

POLIZA DE SEGUROS COLECTIVOS
SEGURO CATASTROFICO
POL320131720

DATOS DE LA PÓLIZA

Número de Póliza **20154**
RUT Contratante : 65.091.028-1
Nombre Contratante : Corporación De Bienestar y Salud
Fecha de Vigencia : Desde 01 de Julio 2020 hasta 30 de junio 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.

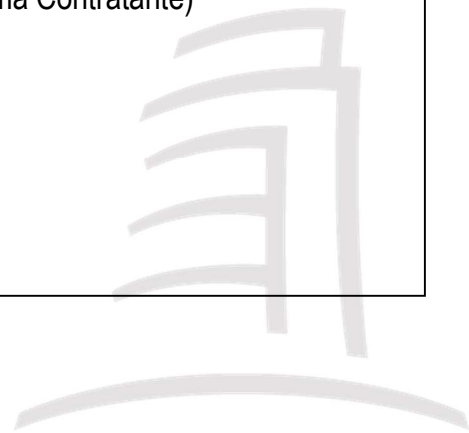
En caso de no existir reparo alguno a los términos contenidos dentro de los 30 días hábiles siguientes a la fecha de recibido, queda entendido que su contenido es aceptado y conocido por ambas partes.



Gerente Operaciones Seguros Colectivos
Compañía de Seguros de Vida
Consortio Nacional De Seguros Vida

Corporación De Bienestar y Salud
(Firma Contratante)

Santiago, 01 de julio de 2020



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

Contratante	: Corporación De Bienestar y Salud
Rut	: 65.091.028-1
Dirección Contratante	: Avda. Apoquindo 6750, Las Condes, Santiago
Filial 1	: Corporación De Bienestar y Salud
Rut	: 65.091.028-1
Dirección	: Avda. Apoquindo 6750, Las Condes, Santiago
Grupo Empresarial	: Grupo Mundo Socios
Vigencia	: Desde 01 de Julio 2020 hasta 30 de Junio 2021
Modalidad pago de prima	: Mensual
Tipo de Facturación	: Por Cobrar
Tipo de Cobranza	: Anticipada
Ámbito Territorial	: República de Chile
Intermediario	: Corredora de Seguros La Cámara
Rut Intermediario	: 76.008.701-7
Comisión	: 16,00% de la prima neta
Dirección de la Compañía	: El Bosque Sur N° 180, Las Condes, Santiago.
Financiamiento de la Prima	: 70% Empresa Contratante 30% Asegurado Titular

Cobertura(s) Contratada(s) por Asegurado:
Grupo 1 Plan General; Grupo 2 Plan >70 años

Cobertura	Condiciones Generales que Rigen la Cobertura	Asegurados con Cobertura
Catastrófico	: POL320131720	Titular - Cónyuge - Hijo

II.- COSTO DEL SEGURO
Plan General

Asegurados	Prima Neta Mensual UF Catastrófico	IVA UF	Prima Bruta Mensual UF
Titular sin cargas	0,3750	0,0713	0,4463
Titular con 1 carga	0,6950	0,1321	0,8271
Titular con 2 cargas	1,1030	0,2096	1,3126
Titular con 3 o más cargas	1,3180	0,2504	1,5684

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:
<ul style="list-style-type: none"> La presente póliza considera continuidad de cobertura, por lo que se cubrirán las preexistencias del grupo cubierto en la compañía Colmena Seguros. 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.

