima** se deberá indicar que la prima del seguro se pagará junto con el dividendo del crédito.

La sección **Información por cobertura** deberá ajustarse a lo siguiente:

En la columna “**Riesgo cubierto (1)**” deberá informarse, además de la cobertura de desgravamen, El

adicional de invalidez total y permanente 2/3 sólo si dicha cobertura aplica al asegurado en cuestión.

De acuerdo a lo señalado en la Circular N° 2123 de esta Comisión, la prima total cobrada al asegurado deberá ser desglosada en los montos correspondientes a la cobertura principal, a cada una de las coberturas adicionales contratadas y al impuesto al valor agregado IVA, si corresponde.

La **prima** se establecerá como un porcentaje del monto asegurado de cada riesgo, incluida la comisión del corredor de seguros, si lo hubiese.

5. En la sección **“3. DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS”** deberá contener una descripción de la cobertura de desgravamen y de ITP 2/3 cuando corresponda, junto con las exclusiones.
6. En la sección **“5. CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD”**.

De acuerdo a lo establecido en la Circular N° 2123, en el Certificado de Cobertura deberán constar las condiciones especiales de asegurabilidad que se hayan establecido para el riesgo del asegurado. Será responsabilidad de la compañía tener constancia fehaciente de la aceptación de asegurado de las condiciones referidas.

Anexo N°3: FORMATO DE CAMBIOS EN LA LICITACIÓN

Las entidades crediticias deberán utilizar el formato que se señala a continuación para informar los cambios incorporados en las bases de licitación que se está realizando respecto a la última versión de las bases de licitación inmediatamente anterior.

Referencia	Texto Anterior	Texto Actual

(Entidad crediticia) declara que lo que no se incluye en la presente tabla no ha sido modificado respecto a la última versión de las bases de la licitación anterior.

Referencia: Deberá indicarse la numeración dentro de las bases de licitación inmediatamente anterior, en la cual se produce el cambio. Se puede indicar también número de párrafo.

Texto anterior: Deberá reproducirse el texto contenido en la licitación inmediatamente anterior. Se debe considerar como texto de la última licitación, aquel que considera todas las modificaciones realizadas debido a las observaciones de esta Comisión y las consultas de las compañías.

Texto Actual: Deberá reproducirse el texto contenido en la licitación que se está realizando.

Este Anexo podrá ser reemplazado por una versión de las últimas bases de licitación con control de cambios.

Anexo N°4: FORMATO DE PRESENTACIÓN DE RESPUESTAS

La entidad crediticia deberá utilizar el formato que se presenta a continuación para dar respuesta a las consultas hechas por las compañías. Debe completarse un cuadro diferente para cada cartera licitada.

Identificación de la entidad crediticia :
Fecha de cierre de consultas : (dd/mm/aaaa)
Identificación de la cartera consultada : (1)

Correlativo	Pregunta N°	Nombre Entidad Consultante	Materia	Identificación dentro de las bases (título, N° de página, N° de cuadro, correlativo, etc)	Pregunta	Respuesta (indicando si incluye documento anexo)
1						
.						
.						
n						

Nota:

(1) Ejemplo: Desgravamen, Desgravamen e invalidez, Incendio e Incendio y sismo.

FECHA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN :
APLICA A LICITACIONES QUE SE INICIA A CONTAR DE :

Anexos que irán en el SEIL (se eliminarán de este proyecto de norma al emitirse)

ANEXOS TÉCNICOS

Norma de Carácter General N° [xxx], que regula la contratación individual y colectiva de seguros asociados a créditos hipotecarios del artículo 40 del D.F.L. N° 251, las condiciones mínimas que deberán contemplar las bases de licitación de éstos y la información que se deberá entregar a los oferentes, deudores asegurados y Comisión para el Mercado Financiero.

INFORMACIÓN PARA LA LICITACIÓN DE LOS SEGUROS ASOCIADOS A CREDITOS HIPOTECARIOS

Por cada cartera a licitar, las entidades crediticias deberán adjuntar a las bases de licitación, en formato Excel desprotegido, al menos, la información estadística que se señala a continuación.

Se deberá entregar un archivo Excel por cada cartera a licitar, indicando en el nombre del archivo el riesgo licitado. Ejemplo: Cartera 1 desgravamen-invalidez 2021.

a. Seguro de desgravamen por muerte e invalidez.

