

## POLIZA DE SEGUROS COLECTIVOS

### DATOS DE LA PÓLIZA

Número de Póliza : **23218**  
RUT Contratante : 69.071.301-2  
Nombre Contratante : Ilustre Municipalidad de Quilicura Consultorio  
Fecha de Vigencia : Desde 01 de Febrero 2025 hasta 31 de Enero 2026

En consideración a las Condiciones Generales que se indican en este contrato y las Condiciones Particulares y Anexos, si los hubiere, todo lo cual se considera parte integrante de este contrato y es aceptado por ambas partes, se extiende la presente póliza.

En caso de no existir reparo alguno a los términos contenidos dentro de los 30 días hábiles siguientes a la fecha de recibido, queda entendido que su contenido es aceptado y conocido por ambas partes.



---

Gerente Operaciones  
**Compañía de Seguros de Vida  
Consorcio Nacional de Seguros S.A.**

---

**Ilustre Municipalidad de Quilicura  
Consultorio**  
(Firma Contratante)

Santiago, 15 de enero de 2025.



**POLIZA N° 23218****POLIZA DE SEGUROS COLECTIVOS  
CONDICIONES PARTICULARES**

Compañía de Seguros Vida Consorcio Nacional De Seguros, considerando los antecedentes entregados por la Empresa Contratante emite las siguientes Condiciones Particulares, las cuales en conjunto con las Condiciones Generales se consideran parte integrante del presente contrato.

**Datos generales de la Póliza**

<b>Contratante</b>	: Ilustre Municipalidad de Quilicura Consultorio
<b>Rut</b>	: 69.071.301-2
<b>Dirección Contratante</b>	: Jorge Guzman N° 0196, Villa Los Cantaros, Quilicura
<b>Grupo Empresarial</b>	: Grupo lustre Munic. Quilicura
<b>Vigencia</b>	: Desde 01 de Febrero 2025 hasta 31 de Enero 2026
<b>Modalidad pago de prima</b>	: Mensual
<b>Tipo de Facturación</b>	: Por Cobrar
<b>Tipo de Cobranza</b>	: Anticipada
<b>Ámbito Territorial</b>	: República de Chile
<b>Intermediario</b>	: Willis Towers Watson Corredores de Seguros
<b>Rut Intermediario</b>	: 78.882.050-K
<b>Comisión</b>	: 10,00% de la prima neta
<b>Dirección de la Compañía</b>	: Av. El Bosque Sur N° 180, Las Condes, Santiago
<b>Financiamiento de la Prima</b>	: 33.5% Empresa Contratante 66.5% Trabajador

**Cobertura(s) Contratada(s) por Asegurado:**
**Grupo 1 Plan General**

<b>Cobertura</b>	<b>Condiciones Generales que Rigen la Cobertura</b>	<b>Asegurados con Cobertura</b>
Fallecimiento	: POL220130974	Titular
Muerte Accidental	: CAD220131587	Titular
Invalidez Accidental	: CAD220131581	Titular
Invalidez Total y Permanente 2/3	: CAD220131583	Titular
Complementario de Salud	: POL320220123	Titular - Cónyuge - Hijo
Dental	: CAD320180077	Titular - Cónyuge - Hijo

**I. CONDICIONES ESPECIALES CONTEMPLADAS EN LA POLIZA**

<b>• Descripciones</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La presente póliza considera continuidad de cobertura, por lo que se cubrirán las preexistencias del grupo cubierto en la compañía Bice Vida.</li> <li>• No se cubren Preexistencias relacionadas, consecuencias y/o derivaciones de las mismas por enfermedades conocidas con anterioridad a la vigencia del asegurado en el seguro, se cubren entonces, patologías desarrolladas durante la permanencia del asegurado en el seguro.</li> <li>• Toda restricción o eliminación de cobertura de cualquiera de los asegurados que está siendo transferido por continuidad de cobertura desde la compañía anterior deberá ser informado al momento del cierre comercial.</li> <li>• Los reembolsos de gastos asociados a un daño cubierto por un mismo accidente o enfermedad tendrán una duración máxima de 12 meses desde el inicio de la vigencia.</li> <li>• Para los Gastos Ambulatorios de Salud y Dental y Gastos Hospitalarios: efectuado un gasto medico reembolsable en virtud de la presente póliza, el asegurado deberá presentarlos a la compañía en un plazo máximo no superior a (60) sesenta días desde la fecha de emisión del bono o reembolso, boletas o facturas, de lo contrario la compañía no estar en la obligación de pagar el siniestro.</li> <li>• Esta póliza otorga cobertura a 1 asegurados mayores de 71 años y su grupo familiar, su permanencia será evaluada en la próxima renovación de la póliza. La condición especial aplica para él asegurados 5.713.462-3 con tope anual UF 100 en Salud y Dental tope normal.</li> <li>• Esta póliza considera Telemedicina.</li> </ul>

- Esta póliza solo considera riesgo administrativo.
- Esta póliza cubre HOME CARE bajo los topes y porcentajes establecidos en día cama.
- Esta Póliza considera "Plantillas" en prestación Prótesis (excluye Prótesis dentales) y órtesis"
- Esta póliza cubre gastos de día cama para UN acompañante en hospitalizaciones de hijos menores de 14 años. El gasto máximo a cubrir será de hasta 5 días y se reembolsará de acuerdo a porcentajes y topes establecidos en el ítem de Hospitalización.
- Se otorga cobertura a la pareja y/o conviviente del asegurado, siempre y cuando cuente con Isapre o Fonasa y sea debidamente autorizada por RRHH de la empresa contratante.
- Se acepta el ingreso de cargas nietos, siempre y cuando sean cargas médicas del asegurado titular, con edad máxima de ingreso 23 años y edad máxima de cobertura 24 años.
- Esta póliza considera que el plazo para la presentación de gastos médicos ambulatorios ante la compañía de seguros será de 90 días, contados desde la fecha de prestación. En caso de no renovación, caducidad o anulación de la póliza se reducirá el plazo de presentación de los siniestros a 30 días corridos después de la vigencia final de la póliza.
- Se cubren "Insumos Ambulatorios" suministrados al asegurado durante una atención de urgencia, bajo la prestación "Procedimientos de Apoyo". Si la institución de salud previsual del asegurado no otorga cobertura, se cubrirá según el porcentaje indicado en el plan de beneficios, según el costo directo
- Se cubre el "Control Niño Sano" hasta los 12 años de edad (Consulta, RX de Pelvis y vitaminas), para otros gastos médicos deben ingresar con formulario Solicitud de Reembolso de Gastos Médicos, con el respectivo diagnóstico informado por el médico tratante.
- Se cubre el "Control Ginecológico" (PAP, Mamografía, Ecotomografía mamaria, Exámenes Hormonales, Tiroideos y Densitometría Ósea.
- Se cubre la "Radioterapia y Quimioterapia", según tipo de atención otorgada (Ambulatoria u Hospitalaria), bajo los porcentajes y topes establecidos en el Plan de Beneficios.
- Se cubre "Enfermera Profesional" durante una atención hospitalaria, bajo los porcentajes y topes establecidos en el Plan de Beneficios
- Se cubren las "Vitaminas" para embarazos no preexistentes

- Se cubren las “cremas o lociones”, siempre y cuando exista un diagnóstico médico y contenga un componente medicamentoso, bajo la cobertura de medicamentos, según porcentajes y topes establecidos en el Plan de Beneficios.
- Se cubre la disfunción sexual (masculina o femenina), se cubren medicamentos, tratamientos hormonales, siempre y cuando existe un informe del médico urólogo o ginecólogo, que justifique su utilización con el diagnóstico correspondiente. Se encuentran excluidos de la cobertura lubricantes y humedificantes.
- Se cubre las complicaciones del DIU. No su implante ni su retiro.
- Se cubren “Drogas Oncológicas” y los “Inmunosupresores”, según porcentajes y topes establecidos en el Plan de Beneficios
- Se cubre las “Cintas para la medición de Glicemia” en la prestación “Exámenes de diagnóstico”, según porcentajes y topes establecidos en el Plan de Beneficios. No se otorga cobertura a la máquina de medición.
- Se cubre la terapia de reemplazo hormonal para el tratamiento de “Climaterio-Menopausia”, bajo la cobertura de medicamentos, según porcentaje y topes establecidos en el plan de beneficios. En caso de indicación de suplemento de calcio, se solicitará copia del resultado de la densitometría ósea para evaluar su cobertura.
- Se cubre la “Cirugía de reducción mamaria”, solo con fines terapéuticos, previa solicitud de antecedentes adicionales para su evaluación.
- Se cubre los “controles preventivos urológicos”, en hombres con edad igual o mayor a 40 años, se cubrirán las siguientes prestaciones: Consulta Médica y Antígeno Prostático.
- Se cubre la cirugía “Septoplastía”, previa solicitud de antecedentes adicionales: Rinomanometría, radiografía de cavidades perinasales. Sólo se cubre tratamientos terapéuticos, se excluyen tratamientos con fines estéticos o para corregir malformaciones preexistentes.
- Se cubren los gastos realizados por los Excedentes de Isapre, siempre y cuando esté vigente y siempre que hayan sido utilizados en coberturas cubiertas por el seguro.
- Se cubre Material de Yeso bajo la cobertura Procedimientos de Apoyo, según porcentajes y topes establecidos en el Plan de Beneficios
- La variación de alguno de los parámetros, por sobre los límites especificados en los puntos anteriores, facultará a la Compañía para enviar una carta a la entidad Contratante, informándole las nuevas condiciones de la Póliza. La Compañía otorgará un plazo de 30 días desde la fecha de cotización, para que el Contratante comunique la aceptación de las condiciones informadas.

- Se otorga cobertura a 1 asegurado mayor de 71 años y su grupo familiar, su permanencia será evaluada en la próxima renovación de la póliza. La condición especial aplica para él asegurados 5.713.462-3 con tope anual UF 100 en Salud y Dental tope normal.
- Cualquier incremento de Capital, debe suscribirse de acuerdo a tabla de exigencias médicas.
- Cualquier cambio en la actividad de los asegurados, capitales o condiciones vigentes, se evaluará nuevamente el riesgo.
- Los nuevos asegurados deben suscribirse según tabla de exigencias médicas.
- Se otorga los siguientes beneficios y/o convenios:
  - ✓ I-Med
  - ✓ Bonificación Dental en línea (GERTY)
  - ✓ Convenio Farmacia SalcoBrand
  - ✓ Convenio Farmacia Cruz Verde
  - ✓ Clave Internet para Asegurados
  - ✓ Facturación Directa
  - ✓ Convenio Afinidad Clínica Odontológica Padre Mariano
  - ✓ Convenio Afinidad Clínica Uno Salud Dental
  - ✓ Convenio Afinidad Centro de Especialidades Odontológicas del Inca – CEOI
  - ✓ Convenio Afinidad Ópticas GMO y ECONOPTICAS
  - ✓ Convenio Afinidad Clínica Odontológica Andes (Concepción)
  - ✓ Convenio Afinidad Clínica Ortodontik
  - ✓ Convenio Afinidad Clínica Yany
  - ✓ Convenio Afinidad Clínica SANASALUD
  - ✓ Convenio Afinidad Clínica PROH
  - ✓ Convenio Afinidad Clínica Puerta del SOL
  - ✓ Convenio Afinidad Farmex
  - ✓ Asistencia Telemedicina con Proveedor Mediclic



## II. MODIFICA CONDICIONES GENERALES SEGURO COLECTIVO COBERTURAS COMPLEMENTARIA DE SALUD Y VIDA

Se deja constancia, que se aplicarán las siguientes modificaciones al Condicionado General POL320220123 Seguro Colectivo Complementario de Salud y POL220130974 Seguro Vida Colectivo Temporal.

POL220130974 Seguro Vida Colectivo Temporal.

