



Seguro Colectivo

Manual de uso Seguro Colectivo
FEDERACION NACIONAL DE
PROF. UNIVERS. DE LA SALUD
"FENPRUSS"



Seguro Complementario de salud

Consiste en la **devolución de un porcentaje de los gastos médicos incurridos** por ti y/o tus cargas conforme al plan contratado.

¿Qué puedes reembolsar?

Puedes reembolsar gastos médicos y dentales ambulatorios y hospitalarios, siempre y cuando sean previamente revisados por tu Isapre o Fonasa. En caso de que tu Isapre o Fonasa no cubra el reembolso, los documentos deben presentar un comprobante que indique que no será cubierto.

¿Cómo reembolso mis gastos?

A) Gastos médicos ambulatorios

Se consideran gastos médicos ambulatorios las consultas médicas, exámenes, medicamentos y procedimientos que no impliquen una hospitalización.

¿Qué necesito para solicitar el reembolso?

Para que tu solicitud sea exitosa debes enviar:

- Bonos
- Boletas
- Recetas
- Orden médica
- Reembolso Isapre (*)

Es importante que recuerdes que tanto las recetas como las ordenes médicas deben tener claramente:

- Fecha de emisión
- Nombre del paciente
- Firma del médico tratante

Si te encuentras afiliado a FONASA, presenta también tu certificado de afiliación.

Recuerda que tienes un plazo de 60 días corridos para presentar tu denuncia en la compañía y que en caso de utilizar las plataformas digitales debes guardar la documentación original.

(*) Solo para asegurados que se encuentren afiliados a Isapre y que realicen la solicitud de reembolso en las plataformas de dicha institución.



¿Cómo denuncio medicamentos permanentes?

Si tú o tus cargas deben realizar denuncias de recetas permanentes, debes realizar los siguientes pasos:

- Previo a la presentación de los gastos en la compañía debes fotocopiar la receta original.
- Presenta la receta original junto a la boleta por cualquiera de los canales de denuncia que tenemos habilitados para ti.
- Tu denuncia iniciará su proceso.



Durante todo el periodo que debas utilizar el medicamento, deberás presentar a la compañía una copia de la receta junto a la boleta de compra.

Recuerda que el plazo máximo para presentar este gasto es de **60 días corridos** y que la **duración máxima de una receta permanente es de 6 meses**, una vez transcurrido este plazo debes visitar nuevamente a tu médico.

B) Gastos médicos dentales

Se consideran gastos dentales a las consultas, exámenes y procedimientos que impliquen una consulta con un especialista dental.



¿Qué necesito para solicitar el reembolso?

Para que tu solicitud sea exitosa debes enviar:

- Formulario de reembolso completado por el dentista con plan de tratamiento
- Detalle de prestaciones realizadas
- Número de piezas tratadas
- Fechas de prestaciones realizadas
- Presupuesto y boletas (*)
- Radiografía de diagnóstico en los siguientes casos: instalación de ortodoncia (brackets), exodoncia terceros molares y de supernumerario
- Radiografía de control de endodoncias
- Radiografía de control de cementación de coronas
- Radiografía de control de instalación de implantes
- Biopsias: radiografías de diagnóstico y resultados de la biopsia



Es importante que recuerdes que las boletas de honorarios que presentes deben ser electrónicas de acuerdo a la nueva ley de gobierno.

También que tienes un plazo de 60 días corridos para presentar tu denuncia en la compañía y que en caso de utilizar las plataformas digitales debes guardar la documentación original.

C) Gastos hospitalarios

Se consideran gastos médicos hospitalarios a las consultas, exámenes, medicamentos y procedimientos que impliquen una hospitalización.



¿Qué necesito para solicitar el reembolso?

