

**CONDICIONES PARTICULARES
POLIZA DE SEGURO COLECTIVO TEMPORAL DE VIDA**

Artículo N° 1

Contratante: Seguro Liyfe

En adelante el Contratante, deberá de informar a los asegurados u otros legítimos interesados, sobre la contratación de seguro y sus condiciones o modificaciones, "El Contratante asume las responsabilidades que emanen de su actuación como contratante del Seguro Colectivo."

ValorCapital Seguros SPA, contrata el presente seguro colectivo, por el interés en la conservación de la vida, salud y bienestar de sus clientes y grupo familiar.

Artículo N° 2

Financiamiento de la Prima:

No Contributorio

Aporte del Asegurado : 100% de la prima.

Artículo N° 3

Asegurados:

Personas Naturales que posean una relación contractual con el contratante, incluido su grupo familiar y que cumplan con las "Condiciones de Asegurabilidad" descritas en las Condiciones Particulares, cuya nómina vigente ambas partes mantendrán en su poder.

Además, se consideran asegurados de esta en Salud el grupo familiar del asegurado titular, según el siguiente detalle:

- Cónyuge o Conviviente del asegurado titular.
- Hijos, hijastros hasta los 18 años, pudiendo permanecer hasta cumplidos los 24 años de edad, si acreditan dependencia económica y son estudiantes de alguna institución educacional reconocida por el Ministerio de Educación previa presentación de Certificado de Estudios.

Artículo N° 4

Beneficiarios:

Los indicados por cada asegurado en Formulario de Designación de Beneficiarios, en caso de no haber designación, los beneficiarios serán los Herederos Legales, para la cobertura de Salud los beneficiarios son el asegurado Titular y su Grupo familiar.

Artículo N° 5

Cobertura:

Las coberturas amparadas bajo la presente póliza y sujetas a condiciones establecidas en las respectivas Condiciones Generales) son:

- | | |
|---------------------------------------|-------------------|
| a) Seguro Colectivo Temporal de Vida. | (POL 2 2013 0565) |
| b) Adicional de Salud | (POL 3 2013 0567) |
| c) Adicional Catastrófico | (POL 3 2013 0567) |

Artículo N° 6

Condiciones de Asegurabilidad:

- a) Los asegurados nuevos y cargas definidas en Artículo 3° ingresarán al Seguro una vez evaluada la Solicitud de Incorporación y aceptado el ingreso por la Compañía.
- b) El ingreso de nuevos asegurados a la póliza con su grupo familiar lo podrán realizar en cualquier momento posterior a la vigencia de la póliza. Aquellas personas que reuniendo las condiciones de asegurabilidad establecidas, no hayan ingresado a la fecha de inicio de vigencia, sólo podrán hacerlo en la siguiente renovación de vigencia de la póliza. Se excluye de lo anterior a los hijos recién nacidos y cónyuges de matrimonios producidos durante la vigencia de la póliza.
- c) No podrán ingresar a la póliza las personas que están haciendo uso de Licencia Médica hasta el término de la Licencia, previa aprobación de la Compañía.
- d) Podrán ingresar a la póliza personas menores de 65 años en Salud.
- e) Deberán completar la Solicitud de Incorporación vía web.
- f) La compañía se reserva el derecho a solicitar antecedentes adicionales con el fin de establecer condiciones de cobertura.
- g) El recién nacido de madre no asegurada o sin beneficio de maternidad, tendrá cobertura a contar del día 14 de nacido, previa evaluación del ingreso.
- h) Esta póliza no cubre patologías preexistentes.

Artículo N° 7

Inclusión y Exclusión de Asegurados:

Para mantener actualizada la nómina de asegurados cubiertos, el Contratante enviará por escrito al Asegurador y antes del día 20 de cada mes (sólo para efectos de cobranzas) las solicitudes de exclusión o modificación de las características de los asegurados ya existentes en la nómina.