- 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.
- Después de consumido deducible anual por asegurado de UF 70 por daño cubierto por un mismo accidente o enfermedad; se otorga cobertura de Enfermedades Graves con un tope anual de reembolso por beneficiario de UF 15.000.-
- Grupo Mayores de 70 años: Después de consumido deducible anual por asegurado de UF 150 por daño cubierto por un mismo accidente o enfermedad; se otorga cobertura de Enfermedades Graves con un tope anual de reembolso por beneficiario de UF 5.000.-
- 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.
- Informar en Formulario de Incorporación los siguientes antecedentes:
 - Número de Póliza
 - Rol de Asegurado Titular; en caso de no contar con estos datos el Formulario será rechazado
- **Se entiende por evento:** Son todas las prestaciones hospitalarias y/o ambulatorias derivadas directamente de un accidente o de una enfermedad diagnosticada, y también los gastos que más adelante se originen como consecuencia de tal accidente o enfermedad; a condición que se produzcan dentro de los 12 meses siguientes al pago del primer reembolso cubierto por esta cobertura, y mientras esté vigente la póliza de seguro. En caso que la enfermedad o el accidente generen gastos más allá de dicho plazo, la compañía se reserva el derecho de aceptarlo como un nuevo evento en la siguiente renovación de la póliza.
- 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.
- Para los asegurados menores de 65 años, siempre y cuando no fuere preexistente, cuando el evento sea a consecuencia directa de las siguientes enfermedades el deducible a aplicar será de UF 0:
 - Cáncer
 - Infarto al miocardio
 - Enfermedades Coronarias
 - Enfermedades Cerebrales (Tumores benignos o malformaciones vasculares)
 - Accidente vascular encefálico
 - Insuficiencia renal crónica
 - Trasplante de órganos mayores (corazón, pulmón, hígado, riñón, médula ósea o

páncreas).

- En caso de Fallecimiento del titular se mantiene cobertura por Grupo Familiar.
- En caso que el titular sea rechazado al momento de incorporarse el grupo familiar el titular queda con costo prima \$ 0 y sin cobertura.
- Hijos después de los 28 años, permanecerán en la póliza pagando prima mensual como titular. (este hijo debe quedar dentro del grupo familiar como carga especial, en caso de que el socio pierda la calidad de tal se excluya junto al resto del grupo familiar).
- Póliza no considera la permanencia de casos especiales de asegurados que hayan sido aceptados en la vigencia recién pasada, ni aquellos asegurados que hayan superado la edad máxima de permanencia en pólizas. Cualquier aceptación especial, deberá contar con la autorización formal y por escrito de Consorcio.



IV.- CONDICIONES GENERALES SEGURO COLECTIVO COMPLEMENTARIO DE SALUD

Se deja constancia, que se aplicarán las siguientes modificaciones al Condicionado General (POL320131720), 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

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.

C. COBERTURA DE GASTOS AMBULATORIO

Cirugía Ambulatoria, en caso que un asegurado requiera cirugía sin ser hospitalizado (que no pernocte en el hospital), se cubrirán los gastos en que incurra por conceptos de Servicios Hospitalarios y Honorarios Médicos.

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, Terapéuticos y/o de diagnóstico, se considerará procedimiento, cuando incluya complejidad de Pabellón de 0 a 4, de acuerdo a clasificación Fonasa.

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.

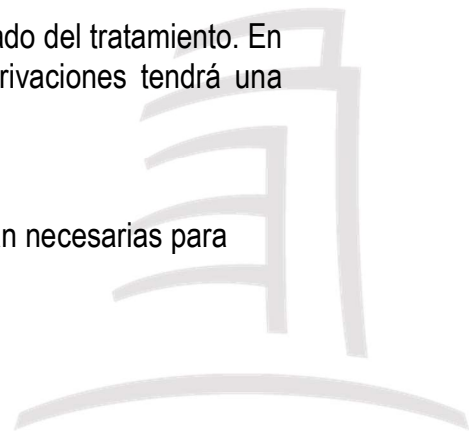
D. COBERTURA DE GASTOS MEDICAMENTOS AMBULATORIOS

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.

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

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 ≥ 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 esté 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, Prótesis y Órtesis, Gastos Ópticos y Salud Mental, 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.

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 que alguna de éstas esté contratada.

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.