### **ARTÍCULO 2: COBERTURA Y MATERIA ASEGURADA**

En virtud de este seguro de vida, la Compañía de Seguros Consorcio Nacional de Seguros de Vida pagará a los Beneficiarios la indemnización que corresponda si el fallecimiento del Asegurado ocurre durante la vigencia de la póliza y por causa no excluida. Si el Asegurado sobrevive a la fecha de vencimiento de la póliza no tendrá derecho a indemnización alguna, de acuerdo a las coberturas detalladas a continuación:

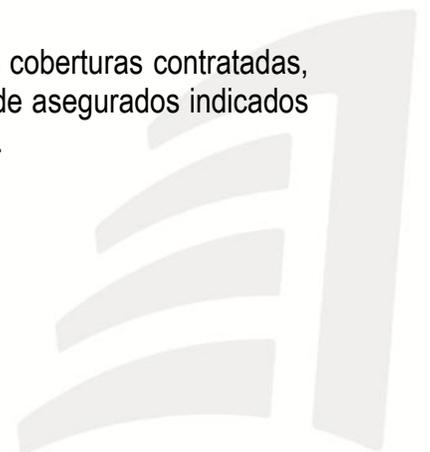
#### **Capital por Cobertura:**

##### **Grupo 1 Plan General**

Coberturas Vida	Capital Fijo	Requisito de Asegurabilidad Edades máximas (*)	
		Ingreso	Permanencia
Fallecimiento Titular	UF 100	69 años y 364 días	Al cumplir 75 años
Muerte Accidental Titular	UF 100	63 años y 364 días	Al cumplir 70 años
Invalidez Accidental Titular	UF 100	63 años y 364 días	Al cumplir 70 años
Invalidez Total y Permanente 2/3	UF 100	63 años y 364 días	Al cumplir 65 años

(\*) Las edades máximas de ingreso y permanencia de los asegurados en la póliza para estar protegidos por esta (s) cobertura (s)

Los asegurados que cumplan la edad límite de permanencia en las coberturas contratadas, serán excluidos al término de vigencia de esta póliza, a excepción de asegurados indicados en las Condiciones Especiales de la póliza según acuerdo comercial.



**Tasa por Cobertura:****Grupo 1 Plan General**

<b>Detalle Coberturas</b>	<b>Tasa Anual Neta</b>	<b>Afecta IVA Anual</b>	<b>Tasa Bruta Anual</b>
Fallecimiento	1.5408	-	1.5408
Muerte Accidental	0.4452	-	0.4452
Invalidez Accidental	0.2604	0.0495	0.3099
Invalidez Total y Permanente 2/3	0.2388	0.0454	0.2842

(\*) La prima será calculada como el resultado del capital asegurado por la tasa y redondeada a cuatro decimales.

**ARTÍCULO 3: ASEGURADOS**

Son asegurados de esta póliza los colaboradores de la empresa contratante individualizada anteriormente y que hayan sido debidamente incorporados en la nómina de cobranza emitida por la Compañía.

Será deber del Contratante del seguro colectivo informar a los asegurados u otros legítimos interesados, sobre la contratación del seguro y sus condiciones o modificaciones.

El Contratante asume las responsabilidades que emanen de su actuación como contratante del seguro colectivo.

**Capital asegurado**

El Capital Asegurado y el monto de la Prima se expresarán en unidades de fomento.

**ARTÍCULO 4 POL220130974 y ARTICULO 21 POL320220123: INCORPORACIÓN Y VIGENCIA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL****Inclusión y exclusión de asegurados:**

Podrán incorporarse a la póliza hasta el día 25 de cada mes, los nuevos trabajadores, durante la vigencia de la misma, suscribiendo el formulario de Incorporación Seguro Colectivo y con notificación expresa del contratante, en cuyo caso la vigencia corresponderá a la indicada por

el Contratante siempre y cuando esta no sea superior a 60 días; en caso de que no se indique fecha inicio esta será la fecha de timbre de recepción en la Compañía.

Podrán excluirse asegurados hasta el día 25 de cada mes, con notificación expresa del contratante (carta), en cuyo caso la vigencia corresponderá a la indicada por el Contratante siempre y cuando esta no sea superior a 60 días; en caso de que no se indique fecha inicio esta será la fecha de timbre de recepción en la Compañía

Las incorporaciones y exclusiones informadas posteriores al día 25 de cada mes, serán efectivas en la siguiente cobranza.

Los Formularios de Incorporación (Sic) deberán ser enviados mediante correo electrónico a las direcciones indicadas por la compañía.

Los Documentos SISC y DPS, tienen una validez de 30 días a contar de la fecha de emisión, transcurrido este periodo, deberá presentar nuevamente los documentos solicitados.

Las nuevas incorporaciones a póliza con modalidad contributiva bajo 80% sólo aceptarán nuevos titulares dentro de los primeros 60 días contados desde la fecha de contratación. Para empleados antiguos que se quieran incorporar, se abrirán ventanas de 60 días contados desde la fecha de renovación.

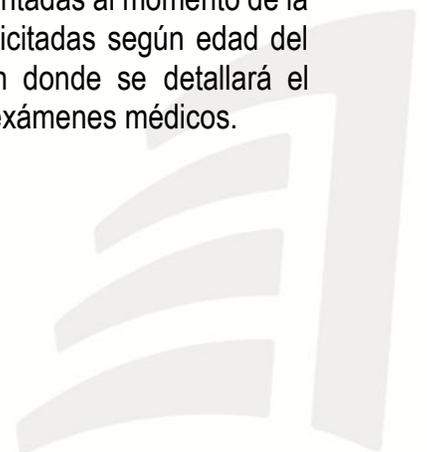
Incorporación de Asegurados con formulario en formato PDF y envío de Designación de Beneficiarios de Vida: [altas.colectivo@consorcio.cl](mailto:altas.colectivo@consorcio.cl)

Exclusión de asegurados: [bajas.colectivo@consorcio.cl](mailto:bajas.colectivo@consorcio.cl)

A analista de movimientos asignado a la corredora se le debe solicitar:

- Traspasos de asegurados entre pólizas
- Traspasos de asegurados entre grupos de una póliza
- Actualización de rentas
- Ingresos por nomina (solo pólizas con dicha condición especial)

La siguiente tabla indica las exigencias médicas que deben ser presentadas al momento de la incorporación de un asegurable. Las exigencias médicas serán solicitadas según edad del asegurable y capital solicitado a través de correo electrónico, en donde se detallará el laboratorio en convenio que ofrece la Compañía para realizarse los exámenes médicos.



Rango de Capital	Rango de Edad	
	18 – 57 años y 364 días	58 – 64 años y 364 días
Hasta UF 3.000	SISC	SISC
UF 3.001 – 6.000	DPS + SISC	DPS + OC + PB + SISC
UF 6.001 – 8.000	DPS + SISC	DPS + OC + PB + SISC
UF 8.001 – 13.000	CEM + OC + HIV + PB + SISC	CEM + OC + HIV + PB + ECG + SISC
UF 13.001 – 30.000	CEM + OC + ECG + HIV + PB + PL + SISC	CEM + OC + ECG + HIV + PB + PL + SISC
UF 30.001 Y MÁS	REASEGURO FACULTATIVO <sup>1</sup> + SISC	REASEGURO FACULTATIVO <sup>1</sup> + SISC

Descripción de los Exámenes Médicos:

DPS: Declaración Personal de Salud      OC: Orina Completa      PB: Perfil Bioquímico  
 ECG: Electrocardiograma      CEM: Examen Médico      PL: Perfil Lipídico  
 SISC: Solicitud de Incorporación Seguros Colectivos  
 HIV: Virus Inmunodeficiencia Humana

En caso de ser aceptada la solicitud, la Compañía Aseguradora cubrirá el riesgo sobre sus vidas desde la vigencia señalada en los párrafos anteriores.

### **ARTÍCULO 5: CARENIA**

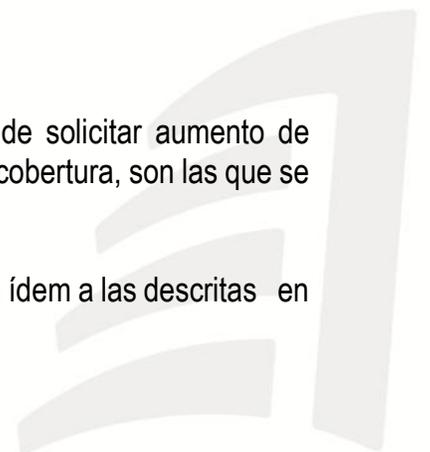
Esta póliza no considera carencias para las coberturas de vida.

La cobertura otorgada de Salud en virtud de este contrato de seguro tendrá el período de Carencia indicado expresamente en el Anexo N° 1 de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura, contado desde: (a) la fecha de vigencia del contrato de seguro para aquellos asegurados que sean incorporados a esa fecha; o (b) la fecha de vigencia inicial de su cobertura para aquellos asegurados que se incorporen al contrato de seguro con posterioridad a la fecha de vigencia del mismo, según lo establecido en el Artículo 20 (Incorporación de Asegurados y Vigencia de la Cobertura Individual) de estas Condiciones Particulares, según corresponda.

### **ARTÍCULO 6: MODIFICACION DEL CAPITAL ASEGURADO**

Las exigencias médicas que deben ser presentadas al momento de solicitar aumento de capital independiente si los asegurados son o no con continuidad de cobertura, son las que se detallan en el octavo párrafo el artículo 4 anteriormente detallado.

Las fechas de vigencias de solicitudes de actualización de capital son ídem a las descritas en el **ARTÍCULO 4** (Inclusión y exclusión de asegurado).



En caso de ser aceptada la solicitud, la Compañía Aseguradora cubrirá el riesgo el aumento sobre sus vidas desde el primer día del mes siguiente al de la aceptación notificada por la compañía de seguros.

### **ARTÍCULO 7: EXCLUSIONES**

Se modifica letra a) Suicidio o muerte producida a consecuencia de lesiones auto inferidas. No obstante, respecto de la cobertura que otorga este contrato de seguro, la compañía aseguradora pagará el capital asegurado a los beneficiarios, si el fallecimiento ocurriera como consecuencia de suicidio, siempre que hubiera transcurrido un (1) años completos e ininterrumpidos desde: la fecha de incorporación del asegurado a este contrato de seguro o de haber estado vigente este contrato de seguro producto de sucesivas renovaciones, desde su rehabilitación, o desde el aumento del capital asegurado. En este último caso si ya se ha cumplido el plazo antes referido, el plazo volverá a computarse pero sólo respecto del incremento del capital asegurado.

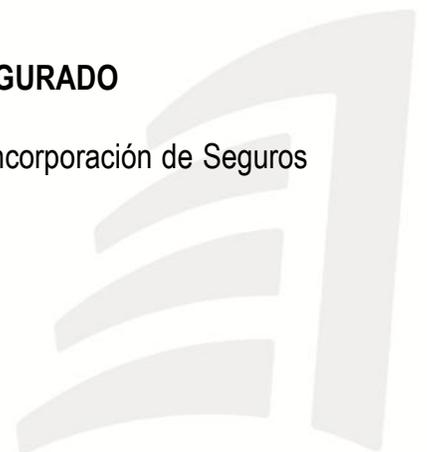
Sin perjuicio de lo señalado en el artículo de Exclusiones de las Condiciones Generales respecto a las Enfermedades o Patologías preexistentes, no se aplicará dicha exclusión a los Asegurados que hayan sufrido una patología oncológica antes de la fecha de suscripción del contrato, cuando hayan transcurrido cinco años desde la finalización del tratamiento radical sin recaída posterior. Lo anterior regirá siempre y cuando la suscripción del Asegurado para la contratación de una cobertura se haya realizado a partir del 13 de febrero del 2024. La suscripción aplica a cada Asegurado de manera individual dependiendo de su fecha de contratación de la cobertura.

### **ARTÍCULO 8: RIESGO CUBIERTO BAJO ESTIPULACION EXPRESA**

La Compañía Consorcio Nacional de Seguro no otorgará cobertura al riesgo de muerte por fallecimiento del asegurado que se produzca a consecuencia de las exclusiones indicadas en el Artículo 7, letras h) e i) del presente contrato de seguro, con un pago de prima adicional.

### **ARTÍCULO 10: DECLARACION DEL CONTRATANTE Y DEL ASEGURADO**

Consorcio Nacional de Seguro dispone del formulario Solicitud de Incorporación de Seguros Colectivo en los sitios web de la Compañía.



## **ARTÍCULO 12 POL220130974 y ARTÍCULO 14 POL320220123: PRIMA Y EFECTO DEL NO PAGO DE PRIMA**

Periodicidad mensual, y forma de pago Anticipada, y el pago de la prima se debe realizar en las cuentas bancarias indicadas por la Compañía.

La prima será calculada como el resultado del capital asegurado por la tasa y redondeada a cuatro decimales.

El envío de **Pre-cobranza** y correspondencia de suscripción deberá realizarse a;

Nombre del contacto	: Sara Jaramillo; Soporte Cobranzas WTW;
Empresa	: Willis Towers Watson Corredores de Seguros
Dirección	: Av. Andrés Bello N° 2457, Piso 23, Providencia
Envío nómina en Excel	: 15 de cada mes
Correo electrónico	: sara.jaramillo@wtwco.com; gestioncobranza@wtwco.com
Tipo de despacho	: Correo Electrónico

Se concede un plazo de gracia de 30 días para el pago de las primas, contados a partir del primer día del mes de cobertura no pagado de acuerdo a la forma de pago convenida. Durante el período de gracia, el seguro permanecerá vigente.

