

POLIZA DE SEGUROS COLECTIVOS
SEGURO COMPLEMENTARIO DE SALUD
POL320220123

DATOS DE LA PÓLIZA

Número de Póliza : 23618
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° 23618**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
Dental	:	POL320220123 CAD320180077	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 Dental	IVA UF	Prima Bruta Mensual UF
Titular sin cargas	0.1092	0.0208	0.1300
Titular con 1 carga	0.2184	0.0416	0.2600
Titular con 2 cargas	0.3276	0.0624	0.3900
Titular con 3 cargas	0.4368	0.0832	0.5200
Titular con 4vo más cargas	0.5460	0.1040	0.6500

Grupo 3 Plan Padres

Asegurados	Prima Neta Mensual UF Dental	IVA UF	Prima Bruta Mensual UF
Carga Padres	0.1092	0.0208	0.1300

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:**

- 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.
- Para tomar el seguro dental, es requisito estar en el plan de salud de la póliza 23617
- Para los Gastos Ambulatorios de Dental: efectuado un gasto medico 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.
- Se otorga los siguientes beneficios y/o convenios:
 - ✓ Clave Asegurados
 - ✓ Bonificación Dental en línea (GERTY)
 - ✓ 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 Yanny
- ✓ Convenio Afinidad Clínica Sanasalud
- ✓ Convenio Afinidad Clínica Proh
- ✓ Convenio Afinidad Clínica Puerta del Sol
- ✓ Asistencia Telemedicina



III. CLÁUSULAS ADICIONALES COBERTURA DENTAL

ARTÍCULO 2: COBERTURA

De acuerdo a lo que se señalan en el Anexo N° 1 de las Condiciones Particulares de ésta póliza, tendrán cobertura los gastos dentales razonables y acostumbrados incurridos por los asegurados a causa de una enfermedad o accidente de origen odontológico, en que incurra durante el periodo en que se encuentren amparados por este adicional y siempre que la póliza principal y este adicional se encuentren vigentes a esa fecha.

Consorcio Vida reembolsará sólo en la proporción y hasta el monto máximo señalado en el Anexo N°1 de las condiciones de esta póliza. Sin embargo, si se hubiese estipulado un deducible, se reembolsará el referido porcentaje aplicándolo a los gastos que exceden dicho deducible.

Se deja establecido que la presente cobertura dental cubre los gastos originados por terapia odontológica en todas las especialidades por montos razonables y acostumbrados, y además contempla una carencia indicada en el Ítem Dental del Cuadro de Beneficios, a partir de la vigencia inicial del asegurado, para prestaciones relacionadas con Ortodoncia, Prótesis Fijas, Prótesis Removibles.

ARTÍCULO 5: EXCLUSIONES

La presente cobertura dental no cubre:

- Cualquier tratamiento dental iniciado con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la cobertura para el asegurado, y aquellos cuya enfermedad o accidente tenga su origen con posterioridad a la fecha de término de vigencia de su cobertura.
- Cualquier tratamiento y procedimientos estéticos y/o blanqueamiento a las piezas dentarias.
- Cualquier tratamiento correctivo de malformaciones, secuelas de enfermedades, tratamientos defectuosos o iatrogenia.
- Cualquier gasto originado por otras terapias reembolsados por otra cobertura de la presente póliza.
- Cualquier procedimiento dental realizado por Cirujanos-Dentistas no habilitados ni autorizados legalmente para practicar la odontología humana.
- Medicamentos, exceptuando antibióticos, analgésicos, antiinflamatorios y relajantes musculares orales que sean recetados por el Cirujano-Dentista exclusivamente para el tratamiento dental.

- Procedimientos de profilaxis, fluoraciones o destartrajes realizados dentro de los seis (6) meses siguientes de efectuado un procedimiento similar.
- Tratamientos dentales realizados fuera del territorio nacional, a no ser que se deje expresamente estipulado en las Condiciones Particulares de la póliza que existirá cobertura para tratamientos efectuados fuera del territorio nacional.

ARTÍCULO 6: PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO DE SINIESTROS

Constituye requisito para cualquier reembolso de gasto dental por parte de la Compañía:

- Entregar a la Compañía de seguros el presupuesto detallado y el formulario de reembolso dental, que la Compañía de seguros proporcionará para estos efectos, con la información que en él se indique, completada de puño y letra del cirujano-dentista tratante, indicando el detalle del tratamiento efectuado, números de piezas tratadas y tipo de tratamiento efectuado, fecha de ejecución, costo unitario y costo total. Se deben indicar los valores clínicos y de laboratorio unitarios.
- La declaración del asegurado si el gasto cuya devolución se solicita estaba cubierto por otros seguros, sistemas o instituciones que otorguen beneficios médicos y al cual pertenezca el asegurado.
- La entrega a la Compañía de los originales extendidos a nombre del asegurado de los recibos, boletas y facturas cuando corresponda, copia de bonos, copia de órdenes de atención, copia de programas dentales u otros documentos que acrediten el gasto incurrido y su cancelación; como asimismo, en su caso, los que acrediten el pago o el reembolso de una parte de ellos por la entidad aseguradora, institución o entidad referidos en la letra anterior.
- Los antecedentes dentales y exámenes radiológicos utilizados en el diagnóstico y tratamiento, para efectos de determinar y verificar la efectividad de la prestación dental cuyo reembolso se solicita, estando especialmente obligado el asegurado a dar cumplimiento a lo siguiente:
 - a. Acompañar radiografías de diagnóstico para los siguientes tratamientos:
 - Obturaciones proximales.
 - Periodontitis Marginales.
 - Cirugías.
 - Endodoncias.
 - Prótesis Fija.
 - Implantes.
 - b. Acompañar radiografías de control final de tratamiento en las siguientes prestaciones:
 - Endodoncia.
 - Injertos óseos.

- Cirugía de Implante.
- Rehabilitación de Implante.
- Concurrir personalmente, cuando la compañía lo solicite, a contraloría dental en los centros que la compañía determine y dentro de los 15 días hábiles contados desde la recepción de la comunicación de la compañía.
- Si no se cumplen los requisitos enumerados anteriormente, la Compañía de Seguros queda liberada de efectuar cualquier reembolso o pagos directos sobre los gastos presentados.

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 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.

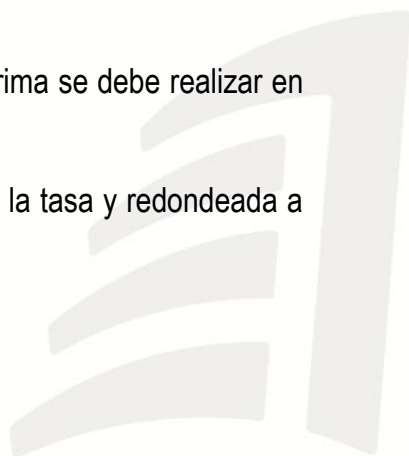
ARTÍCULO 10: DECLARACION DEL CONTRATANTE Y ASEGURADO

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 60 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 Contributiva.

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 cheques nominativos al 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.

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 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 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

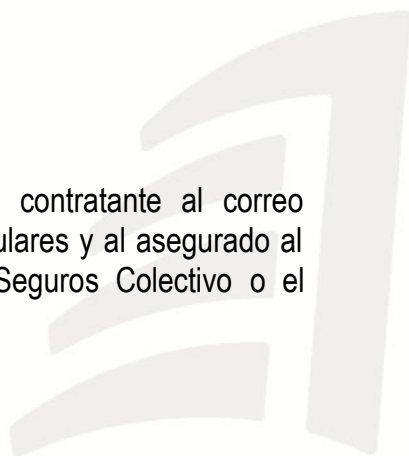
Término vigencia de contrato el 31 de Julio 2026

ARTÍCULO 24: TÉRMINO 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
Dental	POL320220123 CAD320180077

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 DENTAL EN LÍNEA

Convenio operado a través de Gerty con Centros o Clínicas Dentales que están dentro de la red de prestadores de Gerty.

El asegurado se acercará a alguno de los Centros o Clínicas Dentales en convenio, y mediante el control biométrico se validará la información asociada al cliente. Esta consulta se realizará directamente a la Compañía de Seguros, una vez certificada la información del asegurado, se accede a los datos correspondientes de póliza, planes y aranceles.

Posteriormente certificada toda la información se procede a liquidar y aplicar la “Bonificación en línea” de acuerdo con los cálculos y aranceles determinados en la póliza.

Beneficio para gastos dentales ambulatorios con un monto máximo a reembolsar de UF 10 por solicitud.

El prestador como la compañía no serán responsables de alguna transacción que no pueda ser realizada en línea, y para cualquier efecto, el asegurado siempre tendrá derecho a solicitar la cobertura de su póliza, presentando sus gastos a la compañía.



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 Lucia

- 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 Consorcio 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.
- Consorcio no está obligado a reembolsar beneficios a los asegurados que no estén incorporados en un seguro complementario de salud que contemple cobertura específica de Gastos Dentales.

Detalle de ubicación de las Clínicas y horarios de atención:

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



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

Convenio Afinidad Centro de Especialidades Odontológicas del Inca – CEOI

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

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

Para usar este convenio, los asegurados se deberán presentar con su cedula de identidad y hacer mención al convenio Consorcio 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.

