

PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO COMPLEMENTARIO DE SALUD CON CLÁUSULA ADICIONAL DE COBERTURA ODONTOLÓGICA Y CON AMPLIACIÓN DE COBERTURA DE SALUD

| | |
|-----------|-------------|
| N° | 3524 |
|-----------|-------------|

CONDICIONES GENERALES INSCRITAS EN EL DEPÓSITO DE PÓLIZAS DE LA SUPERINTENDENCIA DE VALORES Y SEGUROS BAJO LOS CÓDIGOS POL320131486 Y CAD320131487

CONDICIONES PARTICULARES

Compañía de Seguros de Vida Cámara S.A., en adelante también “Vida Cámara S.A.” o la “Compañía”, en consideración a la Solicitud de Seguro presentada por el Contratante y el asegurado, su Declaración de Salud, las Condiciones Generales respectivas y las Condiciones Particulares que a continuación se detallan, acepta por medio de la presente póliza asegurar lo siguiente:

| Datos del Contratante | |
|-----------------------|--|
| Nombre o Razón Social | FUNDACION PARA LA PROMOCION Y DESARROLLO DE LA MUJER |
| Domicilio | Agustinas 1389 |
| Comuna | Santiago |
| Ciudad | Santiago |
| Teléfono | 9640417 |
| Rut | 72.101.000-7 |
| Contacto | Josefina Mendoza Saavedra |
| Email | jmendoza@prodemu.cl |

| Datos del Asegurador | |
|-----------------------|---------------------------------------|
| Nombre o Razón Social | COMPAÑÍA DE SEGUROS VIDA CÁMARA S.A. |
| Domicilio | Marchant Pereira N° 10, Piso 16 |
| Comuna | Providencia |
| Ciudad | Santiago |
| Teléfono | 600 320 07 00 |
| RUT | 99.003.000 - 6 |
| Nombre Producto | G3 mas dental con Ampliación de Salud |

| Datos del Intermediario | |
|-------------------------|---------|
| Nombre o Razón Social | DIRECTO |
| Domicilio | |
| Comuna | |
| Ciudad | |
| Teléfono | |
| Rut | |
| Comisión Del Corredor | |

1. VIGENCIA DE LA PÓLIZA

La vigencia de esta póliza corresponde a:

| Fecha Vigencia Inicial | Fecha Vigencia Final |
|------------------------|----------------------|
| 01/07/2017 | 30/06/2018 |

2. ASEGURADOS

Aquellos a quienes afecta el riesgo que se transfiere al asegurador. Para estos efectos se considerarán como tal a las personas naturales que habiendo solicitado su incorporación a la póliza, hayan sido aceptados por la Compañía de Seguros, cumpliendo con los requisitos de asegurabilidad, y se encuentren incorporados en las nóminas vigentes de asegurados que las partes mantendrán en su poder.

Son asegurados titulares las personas naturales que sean personal activo y dependiente del contratante o vinculado a éste que han sido aceptados por la Compañía.

Adicionalmente, tendrán la calidad de asegurados dependientes del titular de esta póliza, el grupo familiar del asegurado titular, según el siguiente detalle:

| | |
|---|---|
| • | Cónyuge o Conviviente Civil |
| • | Conviviente No Civil con hijos en común |
| • | Hijos inscritos al momento del ingreso del asegurado titular a la póliza. En caso de recién nacidos el plazo de inscripción es dentro de los treinta (30) días siguientes al nacimiento para que tengan cobertura desde el día de su nacimiento; de lo contrario, su vigencia comenzará el primer día del tercer mes siguiente a aquel en que se aceptó su solicitud de incorporación. Los hijos se encontrarán asegurados hasta la fecha indicada en requisitos de asegurabilidad siempre y cuando sean solteros y se encuentren estudiando. |
| • | Hijos del o la cónyuge o conviviente civil. Estos se encontrarán asegurados hasta la fecha indicada en requisitos de asegurabilidad siempre y cuando sean solteros y se encuentren estudiando. |
| • | Hijos del o la conviviente no civil, siempre y cuando existan hijos en común. Estos se encontrarán asegurados hasta la fecha indicada en requisitos de asegurabilidad siempre y cuando sean solteros y se encuentren estudiando. |
| • | Cargas duplo, entendiéndose por ellos los hijos con discapacidad determinada por una Caja de Compensación y que sean carga legal del Asegurado titular, Cónyuge o Conviviente con hijos en común. Estos se encontrarán cubiertos sólo si son inscritos dentro de los treinta (30) días siguientes al nacimiento. De lo contrario, estos tendrán una carencia de sesenta (60) días desde la fecha de incorporación a la póliza. |
| • | Cargas Legales (exceptuando padres), sólo si son inscritos dentro de los treinta (30) días siguientes al nacimiento. De lo contrario, estos tendrán una carencia de sesenta (60) días desde la fecha de incorporación a la póliza. Estos se encontrarán asegurados hasta los 24 años y 364 días siempre y cuando sean solteros y se encuentren estudiando. |
| • | Cargas especiales, definidas como los padres del asegurado titular, independiente de que se encuentren reconocidos como cargas legales. |

Las categorías de cónyuge, conviviente civil y conviviente no civil son excluyentes entre sí; por ello en cada grupo familiar sólo podrá permanecer vigente una de estas tipologías.

3. COBERTURA

Este seguro reembolsa, como complemento del Sistema Previsional de Salud de cada asegurado, los gastos médicos razonables y acostumbrados, en que se haya incurrido efectivamente un asegurado, a consecuencia de una incapacidad cubierta por este contrato de seguro y ocurrida durante la permanencia del asegurado en la póliza.

Los términos, proporciones, límites y condiciones de cobertura, se encuentran definidos en el Plan de Reembolsos, detallado en el anexo: Cuadro de Condiciones y Características de la Póliza Plan de Reembolsos MODW16 y Plan Cargas Especiales MODV02

No obstante lo anterior, para los casos que a continuación se indican, los términos de cobertura se ajustarán a lo siguiente:

1. En aquellos casos en que el asegurado no esté afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, y las prestaciones o gastos reclamados se encuentren tipificadas en el Arancel Fonasa, se aplicará una rebaja del 50% al porcentaje de reembolso establecido en el Plan de Reembolsos, siempre y cuando las prestaciones tengan cobertura por la póliza.
2. En aquellos casos en que el asegurado este afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, y las prestaciones o gastos reclamados se encuentren tipificadas en el Arancel Fonasa vigente a la fecha de la prestación, y no cuenten con bonificación, aporte y/o reembolso mayor que cero (0) en tales instituciones, independiente de la causa que lo provoque, se aplicará una rebaja de 50% al porcentaje de reembolso establecido en el Plan de Reembolsos, con excepción de medicamentos ambulatorios, y los siguientes Beneficios Especiales:

| |
|-------------------|
| Gastos por Óptica |
|-------------------|

3. Gastos médicos incurridos en el extranjero:
 - a. Los gastos médicos incurridos en el extranjero tendrán cobertura por esta póliza sólo en caso de Atención de Urgencia Vital y siempre que el Sistema de Salud Previsional del asegurado haya reembolsado dichas prestaciones.

Se entenderá por Atención de Urgencia Vital, todo estado de salud que corresponda a una situación en la cual existe un peligro inmediato, real potencial para la vida del asegurado, o riesgo de secuelas graves permanentes, si no recibe atención calificada sin demora.
 - b. En estos casos los porcentajes de reembolso establecidos en el Plan de Reembolsos se reducirán en 50%.
4. La Compañía realizará la clasificación de las prestaciones de salud cubiertas por esta póliza en conformidad a las definiciones y rubros de prestaciones contenidas en las Normas Técnicas Administrativas del Arancel Fonasa vigente a la fecha de la respectiva prestación.

