

**POLIZA DE SEGUROS COLECTIVOS**  
**SEGURO COMPLEMENTARIO DE SALUD**  
**POL320180057**

**DATOS DE LA PÓLIZA**

Número de Póliza : **11236964**  
RUT Contratante : 82.733.800-1  
Nombre Contratante : Fundación Del Magisterio de la Araucanía  
Fecha de Vigencia : Desde 01 de Septiembre 2020 hasta 31 de Agosto 2021

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 Seguros Colectivos  
**Compañía de Seguros de Vida**  
**Consorcio Nacional de Seguros S.A.**

---

Fundación Del Magisterio de la  
Araucanía  
(Firma Contratante)

Santiago, 02 de septiembre de 2020



**POLIZA N° 11236964****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.

**I.-Datos generales de la Póliza**

<b>Contratante</b>	:	Fundación Del Magisterio de La Araucanía
<b>Rut</b>	:	82.733.800-1
<b>Dirección Contratante</b>	:	Villa Alegre N°917, Padre las Casas, Temuco
<b>Filial 1</b>	:	Fundación Del Magisterio de La Araucanía
<b>Rut</b>	:	82.733.800-1
<b>Dirección</b>	:	Villa Alegre N°917, Padre las Casas, Temuco
<b>Grupo Empresarial</b>	:	Fundación Del Magisterio de La Araucanía
<b>Vigencia</b>	:	Desde 01 de Septiembre 2020 hasta 31 de Agosto 2021
<b>Modalidad pago de prima</b>	:	Mensual
<b>Tipo de Facturación</b>	:	Contra Pago
<b>Tipo de Cobranza</b>	:	Anticipada
<b>Ámbito Territorial</b>	:	República de Chile
<b>Intermediario</b>	:	Maria Eliana Müller Jara
<b>Rut Intermediario</b>	:	5.104.951-9
<b>Comisión</b>	:	10,00% de la prima neta
<b>Dirección de la Compañía</b>	:	El Bosque Sur N° 180, Las Condes, Santiago.
<b>Financiamiento de la Prima</b>	:	100% Empresa Contratante

**Cobertura(s) Contratada(s) por Asegurado:**
**Grupo 1 Plan General (Tope en Salud UF 200)**
**Grupo 2 Plan Especial Asegurados de 65 a 66 años (Tope Salud UF 100)**
**Grupo 3 Plan Especial Asegurados de 66 a 67 años (Tope Salud UF 75)**
**Grupo 4 Plan Especial Asegurados de 67 a 68 años (Tope Salud UF 56.25)**

Cobertura	Condiciones Generales que Rigen la Cobertura	Asegurados con Cobertura
Complementario de Salud	: POL320180057	Titular - Cónyuge - Hijo

**II.- COSTO DEL SEGURO**
**Grupo 1 Plan General (Tope en Salud UF 200)**
**Grupo 2 Plan Especial Asegurados de 65 a 66 años (Tope Salud UF 100)**
**Grupo 3 Plan Especial Asegurados de 66 a 67 años (Tope Salud UF 75)**
**Grupo 4 Plan Especial Asegurados de 67 a 68 años (Tope Salud UF 56.25)**

Asegurados	Prima Neta Mensual UF Salud	IVA UF	Prima Bruta Mensual UF
Titular sin cargas	0,3330	0,0633	0,3963
Titular con 1 carga	0,5897	0,1120	0,7017
Titular con 2 o más cargas	0,7820	0,1486	0,9306

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



### III.- CONDICIONES ESPECIALES CONTEMPLADAS EN LA POLIZA

#### Descripciones-Convenios:

- Se considera Continuidad de Cobertura para los asegurados incorporados en la póliza N° S- 2690 procedente de la compañía de Seguros Cruz del Sur, siempre que se trate de enfermedades o situaciones preexistentes que hayan sido informadas y aceptadas por la anterior compañía de seguros.
- Para nuevos asegurados, 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.
- Los reembolsos asociados a un daño cubierto por un mismo accidente o enfermedad tendrán una duración máxima de 12 meses desde el inicio
- En el caso de superar la edad máxima de permanencia (65 años), se aplicará una rebaja del 50% al tope Global Individual y al porcentaje de Beneficios de prestación. Por cada año Adicional se aplicará una rebaja adicional del 25% al tope Global Individual.