Para que tu solicitud sea exitosa debes enviar:

- Formulario de reembolso con diagnóstico firmado por el médico tratante
- Epicrisis
- Programa médico de Isapre
- Detalle de prefectura
- Carnet de alta para asegurados que estén afiliados a FONASA
- Bonos
- Reembolsos
- Boletas o facturas emitidas por el prestador

Para que tengas en cuenta:



*En caso de un accidente, deberás adjuntar los documentos mencionados anteriormente junto con la declaración del accidente (en el formulario de Denuncia Siniestro Vida que encontrarás en www.consortio.cl), indicando como ocurrió el incidente, la fecha y hora. Si fuera un accidente de carácter automovilístico, los gastos médicos **deben ser tramitados previamente por seguro obligatorio SOAP.***

Recuerda que para este tipo de solicitudes el único canal de denuncia es entregando la documentación a la encargada de recursos humanos.

Canales de denuncia



App Consorcio

Para utilizar esta herramienta primero debes descargarla.



Si tienes Android

- Ingresa a Play Store
- En la barra de búsqueda escribe Seguros Consorcio
- Selecciona la aplicación con el nombre indicado
- Presiona el botón “Descargar” y espera un momento
- Una vez se haya completado la descarga, presiona el botón “Abrir”

Si tienes Iphone:

- Ingresa en APP Store
- En la barra de búsqueda escribe Seguros Consorcio
- Selecciona la aplicación con el nombre indicado
- Presiona el botón “Descargar”
- Una vez se haya completado la descarga, presiona el botón “Abrir”

Una vez descargada podrás:

- Denunciar tus gastos ambulatorios
- Revisar tu Historial de gastos
- Actualizar tu información

¿Cómo realizo mi denuncia?

Una vez hayas ingresado a la APP Consorcio Seguros debes:

- Presionar el campo Reembolsos Gastos Médicos Colectivos
- A continuación, ingresa el Rut del titular de la póliza y presiona “Comenzar”
- Para seguir debes leer y aceptar los términos y condiciones, luego debes presionar el botón “Continuar”

PASO #1

Datos del Beneficiario

- Selecciona la póliza y el beneficiario asociado a tu solicitud
- Selecciona el beneficiario al que pertenece el documento
- Presiona “Continuar”

PASO #2

Ingresar Solicitud

- Verifica si la solicitud que estás efectuando corresponde al asegurado
 - Selecciona el tipo de prestación (Médico/Dental)
 - Selecciona el tipo de documento para reembolso *
 - Ingresas el monto (CLP)
 - Presiona en “Agregar Imagen” y carga tus documentos tomándoles una fotografía (boleta, receta, orden médica, entre otros)
 - Una vez hayas completado todos los campos podrás presionar el botón “Continuar”
- *Receta y orden médica no requiere ingresar monto.

PASO #3

Confirma tu Solicitud y verifica

- El resumen de tu solicitud
- La información de tu solicitud
- Que las imágenes de los documentos estén claras, legibles y con los montos correspondientes

PASO #4

Solicitud enviada

- Se te entregará el número de tu solicitud de reembolso
- Se te enviará una copia de tu solicitud de reembolso al correo electrónico que aparecerá en la pantalla
- Te indicará que tu solicitud de reembolso fue recibida, y en el caso de que no quieras realizar una nueva solicitud debes presionar el botón “Terminar”.
- Si quieres realizar un nuevo reembolso presiona el botón “Nueva Solicitud”

Sitio Privado Integrado

Para realizar una denuncia por medio de tu sitio privado deberás:

1. Ingresar a www.consortio.cl
2. Selecciona "Ingresa a tu cuenta"
3. Personas: Banco/Seguros
4. Ingresa tu Rut y clave(*)

*Crea o recupera tu clave en www.consortio.cl

Una vez dentro ingresa a tu Seguro Colectivo y selecciona cualquiera de las coberturas que tengas disponibles:

- Seguro Complementario de Salud
- Seguro Dental

Selecciona Denuncia de gastos y realiza los siguientes pasos:



PASO #1

Datos del Beneficiario

Selecciona la póliza y el beneficiario asociado a tu solicitud

- Selecciona el beneficiario al que pertenece el documento
- Presiona "Continuar"

PASO #2

Ingresar Solicitud

Verifica si la solicitud que estás efectuando corresponde al asegurado

- Selecciona el tipo de prestación (Médico/Dental)
- Selecciona el tipo de documento para reembolso *
- Ingresa el monto (CLP)
- Presiona en "Agregar Imagen" y carga tus documentos tomándoles una fotografía (boleta, receta, orden médica, entre otros)
- Una vez hayas completado todos los campos podrás presionar el botón "Continuar"

*Receta y orden médica no requiere ingresar monto.