Esta Póliza tiene modalidad Contributiva

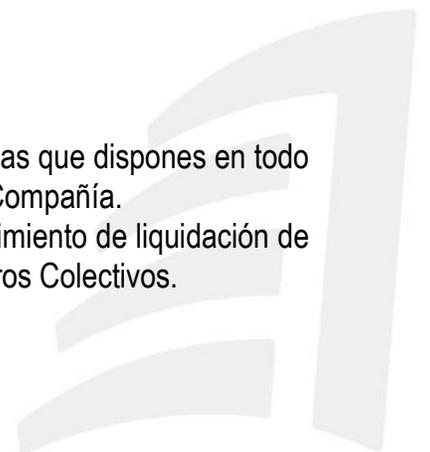
## **ARTÍCULO 14: DESIGNACION Y CAMBIO DE BENEFICIARIOS**

Se deja constancia que los beneficiarios de este seguro serán los indicados en los formularios “Designación de Beneficiarios” que sean enviados por el contratante y recibidos en la compañía. A falta de la designación de beneficiario corresponderán a los herederos Legales en partes iguales.

## **ARTÍCULO 15: DENUNCIA DE SINIESTROS**

Las denuncias de Siniestros deberán realizarse a través de las oficinas que dispones en todo territorio nacional Consorcio Nacional de Seguros o sitio Web de la Compañía.

Para obtener información sobre las condiciones del seguro y procedimiento de liquidación de siniestros, dirijase a su Intermediario o Ejecutivo Consorcio de Seguros Colectivos.



**Nota: Se incluye Anexo relativo a Procedimiento de Liquidación de Siniestros.**

**ARTÍCULO 18 POL220130974 y ARTICULO 23 POL320220123: TERMINO DE LAS COBERTURAS INDIVIDUALES**

Se modifica letra d) de este artículo por lo siguiente para asegurado titular y dependiente; “Los asegurados que cumplan la edad límite de permanencia, serán excluidos al término de la vigencia de esta póliza”.

**ARTÍCULO 21 POL220130974 y ARTICULO 25 POL320220123: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES**

Consorcio Nacional de Seguros enviará sus comunicaciones al contratante al correo electrónico indicado en el artículo N°12 de estas condiciones particulares y al asegurado al correo electrónico indicado en la Solicitud de Incorporación de Seguros Colectivo o el informado por el contratante en las nóminas de carga inicial al momento de solicitar la emisión de la Póliza.

**ARTÍCULO 23 POL220130974 y ARTICULO 28 POL320220123: MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO**

El Capital Asegurado y el monto de la Prima se expresarán en unidades de fomento. Los montos asegurados, los valores y las primas correspondientes a este contrato de seguro se expresarán en unidades de fomento.

**ARTÍCULO 25 POL220130974 y ARTICULO 29 POL320220123: DOMICILIO**

Para todos los efectos legales, las partes señalan como domicilio especial la ciudad de Santiago.



### III. CONDICIONES GENERALES SEGURO COLECTIVO COMPLEMENTARIO DE SALUD

Se deja constancia, que se aplicarán las siguientes modificaciones al Condicionado General (POL320220123), Seguro Colectivo Complementario de Salud:

#### Grupo 1 Plan General;

Asegurados	Prima Neta Mensual UF Salud	Prima Neta Mensual UF Dental	IVA UF	Prima Bruta Mensual UF
Titular sin cargas	0.9784	0.0551	0.1964	1.2299
Titular con 1 carga	1.8104	0.1017	0.3633	2.2754
Titular con 2 o más cargas	2.6425	0.1483	0.5303	3.3211

En el siguiente cuadro se resumen algunos antecedentes importantes que usted debe considerar al momento de contratar este seguro:

Este Seguro:	
NO	Contempla renovación garantizada.
SI	Podrá aumentar la prima (precio) en caso de renovación de la póliza.
SI	Considera la siniestralidad individual póliza, para efectos de cálculo de variación de la prima, en caso de renovación.
NO	Cubre preexistencias

#### **ARTÍCULO 2: COBERTURA Y MATERIA ASEGURADA**

Se deja constancia que estará cubierto por esta póliza, sólo las prestaciones que se incluyen en el Cuadro de Beneficios detallado en el Anexo N° 1, que forma parte integrante de ésta.

Toda prestación no detallada en el plan de beneficios se entiende no cubierta.

#### **ARTÍCULO 3: DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS**

Las coberturas de este contrato se seguros son las siguientes, las que se encuentran detalladas en el Anexo N° 1, en el cual se establecen los términos, porcentajes, límites y topes de reembolsos para cada gasto incluido en cada cobertura.

#### A. COBERTURA DE GASTOS POR HOSPITALIZACIÓN

Beneficio Hospitalización, los beneficios señalados se otorgan cuando existe una hospitalización, entendiéndose como tal, cuando una persona se encuentra registrada como paciente de un hospital o clínica por prescripción médica y que utilice al menos un día completo de servicios de habitación, alimentación y atención de enfermería, pernoctando una noche.

#### B. COBERTURA DE GASTOS DE HOSPITALIZACIÓN POR EMBARAZO, PARTO Y NACIMIENTO PARA UNA ASEGURADA TITULAR O UNA ASEGURADA DEPENDIENTE CONYUGE

Se reembolsarán los gastos incurridos y no bonificados por el Sistema Previsional de Salud del asegurado, provenientes de la atención de Parto, Cesárea, Aborto Involuntario o Interrupción voluntaria del embarazo en casos autorizados por ley. Sin perjuicio de los límites definidos para esta cobertura en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza, se reembolsarán bajo los ítems parto normal, cesárea, aborto involuntario e interrupción voluntaria del embarazo en casos autorizados por ley de esta cobertura, sólo los gastos incurridos por el asegurado titular o su cónyuge asegurado y el recién nacido, hasta el tercer día de hospitalización en caso de parto normal, aborto involuntario e interrupción voluntaria del embarazo en casos autorizados por ley, y hasta el quinto día de hospitalización en caso de cesárea, ambos plazos contados desde el día del parto o aborto involuntario o interrupción voluntaria del embarazo en casos autorizados por ley, según corresponda.

La cobertura de Maternidad es sólo para los Asegurados Titulares y Cónyuges, no siendo aplicable para las hijas.

Para la asegurada titular o asegurada dependiente cónyuge cuyo inicio de embarazo es anterior a la fecha de inicio de la vigencia de esta cobertura, ésta será en base a novenos. Con esto, el inicio de vigencia del recién nacido será a contar del día 14 de la fecha de nacimiento

Por su parte, los gastos médicos incurridos por el recién nacido podrán tener cobertura, sólo si este tiene la calidad de asegurado a la fecha de la prestación médica y el parto haya sido cubierto por la presente póliza, previa evaluación y aceptación de la incorporación del recién nacido por parte de la Compañía Aseguradora, de acuerdo a lo indicado en el artículo N° 21 de estas condiciones particulares.

Complicaciones del embarazo: Se cubrirán los gastos hospitalarios incurridos, descontadas las sumas reembolsadas por Isapre o Fonasa, por patologías o complicaciones directamente relacionadas con el embarazo.

### C. COBERTURA DE GASTOS AMBULATORIO

Cirugía ambulatoria: Corresponde a la operación instrumental, total o parcial, de lesiones causadas por enfermedades o accidentes, con fines diagnósticos, de tratamiento o de rehabilitación de secuelas. Para que sea considerado como tal, la complejidad de Pabellón debe ser superior a 4, de acuerdo a lo definido por Fonasa.

Consulta Médica, procedimientos de diagnóstico y/o terapéuticos. Medicamentos suministrados durante la atención. Insumos ambulatorios utilizados en la atención de urgencia

Procedimientos de diagnóstico: Corresponde a la prueba que se usa para ayudar a diagnosticar una enfermedad o afección que no es examen de laboratorio ni examen de imagenología.

Procedimiento terapéutico: Corresponde a cualquier procedimiento médico NO quirúrgico que se realiza con el fin de reparar, eliminar o curar cualquier problema de salud previamente determinado

Los medicamentos que no sean incluidos en el programa del procedimiento, serán reembolsados como Medicamentos ambulatorios

La prestación de Cirugía Maxilofacial está cubierta por accidente, no por enfermedad, salvo que las condiciones particulares así lo estipulen.

### D. COBERTURA DE GASTOS MEDICAMENTOS AMBULATORIOS

Receta magistral, corresponden a recetas emitidas por un médico, quien prescribe en forma especial que sea elaborada en una farmacia y que contengan componentes curativos, tales como antiinflamatorios, corticoides y antibióticos. Estas recetas deben acompañarse con Informe Médico, el cual será evaluado por la Compañía.

### E. COBERTURA DE GASTOS SALUD MENTAL

Para la bonificación de gastos relacionados a consultas de Psicología, Psiquiatría y/o Psicopedagogía constituye requisito para su reembolso la orden de derivación del médico.

Las derivaciones médicas tendrán una validez por el periodo especificado del tratamiento. En el caso de ausencia del número de sesiones la vigencia de las derivaciones tendrá una duración de 6 meses

### F. COBERTURA DE GASTOS MEDICOS ADICIONALES

Gastos por Óptica, lo que incluye todo gasto por marcos ópticos, cristales y lentes de contacto, que sean recetados por el oftalmólogo con el fin de corregir una malformación congénita o

alteración de la visión, excluyéndose expresamente todos aquellos con fines de protección, como los lentes utilizados para evitar fatiga visual (V.D.T).

Prótesis y Órtesis, se considerarán prótesis y órtesis, todas aquellas señaladas en Arancel Fonasa, como: válvulas, lente intraocular, prótesis mamarias, de caderas, marcapasos, cuello cervical, rodilleras, férulas, plantillas, realce, taloneras.

Se cubre Obesidad Mórbida:

Considera Índice de Masa Corporal (IMC)  $\geq 40$  bajo ítem Hospitalario.

Para todos los efectos de esta póliza se considera como obesidad mórbida lo señalado por OMS (Organización Mundial de la Salud) con relación al índice de masa corporal (IMC) 35 a 39,9, más co-morbilidades que afecten (al menos una) en forma severa la calidad de vida, dentro de las cuales se considerarán: Diabetes Mellitus Tipo 2, Cardiopatías Severas Secundarias a Obesidad (Dislipidemia o Hipertensión arterial), Apnea Obstructiva del Sueño Severa y/o Enfermedades Osteoarticulares Severas Candidatas a Prótesis de Reemplazo. Esta condición será válida siempre y cuando la cobertura de Obesidad Mórbida se encuentre en el Plan de Beneficios de Salud.

Kinesioterapia, Fonoaudiología y Nutricionista, estas prestaciones estarán cubiertas, siempre y cuando hayan sido prescritas por un profesional Médico. Para la bonificación de gastos relacionados a consultas de Kinesioterapia, Fonoaudiología y Nutricionista, se exigirá derivación de un profesional de la especialidad.

Las derivaciones médicas tendrán una validez por el periodo especificado del tratamiento. En el caso de ausencia del número de sesiones la vigencia de las derivaciones tendrá una duración de 6 meses.

#### G. COBERTURA DE GASTOS MEDICOS EN EL EXTRANJERO

Se reembolsarán los gastos incurridos, siempre y cuando haya sido bonificado por la Institución Previsional a la cual el asegurado esté afiliado.

Las prestaciones en el exterior serán bonificadas en los mismos porcentajes y hasta los topes indicados en el plan de cobertura cotizado. Sin embargo, esta condición regirá, siempre y cuando, los gastos incurridos sean producto de una urgencia, emergencia o porque el tratamiento prescrito no exista dentro del territorio nacional.

En caso de no existir la prestación médica en Chile, se requerirá autorización previa de la Compañía para efectuársela en el extranjero, y se deberá acreditar previamente que la prestación cuenta con cobertura previsional.

#### **ARTÍCULO 4: LIMITACIONES DE LAS COBERTURAS**

En aquellos casos en que el asegurado no este afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, no tendrá acceso a reembolso de gastos médicos.

En aquellos casos en que el asegurado este afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, y las prestaciones o gastos reclamados no cuenten con bonificación, aporte y/o reembolso mayor que cero (0) en tales instituciones, por cualquier causa que sea, se cubrirá el 50% del valor facturado y al monto resultante se aplicará los porcentajes y topes del plan contratado. Se exceptúa de este criterio Medicamentos Ambulatorios, Gastos Ópticos y Salud Mental, en caso de que alguna de éstas esté contratada.