Inicio	Hasta	Plan	Condición
18 Años	64 años y 364 días	1	Plan completo
65 años	65 años y 364 días	2	Rebaja de 50% en el tope Plan y % de cobertura por prestación
66 Años	66 Años y 364 días	3	Rebaja de 25% al tope Plan y % de cobertura por prestación del plan 2
67 Años	67 Años y 364 días	4	Rebaja de 25% al tope Plan y % de cobertura por prestación del plan 3

- Las siguientes prestaciones: Día Cama, Día Cama UTI/UCI, Servicios Hospitalarios y Honorarios Médicos tiene convenio sólo en el Hospital del Profesor con cobertura al 100% Sin Tope
- La cobertura Exámenes y Procedimientos incluye Rayos X
- La Cobertura Prótesis y Órtesis incluye Audífonos
- La cobertura Quimioterapia Incluye medicamentos Ambulatorios
- La Edad máxima de permanencia, considerando la rebaja de beneficios antes mencionada será de 68 años.
- Los Asegurados titulares que tengan cargas familiares ingresan siempre al mismo plan del titular y con las mismas coberturas.
- Se mantienen en el grupo actualmente vigente ( Grupo 4) los siguientes asegurados que superan la edad límite de permanencia en la póliza:
  - ✓ Asegurado Rut 6.037.527-5
  - ✓ Asegurado Rut 6.076.336-4
  - ✓ Asegurado Rut 6.402.107-9
  - ✓ Asegurado Rut 6.532.716-3
  - ✓ Asegurado Rut 6.621.475-3
  - ✓ Asegurado Rut 6.741.473-K
  - ✓ Asegurado Rut 6.770.429-0

Esta condición será revisada en la próxima renovación.

- 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.
- Convenio Prestador Preferente:
  - ✓ Hospital del Profesor
- Se otorgan los siguientes beneficios y/o convenios:
  - ✓ I Med
  - ✓ Clave 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



#### **IV.-CONDICIONES GENERALES SEGURO COLECTIVO COMPLEMENTARIO DE SALUD**

Se deja constancia, que se aplicarán las siguientes modificaciones al Condicionado General (POL320180057), Seguro Colectivo Complementario de Salud:

##### **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 HOSPITALIZACION 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.

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

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

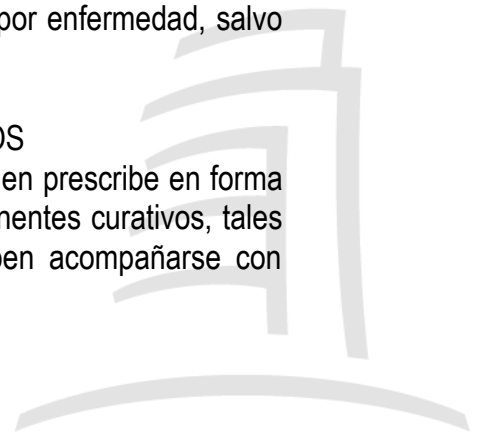
Procedimientos de diagnóstico: Corresponde a la prueba que se usa para ayudar a diagnosticar una enfermedad o afección que no es examen de laboratorio ni examen de imagenología.

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.



#### F. COBERTURA DE GASTOS MEDICOS ADICIONALES

Óptica: Se encuentran cubierto bajo este beneficio las cirugías que sean necesarias para corregir presbicia, defectos aberrométricos o astigmatismo irregular.

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.

Índice de Masa Corporal (IMC): Se considera  $IMC \geq 40$ . 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 en forma severa la calidad de vida (al menos una). Considerándose tales como: 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.

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.