Por cada cartera licitada, se deberá proporcionar la información que se señala a continuación, considerando como fecha de cierre aquella que fue auditada según el tercer párrafo del número 7 de la letra B del Título III de la Norma de Carácter General N° xxx. En los casos en que no exista información de stock, como por ejemplo cuando se trate de una nueva entidad crediticia, se deberá realizar una estimación de la información solicitada:

1. Identificación de la cobertura licitada

- a. Perfil de los asegurados: Ej. Deudores hipotecarios y fiadores solidarios de créditos hipotecarios a personas jurídicas.
- b. Cobertura asegurada: Ej. Vida e invalidez
- c. Monto del capital asegurado: (promedio, desviación estándar, máximo y mínimo)
- d. Duración de la cobertura, en meses.

2. Descripción detallada de la cartera licitada

2.1 Tipificación de la cartera:

- a. Capital asegurado promedio (monto de los créditos).
- b. Capital asegurado promedio para los últimos 5 periodos anuales completos
- c. Capital máximo asegurado.
- d. Capital mínimo asegurado.
- e. Saldo insoluto promedio.
- f. Saldo insoluto máximo.
- g. Saldo insoluto mínimo.
- h. Unidad monetaria del crédito.

- i. Antigüedad promedio de los créditos que componen la cartera.
- j. Tasa de interés promedio de la cartera.
- k. Plazo promedio del crédito.
- l. Período de gracia promedio, si existiera.
- m. Edad promedio del grupo.
- n. Edad máxima del grupo de asegurados.
- o. Edad mínima del grupo de asegurados.
- p. Número de personas aseguradas.
- q. Número de operaciones aseguradas.
- r. Morosidad promedio observada.
- s. Monto promedio de operaciones mensuales de los últimos 12 meses.
- t. Número de operaciones mensuales de los últimos 12 meses.

Cada vez que se requiera un promedio, se entenderá que éste está referido a un promedio simple.

2.2 Historia de siniestros y expuestos

a. Siniestros:

Para cada cartera licitada, se deberá adjuntar un reporte de siniestros agregado, por género, de un período mínimo de 5 años, según el detalle que se indica:

a.1 Reportes de Siniestros por cobertura (Desgravamen/Desgravamen + ITP 2/3)

		Fecha de ocurrencia del siniestro			
		mes 1, año1	mes 2, año 1	...	total
Siniestros Pagados	N° de asegurados siniestrados				
	N° de seguros siniestrados				
	Capital asegurado inicial UF				
	Plazo del crédito				
	Saldo insoluto en UF				
	Monto indemnizado UF				
Siniestros en proceso de liquidación	N° de asegurados siniestrados				
	N° de seguros siniestrados				
	Capital asegurado inicial UF				
	Plazo del crédito				
	Saldo insoluto en UF				
	Monto indemnizado UF				
Siniestros rechazados	N° de asegurados siniestrados				
	N° de seguros siniestrados				
	Capital asegurado inicial UF				
	Plazo del crédito				
	Saldo insoluto en UF				
	Monto indemnizado UF				

a.2 N° de siniestros notificados

Fecha de ocurrencia del siniestro (año, mes)	Demora en meses entre la fecha de ocurrencia del siniestro y el denuncia a la compañía												Total de Siniestros
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
mes 1, año 1													
mes 2, año 1													
...													
Total Siniestros													

Fecha de ocurrencia del siniestro (año, mes)	Demora en meses entre la fecha de ocurrencia del siniestro y fecha de pago												Total de Siniestros
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
mes 1, año 1													
mes 2, año 1													
...													
Total Siniestros													

Nota1: deberán agregarse tantas columnas de meses como sean necesarias hasta alcanzar la cantidad de meses de demora.

Nota2: Los siniestros se deben contabilizar por RUT de asegurado, con independencia del número de operaciones afectadas.

b. Expuestos:

Para cada cartera licitada, para el mismo período de siniestros informados, se deberá adjuntar un cuadro con la siguiente información:

- a. Cobertura
- b. Año
- c. Mes
- d. Número de operaciones expuestas
- e. Número de personas expuestas
- f. Monto total expuesto UF (saldo Insoluto)
- g. Primas pagadas (UF)

Para el mismo período, cinco años, se deben adjuntar las condiciones de suscripción vigentes. Si hubo cambios de condiciones, se deberá especificar claramente la fecha a partir de la cual se realizó el cambio.

Nota: En el caso de los seguros de desgravamen y desgravamen más ITP 2/3, se entenderá por expuestos al conjunto de individuos (contabilizados por RUT) sujetos a un riesgo, para un determinado período. Por lo tanto, un crédito asegurado podría tener más de un expuesto (RUT) en el caso de los codeudores.