El Contratante deberá enviar los ingresos de los asegurados, dentro de un plazo no mayor a 30 días a contar de la fecha que los asegurables califican para ingresar al seguro, **en cuyo caso, el inicio de vigencia será desde el primer día del mes inmediatamente siguiente a la evaluación**, previa calificación de su estado de salud y suscripción de la propuesta o solicitud de seguro o sus documentos accesorios o complementarios, en su caso, y el reconocimiento médico y exámenes cuando corresponda.

En el caso de los recién nacidos de partos cubiertos por la vigencia de esta póliza, deben enviar la solicitud de incorporación dentro de los primeros 30 días de nacido para que su vigencia sea a contar del día uno y en el caso de los recién nacidos de madre no asegurada o sin beneficio de maternidad, tendrán cobertura a contar del día 14 de vida, previa evaluación del ingreso, siempre que la solicitud de incorporación llegue dentro de los primeros 30 días. Si se excede el plazo, para ambos casos el ingreso será evaluado como un asegurado nuevo y su vigencia será de acuerdo a éste condicionado.

Para la exclusión de asegurados, el Contratante deberá indicar el nombre completo y RUT del Asegurado que será eliminado de la póliza, poniéndose fin a su cobertura a partir de la fecha de solicitud por parte del Contratante con plazo máximo de retroactividad de 30 días.

Para la modificación de las características de un asegurado, el Contratante deberá indicar el nombre completo, RUT y la modificación solicitada. Esta modificación regirá a partir de la fecha de solicitud por parte del contratante. En caso de no indicar fecha, ésta regirá a partir de la fecha de recepción de la modificación por parte del Asegurador con plazo máximo de retroactividad de 30 días.

Artículo N° 8

Término de la Cobertura:

1) Las edades límite para el ingreso y término automático de la cobertura son los siguientes:

Cobertura	Edad Ingreso	Término de la Cobertura
Titular: Seguro Colectivo de Vida	Menor de 65 años	Cumplidos los 66 años
Cobertura Salud/Catastrófico	Edad Ingreso	Término de la Cobertura
Titular	Menor de 65 años	Cumplidos los 66 años
Cónyuge/Conviviente	Menor de 65 años	Cumplidos los 66 años
Hijos Solteros	Según Condiciones Generales y Particulares	Hasta cumplidos los 24 años, si son estudiantes a tiempo completo.

Artículo N° 9

Montos Asegurados:

ASEGURADO TITULAR

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------------|
| a) Seguro Colectivo Temporal de Vida: | UF 500 por asegurado titular.- |
| b) Adicional de Salud | UF 350 por asegurado titular.- |
| c) Catastrófico | UF 1000 por asegurado titular.- |

ASEGURADO CONYUGES

- | | |
|----------------------------|------------------------|
| a) Complementario de salud | UF 350 por asegurado.- |
| b) Catastrófico | UF 1000 por asegurado |

ASEGURADO HIJOS

- | | |
|----------------------------|------------------------|
| a) Complementario de salud | UF 350 por asegurado.- |
| b) Catastrófico | UF 1000 por asegurado |

Artículo N° 10

Tasa Neta Mensual:

- | | |
|---------------------------------------|-------------------------|
| a) Seguro Colectivo Temporal de Vida: | 0,250 por mil mensual.- |
|---------------------------------------|-------------------------|

Aplicadas sobre el monto Asegurado en la cobertura del Asegurado Titular.

En el evento, que en la evaluación de los antecedentes solicitados se determine el pago de una extraprima, ésta se agregará a la prima normal. Esta condición será informada por escrito al asegurable para su aceptación y posterior ingreso a la póliza.

No obstante lo anterior, en los casos de aplicación de extraprima como consecuencia de una actividad o deporte riesgoso, y el Asegurado no acepte dicha condición de asegurabilidad podrá solicitar, por escrito la exclusión del riesgo que originó la extraprima, lo que será estipulado en las presentes Condiciones Particulares.