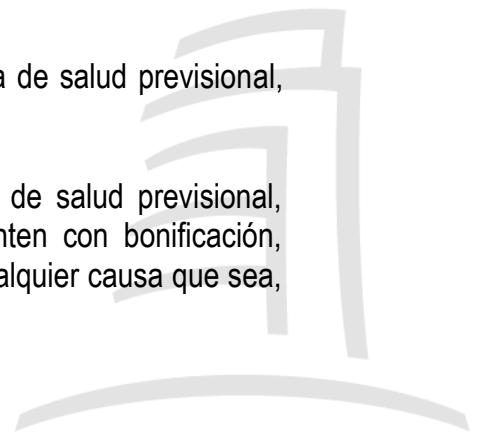
Las prestaciones en el exterior serán bonificadas en los mismos porcentajes y hasta los topes indicados en el plan de cobertura cotizado. Sin embargo, esta condición regirá, siempre y cuando, los gastos incurridos sean producto de una urgencia, emergencia o porque el tratamiento prescrito no exista dentro 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 gasto efectivamente incurrido. Se exceptúa de este criterio Medicamentos Ambulatorios, Prótesis y Órtesis, Gastos Ópticos, en caso 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.

## **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 (Tope en Salud UF 200)**

<b>Tipo Asegurado</b>	<b>Requisito de Asegurabilidad Edades máximas (*)</b>	
	<b>Ingreso</b>	<b>Permanencia</b>
Titular	64 años y 364 días	Al cumplir 65 años
Cónyuge	64 años y 364 días	Al cumplir 65 años
Hijo	0 años	Al cumplir 24 años

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

### **Grupo 2 Plan Especial Asegurados de 65 a 66 años (Tope Salud UF 100)**

<b>Tipo Asegurado</b>	<b>Requisito de Asegurabilidad Edades máximas (*)</b>	
	<b>Ingreso</b>	<b>Permanencia</b>
Titular	65 años	Al cumplir 66 años
Cónyuge	65 años	Al cumplir 66 años
Hijo	0 años	Al cumplir 24 años

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

### **Grupo 3 Plan Especial Asegurados de 66 a 67 años (Tope Salud UF 75)**

<b>Tipo Asegurado</b>	<b>Requisito de Asegurabilidad Edades máximas (*)</b>	
	<b>Ingreso</b>	<b>Permanencia</b>
Titular	66 años	Al cumplir 67 años
Cónyuge	66 años	Al cumplir 67 años
Hijo	0 años	Al cumplir 24 años

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

#### **Grupo 4 Plan Especial Asegurados de 67 a 68 años (Tope Salud UF 56.25)**

<b>Tipo Asegurado</b>	<b>Requisito de Asegurabilidad</b>	
	<b>Edades máximas (*)</b>	
	<b>Ingreso</b>	<b>Permanencia</b>
Titular	67 años	Al cumplir 68 años
Cónyuge	67 años	Al cumplir 68 años
Hijo	0 años	Al cumplir 24 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 permanecer cubiertos en la póliza hasta cumplir los 24 años siempre que sean cargas familiares, que estén solteros y que se encuentren estudiando.

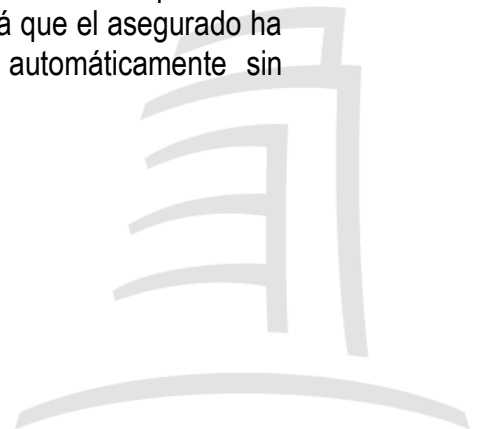
Esta cobertura no cubre las cargas legales ascendentes (padre o madre).

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 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.



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

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

**ARTÍCULO 14: PRIMA Y EFECTO DEL NO PAGO DE LA PRIMA**

Periodicidad mensual, y forma de pago vencida, y el pago de la prima se debe realizar en las sucursales de la Compañía.

