

**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 2021 hasta 30 de Junio 2022

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 Vida

Corporación De Bienestar y Salud  
(Firma Contratante)

Santiago, 28 de julio de 2021



## **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>                | : Corporación De Bienestar y Salud                 |
| <b>Rut</b>                        | : 65.091.028-1                                     |
| <b>Dirección Contratante</b>      | : Avda. Apoquindo 6750, Las Condes, Santiago       |
| <b>Filial 1</b>                   | : Corporación De Bienestar y Salud                 |
| <b>Rut</b>                        | : 65.091.028-1                                     |
| <b>Dirección</b>                  | : Avda. Apoquindo 6750, Las Condes, Santiago       |
| <b>Grupo Empresarial</b>          | : Grupo Mundo Socios                               |
| <b>Vigencia</b>                   | : Desde 01 de Julio 2021 hasta 30 de Junio 2022    |
| <b>Modalidad pago de prima</b>    | : Mensual  |
| <b>Tipo de Facturación</b>        | : Por Cobrar                                       |
| <b>Tipo de Cobranza</b>           | : Anticipada                                       |
| <b>Ámbito Territorial</b>         | : República de Chile                               |
| <b>Intermediario</b>              | : Corredora de Seguros La Camara                   |
| <b>Rut Intermediario</b>          | : 76.008.701-7                                     |
| <b>Comisión</b>                   | : 16,00% de la prima neta                          |
| <b>Dirección de la Compañía</b>   | : El Bosque Sur N° 180, Las Condes, Santiago.      |
| <b>Financiamiento de la Prima</b> | : 70% Empresa Contratante<br>30% Asegurado Titular |

Cobertura(s) Contratada(s) por Asegurado:

- Grupo 1 Plan General
- Grupo 2 Plan 65 hasta 70 años
- Grupo 3 Plan Mayores 70 años
- Grupo 4 Plan Hijos Mayores de 28 años
- Grupo 5 Plan Cargas Independientes

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

## II.- COSTO DEL SEGURO

- Grupo 1 Plan General
- Grupo 2 Plan >65 años
- Grupo 3 Plan Mayores 70 años
- Grupo 4 Plan Hijos Mayores de 28 años
- Grupo 5 Plan Cargas Independientes

| 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       | 0,9500                             | 0,1805 | 1,1305                 |
| Titular con 3 cargas       | 1,1030                             | 0,2096 | 1,3126                 |
| Titular con 4 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  |



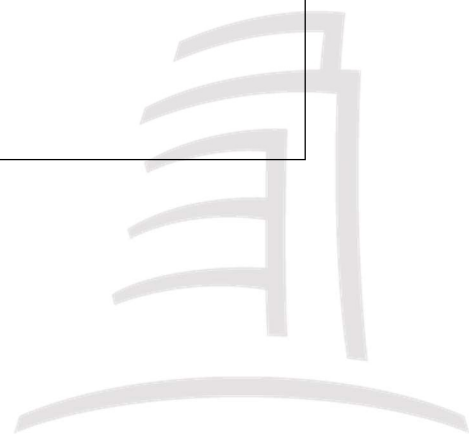
**III.- CONDICIONES ESPECIALES CONTEMPLADAS EN LA POLIZA**

## Descripciones-Convenios:

- 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
- No se aceptan gastos a través de Ventanilla Única, solo se procesarán gastos por Vía Tradicional.
- Se acepta la incorporación de hijos mayores de 28 años pagando prima como titular solo, siempre y cuando tengan Isapre y/o Fonasa
- **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 par Grupo Familiar.
- Hijos después de los 28 años, permanecerán en la póliza pagando prima mensual como titular. Grupo 4. (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)
- Se aceptan cargas independientes, hijos mayores de 24 años, no dependientes del titular, los cuales pagaran prima como titular solo. Grupo 5.
- En caso que el titular sea rechazado al momento de incorporarse el grupo familiar el titular queda con costo prima \$0 y sin cobertura.
- 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**

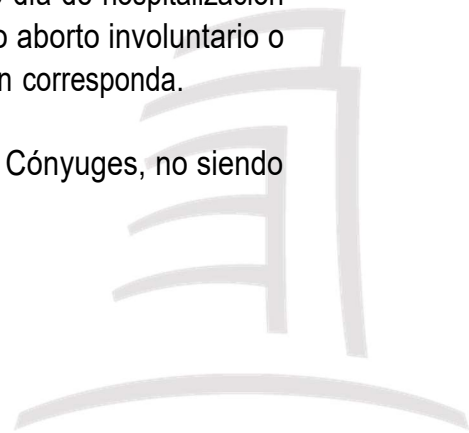
###### **A. COBERTURA DE GASTOS POR HOSPITALIZACIÓN**

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:** Corresponde a la operación instrumental, total o parcial, de lesiones causadas por enfermedades o accidentes, con fines diagnósticos, de tratamiento o de rehabilitación de secuelas.

Para que sea considerado como tal, la complejidad de Pabellón debe ser superior a 4, de acuerdo a lo definido por Fonasa.

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

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

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

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

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





#### D. COBERTURA DE GASTOS MEDICAMENTOS AMBULATORIOS

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

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

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 comorbilidades 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.