La no aceptación por parte del asegurado a la aplicación de una extraprima por causas médicas, faculta a la Compañía para no ingresarlo a la póliza.

Además, los montos correspondientes a extraprima que no superen las UF0,1 serán aplicados en forma automática.

Artículo N° 11

Prima Neta Mensual de Salud:

Cobertura	Salud	Catastrófico
Empleado sólo	0,700	Tarifas incluidas en Salud
Empleado con 1 dependiente	1,270	
Empleado con 2 dependiente	1,650	
Empleado con 3 o más dependientes	2,140	

Las primas señaladas están afectas a un 19% de impuesto IVA

Artículo N° 12

Pago de la Prima:

En ampliación al Artículo N°14 de las Condiciones Generales de la póliza de Seguro Colectivo Temporal de Salud, se establece lo siguiente:

- Periodicidad de pago: Mensual
- Día de emisión de cobranza: Entre el 30 del mes en cobro y los 5 primeros días del mes siguiente.
- Día de pago de prima: Antes del día 2 del mes siguiente al periodo de cobro.
- Tipo Cobranza: VENCIDA

El pago de la prima se realizará en forma individual por cada asegurado mediante la modalidad PAT, Autorización de descuento en Tarjeta de Crédito, por lo que las condiciones del mandato que autoriza esta modalidad de pago, forman parte integrante de las condiciones particulares de la póliza. (Circular 1499 SVS).

Para el pago de la prima se concede un plazo de gracia de treinta (30) días, contados desde el primer día del mes de cobertura no pagada, de acuerdo a la forma de pago convenida. Durante este plazo, y antes de los 15 días se enviará comunicación informando el no pago de prima. Si durante dicho plazo de gracia ocurrieran los riesgos asumidos por la compañía de seguros, se podrá deducir del monto a pagar la prima total de la póliza vencida y no pagada. Si al vencimiento del plazo de gracia no ha sido pagada la prima vencida, se producirá la terminación del contrato.

Artículo N° 13

Criterios de Liquidación de adicional de Salud:

La Compañía otorgará cobertura de prestaciones según a los siguientes criterios de bonificación para el pago de siniestros:

- Anticonceptivos para patologías específicas (Ovarios Poliquísticos, Amenorreas, etc.), serán evaluados con exámenes hormonales, ecografías ginecológicas e informe médico.
- Hormonas para el tratamiento de la Menopausia.
- Enfermera Domiciliaria, en el caso de Home Care, sólo para pacientes críticos y que necesiten de la administración de vía endovenosa o aplicación de algún procedimiento menor.
- Pago de Vitaminas y Minerales para mujeres embarazadas e hijos menores de 2 años.
- Se consideran Prótesis y Ortesis sujetas a reembolso, todas aquellas señaladas en el Arancel de Prestaciones de Fonasa.
- El procedimiento para la conservación de producto y/o materiales para la implantación posterior (por ejemplo: crioconservación de médula ósea) será cancelada bajo el ítem de Prótesis y Ortesis, siempre y cuando hubiera estado cubierto por su Isapre o Fonasa de lo contrario se considera el 50% del total reclamado y se aplica los porcentajes y topes del plan en ítem Prótesis y Ortesis.