3. Periodicidad de pago de la prima.
4. Condiciones de asegurabilidad por cobertura:
 - a. Edad máxima de ingreso
 - b. Edad máxima de cobertura
5. Condiciones de suscripción requeridas por cobertura.
6. Modelo de solicitud de incorporación al seguro vigente.
7. Disponibilidad de Declaraciones Personales de Salud (DPS), de acuerdo a lo siguiente:

Número de operaciones crediticias vigentes, cursadas antes de la entrada en vigencia del artículo 40 del DFL 251	
N° de DPS disponibles, de operaciones crediticias anteriores a la vigencia del artículo 40 del DFL 251	
Número de operaciones crediticias vigentes, cursadas a contar de la entrada en vigencia del artículo 40 del DFL 251 (1)	
N° de DPS disponibles, de operaciones crediticias posteriores a la vigencia del artículo 40 del DFL 251 (2)	

En caso que (1) y (2) difieran, deberá indicarse la razón de ello. Además, deberá indicarse el número de operaciones para las cuales no se dispone de DPS, el saldo insoluto promedio, máximo y mínimo de dichas operaciones.

8. Estadística de expuestos (stock al cierre de la información indicada en el número 7 de la letra B del Título III de la Norma de Carácter General N° [xxx]).

8.1 Se deberá entregar el número de Asegurados por género, según detalle del cuadro siguiente:

Tramo de edad	Rango de Capital (UF)							...
	[0-500]	[500-1000]	[1000-1500]	[1500-2000]	[2000-2500]	[2500-3000]	[3000-3500]	
18-30								
31-35								
36-40								
41-45								
..								
Total								

Nota 1: deberán agregarse tantas columnas de rangos de 500 UF como sean necesarias hasta alcanzar el monto máximo de capitales asegurados.

Nota 2: Este cuadro deberá contabilizar a los asegurados considerando el total de capital por asegurado, con independencias del número de operaciones involucradas.

8.2 Asegurados que cumplirán edad máxima de permanencia

Para las carteras de desgravamen e ITP 2/3, se deberá informar, respecto a las personas que

cumplirán, durante la vigencia de la póliza licitada, la edad máxima de permanencia establecida en la licitación, lo siguiente:

- a) Riesgo de desgravamen:
 - Número de personas
 - Edad promedio
 - Saldo insoluto promedio

- b) Riesgo de ITP 2/3:
 - Número de personas
 - Edad promedio
 - Saldo insoluto promedio

b. Seguro de Incendio y coberturas adicionales a incendio tales como sismo y salida de mar

Por cada cartera licitada, se deberá proporcionar la información que se señala a continuación, considerando como fecha de cierre aquella que fue auditada según el tercer párrafo del número 7 de la letra B del Título III de la Norma de Carácter General N° [xxx]:

1. Identificación de la Cobertura

- a. Perfil de los asegurados: Ej. Deudores hipotecarios y fiadores solidarios de créditos hipotecarios a personas jurídicas.
- b. La cobertura asegurada: Ej.: Incendio, sismo y salida de mar.
- c. Monto capital asegurado (promedio, desviación estándar, máximo y mínimo)
- d. Saldo insoluto de la deuda (promedio, desviación estándar, máximo y mínimo)
- e. Duración de la cobertura (meses)

2. Descripción detallada de la cartera licitada

2.1 Respecto de los créditos:

- a. Monto promedio de operaciones mensuales de los últimos 12 meses.
- b. Número de operaciones mensuales de los últimos 12 meses.

2.2 Respecto de los bienes raíces

La información deberá abrirse según el siguiente detalle:

- a. Distribución de la cartera en tramos, por monto asegurado (tramos, número de operaciones y monto asegurado UF). Además, por tipo de crédito (letras, mutuos, etc.)
- b. Créditos con período de gracia (número de operaciones, monto asegurado UF y duración promedio del periodo de gracia)
- c. Distribución de propiedades según tipo de financiamiento (vivienda, fines generales, número de operaciones y monto asegurado UF)
- d. Distribución según su uso (servicios profesionales, habitacional, número de operaciones, monto asegurado UF)

- e. Distribución de los bienes por comuna (número de operaciones, monto asegurado UF)
- f. Antigüedad de la construcción (tramos de cinco años) y tipo de construcción (Madera, hormigón, etc.)

2.3 Respecto de los Siniestros:

Se deberá adjuntar el reporte de siniestros agregado, de un período mínimo de 5 años. Este deberá ir asociado a las condiciones de suscripción vigente a la fecha de ocurrencia de cada siniestro:

Reporte de siniestros (por comuna y cobertura)

		Fecha de ocurrencia del siniestro			
		mes 1, año1	mes 2, año 1	. . .	total
Siniestros pagados servicios profesionales	N° de siniestros				
	Valor promedio asegurado				
	Monto total indemnizado				
Siniestros pagados habitacional	N° de siniestros				
	Valor promedio asegurado				
	Monto total indemnizado				
Siniestros pendientes	N° de siniestros				
	Valor promedio asegurado				
	Monto total indemnizado				
Siniestros rechazados	N° de siniestros				
	Valor promedio asegurado				

2.4 Respecto de las condiciones de asegurabilidad, para el período de siniestros informados se deberá indicar:

- a. Condiciones de ingreso
- b. Antigüedad máxima
- c. Tipo de construcción
- d. Otras exclusiones

Si hubiere cambios en las condiciones de asegurabilidad en el período informado, se debe indicar la fecha de dichos cambios.