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

El envío de cobranza y correspondencia de suscripción deberá realizarse a:

Nombre del contacto	: Claudia Stuardo Valenzuela – María Eliana Müller Jara
Empresa	: Fundación del Magisterio de la Araucanía
Empresa	: Corredora de Seguros
Dirección	: Villa Alegre N°917, Padre las Rosas, Temuco
Dirección Corredor	: Avenida España N°446 Ofic.311 - Temuco
Envío nómina en Excel	: 15 de cada mes
Correo electrónico	: claudia.stuardovalenzuela@fmda.cl
Correo electrónico	: mullermanriquez@gmail.com
Correo electrónico	: ricardo.valdesj.sanmartin@fmda.cl
Correo electrónico	: riquelme@fmda.cl
Correo electrónico	: lorena.salazarberoiza@fmda.cl
Correo electrónico	: secretariabienestar@fmda.cl
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 No Contributoria



## **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.

Reembolso de ítem Medicamentos Ambulatorios, 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.

Los medicamentos de uso prolongado deben adjuntar lo siguiente:

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.

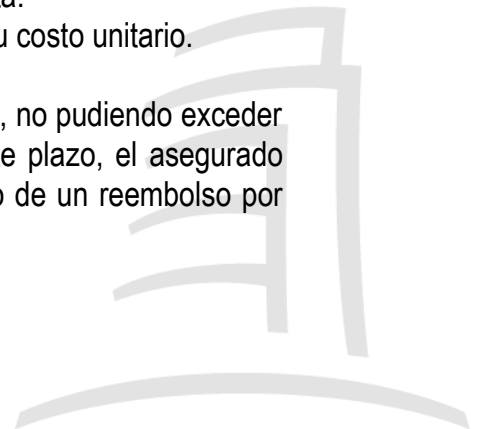
Posteriores reembolsos:

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:

Cobertura de Salud y Gastos Ambulatorios Salud:

Efectuado un gasto médico reembolsable en virtud de la presente póliza, el asegurado deberá informarlo a la compañía en un plazo máximo no superior a (60) Sesenta días, desde la fecha de emisión del bono o reembolso del sistema previsional, boletas o facturas, de lo contrario la Compañía no estará en la obligación de pagar el siniestro.

Rechazo de solicitudes:

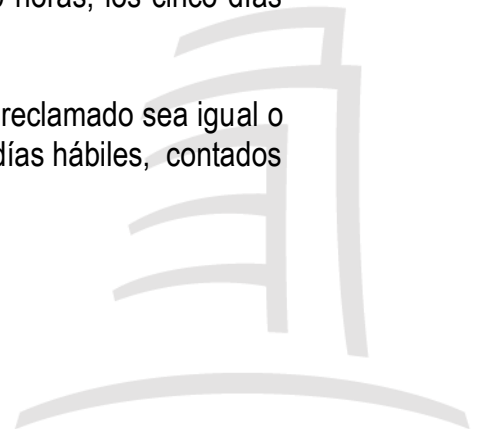
Para aquellas solicitudes que sean rechazadas por la Compañía, se establece un plazo máximo de treinta (30) días corridos desde la fecha del rechazo, para solicitar una reconsideración del reembolso. Cumplido este plazo, se considerará que el asegurado ha quedado conforme con lo resuelto, no pudiendo 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 entregar en **Av. Américo Vespucio N° 100, Piso 6, Las Condes, Santiago**, adjuntando una nómina en la que señale los nombres de los asegurados y los números de solicitudes presentadas, a fin de entregar un mejor servicio y así poder tener un control de los documentos enviados y recibidos.

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 U.F. 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. La liquidación de estos reembolsos deben ser retirados en las mismas oficinas en donde presentó la documentación.

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.**

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.

### **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.

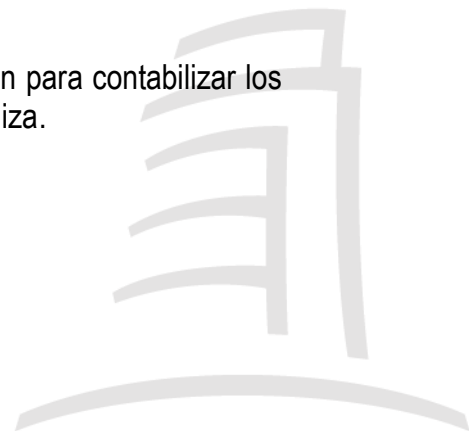
### **ARTÍCULO 19: APLICACIÓN DEL DEDUCIBLE**

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 Septiembre 2020 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 21: INCORPORACIÓN DE ASEGURADOS 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 a la siguiente dirección Av. Américo Vespucio Sur N° 100, Piso 6, Las Condes.

