

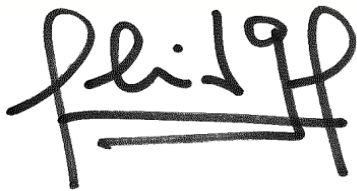
POLIZA DE SEGUROS COLECTIVOS
SEGURO COMPLEMENTARIO DE SALUD
POL320220123

DATOS DE LA PÓLIZA

Número de Póliza : 23617
RUT Contratante : 73.055.700-0
Nombre Contratante : Federación Nacional De Prof. Univers. De La Salud "Fenpruss"
Fecha de Vigencia : Desde 01 de Agosto 2025 hasta 31 de Julio 2026

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

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



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

Federación Nacional De Prof. Univers.
De La Salud "Fenpruss"
(Firma Contratante)

Santiago, 23 de julio de 2025

POLIZA N° 23617**POLIZA DE SEGUROS COLECTIVOS
CONDICIONES PARTICULARES**

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

DATOS GENERALES DE LA PÓLIZA

Contratante	:	Federación Nacional De Prof. Univers. De La Salud "Fenpruss"
Rut	:	73.055.700-0
Dirección Contratante	:	Gorbea N° 1727, Santiago
Grupo Empresarial	:	Fenpruss
Vigencia	:	Desde 01 de Agosto 2025 hasta 31 de Julio 2026
Modalidad pago de prima	:	Mensual
Tipo de Facturación	:	Por Cobrar
Tipo de Cobranza	:	Anticipada
Ámbito Territorial	:	República de Chile

Cobertura(s) Contratada(s) por Asegurado:**Grupo 1 Plan <70 años****Grupo 2 Plan >70 años****Grupo 3 Plan Padres****Grupo 4 Plan evaluación**

Cobertura	Condiciones Generales que Rigen la Cobertura	Asegurados con Cobertura
Complementario de Salud	: POL320220123	Titular - Cónyuge - Hijo

I. COSTO DEL SEGURO**Grupo 1 Plan <70 años****Grupo 2 Plan >70 años****Grupo 4 Plan evaluación**

Asegurados	Prima Neta Mensual UF Salud	IVA UF	Prima Bruta Mensual UF
Titular sin cargas	0.9075	0.1725	1.0800
Titular con 1 carga	1.8150	0.3450	2.1600
Titular con 2 cargas	2.7225	0.5175	3.2400
Titular con 3 cargas	3.6300	0.6900	4.3200
Titular con 4 o más cargas	4.5375	0.8625	5.4000

Grupo 3 Plan Padres

Asegurados	Prima Neta Mensual UF Salud	IVA UF	Prima Bruta Mensual UF
Padres	0.9075	0.1725	1.08

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

II. 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 Security.
- Para nuevos asegurados, no se cubren Preexistencias relacionadas, consecuencias y/o derivaciones de las mismas por enfermedades conocidas con anterioridad a la vigencia del asegurado en el seguro, se cubren entonces, patologías desarrolladas durante la permanencia del asegurado en el seguro.
- 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.
- Beneficiarios:
 - ✓ Cónyuge ó Conviviente, que se encuentre o no registrada como carga legal por el asegurado titular en su empresa.
 - ✓ Hijos solteros, que se encuentren o no registrados como carga legal por el asegurado titular en su empresa.
- Todo nuevo asegurado incorporado en la fecha que califica para su incorporación al seguro, pero que no cumple con lo establecido en la tabla de requisitos de asegurabilidad, será incorporado en el plan de la cobertura de salud requerido, contemplando un límite de monto máximo de reembolso anual de UF10. Se entiende que la cobertura únicamente comprende la cobertura de salud y no comprende coberturas adicionales si las hubiere.
- MATERNIDAD (Ampliación): Se otorgará cobertura conforme a lo establecido en Cuadro de Beneficios para todos aquellos casos de Embarazos Preexistentes que ingresen a una póliza, sea titular o cónyuge de un titular. Esta condición CUBRE los gastos ambulatorios durante el embarazo, sin embargo NO CUBRE ninguna patología congénita del recién nacido, así como tampoco las complicaciones del embarazo y/o parto, si fuere el caso que esta cobertura la considere el plan de beneficios en forma separada de los eventos "parto y cesárea".