Plan General

Tipo Asegurado	Requisito de Asegurabilidad	
	Edades máximas (*)	
	Ingreso	Permanencia
Titular	64 años y 364 días	Al cumplir 99 años
Cónyuge	64 años y 364 días	Al cumplir 99 años
Hijo	0 años	Al cumplir 28 años

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

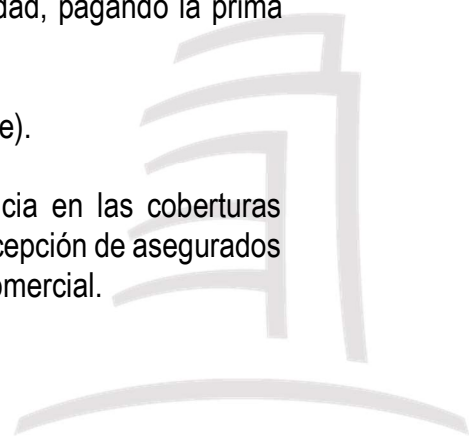
Podrán ser asegurados, en calidad de asegurados dependientes, personas naturales vinculadas a dichos miembros o trabajadores o a las personas vinculadas con o por la entidad contratante.

Los hijos podrán permanecer cubiertos en la póliza hasta cumplir los 28 años siempre que sean cargas familiares, que estén solteros y que se encuentren estudiando.

Los hijos podrán continuar en el seguro posterior a los 29 años de edad, pagando la prima como titular sólo.

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

Los asegurados y cargas 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.



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 anticipada.

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

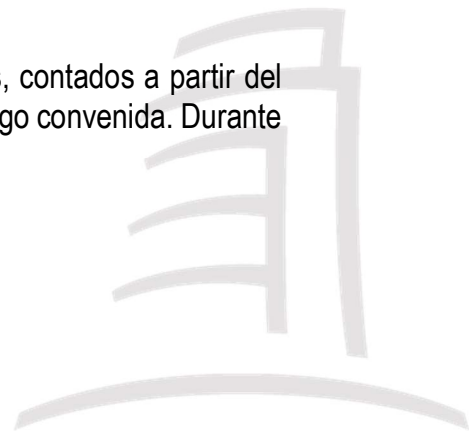
El envío de pre-cobranza y correspondencia de suscripción deberá realizarse a Corredora de Seguros La Cámara.

La cobranza de la prima mensual se realizará directamente por el área de Recaudación de MundoSocios:

Nombre del contacto	: Oriana Romero Guerra
Empresa	: Corporación Bienestar y Salud CChC – MundoSocios
Correo electrónico	: oromero@cchc.cl
Teléfono	: (02) 2719 3531 - +56 9 6585 3402

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.

Está Póliza tiene modalidad 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.

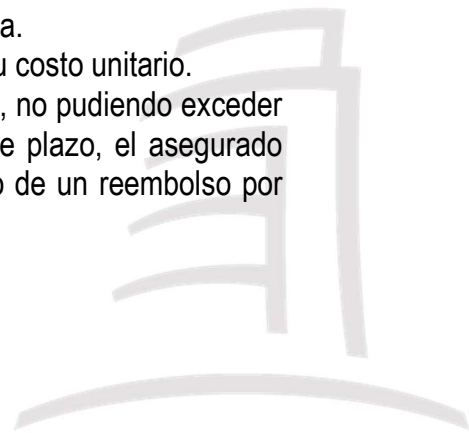
Posteriores reembolsos:

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:

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.

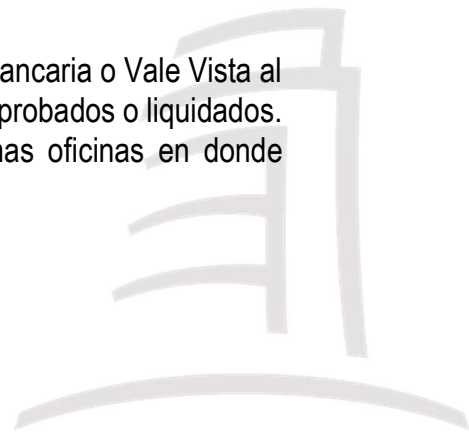
Entrega de Solicitud reembolso:

El asegurado deberá entregar toda la documentación de reembolso al contratante de la póliza, quien a su vez, la deberá 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 debe 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, diríjase 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 Julio 2021 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