- g) Los tratamientos para bajar de peso sí están cubiertos, asociados a patologías convergentes, lo anterior para casos de Obesidad con Índice de Masa Corporal sobre 35 Kg/m², no obstante la Cirugía por Obesidad Mórbida (IMC) tendrá cobertura con cargo al ítem Hospitalario siempre y cuando el Asegurado presente un Índice de Masa Corporal mayor que 40 Kg/m² y la intervención se encuentre cubierta por su Isapre o Fonasa. El IMC bajo criterio de la Organización Mundial de la Salud (OMS).
- h) Los tratamientos de inmunoterapia estarán cubiertos sólo como tratamiento curativo y asociado a un historial médico (reembolsos anteriores) evitando el solicitar un informe del médico tratante.
- i) Los Controles de Niño Sano se cubren hasta los 6 años e incluye Consultas, Exámenes y Ecografía de Pelvis, sin solicitar mayores antecedentes.
- j) Los medicamentos asociados a otros tratamientos serán cubiertos siempre y cuando estos medicamentos sean coadyudantes del tratamiento primario y eviten efectos secundarios como por ejemplo: Antiinflamatorios por algún diagnóstico que lo amerite junto con Omeprazol.
- k) Serán reembolsados los gastos de Óptica aún cuando vengan sin diagnóstico del médico en el Formulario de Reembolsos, siempre y cuando hayan sido reembolsados en forma previa por su Sistema de Salud Previsional. También se cubre el Control Preventivo Oftalmológico para niños mayores de 3 años.
- l) Para los tratamientos de Acné cuando se trate de un tipo calificado como severo se pagan todos gastos asociados a la patología sin pedir mayores antecedentes.
- m) Cobertura especial para "Cirugía plástica y dental por accidente", siempre y cuando la prestación sea realizada por un Cirujano máxilo-facial, y el evento haya sido cubierto por el Sistema de Salud Previsional a la cual se encuentra afiliado el asegurado (Isapre/Fonasa). Su bonificación se realizará bajo el Ítem Servicios Hospitalarios.
- n) Se otorga cobertura para Controles y Exámenes Preventivos de Urología (Ej. Antígeno Prostático).
- o) El reembolso de medicamentos ambulatorios, sólo se efectuará si la boleta especifica el nombre y valor de cada medicamento prescrito en la receta médica, además del correspondiente timbre de respaldo de la farmacia. Las recetas con medicamentos prescritos a permanencia, tendrán una validez máxima de 6 meses. Los medicamentos ambulatorios cubiertos por este beneficio serán sólo aquellos que el asegurado deba consumir durante el periodo de vigencia de la póliza, de acuerdo con la dosis prescrita por el médico tratante y en ningún caso la dosis a reembolsar podrá ser superior a treinta (30) días de tratamiento a partir de la fecha de compra de los medicamentos.

Medicamentos Ambulatorios Genéricos: Se entienden incluidos en esta categoría los medicamentos que se comercializan bajo su denominación común internacional (DCI), es decir el nombre del principio activo, sin marca comercial (Importante: Los medicamentos genéricos son todos los que se comercializan bajo el nombre del principio activo, hayan demostrado o no bioequivalencia).

Medicamento Ambulatorio Bioequivalente Genérico: Corresponde al medicamento que contiene el mismo principio activo en la misma dosis y que ha demostrado ser equivalente en términos de calidad, eficacia y seguridad en comparación al producto referente, se comercializan bajo su denominación común internacional (DCI) es decir nombre del principio activo.

Medicamento Ambulatorio Bioequivalente Marca: Corresponde al medicamento que contiene el mismo principio activo en la misma dosis y que ha demostrado ser equivalente en términos de calidad, eficacia y seguridad en comparación al producto referente registrados bajo un nombre comercial una vez vencida la patente del innovador.

Medicamento Ambulatorio de Marca: Se entienden incluidos en esta categoría los medicamentos no comprendidos en las categorías anteriores, que se comercializan bajo un nombre comercial específico sujeto a la protección comercial que otorgan las agencias internacionales de patentes y que han sido registrados por un laboratorio farmacéutico, los que pueden corresponder a la fórmula original o a una copia.

Medicamento Ambulatorio Referente, Original o Innovador: Corresponde al Producto Original, es decir, el primer producto que sacó al mercado el medicamento con un principio activo nuevo o aquel que posee todos los estudios farmacológicos y pruebas científicas.