2.5 Respecto de los siniestros informados se deberá indicar:

- a. Cuántos de ellos corresponden a hechos catastróficos significativos, por ejemplo, Terremoto de año xxxx.
- b. Monto capital asegurado para cada hecho catastrófico.
- c. Monto total indemnizado
- d. Costo de liquidación promedio por evento.

3. Condiciones de asegurabilidad requeridas por cobertura, para el nuevo proceso.

- a. Condiciones de ingreso
- b. Antigüedad máxima
- c. Tipo de construcción
- d. Otras Exclusiones

INFORME DE ADJUDICACIÓN DE LA LICITACIÓN DE LOS SEGUROS ASOCIADOS A CREDITOS HIPOTECARIOS

La entidad crediticia deberá completar la información requerida en el siguiente archivo en formato Excel sin modificar su estructura. Los campos se completarán como texto libre a excepción de aquellos en que se especifica el formato

Nombre de la entidad licitante	
Descripción cartera	La institución crediticia debe llenar si es cartera securitizada / cartera comprada etc.
Rut de la entidad licitante	Rut de la entidad licitante 9(09) X(01)
Giro	Banco / Leasing / Cooperativa/Agente Administrador de Mutuos Hipotecarios Endosables / cajas de compensación de asignación familiar / Etc.
Coberturas Principales	(Desgravamen/ Desgravamen + ITP/ Incendio / Incendio y Sismo)
Fecha de inicio del proceso de licitación	dd-mm-yyyy
Fecha de adjudicación	dd-mm-yyyy
Fecha de Inicio de Vigencia de la Póliza Licitada	dd-mm-yyyy
Fecha de término de Vigencia de la Póliza Licitada	dd-mm-yyyy
Monto Asegurado Total en UF	9(06) 9(02)
N° de Asegurados	9(06)
Compañías oferentes *	Nombre de la compañía de seguros oferente
Rut compañías	000000000-X
COASEGURO	Nombre compañía de seguro que va con coaseguro
COASEGURO %	Porcentaje de coaseguro 9(02) 9(02)
Compañía Adjudicada	Se debe llenar con 1 si es adjudicada y con 0 si no; con 2 si no hubo ofertas; 3 Desierta
Tasa de Prima mensual Ofertada (%)	9(0)9(5)
Nombre Corredora	Nombre de la corredora de seguros
Rut corredora	Rut de la corredora de seguros 9(09) X(01)
Comisión corredora IVA incluido	9(02) 9(05)
Corredora Adjudicada	

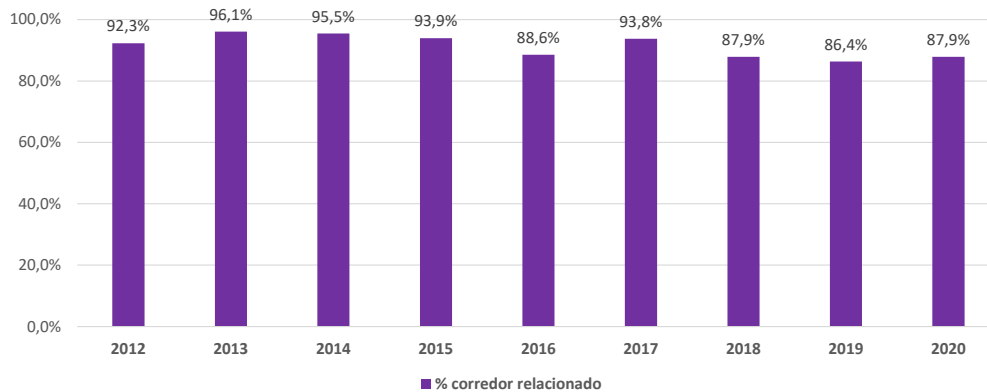
(*): En caso de haber coaseguro esta compañía debe repetirse tanto como coaseguros hayan.