- **Complicaciones del Embarazo y Parto:** Son todas aquellas complicaciones que se asocian a un embarazo fisiológico y que pueden ocurrir tanto durante el propio embarazo, como en el evento mismo del parto o cesárea, tales como, diabetes gestacional, placenta previa, embarazo ectópico, hiperémesis, hemorragia, hipertensión embarazo prolongado, y en el momento del parto, puede que el este no comience cuando se rompen las membranas que contienen al feto (rotura prematura de las membranas), o bien puede empezar antes de las 37 semanas de embarazo (parto pre término) o más de 2 semanas después de la fecha estimada de parto (embarazo pos término, así mismo, se añaden en ocasiones problemas o trastornos médicos de la madre (pelvis estrecha), o el feto, un desarrollo del parto lento o una posición anormal del feto(distocias), excesiva hemorragia vaginal y una frecuencia cardíaca anormal del feto, prolapso del cordón umbilical, doble circular del cordón, cuello cervical incompetente, cesárea, etc. Se bonificarán los gastos de las complicaciones mencionadas, sólo bajo éste ítem de cobertura que deriven o no en un parto, cuando este ítem se encuentra habilitado y con cobertura, considerando que se bonificaran todos los excesos no cubiertos por el ítem respectivo (parto normal, cesárea o aborto).
- **Cirugía Ocular,** comprende el tratamiento relacionado a esta cirugía, tales como procedimientos, insumos, honorarios médicos y lentes intraoculares, conforme a lo siguiente:
 - ✓ a) Cirugía específica por los siguientes diagnósticos (láser o no láser): miopía, hipermetropía, astigmatismo, presbicia, defectos aberrométricos o astigmatismo irregular. Esta cobertura estará condicionada a que se trate de pérdidas de visión mayores o iguales tres (3) dioptrías y que, además, el asegurado que produce los gastos aquí descritos, sea mayor de veinte (20) años y con cobertura ininterrumpida en la póliza por más de dieciocho (18) meses.
 - ✓ b) Cirugía general por otros diagnósticos no incluidos en la letra a) anterior, cuando estos se produzcan por enfermedad diagnosticada o por accidente ocurrido con posterioridad al inicio de la vigencia del asegurado en la póliza. Esta cobertura estará sujeta a la acreditación de la necesidad de la cirugía mediante un informe del médico tratante y la presentación de todos los exámenes que lo respalden.
- **Informar en Formulario de Incorporación los siguientes antecedentes:**
 - ✓ Capital solicitado
 - ✓ Número de Póliza
 - ✓ Rol de Asegurado Titular; en caso de no contar con estos datos el Formulario será rechazado
- **Para los Gastos Ambulatorios de Salud y Gastos Hospitalarios:** efectuado un gasto médico reembolsable en virtud de la presente póliza, el asegurado deberá presentarlos a la compañía en un plazo máximo no superior a (60) sesenta días desde la fecha de emisión del bono o reembolso, boletas o facturas, de lo contrario la compañía no estará en la obligación de pagar el siniestro.

- 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.
- 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
- Póliza Considera los siguientes prestadores Preferentes:
 - ✓ Clínica Dávila
 - ✓ Hospital Clínico Universidad de Chile
 - ✓ Red Ambulatoria 10% Adicional
 - ✓ Red Hospitalaria 10% Adicional
- Se otorgan los siguientes beneficios y/o convenios:
 - ✓ I-Med
 - ✓ Farmacia Salcobrand
 - ✓ Farmacia Cruz Verde
 - ✓ Farmacia Ahumada
 - ✓ Clave asegurados
 - ✓ Facturación Directa
 - ✓ Convenio Afinidad Clínica Odontológica Padre Mariano
 - ✓ Convenio Afinidad Clínica Uno Salud Dental
 - ✓ Convenio Afinidad Centro de Especialidades Odontológicas del Inca – CEOI
 - ✓ Convenio Afinidad Ópticas GMO y Econópticas
 - ✓ Convenio Afinidad Clínica Odontológica Andes (Concepción)
 - ✓ Convenio Afinidad Clínica Ortodontik
 - ✓ Convenio Afinidad Clínica Sanasalud
 - ✓ Convenio Afinidad Clínica Proh
 - ✓ Convenio Afinidad Clínica Puerta del Sol
 - ✓ Convenio Afinidad Farmex
 - ✓ Asistencia Telemedicina

III. CONDICIONES GENERALES SEGURO COLECTIVO COMPLEMENTARIO DE SALUD

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

ARTÍCULO 2: COBERTURA Y MATERIA ASEGURADA

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

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

ARTÍCULO 3: DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS

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

A. COBERTURA DE GASTOS POR HOSPITALIZACIÓN

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

Hospitalización Domiciliaria: (Home Care), se otorgará esta cobertura siempre y cuando la prestación haya sido bonificada por la Isapre, en los porcentajes y topes indicados en el cuadro de beneficios.

Gastos Donantes Vivo, esta prestación se considera, según condiciones detalladas en el Anexo N°1.

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

Se reembolsarán los gastos incurridos y no bonificados por el Sistema Previsional de Salud del asegurado, provenientes de la atención de Parto, Cesárea, Aborto Involuntario o Interrupción voluntaria del embarazo en casos autorizados por ley. Sin perjuicio de los límites definidos para esta cobertura en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de

la póliza, se reembolsarán bajo los ítems parto normal, cesárea, aborto involuntario e interrupción voluntaria del embarazo en casos autorizados por ley de esta cobertura, sólo los gastos incurridos por el asegurado titular o su cónyuge asegurado y el recién nacido, hasta el tercer día de hospitalización en caso de parto normal, aborto involuntario e interrupción voluntaria del embarazo en casos autorizados por ley, y hasta el quinto día de hospitalización en caso de cesárea, ambos plazos contados desde el día del parto o aborto involuntario o interrupción voluntaria del embarazo en casos autorizados por ley, según corresponda.

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

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

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

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

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.

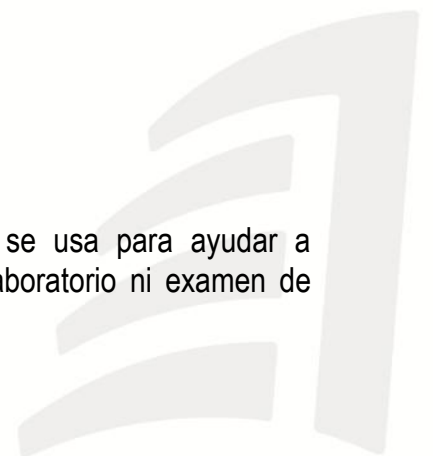
Para que sea considerado como tal, la complejidad de Pabellón debe ser superior a 4, de acuerdo a lo definido por Fonasa.

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

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.