Artículo N° 14

Criterios de Rechazo para adicional Salud en cualquier caso:

- a) Gastos por alimentación Parenteral, Aminoácidos, Albúmina Humana, etc.
- b) Gastos Médicos Ambulatorios y Hospitalarios de Beneficiarios hijas en estado de embarazo (complicaciones del embarazo, atención de parto y aborto no provocado).
- c) Esterilización de cualquier tipo o los tratamientos de Infertilidad.
- d) Fisioterapia, Homeopatía y Productos Naturales, esto incluye cualquier tipo de terapias naturales y de principios homeopáticos.
- e) Tratamientos de acné con fines estéticos y de embellecimiento, sólo se cubrirán las consultas médicas dermatológicas, fármacos (antibióticos, corticoides) y/o procedimientos terapéuticos (ej. nitrógeno líquido, nieve carbónica, etc.); en ningún caso cremas, lociones, etc. o tratamientos con fines preventivos.
- f) Tratamientos con: antioxidantes, para subir o bajar de peso, para estimular el crecimiento, o cualquier tipo de procedimientos y/o tratamientos con fines preventivos (ej. viagra). Medicamentos de recetario magistral, y de homeopatía.
- g) HIV (+)/SIDA sus tratamientos, consecuencias y/o complicaciones.

Artículo N° 15

Siniestros:

Se considerará siniestro el fallecimiento del asegurado, ya sea en forma natural o accidental, según Condiciones Generales del seguro colectivo.

En caso de siniestro, el contratante deberá presentar a la Compañía, todos los antecedentes indicados en las Condiciones Generales.

Para solicitar el beneficio de salud, el asegurado titular debe completar el formulario "Solicitud de Reembolso de Gastos Médicos" en su totalidad e incluir los antecedentes solicitados. La Compañía reembolsará de acuerdo al "Anexo de las Condiciones Particulares" de la póliza que es parte integrante de este Contrato.

Para todos los efectos de liquidación ambulatoria de gastos médicos, se considerará la fecha de atención (Fecha bono emitido por su sistema previsional IMED), en el caso del reembolso, el indicado por la Isapre como fecha de atención, si el documento lo indica, o bien, la fecha indicada en la fecha de emisión. Si se trata de varias prestaciones cobradas en una sola boleta, esta debe indicar en el detalle la fecha de atención de cada una de estas y el plazo de aviso del siniestro a la Compañía, no debe superar **los 60 días.**"

En el caso de las atenciones hospitalarias, siempre que estas sean realizadas dentro de la vigencia del asegurado en la póliza, se considerará la fecha de emisión de los bonos para la presentación del siniestro a la compañía y este no debe superar los **60 días** y siempre que desde la fecha de hospitalización, no hayan transcurrido **más de 120 días corridos**. Se podrá solicitar prórroga a la compañía dentro de este plazo, por cualquier otro tipo de problema anexo, que impida la presentación de esta, la compañía podrá evaluar la solicitud.

En caso de no renovación de la póliza, el plazo de aviso de siniestro no podrá ser superior a 30 días, contados desde la fecha de término de vigencia de la póliza.

Artículo N° 16

Configuración de grupos:

Grupo 1 Comunidades Asech

Artículo N° 17

Condiciones especiales:

- Buzón Virtual para gastos ambulatorios hasta UF7, 00.- diario y por beneficiario, APP para gastos ambulatorios hasta UF1.
- Administrador MOK

Artículo N°18

Término de la Cobertura Individual:

Si al vencimiento del plazo de gracia no ha sido pagada la prima vencida, se producirá la terminación del contrato, el cual finalizará a la expiración del plazo de 15 días contados desde la fecha de envío de la comunicación que, con ese objeto, dirija el asegurador al asegurado y dará derecho a aquél para exigir que se le pague la prima devengada hasta la fecha de terminación y los gastos de formalización del contrato. Producida la terminación, la responsabilidad del asegurador por los siniestros posteriores cesará de pleno derecho, sin necesidad de declaración judicial alguna.