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

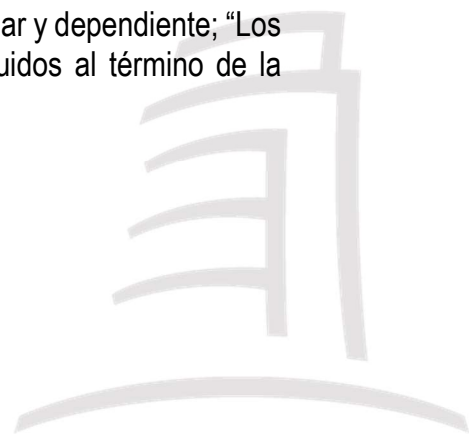
Las Exclusiones y Actualizaciones de asegurados (capitales, etc.) enviarlos por correo electrónico al mail colectivos@consorcio.cl, los cuales serán procesados de acuerdo a lo indicado en los párrafos anteriores. Para las actualizaciones de capitales se solicita indicar en el asunto lo siguientes: "SOLICITA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

ARTÍCULO 22: TÉRMINO DEL CONTRATO DE SEGURO COLECTIVO

Término vigencia de contrato el 30 de Junio 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
Catastrófico	POL320131720

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

<http://www.cmfchile.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

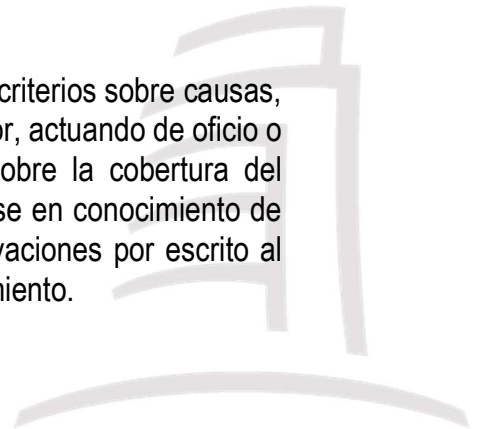
En caso de liquidación directa por la compañía, el Asegurado o beneficiario puede oponerse a ella, solicitándole por escrito que designe un Liquidador de Seguro, dentro del plazo de cinco días hábiles contados desde la notificación de la comunicación de la Compañía. La Compañía deberá designar al Liquidador 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° 20155

I.- CONDICIONES DEL PLAN CATASTRÓFICO
Grupo 1 Plan General; Grupo 2 Plan 70 años

CONDICIONADO POL320131720

Topes y Deducibles		
Topes y Deducibles		
Topes y Deducibles	UF	15000
Topes y Deducibles	UF	70
Topes y Deducibles		
Topes y Deducibles	UF	5000
Topes y Deducibles	UF	150
Topes y Deducibles		50%
I) Asegurados No afiliados a un Sistema de Salud Previsional		0%
II) Gastos No bonificables por un Sistema de Salud Previsional		50%
III) Bonificación mínima del Sistema de Salud Previsional		50%
PLAN DE BENEFICIOS		

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

BENEFICIO AMBULATORIO	% Bono	% Libre Elección	Tope Prest. UF	Tope Anual UF
Consulta Médica	100%	100%		Sin Tope
Exámenes de Laboratorio	100%	100%		
Exámenes de Imagenología, ultrasonido y medicina nuclear	100%	100%		
Procedimientos de diagnósticos	100%	100%		Sin Tope
Procedimientos Terapéuticos (incluye los insumos ambulatorios no asociados a una cirugía)	100%	100%		
Cirugía ambulatoria	100%	100%		Sin Tope

BENEFICIO MEDICAMENTOS AMBULATORIOS	% Bono	% Libre Elección	Tope Prest. UF	Tope Anual UF
Medicamentos Ambulatorios No Genéricos	50%	50%		Sin Tope
Medicamentos Ambulatorios Genéricos	50%	50%		Sin Tope

BENEFICIOS ADICIONALES	% Bono	% Libre Elección	Tope Prest. UF	Tope Anual UF
Prótesis y Ortesis	100%	100%		Sin Tope



**Gerente Operaciones Seguros Colectivos
Compañía de Seguros de Vida
Consorcio Nacional De Seguros Vida**

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