PASO #3

Confirma tu Solicitud y verifica

El resumen de tu solicitud

- La información de tu solicitud
- Que las imágenes de los documentos estén claras, legibles y con los montos correspondientes

PASO #4

Solicitud enviada

Se te entregará el número de tu solicitud de reembolso

- Se te enviará una copia de tu solicitud de reembolso al correo electrónico que aparecerá en la pantalla

Topes de tus canales de denuncia

Actualmente, dada la contingencia sanitaria por COVID-19, ni la aplicación de reembolsos ni el sitio privado tienen topes para realizar tus denuncias.

Canal de denuncia Tradicional

Se denomina canal de denuncia tradicional, a la entrega de la documentación de cualquiera de tus gastos a tu encargado de recursos humanos.

Recuerda que tienes 60 días corridos para realizar la entrega de esta documentación para hacer efectivo tu plan de beneficios y que debes presentar la documentación señalada en Como reembolso mis gastos.

Datos importantes para una solicitud exitosa

- El plazo máximo de envío de documentación es de 60 días desde la fecha de la prestación, sin importar el canal de denuncia.
- Previo al envío de la documentación a la compañía recuerda que tus gastos siempre deben pasar previamente por la institución de salud a la que te encuentres afiliado.
- Por los canales digitales (APP y Sitio Privado) solo puedes realizar denuncias ambulatorias para gastos médicos y dentales
- Recuerda guardar tu documentación original en caso de utilizar canales de denuncia digital
- Sube documentación legible y donde se puedan ver claramente los datos del médico tratante, montos y diagnósticos.
- Mantén actualizado siempre tus datos para que las notificaciones lleguen a tu correo electrónico y procesemos el pago en tu cuenta bancaria.
- El plazo para tu liquidación es de 5 días hábiles desde que la compañía recibe tu denuncia para gastos ambulatorios.
- El plazo para tu liquidación de gastos hospitalarios es de 10 días hábiles desde que la compañía recibe tus gastos.



Convenios

Al contar con tu Seguro Complementario en Consorcio, adicionalmente cuentas con los siguientes beneficios:

Imed:

Aplicación en línea de tu plan de beneficios en un centro de atención médica. Para utilizarlo deberás:

- Identifícate en el centro de salud con tu cédula de identidad.
- Presiona tu índice en el Identificador de Huella que te entregará el prestador al momento de la compra del bono de atención.
- El centro de atención emitirá tu bono con la aplicación de tu plan. Verifica que figure en el bono el campo "Aplicación Seguro Complementario".

¿Qué hago si no funciona el servicio?

- En caso de que no se aplique el beneficio te sugerimos realícelo siguiente:
- Ingresa el bono de tu consulta a la APP Consorcio y/o Sitio Privado.
- Tu solicitud de reembolso será ingresada de manera automática en la compañía.
- La compañía evaluará y pagará según tu plan de cobertura.

Ventanilla Única

Utiliza el plan de beneficios de tu seguro en atenciones hospitalarias programadas en:

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

Para acceder, deberá presentar firmar una autorización en la clínica en prestación identificándote como asegurado colectivo Consorcio, adicionalmente debes estar afiliado a alguna Isapre.

Para utilizar este beneficio

- Cuando Programas tu Hospitalización indica que tienes Seguro Colectivo Consorcio.
- La Clínica te hará entrega de un formulario de Autorización para utilizar el Seguro.
- De aceptar las condiciones del formulario debes firmar el documento.

Recuerda que este beneficio está disponible por el momento solo para asegurados que se encuentren afiliados a Isapres.

Si tienes una operación programada contáctate con tu encargada de RR.HH para aclarar consultas y beneficios.