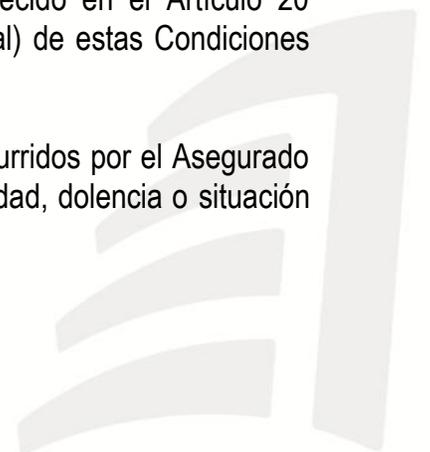
La Compañía reembolsará en este caso, previa presentación de boleta o factura que indique mediante timbre su condición de “No Bonificable”, por la entidad previsional correspondiente.

Si el aporte del sistema de Salud Previsional es menor al 50%, el reembolso de la compañía será calculado considerando que el Sistema de Salud Previsional reembolsó 50% del costo de la prestación, por lo que el copago del asegurado es del 50% monto sobre el cual se aplicarán los porcentajes, topes y deducibles del plan contratado. Se exceptúa de esta condición Medicamentos Ambulatorios, Gastos Ópticos y Salud Mental, en caso de que alguna de éstas esté contratada.

#### **ARTÍCULO 5: CARENCIA**

La cobertura otorgada en virtud de este contrato de seguro tendrá el período de Carencia indicado expresamente en el Anexo N° 1 de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura, contado desde: (a) la fecha de vigencia del contrato de seguro para aquellos asegurados que sean incorporados a esa fecha; o (b) la fecha de vigencia inicial de su cobertura para aquellos asegurados que se incorporen al contrato de seguro con posterioridad a la fecha de vigencia del mismo, según lo establecido en el Artículo 20 (Incorporación de Asegurados y Vigencia de la Cobertura Individual) de estas Condiciones Particulares, según corresponda.

La compañía no reembolsará los gastos médicos efectivamente incurridos por el Asegurado durante el periodo de carencia, originados a causa de una enfermedad, dolencia o situación de salud.



## **ARTÍCULO 7: ASEGURADOS**

Se consideran asegurados para efectos de esta póliza, las personas que, cumpliendo los requisitos de edad y de asegurabilidad establecidos en el siguiente cuadro, conforman un grupo, al ser miembros, trabajadores o estén vinculados con o por la entidad contratante.

### **Grupo 1 Plan General**

<b>Tipo Asegurado</b>	<b>Requisito de Asegurabilidad Edades máximas (*)</b>	
	<b>Ingreso</b>	<b>Permanencia</b>
Titular	69 años y 364 días	Al cumplir 71 años
Cónyuge	64 años y 364 días	Al cumplir 65 años
Hijo	17 años y 364 días	Al cumplir 18 años

(\*) Las edades máximas de ingreso y permanencia de los asegurados en la póliza para estar protegidos por esta (s) cobertura (s)

Podrán ser asegurados, en calidad de asegurados dependientes, personas naturales vinculadas a dichos miembros o trabajadores o a las personas vinculadas con o por la entidad contratante.

Los hijos podrán ingresar y permanecer cubiertos en la póliza hasta cumplir los 24 años siempre que sean cargas familiares, que estén solteros y que se encuentren estudiando.

Esta cobertura no cubre las cargas legales ascendentes (padre o madre).

Los asegurados y cargas que cumplan la edad límite de permanencia en coberturas contratadas, serán excluidos al término de vigencia de esta póliza, a excepción de asegurados indicados en las Condiciones Especiales de la póliza según acuerdo comercial.

## **ARTÍCULO 8: EXCLUSIONES**

No obstante a lo señalado en las Condiciones Generales, se cubrirán gastos por incapacidades preexistentes, sólo si éstas han sido evaluadas y aceptadas por la Compañía.

La Compañía a su vez podrá solicitar antecedentes adicionales para evaluar la eventual aceptación de una preexistencia, para lo cual el asegurado cuenta con un plazo de treinta (30) días desde la fecha de solicitud de los antecedentes complementarios. Cumplido este plazo y sin haber recepcionado la Compañía lo solicitado, se entenderá que el asegurado ha desestimado la solicitud y, por lo tanto, la preexistencia queda automáticamente sin cobertura.

Sin perjuicio de lo señalado en el artículo de Exclusiones de las Condiciones Generales respecto a las Enfermedades o Patologías preexistentes, no se aplicará dicha exclusión a los Asegurados que hayan sufrido una patología oncológica antes de la fecha de suscripción del contrato, cuando hayan transcurrido cinco años desde la finalización del tratamiento radical sin recaída posterior. Lo anterior regirá siempre y cuando la suscripción del Asegurado para la contratación de una cobertura se haya realizado a partir del 13 de febrero del 2024. La suscripción aplica a cada Asegurado de manera individual dependiendo de su fecha de contratación de la cobertura.

## **ARTÍCULO 15 Y 16: DENUNCIA DE SINIESTROS Y REQUISITOS PARA REEMBOLSO DE GASTOS**

### Presentación de Gastos Médicos

Con el propósito de efectuar el reembolso el empleado asegurado deberá presentar: Formulario "Solicitud de Reembolso" completado y firmado por el médico tratante en su sección A, y por el asegurado mismo en su sección B; Documentación básica que identifique los gastos incurridos y presentados en la solicitud: boletas o facturas de atenciones médicas, copia de bono o reembolso de Instituciones de Salud, órdenes de exámenes o tratamientos, copia de programas médicos cuando corresponda.

### Atención de Urgencia

Para casos de atención en Servicios de Urgencia se debe presentar: Formulario "Solicitud de Reembolso" completado en su sección B por el asegurado. En estos casos no se exigirá completar sección A; Documentos básicos que identifiquen los gastos incurridos, en los que conste la atención de urgencia.

### Medicamentos Ambulatorios

Para reembolso de este ítem será necesario presentar: Formulario "Solicitud de Reembolso" completado y firmado por el médico tratante en su sección A, y por el asegurado mismo en su sección B; Receta médica en original, a nombre del beneficiario (nombres y apellidos completos), timbrada por la farmacia junto a la boleta respectiva, la cual debe identificar el o los medicamentos y su costo unitario.

### Medicamentos de uso Prolongado

Para reembolso de este ítem será necesario presentar: Primer reembolso: Solicitud de Reembolso completada en la sección A por el médico tratante y en la sección B por el asegurado; Receta original que señale la duración del medicamento, timbrada por la farmacia

junto a la boleta. La receta será devuelta al asegurado junto a la liquidación correspondiente; Boleta de farmacia identificando el o los medicamentos y su costo unitario.

Posteriores reembolsos: Solicitud de Reembolso completada sólo en la sección B por el asegurado; Fotocopia de la receta original, timbrada por la farmacia junto a la boleta; Boleta de farmacia identificando el o los medicamentos comprados y su costo unitario.

La validez de la receta para la Compañía será la que en ella se señale, no pudiendo exceder desde seis meses desde la fecha de emisión. Una vez cumplido este plazo, el asegurado tendrá sesenta (60) días, contados desde la fecha del primer rechazo de un reembolso por este concepto, para presentar una nueva receta.

#### Medicamentos con retención de receta

En caso de retención de la receta por parte de la farmacia, se deberá presentar: Solicitud de Reembolso completada en la sección A por el médico tratante y en la sección B por el asegurado; Fotocopia de la receta con timbre de la farmacia que señale su calidad de receta retenida; Boleta de farmacia que identifique el medicamento comprado y su costo unitario.

La Compañía podrá solicitar antecedentes complementarios a los entregados para proceder a bonificar un beneficio pactado. El asegurado tendrá un plazo de treinta (30) días desde la fecha de solicitud de los antecedentes, para hacerlos llegar a la Compañía. Cumplido este plazo, se considerará que el asegurado ha desestimado del siniestro.

#### Validez de los documentos

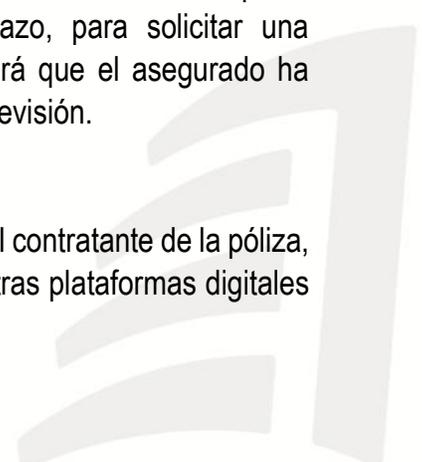
Toda prestación de salud y boleta de farmacia no deben exceder sesenta (60) días desde la fecha de emisión.

#### Rechazo de solicitudes

Para aquellas solicitudes que sean rechazadas por la Compañía, se establece un plazo máximo de treinta (30) días corridos desde la fecha del rechazo, para solicitar una reconsideración del reembolso. Cumplido este plazo, se considerará que el asegurado ha quedado conforme con lo resuelto, no pudiendo solicitar una nueva revisión.

#### Entrega de Solicitud reembolso

El asegurado deberá entregar toda la documentación de reembolso al contratante de la póliza, quien, a su vez, la deberá enviar a la Compañía en el sitio Web u otras plataformas digitales disponibles para tales efectos.



Las solicitudes de reembolso serán canceladas, a lo más, en cinco días de recepcionada la documentación. Las solicitudes recepcionadas posteriores a las 13:30 horas, los cinco días comenzarán a regir desde las 9:00 horas el día hábil siguiente. Se exceptúan de este plazo, las solicitudes de reembolso cuyo monto reclamado sea igual o superior a UF 50 en cuyo caso el plazo podrá extenderse hasta 10 días hábiles, contados desde la recepción de la totalidad de los documentos.

El pago de los reembolsos se efectuará mediante depósito en cuenta bancaria o Vale Vista al asegurado titular, cuando corresponda, por el total de los reembolsos aprobados o liquidados.

Para obtener información sobre las condiciones del seguro y procedimiento de liquidación de siniestros, dirijase a su Intermediario o Ejecutivo Consorcio de Seguros Colectivos.

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

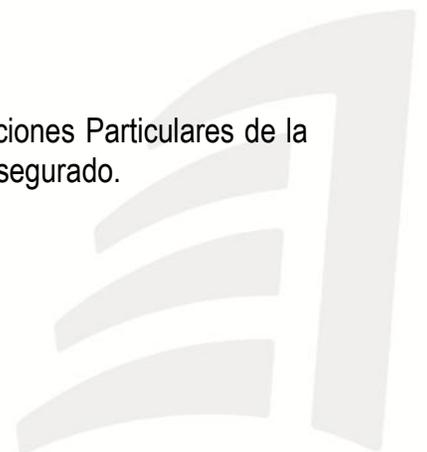
**Nota: Se incluye Anexo relativo a Procedimiento de Liquidación de Siniestros.**

#### **ARTÍCULO 17: AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR INFORMACIÓN**

Tanto el asegurado como los beneficiarios deberán entregar a la compañía de seguros o a la persona que actúe en su representación, información de cualquier Médico, Enfermera, Psicólogo, Clínica, Hospital, Laboratorio Clínico, Fondo Nacional de Salud (Fonasa), Isapre, compañía de seguros o cualquier otra institución pública o privada, relativa a su estado de salud y cualquier documento asociado, por ejemplo, y sin ser restrictivos en su enumeración, copia de parte policial o relato de los hechos, ficha médica completa, epicrisis, cartola histórica detallada de gastos médicos en su institución de salud para la correcta liquidación del siniestro. Para lo anterior, tanto el asegurado como los beneficiarios desde ya autorizan a la compañía aseguradora, para solicitar tales documentos.

#### **ARTÍCULO 19: APLICACIÓN DEL DEDUCIBLE**

El Deducible será el monto indicado en el Anexo N°1 de las Condiciones Particulares de la póliza, expresado en Unidades de Fomento y se aplicará por cada Asegurado.



## **ARTÍCULO 20: VIGENCIA Y DURACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO**

Desde 01 de Febrero 2025 y con una duración de un año.

Periodo de Acumulación, se considerará como período de acumulación para contabilizar los montos del deducible y monto máximo de reembolso igual a un año póliza.