D. COBERTURA DE GASTOS MEDICAMENTOS AMBULATORIOS

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

E. COBERTURA DE GASTOS SALUD MENTAL

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

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

F. COBERTURA DE GASTOS MEDICOS ADICIONALES

Gastos por Óptica, lo que incluye todo gasto por marcos ópticos, cristales y lentes de contacto, que sean recetados por el oftalmólogo con el fin de corregir una malformación congénita o alteración de la visión, excluyéndose expresamente todos aquellos con fines de protección, como los lentes utilizados para evitar fatiga visual (V.D.T).

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

Se cubre Obesidad Mórbida:

Considera Índice de Masa Corporal (IMC) ≥ 40 bajo ítem Hospitalario.

Para todos los efectos de esta póliza se considera como obesidad mórbida lo señalado por OMS (Organización Mundial de la Salud) con relación al índice de masa corporal (IMC) 35 a 39,9, más co-morbilidades que afecten (al menos una) en forma severa la calidad de vida, dentro de las cuales se considerarán: Diabetes Mellitus Tipo 2, Cardiopatías Severas Secundarias a Obesidad (Dislipidemia o Hipertensión arterial), Apnea Obstructiva del Sueño Severa y/o Enfermedades Osteoarticulares Severas Candidatas a Prótesis de Reemplazo. Esta condición será válida siempre y cuando no sean consideradas preexistentes y la cobertura de Obesidad Mórbida se encuentre en el Plan de Beneficios de Salud.

G. COBERTURA DE GASTOS MEDICOS EN EL EXTRANJERO

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

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

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

ARTÍCULO 4: LIMITACIONES DE LAS COBERTURAS

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

En aquellos casos en que el asegurado este afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, y las prestaciones o gastos reclamados no cuenten con bonificación, aporte y/o reembolso mayor que cero (0) en tales instituciones, por cualquier causa que sea, se cubrirá el 50% del valor facturado y al monto resultante se aplicará los porcentajes y topes del plan contratado. Se exceptúa de este criterio Medicamentos Ambulatorios, Gastos Ópticos y Salud Mental, en caso 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 en las siguientes instituciones de salud: Santa María, Alemana, Las Condes, UC San Carlos, U. Los Andes y MEDS, es menor al 55% el reembolso de la compañía será calculado considerando que el Sistema de Salud Previsional reembolsó 55% del costo de la prestación, por lo que el copago del asegurado es del 45% monto sobre el cual se aplicarán los porcentajes, topes y deducibles del plan contratado. Se exceptúa de esta condición Medicamentos Ambulatorios, Gastos Opticos, Aparatos Auditivos, Prótesis, Ortesis y Salud Mental, en caso que alguna de éstas esté contratada.

ARTÍCULO 5: CARENCIA

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

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

ARTÍCULO 7: ASEGURADOS

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

Grupo 1 Plan <70 años

Grupo 2 Plan >70 años

Grupo 3 Plan Padres

Grupo 4 Plan evaluación

Tipo Asegurado	Requisito de Asegurabilidad Edades máxima (*)	
	Ingreso	Permanencia
Titular	88 años y 364 días	Al cumplir 90 años
Cónyuge	88 años y 364 días	Al cumplir 90 años
Cargas Padres	78 años y 364 días	Al cumplir 80 años
Hijo	17 años y 364 días	Al cumplir 18 años

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

(**) Los asegurados podrán permanecer en la póliza, hasta los 90 años, con rebaja en cobertura de salud según se indica en el plan, sin cobertura catastrófica, esta condición es para asegurados que cumplan con las edades establecidas, no se limita al grupo familiar.

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

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

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.

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

ARTÍCULO 10: DECLARACION DEL CONTRATANTE Y ASEGURADO

Consorcio 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 cuentas bancarias indicadas por la Compañía

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

El envío de cobranza deberá realizarse a:

Nombre del contacto	: Rodrigo Morales, Manuel Moya
Empresa	: Redwes Corredores De Seguros
Dirección	: Av. La Dehesa 181, Oficina 714, Lo Barnechea
Correo electrónico	: rodrigo.morales@redwes.com manuel.moya@segurosredwes.com
Tipo de despacho	: Correo Electrónico

El envío de correspondencia de suscripción deberá realizarse a:

Nombre del contacto	: Rodrigo Morales
Empresa	: Redwes Corredores De Seguros
Dirección	: Av. La Dehesa 181, Oficina 714, Lo Barnechea
Correo electrónico	: rodrigo.morales@redwes.com
Tipo de despacho	: Correo Electrónico

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

Esta Póliza tiene modalidad No Contributoria



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

Presentación de Gastos Médicos: Con el propósito de efectuar el reembolso el empleado asegurado deberá presentar:

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

Documentación básica que identifique los gastos incurridos y presentados en la solicitud: boletas o facturas de atenciones médicas, copia de bono o reembolso de Instituciones de Salud, órdenes de exámenes o tratamientos, copia de programas médicos cuando corresponda.

Atención de Urgencia: Para casos de atención en Servicios de Urgencia se debe presentar:
Formulario "Solicitud de Reembolso" completado en su sección B por el asegurado. En estos casos no se exigirá completar sección A.

Documentos básicos que identifiquen los gastos incurridos, en los que conste la atención de urgencia.

Reembolso de ítem Medicamentos Ambulatorios, será necesario presentar:

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

Receta médica en original, a nombre del beneficiario (nombres y apellidos completos), timbrada por la farmacia junto a la boleta respectiva, la cual debe identificar el o los medicamentos y su costo unitario.