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

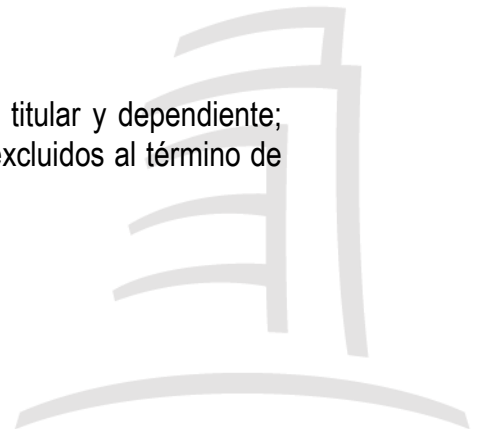
Las Exclusiones y Actualizaciones de asegurados (capitales, etc.) enviarlos por correo electrónico al mail [colectivos@consorcio.cl](mailto:colectivos@consorcio.cl), los cuales serán procesados de acuerdo a lo indicado en los párrafos anteriores. Para las actualizaciones de capitales se solicita indicar en el asunto lo siguientes: "SOLICITA ACTUALIZACIÓN DE CAPITALS, "NOMBRE CONTRATANTE y N° de POLIZA".

## **ARTÍCULO 22: TÉRMINO DEL CONTRATO DE SEGURO COLECTIVO**

Término vigencia de contrato el 31 de Agosto 2021.

## **ARTÍCULO 23: 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 24: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES**

Consortio 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 27: 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 28: DOMICILIO**

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

**ARTÍCULO 29: 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:

Coberturas	Código SVS
Salud Complementario	POL320180057

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

<http://www.cmfchile.cl>



## CONVENIO

### REEMBOLSOS AMBULATORIOS VÍA I-MED

Consortio Seguros de Vida contempla el **beneficio adicional** de reembolso automático a través del sistema de huella digital administrado por I-MED en los mismos porcentajes y topes del plan contratado, para los gastos **ambulatorios y con monto máximo a reembolsar de UF 10 por solicitud**:

Las prestaciones cubiertas serán **Consulta general, Consulta especialista, exámenes de laboratorio, radiológicos y procedimientos ambulatorios de baja complejidad**.

Este beneficio puede ser utilizado en cualquiera de los prestadores e instituciones de salud que tengan el **servicio habilitado con Consorcio Seguros de Vida**. El aporte de la compañía se efectuara una vez realizada la bonificación por el Sistema de Salud Previsional del asegurado.

Queda establecido que la aplicación 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.



## 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 descuento



## 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)

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 08 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.*
- *Consortio 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 Consortio 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.
- 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.

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
Valparaíso	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 Vesputio 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	Príncipe 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 Consortio 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.

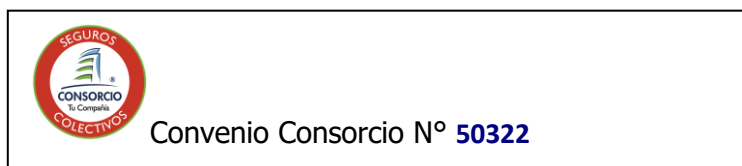
- Los descuentos señalados no son acumulables con otras promociones
- Los descuentos no constituyen cobertura
- Consortio no está obligado a reembolsar beneficios a los asegurados, que no estén incorporados en un seguro complementario de salud que contemple cobertura específica de Gastos Dentales.

## Convenio Afinidad 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	5%

- *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

Conсорcio 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 Consorcio 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.
- 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 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
<b>Dirección</b>	Santa Marta de Huechuraba 7300	Avenida Kennedy 7120, oficina 309
<b>Teléfono</b>	22 752 1965	22 211 3335
<b>Horario de atención</b>	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.