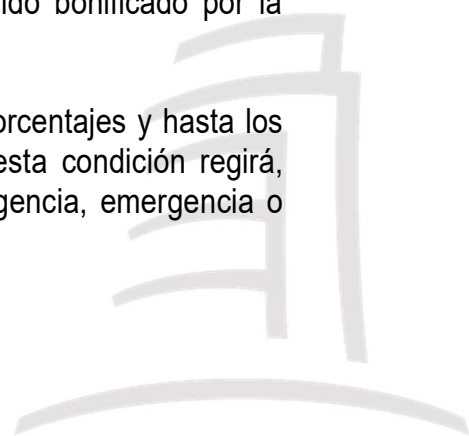
Kinesioterapia y Fonoaudiología, estas prestaciones estarán cubiertas, siempre y cuando hayan sido prescritas por un profesional Médico. Para la bonificación de gastos relacionados a consultas de Kinesioterapia y Fonoaudiología, se exigirá derivación de un profesional de la especialidad.

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

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

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

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



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

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

En aquellos casos en que el asegurado no 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.

##### **Grupo 1 Plan General; Grupo 2 Plan 65 hasta 70 años; Grupo 3 Plan Mayores 70 años**

| Tipo Asegurado | Requisito de Asegurabilidad<br>Edades máxima (*) |                    |
|----------------|--|--------------------|
|                | Ingreso  | Permanencia        |
| Titular        | 69 años y 364 días                               | Al cumplir 99 años |
| Cónyuge        | 69 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.

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.

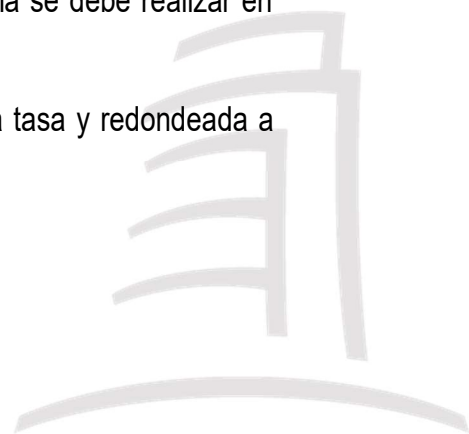
### **ARTÍCULO 10: DECLARACION DEL CONTRATANTE Y ASEGURADO**

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, 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 pre - cobranza y correspondencia de suscripción deberá realizarse a:

Nombre del contacto : Lorena Alarcon, Maria Victoria Azocar  
Empresa : Corredora de Seguros La Camara  
Envío nómina en Excel : 15 de cada mes  
Correo electrónico : lalarcon@seguroslacamara.cl, mazocar@seguroslacamara.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.

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:

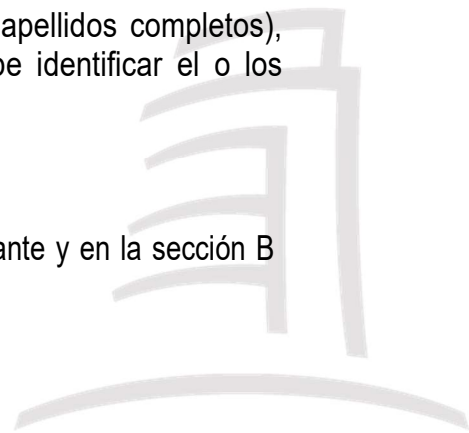
Formulario "Solicitud de Reembolso" completado y firmado por el médico tratante en su sección A, y por el asegurado mismo en su sección B.

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 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, 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.

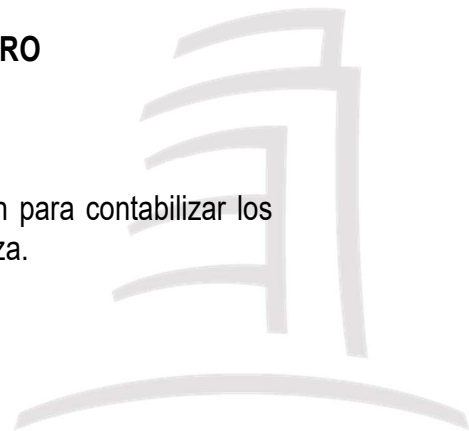
### **ARTÍCULO 19: APLICACIÓN DEL DEDUCIBLE**

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](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 30 de Junio 2022.

## **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:

| <b>Coberturas</b> | <b>Código SVS</b>   |
|-------------------|---------------------|
| Catastrófico      | <b>POL320131720</b> |

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.





| <b>BENEFICIO MEDICAMENTOS AMBULATORIOS</b> | <b>% Bono</b> | <b>% Libre Elección</b> | <b>Tope Prest. UF</b> | <b>Tope Anual UF</b> |
|--|---------------|-------------------------|-----------------------|----------------------|
| Medicamentos Ambulatorios No Genéricos     | 60%           | 60%                     |                       | Sin Tope             |
| Medicamentos Ambulatorios Genéricos        | 60%           | 60%                     |                       | Sin Tope             |

| <b>BENEFICIOS ADICIONALES</b> | <b>% Bono</b> | <b>% Libre Elección</b> | <b>Tope Prest. UF</b> | <b>Tope Anual UF</b> |
|-------------------------------|---------------|-------------------------|-----------------------|----------------------|
| Prótesis y Ortesis            | 100%          | 100%                    |                       | Sin Tope             |



---

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

La Compañía de Seguros de Vida Consortio 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) <<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 Consortio Nacional de Seguros S.A. o a través de la página web [www.ddachile.cl](http://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)