Los medicamentos de uso prolongado deben adjuntar lo siguiente:

Primer reembolso:

Solicitud de Reembolso completada en la sección A por el médico tratante y en la sección B por el asegurado.

Receta original que señale la duración del medicamento, timbrada por la farmacia junto a la boleta. La receta será devuelta al asegurado junto a la liquidación correspondiente.

Boleta de farmacia identificando el o los medicamentos y su costo unitario.

Posteriores reembolsos:

Solicitud de Reembolso completada sólo en la sección B por el asegurado.

Fotocopia de la receta original, timbrada por la farmacia junto a la boleta.

Boleta de farmacia identificando el o los medicamentos comprados y su costo unitario.

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

Medicamentos con retención de receta:

En caso de retención de la receta por parte de la farmacia, se deberá presentar:

Solicitud de Reembolso completada en la sección A por el médico tratante y en la sección B por el asegurado.

Fotocopia de la receta con timbre de la farmacia que señale su calidad de receta retenida.

Boleta de farmacia que identifique el medicamento comprado y su costo unitario.

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

Validez de los documentos:

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

Rechazo de solicitudes:

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

Entrega de Solicitud reembolso:

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

Las solicitudes de reembolso serán canceladas, a lo más, en cinco días de recepcionada la documentación. Las solicitudes recepcionadas posteriores a las 13:30 horas, los cinco días comenzarán a regir desde las 9:00 horas el día hábil siguiente.

Se exceptúan de este plazo, las solicitudes de reembolso cuyo monto reclamado sea igual o superior a 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.

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.

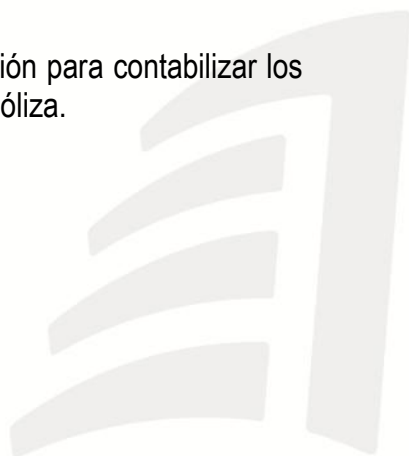
ARTÍCULO 19: APLICACIÓN DEL DEDUCIBLE

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 Agosto 2025 y con una duración de un año.

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



ARTÍCULO 21: INCORPORACIÓN DE ASEGURADOS Y VIGENCIA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

Inclusión y exclusión de asegurados:

Podrán incorporarse a la póliza hasta el día 25 de cada mes, los nuevos trabajadores, durante la vigencia de la misma, suscribiendo el formulario de Incorporación Seguro Colectivo y con notificación expresa del contratante, en cuyo caso la vigencia corresponderá a la indicada por el Contratante siempre y cuando esta no sea superior a 60 días; en caso de que no se indique fecha inicio esta será la fecha de timbre de recepción en la Compañía.

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

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

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

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

Incorporación de asegurados con formulario en pdf y envío de designación de beneficiarios vida:

altas.colectivo@consorcio.cl

Exclusión de asegurados: bajas.colectivo@consorcio.cl

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

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

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

En caso de verificarse algún cambio de circunstancia o alguna modificación de la legislación o normativa vigente relacionada al sistema de salud previsional público o privado, que altere

significativamente la cobertura del seguro, sea en cuanto al riesgo asumido o a los beneficios que otorga, en comparación a las condiciones existentes al momento de la celebración del contrato, la Compañía podrá proponer al contratante nuevas condiciones de cobertura y prima, las que en caso de no ser aceptadas por el contratante o no obtener respuesta de parte de éste en el plazo otorgado por la Compañía en la comunicación enviada al efecto, dará lugar a la terminación anticipada del contrato.

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

- (a) En caso de cualquier hecho o circunstancia que altere sustancialmente la cobertura previsional pública o privada del asegurado afectando la cobertura del seguro, sea en cuanto al riesgo asumido o a los beneficios que otorga, en comparación a las condiciones existentes al momento de la celebración del contrato. Se entenderá que un cambio altera sustancialmente la cobertura del seguro, cuando ocurra una disminución de los planes de salud previsional del asegurado en un porcentaje igual o mayor de aquel que se indique en las Condiciones Particulares de la Póliza o cuando un porcentaje de los asegurados, superior al señalado en las Condiciones Particulares, cambien su sistema previsional vigente. En este último caso, a solicitud de la Compañía, el Contratante estará obligado a informarle respecto de los asegurados y su sistema previsional. En caso de incumplir dicha obligación, la Compañía estará facultada para terminar anticipadamente la Póliza.
- (b) Aplicación de reglas de suscripción de riesgo no previstas, inconciliables o que impongan restricciones respecto de aquellas consideradas por la Compañía al momento del otorgamiento de la póliza tales como, y sin que la siguiente enumeración sea taxativa, el levantamiento de exclusiones, cobertura de preexistencias, cambios en los requisitos de asegurabilidad, cambios en las prestaciones cubiertas.
- (c) Modificación del orden de prelación en la aplicación de la cobertura del sistema de salud previsional que implique la concurrencia de la cobertura de esta póliza con anterioridad o prescindencia de la cobertura del sistema de salud previsional.
- (d) Imposición de aranceles de prestaciones médicas que produzcan como efecto el otorgamiento de bonificaciones sobre prestaciones no contempladas en la póliza, o que supongan el pago de dichas prestaciones en un porcentaje superior al que se indica en las Condiciones Particulares del seguro; o bien, que impongan el reembolso de prestaciones en cuyo otorgamiento se empleen nuevas tecnologías no contempladas en los aranceles considerados al momento de la suscripción.