**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**

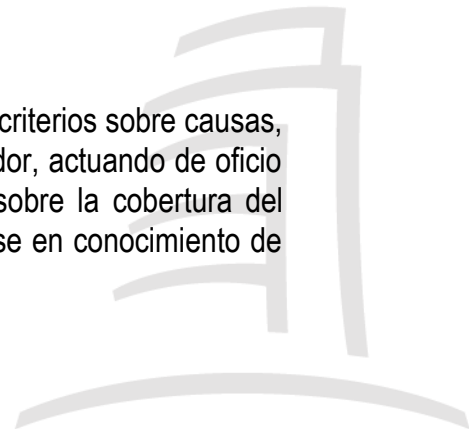
En caso de liquidación directa por la compañía, el Asegurado o beneficiario puede oponerse a ella, solicitándole por escrito que designe un Liquidador de Seguro, dentro del plazo de cinco días hábiles contados desde la notificación de la comunicación de la Compañía. La Compañía deberá designar al Liquidador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

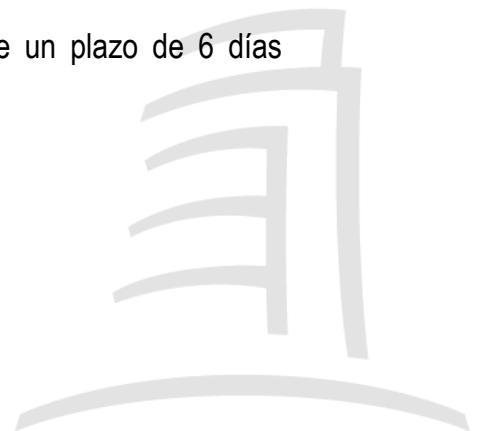
#### 8) INFORME FINAL DE LIQUIDACIÓN

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.



**CUADRO DE BENEFICIOS PÓLIZA N°11236964**
**I. CONDICIONES PLAN SALUD**
**Grupo 1 Plan General (Tope en Salud UF 200)**

Tope anual de reembolso por Beneficiario	UF	200
Deducible anual por asegurado	UF	0
Cobertura en el Extranjero		<b>Idem Plan de Salud</b>
I) Asegurados No afiliados a un Sistema de Salud Previsional.	:	0%
II) Gastos No bonificables por un Sistema de Salud Previsional.	:	50%
III) Servicio IMED	:	<b>Se considera</b>
Consulta Médica General; Especialidades y Mental, Procedimientos de Diagnóstico, Exámenes, Fonoaudiología y Kinesiología	:	
IV) Bonificación Mínima Isapre	:	<b>No se considera</b>

BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN	% Reembolso	Tope Diario UF	Tope Anual UF
<b>Día Cama Hospitalización</b>	80%		Sin Tope
<b>Servicios Hospitalarios</b>			
Día Cama UTI / UCI			
Sala de Urgencia			
Derecho de Pabellón			
Examen de Laboratorio e Imágenes	80%		Sin Tope
Ultrasonografía y Medicina Nuclear,			
Procedimientos Especiales, Equipos,			
Insumos y Medicamentos			
Otros prescritos por Médico Tratante.			
<b>Honorarios Médicos Quirúrgicos</b>			
Servicio Ambulancia Terrestre (radio 50 km)	50%		10
Cobertura GES y CAEC	100%		Sin Tope

BENEFICIO MATERNIDAD	% Reembolso	Tope Prestación UF	Tope Anual UF
Parto Normal	80%		10
Parto por Cesárea	80%		15
Aborto involuntario	80%		10
Complicaciones del Embarazo	80%		10

BENEFICIO AMBULATORIO	% Reembolso	Tope Prestación UF	Tope Anual UF
Exámenes de Imagenología, ultrasonido y medicina nuclear			
Procedimientos de diagnósticos	70%		30
Procedimientos Terapéuticos (Incluye los insumos ambulatorios no asociados a una cirugía)			
Quimioterapia (Incluye Medicamentos Ambulatorios)	80%		Sin Tope
Cirugía ambulatoria	50%		20
Cobertura GES / CAEC	100%		Sin Tope