## **ARTÍCULO 22: CAMBIO DE CIRCUNSTANCIAS RELATIVAS AL SISTEMA DE SALUD PREVISIONAL.**

En caso de verificarse algún cambio de circunstancia o alguna modificación de la legislación o normativa vigente relacionada al sistema de salud previsional público o privado, que altere significativamente la cobertura del seguro, sea en cuanto al riesgo asumido o a los beneficios que otorga, en comparación a las condiciones existentes al momento de la celebración del contrato, la Compañía podrá proponer al contratante nuevas condiciones de cobertura y prima, las que en caso de no ser aceptadas por el contratante o no obtener respuesta de parte de éste en el plazo otorgado por la Compañía en la comunicación enviada al efecto, dará lugar a la terminación anticipada del contrato.

Se entenderá por cambio de circunstancia o por modificación a la legislación o normativa, aquella que genere alguno de los siguientes efectos:

- a) En caso de cualquier hecho o circunstancia que altere sustancialmente la cobertura previsional pública o privada del asegurado afectando la cobertura del seguro, sea en cuanto al riesgo asumido o a los beneficios que otorga, en comparación a las condiciones existentes al momento de la celebración del contrato. Se entenderá que un cambio altera sustancialmente la cobertura del seguro, cuando ocurra una disminución de los planes de salud previsional del asegurado en un porcentaje igual o mayor de aquel que se indique en las Condiciones Particulares de la Póliza o cuando un porcentaje de los asegurados, superior al señalado en las Condiciones Particulares, cambien su sistema previsional vigente. En este último caso, a solicitud de la Compañía, el Contratante estará obligado a informarle respecto de los asegurados y Pág. 21 de 51 15/01/2024 su sistema previsional. En caso de incumplir dicha obligación, la Compañía estará facultada para terminar anticipadamente la Póliza.
- b) Aplicación de reglas de suscripción de riesgo no previstas, inconciliables o que impongan restricciones respecto de aquellas consideradas por la Compañía al momento del otorgamiento de la póliza tales como, y sin que la siguiente enumeración

- sea taxativa, el levantamiento de exclusiones, cobertura de preexistencias, cambios en los requisitos de asegurabilidad, cambios en las prestaciones cubiertas.
- c) Modificación del orden de prelación en la aplicación de la cobertura del sistema de salud previsional que implique la concurrencia de la cobertura de esta póliza con anterioridad o prescindencia de la cobertura del sistema de salud previsional.
  - d) Imposición de aranceles de prestaciones médicas que produzcan como efecto el otorgamiento de bonificaciones sobre prestaciones no contempladas en la póliza, o que supongan el pago de dichas prestaciones en un porcentaje superior al que se indica en las Condiciones Particulares del seguro; o bien, que impongan el reembolso de prestaciones en cuyo otorgamiento se empleen nuevas tecnologías no contempladas en los aranceles considerados al momento de la suscripción.

Con relación a la letra a) de este artículo se entenderá que un cambio altera sustancialmente la cobertura del seguro, cuando ocurra una disminución de los planes de salud previsional de los asegurados en un porcentaje igual o mayor de 5% o cuando un porcentaje de los asegurados, superior a 5%, cambien su sistema previsional vigente

#### **ARTÍCULO 23: TÉRMINO DEL CONTRATO DE SEGURO COLECTIVO.**

Término vigencia de contrato el 31 de Enero 2026.

#### **ARTÍCULO 24: TERMINO DE LAS COBERTURAS INDIVIDUALES**

Se modifica letra d) de este artículo por lo siguiente para asegurado titular y dependiente; “Los asegurados que cumplan la edad límite de permanencia, serán excluidos al término de la vigencia de esta póliza”.

#### **ARTÍCULO 25: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES**

Consorcio Nacional de Seguros enviará sus comunicaciones al contratante al correo electrónico indicado en el artículo N°14 de estas condiciones particulares y al asegurado al correo electrónico indicado en la Solicitud de Incorporación de Seguros Colectivo o el informado por el contratante en las nóminas de carga inicial al momento de solicitar la emisión de la Póliza.

#### **ARTÍCULO 28: MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO**

Los montos asegurados, los valores y las primas correspondientes a este contrato de seguro se expresarán en Unidades de Fomento.

## **ARTÍCULO 29: DOMICILIO**

Para todos los efectos legales, las partes señalan como domicilio especial la ciudad de Santiago.

## **CONDICIONES GENERALES Y CLAUSULAS ADICIONALES**

El seguro se rige por las Condiciones Generales y Cláusulas Adicionales incorporadas al depósito de pólizas de la Comisión del Mercado Financiero (Ex SVS) bajo los siguientes códigos:

<b>Coberturas</b>	<b>Código CMF</b>
Fallecimiento	<b>POL220130974</b>
Muerte Accidental	<b>CAD220131587</b>
Invalidez Accidental	<b>CAD220131581</b>
Invalidez Total y Permanente 2/3	<b>CAD220131583</b>
Salud Complementario	<b>POL320220123</b>
Dental	<b>CAD320180077</b>

Los clientes pueden revisar sus Condiciones Generales y Cláusulas Adicionales en la siguiente página web:

[http://www.cmfchile.cl/institucional/legislacion\\_normativa/normativa.php?mercado=S](http://www.cmfchile.cl/institucional/legislacion_normativa/normativa.php?mercado=S)



#### **IV. CLÁUSULAS ADICIONALES COBERTURA DENTAL**

##### **ARTÍCULO 2: COBERTURA**

De acuerdo a lo que se señalan en el Anexo N° 1 de las Condiciones Particulares de ésta póliza, tendrán cobertura los gastos dentales razonables y acostumbrados incurridos por los asegurados a causa de una enfermedad o accidente de origen odontológico, en que incurra durante el periodo en que se encuentren amparados por este adicional y siempre que la póliza principal y este adicional se encuentren vigentes a esa fecha.

Consorcio Vida reembolsará sólo en la proporción y hasta el monto máximo señalado en el Anexo N°1 de las condiciones de esta póliza. Sin embargo, si se hubiese estipulado un deducible, se reembolsará el referido porcentaje aplicándolo a los gastos que exceden dicho deducible.

Se deja establecido que la presente cobertura dental cubre los gastos originados por terapia odontológica en todas las especialidades por montos razonables y acostumbrados, y además contempla una carencia indicada en el Ítem Dental del Cuadro de Beneficios, a partir de la vigencia inicial del asegurado, para prestaciones relacionadas con Ortodoncia, Prótesis Fijas, Prótesis Removibles.

##### **ARTÍCULO 5: EXCLUSIONES**

La presente cobertura dental no cubre:

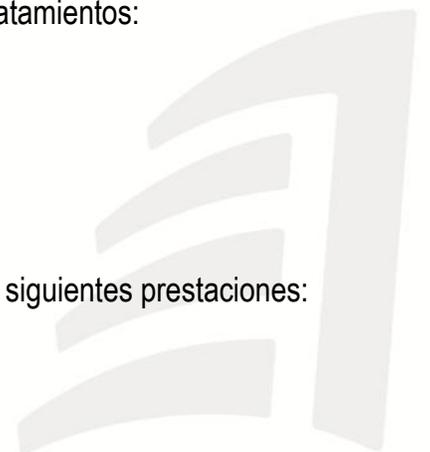
- Cualquier tratamiento dental iniciado con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la cobertura para el asegurado, y aquellos cuya enfermedad o accidente tenga su origen con posterioridad a la fecha de término de vigencia de su cobertura.
- Cualquier tratamiento y procedimientos estéticos y/o blanqueamiento a las piezas dentarias.
- Cualquier tratamiento correctivo de malformaciones, secuelas de enfermedades, tratamientos defectuosos o iatrogenia.
- Cualquier gasto originado por otras terapias reembolsados por otra cobertura de la presente póliza.
- Cualquier procedimiento dental realizado por Cirujanos-Dentistas no habilitados ni autorizados legalmente para practicar la odontología humana.
- Medicamentos, exceptuando antibióticos, analgésicos, antiinflamatorios y relajantes musculares orales que sean recetados por el Cirujano-Dentista exclusivamente para el tratamiento dental.

- Procedimientos de profilaxis, fluoraciones o destartrajes realizados dentro de los seis (6) meses siguientes de efectuado un procedimiento similar.
- Tratamientos dentales realizados fuera del territorio nacional, a no ser que se deje expresamente estipulado en las Condiciones Particulares de la póliza que existirá cobertura para tratamientos efectuados fuera del territorio nacional.

## **ARTÍCULO 6: PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO DE SINIESTROS**

Constituye requisito para cualquier reembolso de gasto dental por parte de la Compañía:

- Entregar a la Compañía de seguros el presupuesto detallado y el formulario de reembolso dental, que la Compañía de seguros proporcionará para estos efectos, con la información que en él se indique, completada de puño y letra del cirujano-dentista tratante, indicando el detalle del tratamiento efectuado, números de piezas tratadas y tipo de tratamiento efectuado, fecha de ejecución, costo unitario y costo total. Se deben indicar los valores clínicos y de laboratorio unitarios.
- La declaración del asegurado si el gasto cuya devolución se solicita estaba cubierto por otros seguros, sistemas o instituciones que otorguen beneficios médicos y al cual pertenezca el asegurado.
- La entrega a la Compañía de los originales extendidos a nombre del asegurado de los recibos, boletas y facturas cuando corresponda, copia de bonos, copia de órdenes de atención, copia de programas dentales u otros documentos que acrediten el gasto incurrido y su cancelación; como asimismo, en su caso, los que acrediten el pago o el reembolso de una parte de ellos por la entidad aseguradora, institución o entidad referidos en la letra anterior.
- Los antecedentes dentales y exámenes radiológicos utilizados en el diagnóstico y tratamiento, para efectos de determinar y verificar la efectividad de la prestación dental cuyo reembolso se solicita, estando especialmente obligado el asegurado a dar cumplimiento a lo siguiente:
  - a. Acompañar radiografías de diagnóstico para los siguientes tratamientos:
    - ✓ Obturaciones proximales.
    - ✓ Periodontitis Marginales.
    - ✓ Cirugías.
    - ✓ Endodoncias.
    - ✓ Prótesis Fija.
    - ✓ Implantes.
  - b. Acompañar radiografías de control final de tratamiento en las siguientes prestaciones:
    - ✓ Endodoncia.



- ✓ Injertos óseos.
  - ✓ Cirugía de Implante.
  - ✓ Rehabilitación de Implante.
- 
- Concurrir personalmente, cuando la compañía lo solicite, a contraloría dental en los centros que la compañía determine y dentro de los 15 días hábiles contados desde la recepción de la comunicación de la compañía.
  - Si no se cumplen los requisitos enumerados anteriormente, la Compañía de Seguros queda liberada de efectuar cualquier reembolso o pagos directos sobre los gastos presentados.



## **BONIFICACIÓN EN LÍNEA VÍA I-MED PARA REEMBOLSOS AMBULATORIOS.**

Convenio administrado por I-Med y Consorcio Seguros de Vida, para prestaciones ambulatorias, consiste en el reembolso en línea de las prestaciones cubiertas según el plan de beneficios, porcentajes y topes estipulado en la póliza.

I-Med realiza la confirmación biométrica del asegurado y consulta en línea a la compañía los detalles del plan contratado. Las prestaciones en convenio son: consulta general, consulta especialista, exámenes de laboratorio, radiológicos y procedimientos ambulatorios de baja complejidad.

Monto máximo de reembolso en línea UF 10 por solicitud.

Queda establecido que la aplicación de I-MED, no necesariamente implica la aceptación de la cobertura del diagnóstico que origina dichos gastos, por lo que la compañía en cualquier momento podrá limitar o excluir dicho diagnóstico por carecer de cobertura, en conformidad a lo establecido en las condiciones Generales y Particulares.

Este beneficio opera en línea siempre y cuando el prestador tenga convenio vigente con la Isapre o Fonasa en la cual se encuentra afiliado el asegurado, como con I-Med.

El prestador médico como la compañía no serán responsables de alguna transacción que no pueda ser ejecutada, y para todo efecto, el asegurado siempre tendrá derecho a solicitar el reembolso de la prestación, presentando sus gastos a la compañía.



## **BONIFICACIÓN DENTAL EN LÍNEA**

Convenio operado a través de Gerty con Centros o Clínicas Dentales que están dentro de la red de prestadores de Gerty.

El asegurado se acercará a alguno de los Centros o Clínicas Dentales en convenio, y mediante el control biométrico se validará la información asociada al cliente. Esta consulta se realizará directamente a la Compañía de Seguros, una vez certificada la información del asegurado, se accede a los datos correspondientes de póliza, planes y aranceles.