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

ARTÍCULO 23: TÉRMINO DEL CONTRATO DE SEGURO COLECTIVO

Término vigencia de contrato el 31 de Julio 2026

ARTÍCULO 24: TERMINO DE LAS COBERTURAS INDIVIDUALES

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

ARTÍCULO 25: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

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

ARTÍCULO 28: MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO

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

ARTÍCULO 29: DOMICILIO

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



CONDICIONES GENERALES Y CLAUSULAS ADICIONALES

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

Coberturas	Código CMF
Salud Complementario	POL320220123

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

http://www.cmfchile.cl/institucional/legislacion_normativa/normativa.php?mercado=S



BONIFICACIÓN EN LÍNEA VÍA I-MED PARA REEMBOLSOS AMBULATORIOS.

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

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

Monto máximo de reembolso en línea UF 10 por solicitud.

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

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

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



CLAVE INTERNET PARA ASEGURADOS

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



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

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



CONVENIO FACTURACIÓN DIRECTA

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

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

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

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



**PRESTADORES PREFERENTES
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE - CLINICA DAVILA – RED HOSPITALARIA
NACIONAL**

Para ser uso de las prestaciones entregadas según convenio Prestadores Preferentes, usted debe tener en consideración:

- El Prestador Preferente aplica solo para hospitalizaciones programadas, no siendo aplicable para atenciones de urgencia.
- La hospitalización debe realizarse en modalidad institucional, es decir, con médicos del staff y en pieza pluripersonal.
- Tope anual de reembolso por beneficiario es de UF 300 no aplica deducible y la cobertura para beneficio de Hospitalización es de un 100% en:

Prestación	Porcentaje	Tope Máximo
Día Cama (Habitación Doble)	100%	Sin limite
Honorarios Médicos Convenidos	100%	Sin limite
Servicios Hospitalarios	100%	Sin limite

- Esta cobertura opera después de su Institución Previsional de Salud o Fonasa.
- En caso de que no existiera bonificación por parte de la Institución de Salud Previsional o Fonasa no serán aplicables los beneficios de prestador preferente anteriormente señalados.

Procedimiento para reembolso de Gastos Hospitalarios

Con el propósito de efectuar el reembolso, el asegurado deberá presentar:

1. Formulario "Solicitud de Reembolso" completado y firmado por el médico tratante en su sección A, y por el asegurado mismo en su sección B.
2. 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.
3. El asegurado deberá entregar toda la documentación de reembolso al contratante de la póliza.

PRESTADOR	RUT
SERVICIO DE SALUD SUR HOSPITAL EXEQUIEL	61608102-0
EJERCITO DE CHILE III DIVISION CONCEPCION	61101009-5
EJERCITO DE CHILE HOSPITAL MILITAR DE SANTIAGO	61101030-3
HOSPITAL MILITAR DEL NTE DEL CIRUJANO JEFE DEL EJERCITO DR J M OJEDA O	61101086-9
HOSPITAL NAVAL ALMIRANTE NEF	61102017-1
SUBSECRETARIA DE MARINA HOSP NAVAL ALMIR	61102025-2
HOSPITAL NAVAL CIRUJANO GUZMAN DE MAGALL	61102029-5
POLICLINICO IVA ZONA NAVAL	61102089-9
SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL DE FLORIDA	61602199-0
SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL DE CORONEL	61602201-6
SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL DE LOTA	61602203-2
SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL DE SANTA JUANA	61602204-0
SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL DE CURANILAHUE	61602211-3
SERVICIO DE SALUD ARAUCO HOSPITAL DE LEBU	61602212-1
SERVICIO SALUD BIO BIO HOSPITAL NACIMIENTO	61602220-2
SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA NORTE HOSPITAL DE ANGOL	61602222-9
SERVICIO SALUD ARAUCANIA HOSPITAL DE COLLIPULLI	61602223-7
SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL PUREN	61602224-5
SERVICIO SALUD ARAUCANIA NORTE HOSPITAL VICTORIA	61602229-6
SERVICIO SALUD ARAUCANIA SUR HOSPITAL PITRUFQUEN	61602238-5
SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA SUR HOSPITAL DE GALVARINO	61602240-7
SERVICIO SALUD ARAUCANIA NORTE HOSPITAL CURACAUTIN	61602241-5
SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA SUR HOSPITAL VILCUN	61602242-3
SERVICIO SALUD ARAUCANIA SUR HOSPITAL TOLTEN	61602243-1
SERVICIO SALUD ARAUCANIA SUR HOSPIT DR EDUARDO GONZALEZ GALENO CUNCO	61602244-K
SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA SUR HOSPITAL DE GORBEA	61602245-8
SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA SUR HOSPITAL CARAHUE	61602246-6
SERVICIO DE SALUD DE LA ARAUCANIA SUR HOSPITAL LONCOCHE	61602247-4
SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA SUR HOSPITAL VILLARRICA	61602248-2
HOSPITAL CLINICO DE LA FUERZA AEREA GRAL DR RAUL YAZIGI JAUREGUI	61103007-K
FONDO HOSPITAL DE LA DIRECCION DE PREVISION DE CARABINEROS DE CHILE (DIPRECA)	61513003-6
SERV NAC SALUD HOSPITAL DE LOS ANDES	61602036-6
HOSPITAL CARLOS VAN BUREN	61602054-4
HOSPITAL DR. EDUARDO PEREIRA RAMIREZ	61602057-9