BENEFICIOS ADICIONALES	% Reembolso	Tope Prestación UF	Tope Anual UF
Gastos Ópticos	50%		4
Cirugía Óptica Láser (mayor o igual a 2,5 dioptrías)	50%		40
Prótesis y Ortesis (Incluye Audífonos)	50%		5

BENEFICIOS ESPECIALES PROPIOS DE LA POLIZA	% Reembolso	Tope Prestación UF	Tope Anual UF
<b>Tratamiento Obesidad Mórbida</b>			
Medicamentos			
Gastos Ambulatorios	100%		20
Gastos Hospitalarios			

**Grupo 2 Plan Especial Asegurados de 65 a 66 años (Tope Salud UF 100)**

Topes y Deducibles	
Tope anual de reembolso por Beneficiario	UF 100
Deducible anual por asegurado	UF 0
Cobertura en el Extranjero	Idem Plan de Salud
I) Asegurados No afiliados a un Sistema de Salud Previsional.	: 0%
II) Gastos No bonificables por un Sistema de Salud Previsional.	: 50%
III) Servicio IMED	: Se considera
Consulta Médica General; Especialidades y Mental, Procedimientos de Diagnóstico, Exámenes, Fonoaudiología y Kinesiología	
IV) Bonificación mínima Isapre.	: No se considera

BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN	% Reembolso	Tope Diario UF	Tope Anual UF
<b>Día Cama Hospitalización</b>	40%		Sin Tope
<b>Servicios Hospitalarios</b> 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.	40%		Sin Tope
<b>Honorarios Médicos Quirúrgicos</b>			
Servicio Ambulancia Terrestre (radio 50 km)	25%		10
Cobertura GES y CAEC	50%		Sin Tope

BENEFICIO MATERNIDAD	% Reembolso	Tope Prestación UF	Tope Anual UF
Parto Normal	40%		10
Parto por Cesárea	40%		15
Aborto involuntario	40%		10
Complicaciones del Embarazo	40%		10

BENEFICIO AMBULATORIO	% Reembolso	Tope Prestación UF	Tope Anual UF
Exámenes de Imagenología, ultrasonido y medicina nuclear Procedimientos de diagnósticos Procedimientos Terapéuticos (Incluye los insumos ambulatorios no asociados a una cirugía)	25%		20
Quimioterapia	40%		Sin Tope
Cirugía ambulatoria	25%		10
Cobertura GES / CAEC	50%		Sin Tope

BENEFICIOS ADICIONALES	% Reembolso	Tope Prestación UF	Tope Anual UF
Gastos Ópticos	25%		4
Cirugía Óptica Láser (mayor o igual a 2,5 dioptrías)	25%		40
Prótesis y Ortesis	25%		5

BENEFICIOS ESPECIALES PROPIOS DE LA POLIZA	% Reembolso	Tope Prestación UF	Tope Anual UF
<b>Tratamiento Obesidad Mórbida.</b> Medicamentos Gastos Ambulatorios Gastos Hospitalarios	50%		20



**Grupo 3 Plan Especial Asegurados de 66 a 67 años (Tope Salud UF 75)**

Topes y Deducibles	
Tope anual de reembolso por Beneficiario	UF 75
Deducible anual por asegurado	UF 0
Cobertura en el Extranjero	Idem Plan de Salud
I) Asegurados No afiliados a un Sistema de Salud Previsional.	: 0%
II) Gastos No bonificables por un Sistema de Salud Previsional.	: 50%
III) Servicio IMED	: Se considera
Consulta Médica General; Especialidades y Mental, Procedimientos de Diagnóstico, Exámenes, Fonoaudiología y Kinesiología	
IV) Bonificación mínima Isapre.	: No se considera

BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN	% Reembolso	Tope Diario UF	Tope Anual UF
<b>Día Cama Hospitalización</b>	30%		Sin Tope
<b>Servicios Hospitalarios</b>			
Día Cama UTI / UCI			
Sala de Urgencia			
Derecho de Pabellón			
Examen de Laboratorio e Imágenes	30%		Sin Tope
Ultrasonografía y Medicina Nuclear,			
Procedimientos Especiales, Equipos,			
Insumos y Medicamentos			
Otros prescritos por Médico Tratante.			
<b>Honorarios Médicos Quirúrgicos</b>			
Servicio Ambulancia Terrestre (radio 50 km)	19%		10
Cobertura GES y CAEC	38%		Sin Tope