VII. Anexo al informe normativo

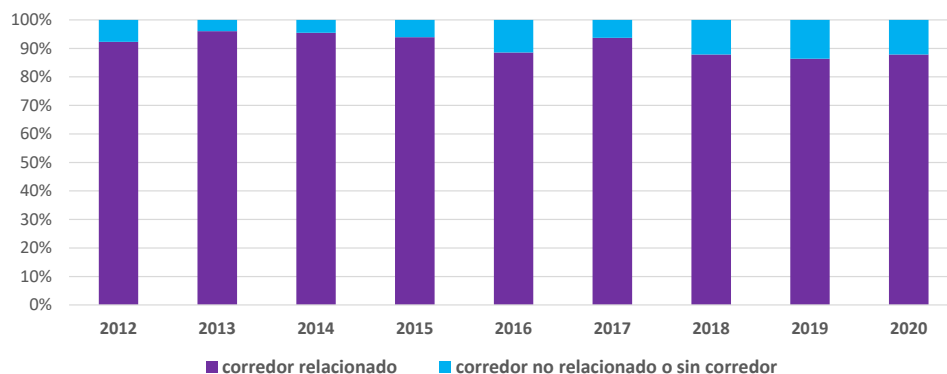
1. Corredores de seguros en licitaciones

Desde la promulgación de la Ley N°20.552 del año 2011, la mayoría de las entidades crediticias, en especial los Bancos han establecido en sus bases de licitación que el licitante debía incorporar a un corredor de seguros, para el cual se establecían una serie de exigencias de difícil cumplimiento en el caso de que éste no tuviera relación con la entidad crediticia, tales como, la recaudación de las primas, contar con una red de puntos atención de determinadas características, entre otras. Ello constituye un desincentivo para la participación de corredores independientes (no relacionados), más aún porque la entidad crediticia además ha tenido la facultad legal de sustituir al corredor incluido en la oferta adjudicada, manteniendo la misma comisión de intermediación considerada en dicha oferta, siempre y cuando ello esté previsto en las bases.

En el siguiente gráfico se observa que, durante estos nueve años, para el caso de los Bancos, por sobre el 85% de las licitaciones se ha mantenido la participación del corredor relacionado. Respecto de las entidades crediticias no bancarias, éstas escasamente presentan relación con corredores de seguro.



Durante todos estos años, en un 86% de las carteras licitadas se encuentra participando un corredor relacionado a la entidad crediticia licitante, ya sea que la entidad crediticia estableció como exigencia la participación de un corredor en el proceso y éste lugar es ocupado por el corredor relacionado o bien en aquellos casos en que las ofertas incluyen la participación de un corredor no relacionado, éste es sustituido por el corredor de confianza de la entidad crediticia.



La facultad legal que hasta ahora tenía la entidad crediticia desincentivaba la participación de corredores de seguros no relacionados al grupo de la misma, ya que hasta antes de la entrada en vigencia de la ley 21.134, existía una alta probabilidad que la entidad crediticia licitante determinara nombrar corredor al de su confianza o al de su grupo económico. Esto significaba que los corredores después de trabajar en una licitación y adjudicársela junto a una compañía de seguros, podían ser cambiados a requerimiento de la entidad crediticia licitante por la corredora relacionada, situación que en la práctica ocurre muy frecuentemente.

Es así como se espera que el cambio legal contribuya a incentivar la participación de más actores en el corretaje. Aun cuando la eliminación de la regla de reemplazo no asegura que los corredores de seguro del grupo de la entidad crediticia licitante ofrezcan sus servicios a los oferentes, se espera que también tengan incentivo en hacerlo el resto de los corredores de seguro no relacionados a la entidad crediticia.

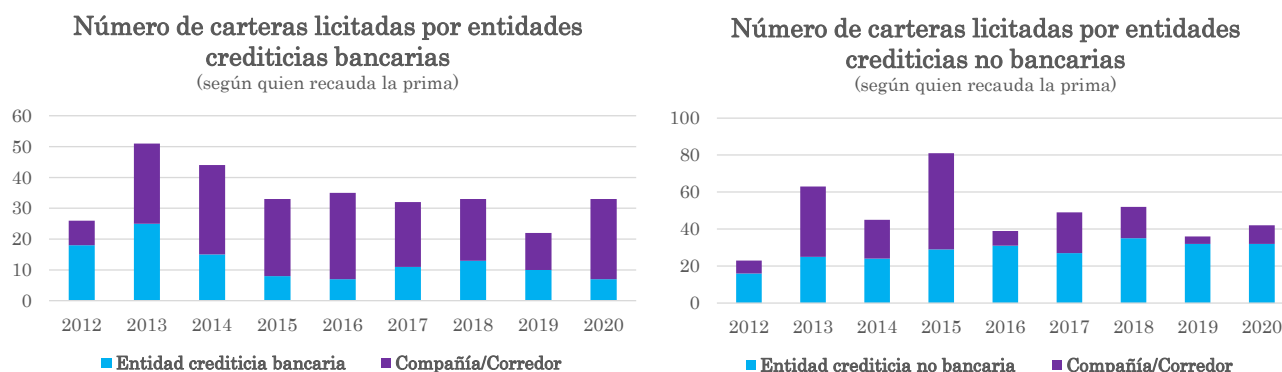
2. Recaudación de primas

Existen bases de licitación que establecen que la entidad aseguradora es la que debe cobrar la prima del seguro, sin embargo, ello es operativamente muy complejo, por lo que la compañía debe pagar a la entidad crediticia por este servicio después de adjudicado el seguro.