HOSPITAL DE PEÑAFLO	61602121-4
HOSPITAL DE TALAGANTE	61602122-2
HOSPITAL BASE DE OSORNO	61602260-1
HOSPITAL LLANQUIHUE	61602268-7
HOSPITAL DE FRUTILLAR SERVICIO DE SALUD DEL RELONCAVI	61602270-9
SERVICIO DE SALUD DEL RELONCAVI HOSPITAL MAULLIN	61602272-5
SERVICIO DE SALUD DEL RELONCAVI HOSPITAL DE FUTALEUFU	61602274-1
SERVICIO DE SALUD CHILOE HOSPITAL CASTRO	61602275-K
SERVICIO DE SALUD HOSPITAL DE ACHAO	61602278-4
SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL DE Coyahique	61602280-6
HOSPITAL CISNES AYSÉN	61602293-8
HOSPITAL TRAUMATOLÓGICO DE CONCEPCIÓN	61602295-4
SERVICIO DE SALUD HOSPITAL CHAITEN	61602311-K
SERVICIO DE SALUD DEL RELONCAVI	61602312-8
HOSPITAL DE MELIPILLA	61602123-0
HOSPITAL CURACAVI	61602125-7
HOSP. CLAUDIO VICUÑA	61602126-5
HOSPITAL DE GRANEROS	61602132-K
SERVICIO DE SALUD HOSPITAL DE COÍNCO	61602134-6
HOSPITAL REGIONAL DE RANCAGUA	61602138-9
SERVICIO DE SALUD HOSPITAL DE RENGO	61602140-0
SERVICIO DE SALUD HOSPITAL DE SAN VICENTE DE TAGUA TAGUA	61602141-9
SERVICIO DE SALUD HOSPITAL DE PEUMO	61602142-7
SERVICIO DE SALUD HOSPITAL DE PICHIDEGUA	61602143-5
SERVICIO DE SALUD HOSPITAL DE SAN FERNANDO	61602145-1
SERVICIO DE SALUD HOSPITAL DE CHIMBARONGO	61602146-K
SERVICIO DE SALUD DE NANCAGUA	61602147-8
SERVICIO DE SALUD HOSPITAL DE SANTA CRUZ	61602148-6
SERVICIO DE SALUD HOSPITAL DE LOLOL	61602150-8
SERVICIO DE SALUD HOSPITAL DE MARCHIGÜE	61602151-6
HOSPITAL DE LITUECHE	61602152-4
SERVICIO DE SALUD HOSPITAL DE PICHILEMU	61602153-2
HOSPITAL GUILLERMO GRANT BENAVENTE DE CO	61602189-3
SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL DE COELEMU	61602194-K
HOSPITAL PENCO DE LIRQUEN	61602198-2
SERVICIO DE SALUD DE ARICA	61606000-7
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE	61606100-3
SERVICIO DE SALUD ANTOFAGASTA HOSPITAL L	61606201-8
HOSPITAL CARLOS CISTERNAS	61606202-6
HOSPITAL 21 DE MAYO TAL TAL.	61606204-2



HOSPITAL DE MEJILLONES	61606205-0
HOSPITAL PROVINCIAL DEL HUASCO MSR FERNANDO ARIZTIA RUIZ	61606303-0
SERVICIO DE SALUD ATACAMA HOSPITAL DE CHANARAL	61606305-7
HOSPITAL FLORENCIO VARGAS DIAZ.	61606306-5
HOSPITAL REGIONAL DE COPIAPO	61606307-3
SERVICIO SALUD ATACAMA HOSPITAL DE HUASC	61606309-K
SERVICIO DE SALUD COQUIMBO	61606400-2
SERVICIO DE SALUD COQUIMBO HOSPITAL VICUNA	61606401-0
SERVICIO DE SALUD COQUIMBO HOSPITAL LA SERENA	61606402-9
SERVICIO DE SALUD COQUIMBO HOSPITAL DE COQUIMBO	61606403-7
SERVICIO DE SALUD COQUIMBO HOSPITAL DE OVALLE	61606404-5
SERVICIO DE SALUD COQUIMBO HOSPITAL COMBARBALA	61606406-1
SERVICIO DE SALUD COQUIMBO HOSPITAL DR. HUMBERTO ELORZA CORTES	61606407-K
SERVICIO SALUD COQUIMBO HOSP DE SALAMANCA	61606408-8
SERVICIO DE SALUD COQUIMBO HOSPITAL DE LOS VILOS	61606409-6
SERVICIO DE SALUD VALPARAISO SAN ANTONIO	61606500-9
SERVICIO SALUD VINA DEL MAR QUILLOTA	61606600-5
HOSPITAL DR GUSTAVO FRICKE DE VINA DEL MAR	61606602-1
HOSPITAL DE QUILPUE	61606604-8
SERVICIO DE SALUD VINA DEL MAR QUILLOTA	61606605-6



CONVENIO AFINIDAD CLÍNICA ODONTOLÓGICA PADRE MARIANO

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

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

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

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



Convenio Consorcio N° 1179

Horario de atención:

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

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

Direcciones:

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

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

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

CONVENIO AFINIDAD CLÍNICA UNO SALUD DENTAL

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

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

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

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

Reservas de hora en www.unosalud.cl o llamando al 600 707 1010 / desde celulares 2 2763 8900.