BENEFICIO MATERNIDAD	% Reembolso	Tope Prestación UF	Tope Anual UF
Parto Normal	30%		10
Parto por Cesárea	30%		15
Aborto involuntario	30%		10
Complicaciones del Embarazo	30%		10

BENEFICIO AMBULATORIO	% Reembolso	Tope Prestación UF	Tope Anual UF
Exámenes de Imageneología, ultrasonido y medicina nuclear			
Procedimientos de diagnósticos	19%		25
Procedimientos Terapéuticos (Incluye los insumos ambulatorios no asociados a una cirugía)			
Quimioterapia	30%		Sin Tope
Cirugía ambulatoria	19%		20
Cobertura GES / CAEC	38%		Sin Tope

BENEFICIOS ADICIONALES	% Reembolso	Tope Prestación UF	Tope Anual UF
Gastos Ópticos	19%		4
Cirugía Óptica Lásik (mayor o igual a 2,5 dioptrías)	19%		40
Prótesis y Órtesis	19%		5

BENEFICIOS ESPECIALES PROPIOS DE LA POLIZA	% Reembolso	Tope Prestación UF	Tope Anual UF
<b>Tratamiento Obesidad Mórbida.</b>			
Medicamentos	38%		20
Gastos Ambulatorios			
Gastos Hospitalarios			

**Grupo 4 Plan Especial Asegurados de 67 a 68 años (Tope Salud UF 56,25)**

Topes y Deducibles	
Tope anual de reembolso por Beneficiario	UF 56,25
Deducible anual por asegurado	UF 0
Cobertura en el Extranjero	Idem Plan de Salud
I) Asegurados No afiliados a un Sistema de Salud Previsional.	: 0%
II) Gastos No bonificables por un Sistema de Salud Previsional.	: 50%
III) Servicio IMED	: Se considera
Consulta Médica General; Especialidades y Mental, Procedimientos de Diagnóstico, Exámenes, Fonoaudiología y Kinesiología	
IV) Bonificación mínima Isapre.	: No se considera

BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN	% Reembolso	Tope Diario UF	Tope Anual UF
<b>Día Cama Hospitalización</b>	23%		Sin Tope
<b>Servicios Hospitalarios</b> 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.	23%		Sin Tope
<b>Honorarios Médicos Quirúrgicos</b>			
Servicio Ambulancia Terrestre (radio 50 km)	14%		10
Cobertura GES y CAEC	28%		Sin Tope

BENEFICIO MATERNIDAD	% Reembolso	Tope Prestación UF	Tope Anual UF
Parto Normal	23%		10
Parto por Cesárea	23%		15
Aborto involuntario	23%		10
Complicaciones del Embarazo	23%		10

BENEFICIO AMBULATORIO	% Reembolso	Tope Prestación UF	Tope Anual UF
Exámenes de Imagenología, ultrasonido y medicina nuclear Procedimientos de diagnósticos Procedimientos Terapéuticos (Incluye los insumos ambulatorios no asociados a una cirugía)	14%		25
Quimioterapia	23%		Sin Tope
Cirugía ambulatoria	25%		20
Cobertura GES / CAEC	28%		Sin Tope

BENEFICIOS ADICIONALES	% Reembolso	Tope Prestación UF	Tope Anual UF
Gastos Ópticos	14%		2
Cirugía Óptica Láser (mayor o igual a 2,5 dioptrías)	14%		20
Prótesis y Ortesis	14%		5

BENEFICIOS ESPECIALES PROPIOS DE LA POLIZA	% Reembolso	Tope Prestación UF	Tope Anual UF
<b>Tratamiento Obesidad Mórbida.</b> Medicamentos Gastos Ambulatorios Gastos Hospitalarios	28%		20



---

Gerente Operaciones Seguros Colectivos  
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).

**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.svs.cl](http://www.svs.cl)