Convenios Ópticos

Descuentos y beneficios espaciales para nuestros asegurados y sus familias en las siguientes ópticas:

Para más información visita tu Sitio Privado en la sección Convenios.

- GMO
- Econópticas
- Puerta del Sol
- Novovisión
- Evovisión (Descuentos excluyen marcas Rayban – Oakley – BMW – Porsche)

Los descuentos y beneficios entregados no constituyen cobertura.

*Se excluyen marcas Chanel® y Bvlgari®

** Descuento acumulable con promociones

*** Los descuentos no aplican para módulos en Multitiendas y Outlet.

Los descuentos y beneficios entregados no constituyen cobertura.

Convenios Dentales

Descuentos y beneficios especiales para nuestros asegurados y sus familias en los siguientes centros odontológicos:

- Centro Odontológico Padre Mariano
- Centro de Especialidades Odontológicas del Inca
- Ortodontik
- Clínica Odontológica Andes
- Uno Salud Dental
- Clínica Odontológica YANY
- Clínica Odontológica PROH
- Clínica SanaSalud
- Clínica dental Salud Integral Cabildo
- Clínica RedDental

Los descuentos y beneficios entregados no son acumulables ni constituyen cobertura.

Convenios centro infantil

Descuentos y beneficios especiales para hijos de nuestros asegurados.

- Centro Kimeltun

Convenio Telemedicina

Adicionalmente al beneficio de consulta general, de manera gratuita tus colaboradores (y cargas ingresadas al seguro) podrán acceder a consultas ilimitadas para las siguientes especialidades:

- Medicina General (On demand)
- Kinesiología
- Nutrición
- Fonoaudiología
- Ginecología
- Urología
- Matonería
- Pediatría
- Medicina Familiar del Adulto
- Dermatología
- Personal Trainer
- Yoga
- Mindfulness
- Pilates
- Terapia Integrativa
- Veterinaria
- Psicología
- Psiquiatría (Por derivación Psicología, Tope 4 sesiones al año)

Denuncio por WhatsApp

Desde ahora, podrás hacer denuncios de Gastos médicos, dentales y hospitalarios a través de WhatsApp.



Para acceder, solo debes enviar tu denuncia al **+569 40283737** y ya estarás en contacto con el Whatsapp de Consorcio.

- Guarda el número de denuncia como contacto en tu teléfono, ejemplo : "Denuncio Seguro Colectivo"
- Ten a mano la documentación que enviarás en el denuncia
- Mantén tus datos de contacto (correo electrónico y datos de pago) actualizados previo a realizar cualquier denuncia
- Espera 2 minutos entre un denuncia y otro.

Para hacer un denuncia, te recomendamos seguir los siguientes pasos:

1. **Envío de denuncia:** Selecciona enviar mensaje.

2. **Identificación:**

- Inicia la conversación.
- Consorcio inmediatamente y te dará un ejemplo de cómo ingresar el **Rut del titular** para iniciar con la identificación.

3. **Términos y Condiciones:** El asegurado debe leer los Términos y Condiciones y presionar el botón "Acepto".

4. **Selección de Póliza:** Despliega el Listado de pólizas y selecciona donde quieres efectuar el reembolso.

5. **Beneficiarios:** Despliega el Listado de beneficiarios y selecciona a quien corresponde la solicitud de reembolso.

6. **Previsión de Salud:** Selecciona la previsión de salud del beneficiario, si es Isapre deberá adicionalmente seleccionar a cuál se encuentra afiliado.

7. **Tipo de Prestación:** Selecciona el tipo de prestación que deseas denunciar, puede ser:

- Hospitalaria
- Dental
- Ambulatorio

8. **Carga de Documentos:**

- Ingresa la cantidad de archivos que adjuntarás.
- Luego el monto total reclamado (la suma de los totales de los documentos)

9. **Documentos:**

- Adjunta los documentos necesarios para hacer la solicitud de reembolsos, recuerda que pueden ser en pdf o Jpg.
- Cada archivo tiene un peso máximo de 20 MB
- Recuerda sacar fotografías legibles para evitar rechazos.