Previo a la dictación de ley 21.314, sólo se establecía que no puede establecerse un pago en las bases de licitación, pero no prohíbe su acuerdo en forma posterior. Esta situación ya no podrá darse toda vez que la prohibición de estipularse comisiones o pagos a favor de la entidad crediticia asociados a la contratación o gestión de estos seguros, a la cobranza de las primas, o por cualquier otro concepto será aplicable durante la vigencia de los seguros adjudicados.

Antes de la modificación de la ley de seguros estas comisiones eran conocidas puesto que debían informarse en la póliza, hoy son desconocidas y, sin duda, se encuentran incorporadas en la tasa de prima que paga el deudor.

A continuación, se presentan dos gráficos que indican el comportamiento de los licitantes, respecto a quién será la entidad encargada de recaudar la prima de los seguros.



Carteras Licitadas	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Entidades crediticias bancarias	26	51	44	33	35	32	33	22	33
Recauda entidad crediticia bancaria	8	26	29	25	28	21	20	12	26
	31%	51%	66%	76%	80%	66%	61%	55%	79%
Recauda compañía/corredor	18	25	15	8	7	11	13	10	7
	69%	49%	34%	24%	20%	34%	39%	45%	21%
Entidades crediticias no bancarias	25	65	45	81	40	52	52	36	42
Recauda entidad crediticia no bancaria	16	25	24	29	31	27	35	32	32
	64%	38%	53%	36%	78%	52%	67%	89%	76%
Recauda compañía/corredor	7	38	21	52	8	22	17	4	10
	28%	58%	47%	64%	20%	42%	33%	11%	24%
Sin información	2	2			1	3			

Se entiende que las entidades crediticias que recaudan la prima han tenido a la vista que el contar con la prima en tiempo y forma asegura que la operación crediticia se encuentre cubierta, disminuye los costos del seguro y mantiene al deudor asegurado cubierto en la parte de su interés asegurable.

En el caso de los bancos la proporción de éstos que se encarga de la recaudación ha aumentado considerablemente, pasando de un 31% en 2012 a un 79% el 2020. En el caso de las entidades crediticias no bancarias también se incrementó el porcentaje de aquellas que recaudan la prima y, aunque en menor medida, éstas entidades generalmente mantienen este porcentaje en niveles más altos que los bancos.

3. Incremento en comisiones de intermediación.

N° de Licitación	Año	Cobertura	Monto Asegurado Total en UF	Asegurados		Tasa de prima		Comisión corredora IVA incluido (%)	
				N°	Variación	Tasa	Variación	Tasa	Variación
1	2012	Incendio	451.317	552		0,79%		17,85%	
2	2013	Incendio	445.896	537	-2,72%	0,95%	20,25%	23,80%	33,33%
3	2014	Incendio	421.619	531	-1,12%	1,49%	56,84%	23,80%	0,00%
4	2016	Incendio	362.686	471	-11,30%	3,33%	123,49%	23,80%	0,00%

Las comisiones que cobran los corredores de seguros son libres y pueden seguir aumentando en el tiempo, volviendo a los problemas existentes antes de la incorporación del artículo 40 al DFL N° 251.

El aumento de la comisión del corredor no se explicaría por cambios sustanciales en las carteras licitadas. Un ejemplo de ello se observa en el cuadro anterior, en que la comisión del corredor aumentó un 33% mientras el número de asegurados bajó casi un 3%.

A continuación, se presenta para todas las carteras licitadas entre 2012 y 2020, la evolución del monto total asegurado, número de asegurados, tasa de prima y comisión del corredor de las entidades crediticias tanto bancarias como no bancarias. Con estas cifras se observa que la variación en el número de asegurados no siempre se condice con las variaciones que experimenta la comisión del corredor, este comportamiento un tanto errático ocurre en todas las coberturas principales.