Posteriormente certificada toda la información se procede a liquidar y aplicar la “Bonificación en línea” de acuerdo con los cálculos y aranceles determinados en la póliza.

Beneficio para gastos dentales ambulatorios con un monto máximo a reembolsar de UF 10 por solicitud.

El prestador como la compañía no serán responsables de alguna transacción que no pueda ser realizada en línea, y para cualquier efecto, el asegurado siempre tendrá derecho a solicitar la cobertura de su póliza, presentando sus gastos a la compañía.



## CLAVE INTERNET PARA ASEGURADOS

Se hará entrega de una clave de acceso a Consorcio en línea, a cada trabajador asegurado, donde podrá acceder por medio de la página Web: [www.consorcio.cl](http://www.consorcio.cl)



En este sitio el asegurado podrá acceder a las siguientes actividades y documentos:

- ✓ Visualización de los productos adquiridos en Consorcio.
- ✓ Realizar consultas por solicitudes, beneficiarios, pólizas y certificados de cobertura.
- ✓ Acceso directo a formularios.
- ✓ Actualización de Beneficiarios.
- ✓ Descarga de voucher de descuentos.



## CONVENIO FACTURACIÓN DIRECTA

Este convenio consiste en la aplicación directa de la bonificación de los gastos hospitalarios, conforme a los topes y deducibles establecidos en las condiciones particulares de la póliza en las siguientes Clínicas asociadas:

- Clínica Indisa
- Clínica Santa María
- Clínica Dávila
- Clínica Alemana
- Clínica Universidad de los Andes
- Clínica las Condes
- Clínica Valparaíso
- Clínica UC San Carlos de Apoquindo
- Clínica Atacama
- Hospital Clínico FUSAT (Rancagua)
- Clínica Meds
- Clínica FALP
- Clínica Andes Salud Concepción
- Clínica Andes Salud Chillán
- Clínica Andes Salud EL Loa
- Clínica Andes Salud Puerto Montt
- Clínica Red Salud Tabancura
- Clínica Bupa Reñaca
- Clínica Bupa Reñaca (AP)
- Clínica Bupa Santiago
- Clínica Alemana Temuco

El paciente al momento de realizar su ingreso en la Clínica deberá firmar una autorización para que la Clínica gestione directamente la cuenta con Consorcio Nacional de Seguros Vida

La bonificación directa de los gastos hospitalarios no considera casos que debido a su complejidad, deberán seguir el procedimiento normal para su reembolso en la Compañía de Seguros de Vida.



## CONVENIO AFINIDAD CLÍNICA ODONTOLÓGICA PADRE MARIANO

Porque tu salud dental también es importante, Consorcio tiene para sus trabajadores asegurados un convenio especial con la Clínica Odontológica Padre Mariano. Clínica con más de 20 años de experiencia y dedicación exclusiva a Odontología, cuenta con más de 180 prestigiados profesionales que abarcan todas las especialidades odontológicas.

El convenio consiste en brindar atención Odontológica en condiciones muy convenientes como:

- ✓ 55% descuento permanente en todas las prestaciones dentales.
- ✓ Garantía de dos años en los tratamientos (excepto en Odontopediatría y Periodoncia)
- ✓ El diagnóstico inicial y presupuesto será sin costo.
- ✓ Plan de facilidades de pago hasta 8 meses con una cuota mínima de UF 1,50
- ✓ Diferentes modalidades de pago. (Tarjeta de Crédito, Tarjeta de Débito, Tarjeta Casas Comerciales y Efectivo).
- ✓ Infraestructura de alto nivel con los últimos adelantos de la tecnología dental (radiografías digitales, robot odontológico, ortodoncia sin frenillos para adolescentes y adultos).
- ✓ Implantes inmediatos en pabellones de cirugía avanzados, con insumos de alta calidad.

**Para usar este convenio, los asegurados deberán solicitar hora de atención telefónicamente al 4857000 (Las Condes) o 6381701 (Santiago Centro) haciendo mención al siguiente número de convenio.**



Convenio Consorcio N° 1179

### **Horario de atención:**

Mañana de Lunes a Viernes de 08:30 hrs. a 14:00 hrs.

Tarde de Lunes a Viernes de 14:30 a 20:00 hrs. Sábado de 09:00 hrs. a 13:00 hrs.

### **Direcciones:**

Las Condes: Alcántara 295- Burgos 345 Teléfono 24857000. Metro Alcántara

Santiago Centro: Tenderini 82, 4° piso Teléfono 26381707. Metro Santa Lucia

- Los descuentos señalados no son acumulables con otras promociones.
- Los descuentos no constituyen cobertura.
- Consorcio no está obligado a rembolsar beneficios a los asegurados, que no estén incorporados en un seguro complementario de salud que contemple cobertura específica de Gastos Dentales.

## CONVENIO AFINIDAD CLÍNICA UNO SALUD DENTAL

Consortio tiene para sus asegurados y sus cargas, un convenio con Clínica Uno Salud Dental, la red más grande del país con cobertura nacional desde Iquique hasta Puerto Montt. Cada clínica cuenta con profesionales altamente capacitados, equipamientos e insumos de primer nivel entregando a sus pacientes una excelente y completa atención dental.

El convenio consiste en brindar atención odontológica en condiciones muy convenientes como:

- ✓ 60% de descuento en prestaciones dentales sobre el arancel base Uno Salud Dental para todos los asegurados y sus cargas.
- ✓ Diagnóstico integral y presupuesto sin costo (no incluye radiografías).
- ✓ Descuentos aplicables sin tope sobre el monto del tratamiento.
- ✓ Múltiples formas para pagar los tratamientos dentales.
- ✓ Disponibilidad de atención en toda la red de clínicas dentales Uno Salud.
- ✓ Atención de urgencias y todas las especialidades dentales en la red de clínicas Uno Salud Dental.
- ✓ Atractivas promociones dentales para todos los asegurados y sus cargas.

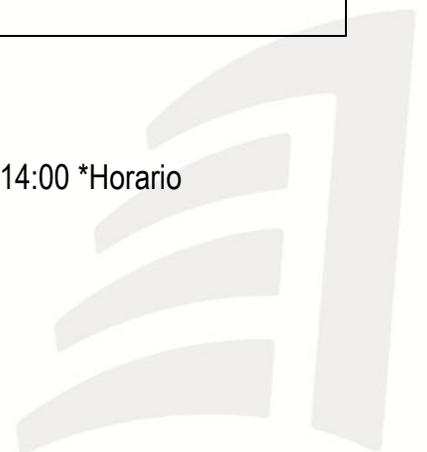
Para hacer uso de este convenio, el asegurado deberá indicar en la recepción de la clínica Dental que es asegurado de Consorcio y presentar su cédula de identidad.

Reservas de hora en [www.unosalud.cl](http://www.unosalud.cl) o llamando al 600 707 1010 / desde celulares 2 2763 8900.

- Los descuentos señalados no son acumulables con otras promociones.
- Los descuentos no constituyen cobertura.
- Consorcio no está obligado a reembolsar beneficios a los asegurados que no estén incorporados en un seguro complementario de salud que contemple cobertura específica de Gastos Dentales.

Detalle de ubicación de las Clínicas y horarios de atención:

Atención de LUNES a VIERNES 8:30 a 21 hrs. SÁBADO de 09:00 a 14:00 \*Horario extendido sábado en algunas clínicas 09:00 a 18:00 hrs



Nombre Clinica	Región	Dirección
Iquique	I	Serrano 630
Antofagasta	II	Manuel Antonio Matta 2001 local 2, Antofagasta
La Serena	IV	Balmaceda 1115, edificio 2, piso 1 y 2, La Serena
Coquimbo	IV	Av. Gral Baquedano N° 86, Loc. N° Tm1288-1292-170, Coquimbo
Valparaiso	V	Blanco 1297
Viña del Mar	V	Trece Norte 798
Viña del Mar II	V	Av. Valparaíso N° 1070, Local 102 - 2004, Viña del Mar
Coyancura	RM	Coyancura 2229 local 6 y 7, Providencia
Manquehue	RM	Manquehue Sur 430
Vitacura	RM	Vitacura 5250
Estación Central	RM	San Francisco del Borja 122 Local S122-A, Estación Central
Hernando de Aguirre	RM	Hernando de Aguirre 215, loc 101, Providencia
La Cisterna	RM	Av Americo Vesputcio 33, La Cisterna
La Concepción	RM	La Concepción 201 Local 102, Providencia
Maipú	RM	5 de Abril #33, LOCAL 35. MALL PUMAY
San Bernardo	RM	Eyzaguirre 650, Mall Paseo San Bernardo
La Florida	RM	Froilán Roa 894 , La Florida
La Reina	RM	Principe de Gales 6938, La Reina
San Miguel	RM	Llano Subercaseaux 3811
Merced	RM	Merced 501, Santiago Centro
Moneda	RM	Moneda 953, Santiago Centro
Padre Hurtado	RM	Padre Hurtado Sur N°1621 loc. 24, 25 y 26, Strip Center Punto Vivo, Las Condes
Irrazaval	RM	Irrazaval 2401, Local 12
Puente Alto	RM	Concha y Toro 625, Puente Alto
Santa Lucía	RM	Santa Rosa 12, Santiago Centro
Teatinos	RM	Teatinos 335, Santiago Centro
Macul	RM	Av. JP Alessandri 2555, locales 5 y 6
Escuela Militar	RM	Apoquindo 4579, Local 6, Las Condes
La Florida II	RM	Av. Vicuña Mackenna Poniente N° 7372, Local A-1
Melipilla	RM	Calle Arturo Prat N° 561-565, Melipilla.
Rancagua	VI	Javiera Carrera 957
Rancagua Centro	VI	Campos 221, Rancagua
San Fernando	VI	Bernardo O Higgins 701 Mall Vivo San Fernando, Locales 110-114-118-122-126-130
Curico	VII	Manuel Montt 455, loc 104 y 105A, Mall Valle, Curico
Talca	VII	Uno Norte 1601, Talca
Talca II	VII	Av. San Miguel N° 3050 Loc. N° 7 y N°8, Talca.
Chillán	XVI	Calle Constitución N° 486, Chillan
Concepción	VIII	Cochrane 635
Los Angeles	VIII	Valdivia N° 485, Local 1. Galería Colon, Los Angeles
Talcahuano	VIII	Cristobal Colon 3252, Oficina E, Talcahuano
Concepción (Freire)	VIII	Calle Freire N° 820, Concepción
Temuco	IX	Andres Bello 850, Temuco
Valdivia	XIV	Av Alemania 485, Valdivia
Puerto Montt	X	Illapel 10
Osorno	X	Lord Cochrane 627 - 629, Osorno

## CONVENIO AFINIDAD CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DEL INCA – CEOI

Consortio tiene para sus asegurados un convenio especial con el Centro de Especialidades Odontológicas del Inca – CEOI. Este centro se caracteriza por prestar un servicio odontológico integral garantizando a sus pacientes el uso de la última tecnología en lo referente a equipos, materiales odontológicos y un equipo de odontólogos de excelencia profesional y calidad humana.

- ✓ El convenio consiste en brindar atención Odontológica en condiciones muy convenientes como:
- ✓ 50% de descuento en todas las prestaciones odontológicas (no incluye laboratorio, estética facial y promociones mensuales)
- ✓ Diagnóstico y plan de tratamiento gratuitos.
- ✓ Promociones exclusivas para asegurados.
- ✓ Diferentes modalidades de pago (Tarjeta de crédito, Tarjeta de débito, Cuenta Corriente, efectivo o cheque)
- ✓ Infraestructura de alto nivel con los últimos adelantos de la tecnología dental (radiografía digital)
- ✓ Modelo atención al paciente (Asesoría al asegurado respecto de su plan de tratamiento aclarando dudas, consejos y formas de pago)

Para usar este convenio, los asegurados se deberán presentar con su cedula de identidad y hacer mención al convenio Consorcio en la recepción del Centro Odontológico.

### **Horario de Atención:**

Lunes a Viernes de 09:00 hrs a 20:00 hrs

Sábado: de 09:00 hrs a 13:00 hrs

### **Dirección:**

República Árabe de Egipto 250, oficina 2, Las Condes, Región Metropolitana. Metro Manquehue.