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

Detalle de ubicación de las Clínicas y horarios de atención:

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



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

CONVENIO AFINIDAD CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DEL INCA – CEOI

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

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

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

Horario de Atención:

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

Sábado: de 09:00 hrs a 13:00 hrs

Dirección:

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

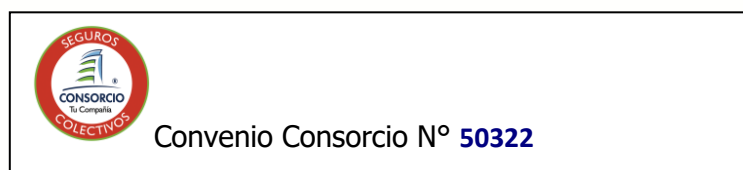
- Los descuentos señalados no son acumulables con otras promociones.
- Los descuentos no constituyen cobertura.
- Consortio no está obligado a reembolsar beneficios a los asegurados que no estén incorporados en un seguro complementario de salud que contemple cobertura específica de Gastos Dentales.

CONVENIO AFINIDAD ÓPTICAS GMO – ECONÓPTICAS

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

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

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



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

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

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

CONVENIO AFINIDAD CLÍNICA ODONTOLÓGICA ANDES

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

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

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

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

Horario de Atención:

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

Sábados de 09:00 a 13:00 horas.

Dirección:

Cochrane 472, Concepción.

Teléfonos:

(41) 3241340 – (41) 3250355

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

CONVENIO AFINIDAD CLÍNICA ORTODONTIK

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

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

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

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

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

Correo Electrónico: contacto@ortodontik.cl

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

CONVENIO AFINIDAD CLÍNICA SANASALUD

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

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

- Diagnóstico sin Costo
- 60% Dcto. En todas las prestaciones dentales (Excluye laboratorio o valores en promoción)
- Limpieza dental a \$14990
- Pack RX Bitewing+Panóramica a \$19990

Formas de Pago

- **12 cuotas** precio contado Tarjeta
- **12 cuotas** precio contado Cheque
- **PAT** en alianza con Tarjetas

Pago según **avance de tratamiento**

Teléfono

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

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

Direcciones:

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

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



CONVENIO AFINIDAD CLÍNICA PROH

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

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

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

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

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

Direcciones:

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



CONVENIO AFINIDAD CLÍNICA PUERTA DEL SOL

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

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

1. **CONSULTA OFTALMOLÓGICA:**

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

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

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

Requisitos:

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

2. **EXAMENES:**

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

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

Requisitos:

Solo valido mismo momento de cancelar el examen.

- 20% descuento en precio de lista de exámenes con codificación FONASA para pacientes Particulares

Requisitos

Solo valido mismo momento de cancelar el examen.

Cancelar examen como Particular

3. CIRUGIA:

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

Requisitos

Solo valido mismo momento de cancelar el lente intraocular

Solo se aplica a pacientes que paguen contra boleta.

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

Requisitos

Cirugía realizada en IOPS.

Solo valido mismo día de la cirugía.

Solo se aplica a cuentas libre elección (no valido para Ges, Auge y Cuenta Conocida o similar)

Solo un Kit por paciente en el mes.

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

Direcciones:

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

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



Convenio Asistencia Telemedicina

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

CONSULTA ESPECIALIDADES MEDICAS

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

LIFESTYLE & WELLNESS

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

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



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°23617

I. CONDICIONES PLAN SALUD

Grupo 1 Plan <70 años

Grupo 2 Plan >70 años

Grupo 3 Plan Padres

Grupo 4 Plan evaluación

SEGURO COMPLEMENTARIO SALUD - POL320220123

Topes y Deducibles			
Tope anual de reembolso por Beneficiario menor de 70 años	UF		400
Tope anual de reembolso por Beneficiario mayor de 70 años	UF		250
Tope anual de reembolso Cargas Padres	UF		100
Tope anual de reembolso por Beneficiario en evaluación	UF		10
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
Cobertura en el Extranjero	Idem Plan de Salud		
I) Asegurados No afiliados a un Sistema de Salud Previsional			0%
II) Gastos No bonificables por un Sistema de Salud Previsional			50%
III) Servicio I-MED			Si se considera
IV) Convenio Tarjeta Farmacia			
) Las tarifas consideran convenio Farmacia Cruz Verde, Salcobrand y Ahumada, según se indica en el plan de coberturas			Si se considera
V) Bonificación mínima del Sistema de Salud Previsional			Si se considera

PLAN DE BENEFICIOS SALUD

BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN	% Bono	% Libre Elección	Tope Diario UF	Tope Anual UF
Día Cama Hospitalización	60%	60%	3	30 días
Luego de 30 días se reembolsará	60%	60%	3	Sin Tope
Día Cama Acompañante hijo menor 14 años	60%	60%	2	5 días al año
Servicios Hospitalarios				
Día Cama UTI / UCI				
Día Cama Intermedio				
Día Cama Recuperación				
Día Cama Sala Cuna				
Día Incubadora				
Sala de Urgencia	60%	60%		100 por evento
Derecho de Pabellón				
Examen de Laboratorio e Imágenes				
Ultrasonografía y Medicina Nuclear,				
Procedimientos Especiales, Equipos,				
Insumos y Medicamentos				
Otros prescritos por Médico Tratante				
Honorarios Médicos Quirúrgicos				
Luego del tope UF 100 por evento se reembolsará	50%	50%		Sin Tope
Hospitalización Domiciliaria	60%	60%	2	30 días al año
Cirugía Maxilofacial por Accidente	60%	60%		20
Cirugía Maxilofacial por Enfermedad	60%	60%		20
Cirugía Reparadora por Accidente	60%	60%		20
Servicio Ambulancia Terrestre (radio 50 km)	60%	60%		10
Gtos. Donante Vivo	60%	60%		20
Cobertura GES y CAEC	100%	100%		Sin Tope