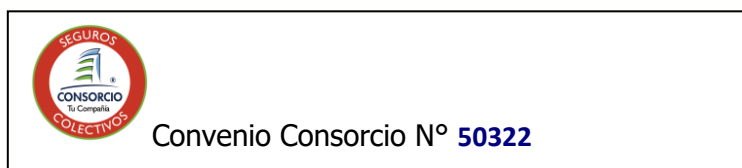
- Los descuentos señalados no son acumulables con otras promociones.
- Los descuentos no constituyen cobertura.
- Consorcio no está obligado a reembolsar beneficios a los asegurados que no estén incorporados en un seguro complementario de salud que contemple cobertura específica de Gastos Dentales.

Convenio Afinidad 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

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

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

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

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

Horario de Atención:

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

Sábados de 09:00 a 13:00 horas.

Dirección:

Cochrane 472, Concepción.

Teléfonos:

(41) 3241340 – (41) 3250355

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

Convenio Afinidad Clínica Ortodontik

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

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

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

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

Sucursales	Huechuraba	Vitacura
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.
- Consorcio no está obligado a reembolsar beneficios a los asegurados, que no estén incorporados en un seguro complementario de salud que contemple cobertura específica de Gastos Dentales.

Convenio Afinidad Clínica YANY

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

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

- Evaluación integral costo cero en todas las especialidades (no incluye rx).
- Arancel preferencial con 62% de descuento en todas las prestaciones, incluye radiología.
- Control y seguimiento post tratamiento dental.
- Pago con documento bancario hasta 12 cuotas sin Interés.
- Pago con tarjetas bancarias hasta 12 cuotas sin interés.

Horario de atención: Mañana de Lunes a Viernes de 09:00 hrs. a 18:00 hrs. Sábado de 09:00 hrs. a 12:30 hrs.

Direcciones:

- Luis Thayer Ojeda #086 Providencia, Santiago
- Luis Pasteur #5719 Vitacura, Santiago
- Estado #10, Piso 4 Santiago Centro
- Viña Del Mar, 13 Norte 853 Torre Boulevard Piso7 Región De Valparaíso

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



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% Dscto. 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 más 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.

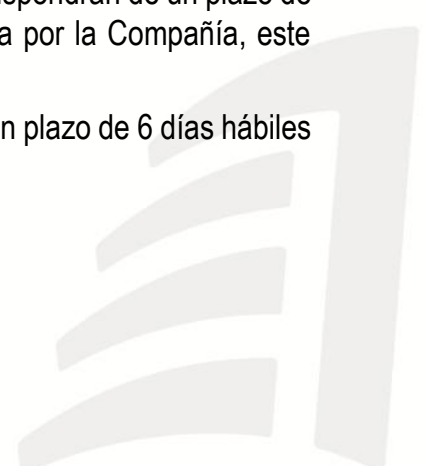
8) INFORME FINAL DE LIQUIDACIÓN

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° 23618

I. CONDICIONES DEL PLAN DENTAL

Grupo 1 Plan <70 años

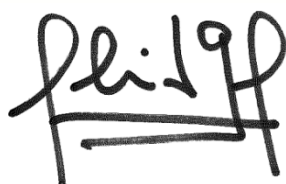
Grupo 2 Plan >70 años

Grupo 3 Plan Padres

Grupo 4 Plan evaluación

SEGURO DENTAL - CAD320180077

PLAN DE BENEFICIOS				
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.	30%	30%	1 vez arancel Dental Consorcio	10
Consulta, Cuidado Dental Rutinario, Cirugía, Endodoncia, Radiografía, Laboratorio, Odontopediatría, Operativa Bucal, Periodoncia, Medicamentos, Urgencia, Implantes, Disfunción, Ortodoncia y Prótesis. (PLAN PADRES)	30%	30%	1 vez arancel Dental Consorcio	5
Carencia	6 meses en Ortodoncia, Prótesis e Implantes.			
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



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

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

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

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:

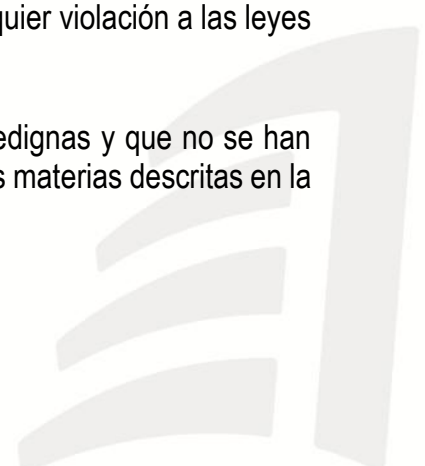
- i) asegurar cualquier ventaja indebida, y/o
 - ii) influir en un acto o decisión de autoridad, con el fin de obtener o mantener un negocio
- relacionado directa o indirectamente con el presente contrato.

- 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