Entidades crediticias bancarias

Año	Cobertura	Monto Asegurado (UF)	Asegurados		Tasa de prima		Comisión corredora (%)	
			Nº	% variacion	tasa	% variacion	tasa	% variacion
2012	Desgravamen	401.273.789	342.644	-	1,33%	-	14,36%	-
2013	Desgravamen	845.224.799	672.255	96,2%	1,02%	-22,9%	18,10%	26,1%
2014	Desgravamen	890.498.150	584.188	-13,1%	0,82%	-19,4%	17,70%	-2,2%
2015	Desgravamen	802.148.397	580.264	-0,7%	1,09%	31,7%	19,51%	10,2%
2016	Desgravamen	610.233.643	472.594	-18,6%	1,11%	2,3%	17,63%	-9,6%
2017	Desgravamen	916.978.530	508.991	7,7%	0,85%	-23,5%	12,79%	-27,5%
2018	Desgravamen	981.642.087	602.425	18,4%	0,89%	4,3%	10,53%	-17,6%
2019	Desgravamen	726.947.686	344.799	-42,8%	0,76%	-13,6%	14,28%	35,6%
2020	Desgravamen	1.164.500.403	616.370	78,8%	0,80%	4,3%	11,02%	-22,8%
2012	Desgravamen + ITP 2/3	46.036.343	31.185	-	1,82%	-	16,07%	-
2013	Desgravamen + ITP 2/3	215.469.075	338.631	985,9%	1,22%	-33,1%	21,20%	32,0%
2014	Desgravamen + ITP 2/3	60.874.926	72.072	-78,7%	0,75%	-38,3%	19,05%	-10,2%
2015	Desgravamen + ITP 2/3	248.346.998	397.927	452,1%	1,61%	114,7%	21,17%	11,1%
2016	Desgravamen + ITP 2/3	176.054.631	316.536	-20,5%	1,64%	1,9%	5,21%	-75,4%
2017	Desgravamen + ITP 2/3	107.939.116	120.480	-61,9%	1,46%	-10,9%	16,67%	219,7%
2018	Desgravamen + ITP 2/3	220.964.204	386.227	220,6%	1,40%	-4,4%	6,11%	-63,4%
2019	Desgravamen + ITP 2/3	71.344.818	68.631	-82,2%	1,54%	10,2%	16,29%	166,8%
2020	Desgravamen + ITP 2/3	247.984.670	389.373	467,3%	1,15%	-25,2%	3,58%	-78,1%
2012	Incendio	46.083.140	22.113	-	0,45%	-	12,18%	-
2013	Incendio	56.103.595	26.653	20,5%	0,42%	-6,0%	14,35%	17,8%
2014	Incendio	47.753.890	16.767	-37,1%	1,61%	279,5%	15,10%	5,2%
2015	Incendio	35.658.645	15.357	-8,4%	0,53%	-66,8%	14,98%	-0,8%
2016	Incendio	28.919.654	15.236	-0,8%	1,04%	94,7%	15,88%	6,0%
2017	Incendio	24.633.879	8.683	-43,0%	0,36%	-65,5%	15,34%	-3,4%
2018	Incendio	36.515.199	11.135	28,2%	0,64%	80,0%	17,57%	14,5%
2019	Incendio	8.508.916	5.279	-52,6%	0,70%	8,8%	16,86%	-4,0%
2020	Incendio	35.033.532	9.031	71,1%	0,57%	-18,2%	17,47%	3,6%
2012	Incendio y Sismo	932.881.887	783.257	-	2,26%	-	15,11%	-
2013	Incendio y Sismo	1.142.215.267	919.623	17,4%	2,04%	-9,9%	18,86%	24,8%
2014	Incendio y Sismo	1.316.718.941	955.828	3,9%	2,00%	-1,7%	19,84%	5,2%
2015	Incendio y Sismo	632.915.599	316.334	-66,9%	1,64%	-18,1%	16,93%	-14,7%
2016	Incendio y Sismo	1.272.097.325	916.555	189,7%	1,71%	4,2%	18,71%	10,5%
2017	Incendio y Sismo	585.699.917	273.837	-70,1%	1,38%	-19,2%	19,18%	2,5%
2018	Incendio y Sismo	1.615.595.241	898.833	228,2%	1,85%	34,0%	18,90%	-1,5%
2019	Incendio y Sismo	932.491.884	401.918	-55,3%	1,73%	-6,6%	19,60%	3,7%
2020	Incendio y Sismo	2.141.036.414	1.026.004	155,3%	2,47%	43,0%	16,32%	-16,7%

Para el caso de los bancos entre el año 2012 al 2016 en la cartera de desgravamen + ITP 2/3 y en la cartera de incendio y sismo, se observa que cuando aumenta fuertemente el número de asegurados también aumenta la comisión y viceversa.