Tener en cuenta

CONSORCIO, tiene a disposición un nuevo beneficio de **Telemedicina**, considera atención gratuita e ilimitada para las siguientes especialidades.

- Especialidades:
- Medicina General
- Dermatología
- Psicología
- Psiquiatría
- Nutrición Digestiva
- Pediatría
- Urología
- Veterinaria
- Medicina Familiar Adulto
- Personal Trainer
- Kinesiología
- Fonoaudiología
- Ginecología
- Obstetricia
- Pilates
- Yoga
- Terapia Integrativa
- Mindfulness

* Todas las prestaciones señaladas son limitadas, con excepción de Psiquiatría que tiene un tope de 4 sesiones al año (con previa derivación psicológica).

Para ocupar este beneficio ingrese a www.medismart.live con su rut y como contraseña los 6 primeros números y accederá a la plataforma.

Actualización de datos

Para actualizar tu información en seguros colectivos tienes dos alternativas:

App Consorcio

Si aun no cuentas con tu APP Consorcio, sigue los pasos para su descarga (Canales de denuncia).

1. Abre tu aplicación y sigue los siguientes pasos:
2. Selecciona "Actualizar datos Seguros Colectivos"
3. Ingresa tu Rut y clave
4. Modifica en la pantalla cualquiera de los siguientes datos:
 - Correo electrónico
 - Teléfono
 - Datos Bancarios
5. Presiona Actualizar

Tus datos ya estarán actualizados para los siguientes denuncios que realices en cualquiera de los canales disponibles.

Sitio Privado

Para actualizar tus datos debes seguir los siguientes pasos:

1. Ingresa a www.consortio.cl
2. Ingresa a tu usuario "Banco/Seguro" (Rut y clave)
3. Selecciona cualquiera de tus seguros colectivos
4. Presiona actualización de datos
5. Modifica los siguientes datos que aparecerán en pantalla.
 - Correo electrónico
 - Teléfono
 - Datos Bancarios
6. Presiona Actualizar

Tus datos ya estarán actualizados para los siguientes denuncios que realices en cualquiera de los canales disponibles.

¿Qué pasa si no tengo mis datos bancarios actualizados?

En caso de que no cuentes con tu información bancaria actualizada o que al momento del pago detectemos un error en la cuenta, el pago de tu reembolso se realizará por medio de vale vista, el cual estará disponible en cualquier sucursal de Banco BCI para el retiro del titular o de quien presente los poderes necesarios para su retiro.

¿Cuánto se demora la compañía en pagar una solicitud de reembolso?

En el caso de los gastos ambulatorios la Compañía liquidará los gastos en un plazo de 5 días hábiles.

En caso de los gastos hospitalarios, la compañía entregará la liquidación en un plazo de 10 días hábiles.

Buen uso del seguro

- Para utilizar de buena manera tu seguro, te recomendamos seguir los siguientes tips.
- Utiliza siempre la red de prestadores de tu institución de salud
- Si realizas una consulta particular (para asegurados FONASA), recuerda que este tiene un tope dentro del plan de beneficios y que debes adjuntar tu certificado de afiliación a FONASA.
- Todos tus gastos deben ser enviados previamente a tu institución de salud y luego ser enviados a la compañía de seguros.
- Si debes realizarte alguna hospitalización programada y estas afiliado a una Isapre, consulta por la red de ventanillas únicas vigentes para ahorrar tramites posteriores.
- Para procedimientos como kinesiología, psicología, etc. Recuerda adjuntar la orden medica indicando señalando tipo de tratamiento y número de sesiones.
- Para reembolso de medicamentos o compra de lentes ópticos, recuerda adjuntar siempre la receta médica.
- Si vas a utilizar el canal de denuncia tradicional (RR.HH) recuerda enviar la documentación original, salvo para los medicamentos con receta de permanencia, para la cual mes a mes deberás enviar la copia de la receta.
- Recuerda que las boletas de honorarios conforme a la ley, deben ser electrónicas
- Para tus gastos dentales el odontólogo deberá completar siempre las piezas a tratar y el procedimiento correspondiente.