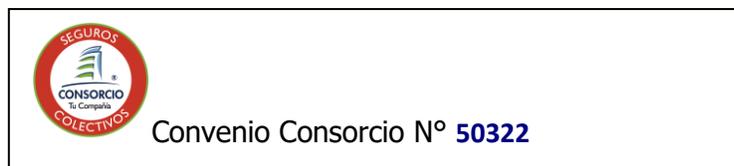
- Los descuentos señalados no son acumulables con otras promociones.
- Los descuentos no constituyen cobertura.
- Consorcio no está obligado a reembolsar beneficios a los asegurados que no estén incorporados en un seguro complementario de salud que contemple cobertura específica de Gastos Dentales.

## CONVENIO AFINIDAD ÓPTICAS GMO – ECONÓPTICAS

Sabemos que la visión de las personas es importante, es por esto que Consorcio tiene para sus asegurados y beneficiarios un convenio especial con Ópticas GMO y Econópticas. Ópticas que cuentan con más de 15 años de experiencia de dedicación exclusiva al desarrollo y distribución de las principales marcas de anteojos ópticos y de sol, contando actualmente con más de 100 tiendas a lo largo del país.

Para utilizar este convenio, los asegurados al momento de la compra deberán:

- Identificarse como asegurado de Consorcio con la cédula de Identidad del Titular
- Mencionar el Código del convenio y/o presentar el voucher disponible en sitio privado del asegurado:



En cualquier sucursal a lo largo del país (no aplica para módulos en Multitiendas y Outlet), el asegurado podrá acceder a los siguientes descuentos:

Productos	Descuento*
Armazones Marcas Propias	15%
Lentes de Contacto Marca "Vistasoft"	10%
Lentes de sol Otras Marcas	10%

- Los descuentos señalados con anterioridad no aplican a promociones especiales o épocas de liquidación.
- Este descuento no constituye cobertura, por lo tanto, Consorcio no estará obligado a reembolsar beneficios a los asegurados, que no estén incorporados en un Seguro Complementario de Salud que contemplen coberturas en Gastos ópticos.

## CONVENIO AFINIDAD CLÍNICA ODONTOLÓGICA ANDES

Consortio tiene para sus asegurados un convenio especial con Clínica Odontológica Andes. Su centro dental es atendido por profesionales certificados ante la Superintendencia de Salud, con experiencia y que se encuentran debidamente habilitados y autorizados para desempeñarse en el área de la salud.

El convenio consiste en brindar atención Odontológica en condiciones muy convenientes como:

- ✓ 60% de descuento en todas las prestaciones odontológicas (no incluyen gastos de laboratorio externo).
- ✓ Diagnóstico Dental gratis (no incluye radiografías).
- ✓ Con tratamiento aceptado, Higiene Dental Gratis.
- ✓ Diferentes modalidades de pago (al contado, cheque, tarjeta de crédito, descuento por planilla y débito).
- ✓ Garantía de 18 meses en los tratamientos realizados, con control gratuito durante el tratamiento y después de 6 meses terminado el tratamiento.

Para usar este convenio, los asegurados se deberán presentar con su cedula de identidad y hacer mención al convenio Consortio en la recepción de la Clínica.

### **Horario de Atención:**

Lunes a Viernes de 09:00 a 13:00 horas y 15:00 a 20:00 horas.

Sábados de 09:00 a 13:00 horas.

### **Dirección:**

Cochrane 472, Concepción.

### **Teléfonos:**

(41) 3241340 – (41) 3250355

- Los descuentos señalados no son acumulables con otras promociones.
- Los descuentos no constituyen cobertura.
- Consortio no está obligado a reembolsar beneficios a los asegurados, que no estén incorporados en un seguro complementario de salud que contemple cobertura específica de Gastos Dentales.

## CONVENIO AFINIDAD CLÍNICA ORTODONTIK

Conсорcio tiene para sus asegurados un convenio dental especial con Clínica Ortodontik, la cual cuenta con 12 años de experiencia profesional, con personal altamente calificado y capacitado en la especialidad de Ortodoncia.

El convenio consiste en brindar atención Odontológica en condiciones muy convenientes como:

- ✓ 50% de descuento en todas las prestaciones odontológicas (no incluyen gastos de laboratorio externo).
- ✓ 40% de descuento para prestaciones de la especialidad de Ortodoncia (no incluyen gastos de laboratorio externo).
- ✓ Diagnóstico Dental gratis (no incluye radiografías).
- ✓ Con tratamiento aceptado, Higiene Dental Gratis.
- ✓ Garantía de 18 meses en los tratamientos realizados, con control gratuito durante el tratamiento y después de 6 meses terminado el tratamiento.
- ✓ Medios de pago: Contado, Tarjetas Bancos Comerciales, Cheques hasta 10 cuotas sobre presupuesto completo.

Para usar este convenio, los asegurados se deberán presentar con su cedula de identidad y hacer mención al convenio Consorcio en la recepción de la Clínica.

Sucursales	Huechuraba	Vitacura
Dirección	Santa Marta de Huechuraba 7300	Avenida Kennedy 7120, oficina 309
Teléfono	22 752 1965	22 211 3335
Horario de atención	Lunes a Viernes: 10:30 - 20:30 horas Sábados: 10:00 - 14:00 horas	Lunes a Viernes: 8:30 - 19:00 horas

**Correo Electrónico:** [contacto@ortodontik.cl](mailto:contacto@ortodontik.cl)

- Los descuentos señalados no son acumulables con otras promociones.
- Los descuentos no constituyen cobertura.
- Consorcio no está obligado a reembolsar beneficios a los asegurados, que no estén incorporados en un seguro complementario de salud que contemple cobertura específica de Gastos Dentales.

## CONVENIO AFINIDAD CLÍNICA YANY

Porque tu salud dental también es importante, Consorcio tiene para sus trabajadores asegurados y sus cargas un convenio especial con la Clínica Odontológica YANY

El convenio consiste en brindar atención Odontológica en condiciones muy convenientes como:

- Evaluación integral costo cero en todas las especialidades (no incluye rx).
- Arancel preferencial con 62% de descuento en todas las prestaciones, incluye radiología.
- Control y seguimiento post tratamiento dental.
- Pago con documento bancario hasta 12 cuotas sin Interés.
- Pago con tarjetas bancarias hasta 12 cuotas sin interés.

Horario de atención: Mañana de Lunes a Viernes de 09:00 hrs. a 18:00 hrs. Sábado de 09:00 hrs. a 12:30 hrs.

Direcciones:

- Luis Thayer Ojeda #086 Providencia, Santiago
- Luis Pasteur #5719 Vitacura, Santiago
- Estado #10, Piso 4 Santiago Centro
- Viña Del Mar, 13 Norte 853 Torre Boulevard Piso7 Región De Valparaíso

**Para usar este convenio, los asegurados deberán hacer mención del convenio Consorcio.**



## CONVENIO AFINIDAD CLÍNICA SANASALUD

Porque tu salud dental también es importante, Consorcio tiene para sus trabajadores asegurados y sus cargas un convenio especial con la Clínica SANASALUD

El convenio consiste en brindar atención Odontológica en condiciones muy convenientes como:

- 60% de descuento en todas las prestaciones odontológicas
- Diagnóstico sin costo.
- 2 Radiografías sin costo
- Limpieza dental al finalizar el tratamiento sin costo

Formas de Pago

- **12 cuotas** precio contado Tarjeta
- **12 cuotas** precio contado Cheque
- **PAT** en alianza con Tarjetas
- Pago según **avance de tratamiento**

Teléfono

**Call Center al 600 006 1000 (+569) 9805 00 76**

Horario de atención: De Lunes a viernes de 08:00 a 19:00 hrs y sábados de 08:30 a 13:30 hrs

Direcciones:

1	Santiago Centro Mall vivo Centro Puente 689, piso 4, Santiago fono
2	Estación Central Mall Paseo Arauco Estación San Francisco de Borja 122, Loc.225, Est. Central
3	La Florida Mall Florida Center Av. Vicuña Mackenna 6100, Local 1003, La Florida
4	Providencia Centro Médico Pedro de Valdivia Pedro de Valdivia 195, Providencia

5	Maipú Plaza Maipú Chacabuco 40, piso 6, Maipú
6	Puente Alto Líder Cordillera (al costado de Mall Plaza Tobalaba) Avenida Los Toros 5441, Puente Alto
7	Buín Centro Médico Santa Catalina Aníbal Pinto 436, Buín
8	Paine Centro Médicos Santa Catalina Raúl Sanchez Cerda 57, Paine
9	San Antonio Clínica San Antonio Antonio Palmieri 250, San Antonio
10	Valparaíso Mall Nueva Estación Puerto Av. Errazuriz 629, Local 101, Valparaíso
11	Rancagua Mall Vivo Rancagua Sgto. José Cuevas 483, Local 2, Nivel -2, Rancagua



## CONVENIO AFINIDAD CLÍNICA PROH

Porque tu salud dental también es importante, Consorcio tiene para sus trabajadores asegurados y sus cargas un convenio especial con la Clínica Odontológica PROH

El convenio consiste en brindar atención Odontológica en condiciones muy convenientes como:

- Diagnóstico sin costo.
- 60% de descuento en todas las prestaciones odontológicas en relación a los aranceles PROH, incluye laboratorio.
- Promociones mensuales con descuentos de hasta 65%

Participación gratuita en jornadas de bienestar u operativo dental, organizadas por la empresa en sus dependencias o sedes.

Horario de atención: Mañana de Lunes a Viernes de 09:30 hrs. a 19:00 hrs.

Direcciones:

- Sucursal Manquehue Cerro Colorado 5858, of. 112, Las Condes Fono 22811282 - 965878288



## CONVENIO AFINIDAD CLÍNICA PUERTA DEL SOL

Porque tu salud es importante, Consorcio tiene para sus trabajadores asegurados y sus cargas un convenio especial con la Clínica Oftalmológica Puerta del SOL

El convenio consiste en brindar atención Oftalmológica en condiciones muy convenientes como:

1. **CONSULTA OFTALMOLÓGICA:**

a. **Lente de regalo estándar para presbicia Requisitos:**

- Tener presbicia
- Ser mayor a 38 años
- Tener misma dioptría para cerca en ambos ojos.
- Haberse atendido en IOPS
- Sólo válido mismo día de la consulta con receta médica

b. **Lente de sol con filtro UV de regalo**

Requisitos:

- Ser mayor a 38 años
- Haberse atendido en IOPS
- Sólo válido mismo día de la consulta con receta médica
- Lente de sol es estándar sin aumento.

2. **EXAMENES:**

- 20% de descuento en precio de lista de exámenes sin codificación FONASA (Excepto examen de Aberrometría y UBM)

1201061	OCT UNO O AMBOS OJOS
1201064	RECUENTO ENDOTELIAL
1201060	PAQUIMETRIA (BIOMETRIA DE LA CORNEA) UNO O AMBOS OJOS
TEC06	SENSIBILIDAD AL CONTRASTE
TEC07	TEST DE TELLER
TEC04	QUERATOMETRIA
TEC03	AUTORREFRACTOMETRIA

Requisitos:

Solo valido mismo momento de cancelar el examen.

- 20% descuento en precio de lista de exámenes con codificación FONASA para pacientes Particulares  
Requisitos  
Solo valido mismo momento de cancelar el examen.  
Cancelar examen como Particular

### **3. CIRUGIA:**

- a. 10% descuento en lentes intraoculares de marca ALCON (excepto plan Vidaintegra, CUENTA CONOCIDA de Isapre Banmédica/ Vida Tres o similar)

#### Requisitos

Solo valido mismo momento de cancelar el lente intraocular  
Solo se aplica a pacientes que paguen contra boleta.

- b. Kit de regalo de tratamiento post operatorio inmediato en Catarata libre elección o foco refractiva libre elección (dexamentasona con tobramicina más moxifloxacino) y Kit de regalo de tratamiento post operatorio inmediato de cirugía laser libre elección (dexametasona con tobramicina más una lagrima)

#### Requisitos

Cirugía realizada en IOPS.  
Solo valido mismo día de la cirugía.  
Solo se aplica a cuentas libre elección (no valido para Ges, Auge y Cuenta Conocida o similar)  
Solo un Kit por paciente en el mes.

Horario de atención: Mañana de lunes a viernes de 08:00 hrs. a 20:00 hrs. Sábado de 08:30 hrs. a 13:30 hrs.