BENEFICIO MATERNIDAD	% Bono	% Libre Elección	Tope Prest . UF	Tope Anual UF
Parto Normal	100%	100%		30 por evento
Parto por Cesárea	100%	100%		40 por evento
Aborto involuntario	100%	100%		10 por evento
Interrupción Voluntaria del Embarazo (Ley 21030)	60%	60%		10
Complicaciones del Embarazo	60%	60%		15
Complicaciones del Parto	60%	60%		
Tratamiento de Fertilidad e Infertilidad	60%	60%		15

BENEFICIO AMBULATORIO	% Bono	% Libre Elección	Tope Prest . UF	Tope Anual UF
Consulta Médica	50%	50%	1	Sin Tope
Consulta Domicilio	50%	50%	1	Sin Tope
Consulta Especialista	50%	50%	1	Sin Tope
Consulta de Urgencia	50%	50%	1	Sin Tope
Exámenes de Laboratorio	50%	50%		10
Exámenes de Imagenología, Ultrasonido y Medicina Nuclear	50%	50%		10
Procedimientos de Diagnósticos	50%	50%		10
Procedimientos Terapéuticos (Incluye los insumos ambulatorios no asociados a una cirugía)	50%	50%		10
Kinesiología o Fisioterapia	50%	50%		10
Fonoaudiología	50%	50%		
Cirugía Ambulatoria	50%	50%		10
Cobertura GES / CAEC	100%	100%		Sin Tope

BENEFICIO MEDICAMENTOS AMBULATORIOS	% Bono	% Libre Elección	Tope Prest . UF	Tope Anual UF
Medicamentos Ambulatorios No Genéricos	50%	50%		20
Medicamentos Ambulatorios Bioequivalentes No Genéricos	50%	50%		
Medicamentos Ambulatorios No Genéricos en convenio Farmacia	50%	50%		
Medicamentos Ambulatorios Bioequivalentes No Genéricos en convenio Farmacia	50%	50%		
Medicamentos Ambulatorios Inmunosupresores o Inmunomoduladores No Genéricos	50%	50%		10
Medicamentos Ambulatorios Antineoplásicos No Genéricos	50%	50%		
Medicamentos Ambulatorios Genéricos	100%	100%		Sin Tope
Medicamentos Ambulatorios Bioequivalentes Genéricos	100%	100%		Sin Tope
Medicamentos Ambulatorios Bioequivalentes Genéricos en convenio Farmacia	100%	100%		Sin Tope
Medicamentos Ambulatorios Genéricos en convenio Farmacia	100%	100%		Sin Tope
Medicamentos Ambulatorios Inmunosupresores o Inmunomoduladores Genéricos	100%	100%		Sin Tope
Medicamentos Ambulatorios Antineoplásicos Genéricos	100%	100%		Sin Tope

BENEFICIO SALUD MENTAL	% Bono	% Libre Elección	Tope Prest . UF	Tope Anual UF
Medicamentos Psiquiátricos Ambulatorios No Genéricos (con y sin convenio)	BENEFICIO DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS			
Medicamentos Psiquiátricos Ambulatorios Genéricos (con y sin convenio)	BENEFICIO DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS			
Gastos Ambulatorios				
Consulta Psiquiatría	60%	60%	1	20
Consulta Psicología	60%	60%	1	
Consulta Psicopedagogía	60%	60%	1	
Gastos Hospitalarios	60%	60%		

BENEFICIOS ADICIONALES	% Bono	% Libre Elección	Tope Prest . UF	Tope Anual UF
Gastos Ópticos (Marcos, Cristales, Lentes de Contacto)	60%	60%		2
Cirugía Ocular (A)	60%	60%		10

Cirugía Ocular (B)	60%	60%		Sin Tope
Prótesis	60%	60%		10
Órtesis	60%	60%		10
Aparatos Auditivos	60%	60%		10

BENEFICIOS ESPECIALES PROPIOS DE LA PÓLIZA	% Bono	% Libre Elección	Tope Prest. UF	Tope Anual UF
Obesidad Mórbida.				
Medicamentos	60%	60%		20
Gastos Ambulatorios				
Gastos Hospitalarios				
Cirugía por Disforia de Género	60%	60%		10
Material Yeso	60%	60%		Sin Tope





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

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

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

ANEXO DECLARACIÓN LEY N° 20.393

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

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

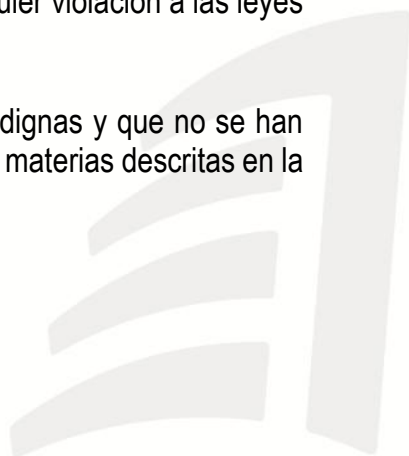
- i) asegurar cualquier ventaja indebida, y/o
 - ii) influir en un acto o decisión de autoridad, con el fin de obtener o mantener un negocio
- relacionado directa o indirectamente con el presente contrato.

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

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

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

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



INFORMACION SOBRE ATENCIÓN DE CLIENTES Y PRESTACIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS

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

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

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

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