Ante cualquier duda no dudes en contactar a la encargada del seguro, quien podrá orientarte ante cualquier consulta y podrá gestionar tus requerimientos con la compañía.

Plan Dental

Seguro Dental - CAD320180077

COBERTURA DENTAL	% Bono	% Libre Elección	Tope Prest. UF	Tope Anual UF
Consulta, Cuidado Dental Rutinario, Cirugía, Endodoncia, Radiografía, Laboratorio, Odontopediatría, Operativa Bucal, Periodoncia, Medicamentos, Urgencia, Implantes, Disfunción, Ortodoncia y Prótesis.	50%	30%	1 vez arancel Dental Consorcio	10
Carencia	3 meses en Ortodoncia y Prótesis.			
Tipo de Deducible	Deducible Anual por Grupo Familiar			
Tope Deducible	Máximo 3 por Grupo Familiar			
Deducible Titular sin cargas			UF	0,9
Deducible Titular con 1 carga			UF	1,7
Deducible Titular con 2 cargas			UF	2,4
Deducible Titular con 3 cargas			UF	3,0
Deducible Titular con 4 o más cargas			UF	3,6

(* Prestador Preferente: Redental

Condiciones de Suscripción

- Número de asegurados:334
- Cualquier cambio en la actividad de los asegurados, se evaluará nuevamente el riesgo.
- No se cubren preexistencias por enfermedades conocidas con anterioridad a la vigencia del asegurado en el seguro. Por lo tanto, se cubren patologías desarrolladas durante la permanencia del asegurado en el seguro.
-

Edades Salud y Dental	Ingreso	Permanencia
Titular	88 años y 364 días	Al cumplir los 90 años
Cónyuge	88 años y 364 días	Al cumplir los 90 años
Hijo	17 años y 364 días	Al cumplir los 18 años

Los hijos podrán ingresar hasta los 27 años y permanecer cubiertos en la póliza hasta cumplir los 28 años siempre que sean carga familiares, que estén solteros y que se encuentren estudiando.

Los hijos podrán ingresar desde el día 14 del nacimiento.

- Toda prestación no detallada en el plan de beneficio anterior se entiende no cubierta.
- Se otorga un plazo máximo de 60 días desde la fecha de emisión o renovación de la póliza para ingresar al seguro. Nuevas contrataciones de personal durante la vigencia de la póliza podrá ingresar al seguro con un plazo máximo de 60 días desde la fecha de contratación indefinida.

Otras Consideraciones

1. Todo siniestro sobre 50 UF de monto reclamado tendrá un plazo de liquidación de 10 días hábiles.
2. Se deberá entregar la póliza y última nómina de cobranza de la compañía anterior, en un plazo no superior a treinta (30) días corridos contado desde el cierre comercial de esta cotización.
3. 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.

Condiciones Especiales

* Para tomar el seguro dental es requisito estar en el plan de salud.

* Esta cotización considera prestador preferente Redental.

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.

Esta cotización 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 max. de permanencia en pólizas. Cualquier aceptación especial, deberá contar con la autorización formal y por escrito de Consorcio.

IMPORTANTE.

Al contratar o incorporarse a este seguro de salud, usted debe tener presente lo siguiente:

1. Este es un seguro voluntario, que reembolsa solo los gastos médicos cubiertos por esta póliza y de cargo del asegurado.
2. Este seguro, no sustituye la cobertura que otorga el sistema de salud previsional y no necesariamente cubre las mismas prestaciones.
3. Antes de contratar este seguro es importante que usted se informe y tenga claridad sobre los siguientes aspectos:
 - Duración de este seguro.
 - Cómo y bajo qué condiciones se renueva este seguro.
 - De qué manera se va a reajustar el costo de este seguro, en caso de renovación.
 - En qué casos NO SE PAGARÁ ESTE SEGURO.
 - Los requisitos para cobrar el seguro.
4. 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

5. Las Condiciones Generales de este seguro se encuentran depositadas con el código POL320220123 en la Comisión para el Mercado Financiero. Usted puede revisar este texto en www.cmfchile.cl.



www.consorcio.cl

600 221 3000