Entidades crediticias no bancarias

Año	Cobertura	Monto Asegurado (UF)	Asegurados		Tasa de prima		Comisión corredora (%)	
			Nº	% variación	tasa	% variación	tasa	% variación
2012	Desgravamen	15.393.528	18.239	-	0,76%	-	10,00%	-
2013	Desgravamen	49.046.646	36.333	99,2%	0,60%	-20,8%	6,79%	-32,1%
2014	Desgravamen	34.671.925	17.825	-50,9%	0,61%	1,7%	5,15%	-24,1%
2015	Desgravamen	80.213.572	42.261	137,1%	0,91%	49,2%	9,44%	83,2%
2016	Desgravamen	44.220.854	27.560	-34,8%	0,90%	-1,6%	10,83%	14,7%
2017	Desgravamen	80.176.987	52.102	89,0%	0,69%	-23,1%	7,17%	-33,8%
2018	Desgravamen	44.609.999	33.122	-36,4%	0,89%	29,5%	11,24%	56,6%
2019	Desgravamen	86.843.015	55.560	67,7%	0,62%	-30,5%	5,15%	-54,2%
2020	Desgravamen	12.967.832	6.368	-88,5%	1,38%	122,3%	8,76%	70,1%
2012	Desgravamen con ITP 2/3	15.945.126	8.822	-	0,60%	-	4,51%	-
2013	Desgravamen con ITP 2/3	10.430.576	10.409	18,0%	1,36%	127,8%	10,60%	135,2%
2014	Desgravamen con ITP 2/3	6.507.075	7.265	-30,2%	1,62%	19,5%	5,75%	-45,7%
2015	Desgravamen con ITP 2/3	8.086.108	34.338	372,6%	4,21%	159,6%	8,86%	53,9%
2016	Desgravamen con ITP 2/3	7.412.260	9.031	-73,7%	1,82%	-56,8%	14,46%	63,3%
2017	Desgravamen con ITP 2/3	17.529.241	29.314	224,6%	1,34%	-26,3%	13,74%	-5,0%
2018	Desgravamen con ITP 2/3	14.145.624	23.414	-20,1%	1,62%	20,7%	15,14%	10,2%
2019	Desgravamen con ITP 2/3	21.674.971	30.729	31,2%	1,10%	-32,1%	10,84%	-28,4%
2020	Desgravamen con ITP 2/3	10.924.371	16.662	-45,8%	2,13%	94,0%	16,60%	53,1%
2012	Incendio	5.247.207	1.694	-	0,18%	-	10,00%	-
2013	Incendio	3.525.607	1.416	-16,4%	0,37%	106,1%	13,88%	38,8%
2014	Incendio	5.876.626	2.076	46,6%	0,59%	59,4%	17,28%	24,5%
2015	Incendio	7.098.934	2.570	23,8%	0,73%	22,2%	8,53%	-50,6%
2016	Incendio	5.495.731	1.899	-26,1%	0,41%	-43,2%	9,74%	14,2%
2017	Incendio	2.983.817	1.203	-36,7%	0,69%	66,3%	11,56%	18,7%
2018	Incendio	4.592.171	1.670	38,8%	0,35%	-48,6%	11,36%	-1,7%
2019	Incendio	1.804.400	654	-60,8%	0,63%	78,6%	9,81%	-13,7%
2020	Incendio	3.936.346	1.571	140,2%	0,74%	18,2%	8,65%	-11,8%
2012	Incendio y Sismo	20.389.224	11.942	-	1,92%	-	9,80%	0
2013	Incendio y Sismo	213.452.136	48.989	310,2%	1,73%	-9,6%	7,67%	-21,8%
2014	Incendio y Sismo	90.175.644	53.184	8,6%	2,22%	27,9%	9,54%	24,5%
2015	Incendio y Sismo	103.525.716	60.023	12,9%	1,80%	-18,7%	8,73%	-8,5%
2016	Incendio y Sismo	87.261.096	39.073	-34,9%	1,41%	-22,0%	9,33%	6,9%
2017	Incendio y Sismo	113.254.577	64.241	64,4%	1,52%	8,3%	10,88%	16,6%
2018	Incendio y Sismo	59.847.722	47.029	-26,8%	1,51%	-0,8%	13,00%	19,5%
2019	Incendio y Sismo	121.346.190	63.607	35,3%	1,57%	3,9%	12,86%	-1,1%
2020	Incendio y Sismo	131.357.412	56.838	-10,6%	1,77%	12,5%	13,13%	2,2%

En el caso del resto de las entidades crediticias no bancarias, solo para la cartera de desgravamen + ITP 2/3 y en el periodo comprendido entre los años 2012 a 2015, se observa que frente a un aumento en el número de asegurados también aumenta la comisión de corredor y viceversa.

Sin embargo, lo que se observa es que no es posible establecer una relación entre el aumento de la comisión del corredor y el número de asegurados en cada cartera.



www.cmfchile.cl