Direcciones:

**Puerta del Sol 36,  
Las Condes, Santiago**

**Para usar este convenio, los asegurados deberán hacer mención del convenio Consorcio.**



## CONVENIO ASISTENCIA TELEMEDICINA

Esta póliza contempla beneficio de Asistencia de Telemedicina con los siguientes Beneficios:

### CONSULTA ESPECIALIDADES MEDICAS

- Medicina General On Demand
- Medicina Familiar del Adulto
- Psicología Adulto
- Nutrición
- Pediatría
- Matronería
- Ginecología
- Urología
- Kinesiología
- Dermatología
- Fonoaudiología
- Psiquiatría (4 atenciones al año)

### LIFESTYLE & WELLNESS

- Veterinaria
- Yoga
- Mindfulness
- Pilates
- Terapia Integrativa
- Terapia Conductual para Mascotas
- Primeros Auxilio psicológicos
- Terapia Piso pélvico

**PACIENTE CRÓNICO:** Programa de salud integral enfocado en atender al paciente crónico (hipertensión, obesidad y diabetes) abordando todas las necesidades que su condición puede requerir.

### CONSULTAS:

Cualquier consulta, contactar a través de [Postventa.colectivo@consorcio.cl](mailto:Postventa.colectivo@consorcio.cl)



**ANEXO**  
**(Circular N° 2106 Superintendencia de Valores y Seguros)**

**PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACIÓN DE SINIESTRO**

**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 Seguro, 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 a o la Compañía deberá informa 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 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 los 45 días corridos desde 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 afectan a los cascos en caso de Avería Gruesa: 180 días corridos desde fecha de denuncia:

#### 7) PRORROGA 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 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.

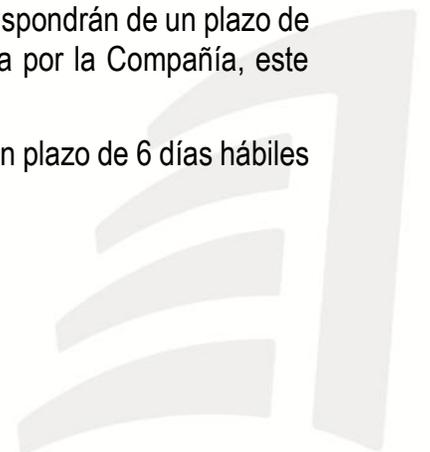
#### 8) INFORME FINAL DE LIQUIDACIÓN

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 y 27 del Reglamento de Auxiliares del Comercio de Seguros (D.S. de Hacienda N° 1.055, de 2012, Diario Oficial del 29 de diciembre del 2012).

#### 9) IMPUGNACION INFORME DE LIQUIDACION

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

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



**ANEXO N°1**  
**CUADRO DE BENEFICIOS PÓLIZA N°23218**

**I. CONDICIONES PLAN SALUD**  
**Grupo 1 Plan General**

Topes y Deducibles	
Tope anual de reembolso por Beneficiario	UF 300
Tipo de Deducible	Deducible Anual por Grupo Familiar Máximo 3 por Grupo Familiar
Tope Deducible	
Deducible Titular sin cargas	
Deducible Titular con 1 carga	UF 0.7
Deducible Titular con 2 o más cargas	UF 1.4
Cobertura en el Extranjero	UF 2.1
I) Asegurados No afiliados a un Sistema de Salud Previsional	Idem Plan de Salud 0%
II) Gastos No bonificables por un Sistema de Salud Previsional	50%
III) Servicio I-MED	Si se considera
Las tarifas consideran convenio Farmacia Cruz Verde, Salcobrand, según se indica en el plan de coberturas	Si se considera
IV) Bonificación mínima del Sistema de Salud Previsional	Si se considera

**PLAN DE BENEFICIOS SALUD**

BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN	% Bono	% Libre Elección	Tope Diario UF	Tope Anual UF
Día Cama Hospitalización	100%	100%	3	Sin Tope
Servicios Hospitalarios	70%	70%		150
Día Cama UTI / UCI				
Sala de Urgencia				
Derecho de Pabellón				
Examen de Laboratorio e Imágenes				
Ultrasonografía y Medicina Nuclear, Procedimientos Especiales, Equipos, Insumos y Medicamentos Otros prescritos por Médico Tratante				
Honorarios Médicos Quirúrgicos	70%	70%		150
Servicio Ambulancia Terrestre (radio 50 km)	60%	60%		Sin Tope
Cobertura GES y CAEC	100%	100%		150

BENEFICIO MATERNIDAD	% Bono	% Libre Elección	Tope Prest. UF	Tope Anual UF
Parto Normal	100%	100%		20
Parto por Cesárea	100%	100%		30
Aborto involuntario	100%	100%		10
Complicaciones del Embarazo	70%	70%		10

BENEFICIO AMBULATORIO	% Bono	% Libre Elección	Tope Prest. UF	Tope Anual UF
Consulta Médica	70%	70%	0.5	Sin Tope
Exámenes de Laboratorio	70%	70%		15
Exámenes de Imagenología, Ultrasonido y Medicina Nuclear				
Procedimientos de Diagnósticos	70%	70%		30
Procedimientos Terapéuticos (Incluye los insumos ambulatorios no asociados a una cirugía)				
Kinesiología	70%	70%		15
Fonoaudiología				
Cirugía Ambulatoria	80%	80%		100
Estudio Preventivo de la Mama	100%	100%		1
Estudio Preventivo de Próstata (Ecografía y APE) >=40 años	100%	100%		1
Cobertura GES / CAEC	100%	100%		150

BENEFICIO MEDICAMENTOS AMBULATORIOS	% Bono	% Libre Elección	Tope Prest. UF	Tope Anual UF
Medicamentos Ambulatorios No Genéricos	70%	70%		10
Medicamentos Ambulatorios Genéricos	90%	90%		15
Medicamentos Ambulatorios No Genéricos en convenio Farmacia	70%	70%		10
Medicamentos Ambulatorios Genéricos en convenio Farmacia	90%	90%		15

BENEFICIO SALUD MENTAL	% Bono	% Libre Elección	Tope Prest. UF	Tope Anual UF
<b>Gastos Ambulatorios</b>				
Consulta Psiquiatría	60%	60%	0.5	10
Consulta Psicología	60%	60%	0.5	
Consulta Psicopedagogía	60%	60%	0.5	
<b>Gastos Hospitalarios</b>	60%	60%		

BENEFICIOS ADICIONALES	% Bono	% Libre Elección	Tope Prest. UF	Tope Anual UF
Gastos Ópticos (Marcos, Cristales, Lentes de Contacto)	60%	60%		3
Cirugía Oftalmológica (excluye láser) (mayor o igual a 5 dioptrías)	60%	60%		
Prótesis y Órtesis	60%	60%		20
Aparatos Auditivos	60%	60%		10

BENEFICIOS ESPECIALES PROPIOS DE LA PÓLIZA	% Bono	% Libre Elección	Tope Prest. UF	Tope Anual UF
Patología o Malformaciones Congénitas	80%	80%		10
Hormonas del Crecimiento y relacionadas	80%	80%		10
Nutricionista	80%	80%	0.5	10

## II. CONDICIONES PLAN DENTAL

### Grupo 1 Plan General

COBERTURA DENTAL	% Bono	% Libre Elección	Tope Prest. UF	Tope Anual UF
Consulta, Cuidado Dental Rutinario, Cirugía, Endodoncia, Radiografía, Laboratorio, Odontopediatría, Operativa Bucal, Periodoncia, Medicamentos, Urgencia, Implantes, Ortodoncia y Prótesis	50%	50%	1 vez arancel Dental Consorcio	20
Carencia			0	
Tipo de Deducible	<b>Deducible Anual por Grupo Familiar</b>			
Tope Deducible	<b>Máximo 3 por Grupo Familiar</b>			
Deducible Titular sin cargas			UF	0.7
Deducible Titular con 1 carga			UF	1.4
Deducible Titular con 2 o más cargas			UF	2.1



---

Gerente Operaciones  
Compañía de Seguros de Vida  
**Consorcio Nacional de Seguros S.A.**

La Compañía de Seguros de Vida Consorcio Nacional de Seguros S.A. se encuentra adherida al Código de Autorregulación de las Compañías de Seguros y está sujeta al Compendio de Buenas Prácticas Corporativas, que contiene un conjunto de normas destinadas a promover una adecuada relación de las compañías de seguros con sus clientes. Copia de este Compendio se encuentra en la página [web www.aach.cl](http://www.aach.cl).

Asimismo, ha aceptado la intervención del Defensor del Asegurado cuando los clientes le presenten reclamos en relación a los contratos celebrados con ella. Los clientes pueden presentar sus reclamos ante el Defensor del Asegurado utilizando los formularios disponibles en las oficinas de la Compañía de Seguros de Vida Consorcio Nacional de Seguros S.A. o a través de la página [web www.ddachile.cl](http://www.ddachile.cl).



## ANEXO DECLARACIÓN LEY N° 20.393

Las Partes declaran que, a la fecha, han dado estricto cumplimiento a las normas de las Ley 20.393 que establece responsabilidad penal de las personas jurídicas en los delitos de lavado de activos, financiamiento del terrorismo, delitos de cohecho y receptación que indica y que no han sido condenados y/o sancionados en los delitos contemplados en el Art. N°1 de dicha ley, o de la ley 21.121 y a cualquier otro que sea incorporado en el futuro, comprometiéndose por el presente instrumento a mantener tal cumplimiento durante toda la vigencia del contrato, obligándose, asimismo, a no incurrir en o desarrollar, en caso alguno, a través de cualquiera de sus dueños, directores, administradores, representantes, agentes o dependientes en general, ningún tipo de actividad o conducta que pudiera afectar el cumplimiento de tales normas. Conforme con lo expuesto, garantizan que:

- Que directa o indirectamente, no han ofrecido, prometido, pagado, o entregado, y que en el futuro, no ofrecerán, prometerán, pagarán, o entregarán, dinero o especies, a ningún funcionario de gobierno, público o municipal; partido político, o candidato a cargo político y en general, a cualquier persona que trabaje en alguna entidad gubernamental, o a cualquiera de los familiares de éstos, con el fin de:

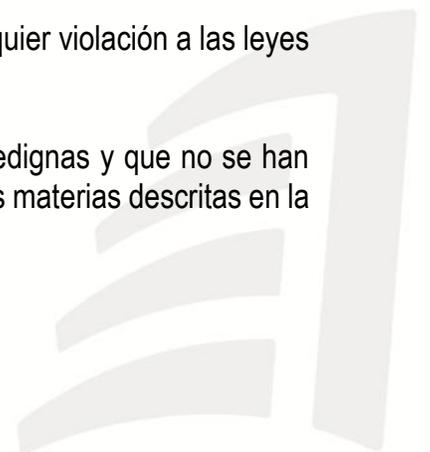
- i) asegurar cualquier ventaja indebida, y/o
- ii) influir en un acto o decisión de autoridad, con el fin de obtener o mantener un negocio  
relacionado directa o indirectamente con el presente contrato.

- Que no poseen fondos, bienes o dineros que provengan, directa o indirectamente, de actividades ilícitas, y tampoco afectos a alguno de los delitos contemplados en el artículo 27 de la Ley N° 19.913, Código Penal y demás normas afines.

- Tomarán las medidas que estén a su alcance para asegurar que sus trabajadores o dependientes, y sus subcontratistas, no incurran en alguna actividad o comportamiento prohibido.

- Reportarán mutuamente y en la oportunidad que corresponda cualquier violación a las leyes o al contrato celebrado y realizarán las denuncias respectivas.

- Que, todas las declaraciones precedentes son completamente fidedignas y que no se han omitido ningún hecho relevante o no, que incida o pueda incidir en las materias descritas en la presente cláusula.



## **INFORMACION SOBRE ATENCIÓN DE CLIENTES Y PRESTACIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS**

En virtud de la Circular N° 2131 de 28 de Noviembre de 2013, las compañías de seguros, corredores de seguros y liquidadores de siniestros, deberán recibir, registrar y responder todas las presentaciones, consultas o reclamos que se les presenten directamente por el contratante, asegurado o beneficiarios, u otros legítimos interesados o sus mandatarios.

Las presentaciones pueden ser efectuadas en todas las oficinas de las entidades en que se atiende público presencialmente, por correo postal, medios electrónicos, o telefónicamente, sin formalidades, en el horario normal de atención.

Recibida una presentación, consulta o reclamo, ésta deberá ser respondida en el plazo más breve posible, el que no podrá exceder de 20 días hábiles contados desde su recepción.

El interesado, en caso de disconformidad respecto de lo informado, o bien cuando exista demora injustificada de la respuesta, podrá recurrir a la Superintendencia de Valores y Seguros, Área de Protección al Inversionista y Asegurado, cuyas oficinas se encuentran ubicadas en Av. Libertador Bernardo O'Higgins 1449, piso 1, Santiago, o a través del sitio web [www.cmfchile.cl](http://www.cmfchile.cl).