Artículo N°19

Cláusula de Morosidad

"Autorizo a la Compañía a comunicar a los registros públicos de información de morosidades y protestos o a los sistemas de información comercial cualquier situación de incumplimiento, retardo y/o mora en el cumplimiento de las obligaciones derivadas del presente contrato de seguro, tales como el no pago de la prima y/o cualquier otra suma de dinero que se adeude por el Contratante por tal concepto. Los costos inherentes a aclarar la información en el evento de pago serán de cargo del Contratante. Para tal efecto, la Compañía otorgará certificados de pago sólo una vez cumplidas las obligaciones recién referidas por parte del Contratante."

Artículo N° 20

Unidad Monetaria:

Tanto los montos asegurados como las primas, se reajustarán de acuerdo a la variación que experimente la Unidad de Fomento.

Artículo N° 21

Domicilio:

Para todos los efectos legales del presente contrato de seguro, las partes señalan como domicilio especial la comuna y ciudad de Santiago.

Artículo N° 22

Término Anticipado:

Tanto la Compañía Aseguradora como la entidad contratante podrán poner término a esta póliza en cualquier vencimiento de prima, previo aviso dado por escrito con una anticipación no menor de sesenta (60) días mediante carta certificada u otro medio fehaciente, dirigida al domicilio de la Compañía o al último domicilio del Contratante o Asegurado, en su caso, registrado en las Condiciones Particulares de la póliza.

Artículo N° 23

Duplicación de Beneficios:

Esta póliza actúa en forma complementaria a Isapre, Fonasa y cualquier otro beneficio médico que tenga el asegurado (Ejemplo, Bienestar, Seguros Médicos de vigencia anterior, SOAP y otros similares).

Artículo N° 24

Información sobre presentación de consultas y reclamos:

En virtud de la Circular N° 1.487 de 17 de julio de 2000, las compañías de seguros deberán recibir, registrar y responder todas las presentaciones, consultas o reclamos que se le presenten directamente por el contratante, asegurado o beneficiario o aquellos que la Superintendencia de Valores y Seguros les derive.

Las presentaciones pueden ser efectuadas en la casa matriz y en todas las agencias, oficinas o sucursales de la compañía en que se atienda público, personalmente, por correo o fax, sin formalidades, en el horario normal de atención y sin restricción de días u horarios especiales.

El interesado, en caso de disconformidad respecto de lo informado por la compañía de seguros, o bien cuando exista demora injustificada en su respuesta, podrá recurrir a la Superintendencia de Valores y Seguros, Departamento de Atención al Asegurado, cuyas oficinas se encuentran ubicadas en Avda. Libertador Bernardo O'Higgins 1449 Piso 9.

Artículo N°25

Código de autorregulación:

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

Asimismo, ha aceptado la intervención del Defensor del Asegurado cuando los clientes le presenten reclamos en relación a los contratos celebrados con ella. Los clientes pueden presentar sus reclamos ante el Defensor del Asegurado utilizando los formularios disponibles en las oficinas de BCI Seguros o a través de la página web www.ddachile.cl.

Procedimiento de Liquidación de Siniestros (Circular N° 2.109 del 24.06.2013 de S. V.S.)

1) OBJETO DE LA LIQUIDACIÓN

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

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

2) FORMA DE EFECTUAR LA LIQUIDACIÓN

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

3) DERECHO DE OPOSICIÓN A LA LIQUIDACIÓN DIRECTA

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

4) INFORMACIÓN AL ASEGURADO DE GESTIONES A REALIZAR Y PETICIÓN DE ANTECEDENTES

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

5) PRE-INFORME DE LIQUIDACIÓN

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

6) PLAZO DE LIQUIDACIÓN

Dentro del más breve plazo, no pudiendo exceder de:

Seguros en general: **45 días** corridos desde la fecha de denuncia, a excepción de:

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

7) PRÓRROGA DEL PLAZO DE LIQUIDACIÓN

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

8) INFORME FINAL DE LIQUIDACIÓN

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

9) IMPUGNACIÓN INFORME DE LIQUIDACIÓN

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

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