4. DEDUCIBLE

De acuerdo a la cotización aceptada por el Contratante, esta póliza considera aplicación de deducible(s) de acuerdo a las condiciones y valores establecidos en el siguiente cuadro:

El deducible por asegurado se aplicará a un máximo de tres asegurados por grupo familiar.

| Deducible por Grupo Familiar | Aplica Sobre Prestaciones |
|------------------------------|---------------------------|
| | Salud |
| Titular | 0,5UF |
| Titular + 1 carga | 1,0UF |
| Titular + 2 o más cargas | 1,5UF |
| Periodo Acumulación: | Vigencia de la póliza |

Este deducible no aplicará a las Cargas Especiales en caso que sean considerados como asegurados de esta Póliza.

5. CARENCIA

Para las carteras con continuidad de cobertura o aquellas en que la presente póliza constituya una renovación de un seguro anterior contratado con esta Compañía por las mismas coberturas, no se les aplicará Carencia alguna. Sin embargo, las nuevas aseguradas titulares, cónyuges, convivientes civiles o convivientes no civiles con hijos en común que sean incorporadas durante la vigencia de ésta póliza, se les aplicará una Carencia de noventa (90) días para la Cobertura de Maternidad.

6. VIGENCIA DE LAS COBERTURAS DE CADA ASEGURADO

Los nuevos asegurados titulares o dependientes ingresarán al presente seguro colectivo, sólo una vez evaluada su Solicitud de Incorporación y aceptado su ingreso por Vida Cámara S.A. En estos casos la cobertura se iniciará el primer día del mes siguiente al de su aceptación e incorporación al presente seguro.

7. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

Los requisitos de asegurabilidad de la Compañía para los asegurados son:

| Asegurado | Edad mínima de Ingreso | Edad máxima de Ingreso | Edad Máxima de Permanencia |
|---|----------------------------|------------------------|----------------------------|
| Titular | 18 años | Sin Tope | Sin Tope |
| Cónyuge o conviviente civil o conviviente no civil con hijos en común | 18 años | Sin Tope | Sin Tope |
| Hijos | Desde el día de nacimiento | 23 años y 364 días | 24 años y 364 días |
| Cargas duplo | Desde el día de nacimiento | Sin Tope | Sin Tope |
| Cargas Legales, exceptuando Padres | Desde el día de nacimiento | 23 años y 364 días | 24 años y 364 días |
| Cargas Especiales | Sin Tope | Sin Tope | Sin Tope |

Los asegurados amparados bajo esta cobertura, serán aquellos definidos en el Artículo "ASEGURADOS" de este condicionado particular.

Los asegurados que cumplan la edad máxima de permanencia durante la póliza, tendrán cobertura hasta el último día del mes en que cumplan dicha edad.

La edad máxima de ingreso no será exigible respecto de asegurados que provengan de carteras traspasadas de otros seguros, a quienes se les aplicará únicamente la edad máxima de permanencia.

8. PREEXISTENCIA

Este seguro cubre preexistencias.

9. EXCLUSIONES DE LA COBERTURA

Las exclusiones contempladas en esta Póliza, corresponden a las establecidas en el Artículo 8 de las Condiciones Generales inscritas en la SVS bajo el código POL 320131486.

10. INCORPORACIÓN Y EXCLUSIÓN DE ASEGURADOS

- a) Para la inclusión de asegurados cada persona deberá cumplir con los requisitos de asegurabilidad de esta póliza.
- b) La información de incorporaciones y exclusiones de la póliza deberá ser entregada por el contratante dentro de los primeros veinticinco (25) días de cada mes.
- c) El Contratante deberá enviar la información con los ingresos de los asegurados, dentro de un plazo no mayor a treinta (30) días a contar de la fecha en que los asegurables califican para solicitar su ingreso al seguro, en cuyo caso el inicio de la vigencia de su cobertura, previa evaluación y suscripción de riesgos por parte de Vida Cámara S.A., comenzará desde el primer día del mes siguiente al de la fecha de su aceptación por Vida Cámara S.A.
- d) Los nuevos asegurados titulares o dependientes ingresarán al presente seguro colectivo, sólo una vez evaluada su Solicitud de Incorporación y aceptado su ingreso por Vida Cámara S.A. En estos casos la cobertura se iniciará el primer día del mes siguiente al de su aceptación e incorporación al presente seguro. El ingreso de nuevos asegurados titulares a la póliza con su grupo familiar podrá ser solicitado por el Contratante durante la vigencia de la misma, sólo en el caso de que el nuevo asegurado corresponda a una nueva contratación del Contratante o a las siguientes cargas de asegurados titulares vigentes en la póliza: i) hijos recién nacidos; ii) cónyuges de matrimonios celebrados durante la vigencia de la póliza; iii) convivientes civiles de acuerdos de unión civil celebrados durante la vigencia de la póliza. Podrán ingresar a la póliza:

1. Los hijos nacidos durante la vigencia de esta póliza. Éstos deben ser inscritos hasta treinta (30) días después de la fecha de nacimiento para que tengan cobertura desde el día de su nacimiento siempre y cuando la póliza esté vigente. De no solicitar su incorporación dentro de los 30 primeros días del nacimiento, podrá solicitarla en cualquier momento, en cuyo caso la incorporación será efectiva, pero su vigencia comenzará el primer día del tercer mes siguiente a aquel en que se aceptó su solicitud de incorporación.
 2. Cónyuge de matrimonio civil o conviviente civil de acuerdo de unión civil recién celebrado. Puede solicitar su inscripción hasta treinta (30) días después de su celebración siempre y cuando la póliza esté vigente para tener cobertura desde el primer día del mes siguiente al de la fecha de su aceptación por Vida Cámara S.A. Si no lo hace dentro del plazo indicado no podrá ser inscrito(a) hasta la renovación de la presente póliza.
 3. Conviviente no civil con hijos en común. Será requisito para ser inscrito(a) la presentación del certificado de nacimiento del primer hijo en común con el asegurado titular. Puede solicitar la incorporación del o la conviviente no civil hasta treinta (30) días después del nacimiento del hijo en común siempre y cuando la póliza esté vigente para tener cobertura desde el primer día del mes siguiente al de la fecha de su aceptación por Vida Cámara S.A. Si no lo hace dentro del plazo indicado no podrá ser inscrito(a) hasta la renovación de la presente póliza.
 4. Hijos del o la Cónyuge o Conviviente Civil. Será requisito para ser inscrito(a) la presentación del certificado de matrimonio o del certificado de acuerdo de unión civil. Puede solicitar la incorporación de los hijos del o la cónyuge o del conviviente civil hasta treinta (30) días después de efectuado el matrimonio o celebrado el acuerdo de unión civil siempre y cuando la póliza esté vigente para tener cobertura desde el primer día del mes siguiente al de la fecha de su aceptación por Vida Cámara S.A. Si no lo hace dentro del plazo indicado no podrá ser inscrito(a) hasta la renovación de la presente póliza.
- e) Los asegurados dependientes del titular que no hayan sido inscritos al momento del ingreso de éste a la póliza sólo podrán inscribirse al momento de la renovación de la póliza, salvo que se trate de recién nacidos y matrimonios o acuerdos de unión civil recién celebrados.
- f) Deberán completar la Solicitud de Incorporación los asegurables titulares por sí y por su grupo familiar.
- g) La Compañía se reserva el derecho a solicitar antecedentes adicionales a los requeridos en la Solicitud de Incorporación, con el fin de establecer condiciones especiales de cobertura.
- h) Para la exclusión de asegurados, el Contratante deberá informar vía e-mail e indicar el nombre completo y RUT del asegurado que será eliminado de la póliza, poniéndose fin a su cobertura a partir de la fecha de recepción en la compañía de la solicitud por parte del Contratante. El e-mail debe ser dirigido a su Ejecutivo de Cuenta o Corredor, según corresponda.
- i) En caso que un trabajador de la Empresa, que teniendo la calidad de asegurado, deje por cualquier razón de pertenecer a ella, ésta deberá dar aviso escrito y en forma inmediata de tal hecho a Vida Cámara S.A., otorgándose cobertura sólo hasta la fecha en que el asegurado perteneció a la empresa contratante.

j) Para la modificación de las características de un asegurado, el Contratante deberá indicar el nombre completo, RUT y la modificación solicitada. Esta modificación registrará a partir de la fecha de recepción y aceptación por parte de la Compañía.

11. MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO

Tanto el Monto Asegurado como las Primas serán expresados en Unidad de Fomento (UF) de acuerdo al equivalente en pesos que tenga dicha unidad a la fecha del respectivo pago.

12. TARIFAS Y PRIMAS DEL SEGURO

Las primas mensuales en UF, de este seguro según número de cargas, son las siguientes:

| Asegurados | Prima Afecta | IVA | Prima Bruta |
|----------------------------|--------------|--------|-------------|
| Titular | 0,6528 | 0,1240 | 0,7768 |
| Titular con 1 Carga | 0,6731 | 0,1279 | 0,8010 |
| Titular con 2 Cargas | 0,6934 | 0,1317 | 0,8251 |
| Titular con 3 o más Cargas | 0,7137 | 0,1356 | 0,8493 |

Primas Cargas Especiales Padres:

| Tramo de Renta | \$ 0 - \$ 450.000 | \$ 450.001 - \$ 650.000 | \$ 650.001 - \$ 850.000 | Mayor a \$ 850.000 |
|---------------------|-------------------|-------------------------|-------------------------|--------------------|
| Primas Afectas (UF) | 0,3000 | 0,5000 | 0,7000 | 0,8000 |
| IVA | 0,0570 | 0,0950 | 0,1330 | 0,1520 |
| Prima Bruta (UF) | 0,3570 | 0,5950 | 0,8330 | 0,9520 |

13. BENEFICIARIO

El beneficiario será el asegurado titular, sin perjuicio de lo establecido en la letra e) del numeral 17 de estas Condiciones Particulares.

14. PAGO DE PRIMA, FACTURACIÓN Y COBRANZA

La facturación y cobranza de las primas se efectuará de acuerdo al siguiente detalle:

| | | | |
|-----------------------|-------------------------------|-----------------------------|--|
| RUT Facturación: | 72.101.000-7 | Nombre: | FUNDACION PARA LA PROMOCION Y DESARROLLO DE LA MUJER |
| Dirección: | AGUSTINAS 1389 | Ciudad: | SANTIAGO |
| Comuna: | SANTIAGO | Tipo Facturación y Cobranza | Mes vencido |
| Periodicidad de Pago: | Mensual | Forma de Pago: | Contado |
| Día de Pago: | 10 | Moneda de Prima: | U.F. |
| Rubro / Giro: | SERVICIO DE DESARROLLO SOCIAL | | |

Vida Cámara S.A. enviará al Contratante la factura correspondiente al cobro de primas por los trabajadores asegurados vigentes del período, la cual se calculará en base a la tabla de "Primas Netas Mensuales" y que deberá ser pagada por el Contratante a más tardar en la fecha indicada en la factura.

En ampliación del artículo número 13 de las Condiciones Generales de esta póliza de Seguro Colectivo Complementario de Salud, se establece lo siguiente:

- a) La Compañía mantendrá la información de los asegurados titulares y cargas actualizada y en las condiciones que informe el Contratante y que la póliza lo permita, adjuntando la información completa con cada cobranza para la revisión por parte del Contratante.
- b) Se deja constancia, que la cobranza de las primas se efectuará en función de los movimientos y/o modificaciones a las características de los asegurados vigentes, por consiguiente, las diferencias que se generen se reflejarán en la cobranza del mes siguiente.

15. MODALIDAD DE PAGO DE LA PRIMA

La modalidad de pago de esta prima es contributiva, bajo el siguiente esquema:

| | |
|--|-----|
| Contribución de prima del Contratante | 70% |
| Contribución de prima Asegurados Titulares | 30% |

16. PERÍODO DE GRACIA

Para el pago de la prima, esta póliza concede un plazo máximo de gracia de 30 días, el cual será contado a partir del primer día del mes de cobertura no pagado.

17. LIQUIDACIÓN DE LA COBERTURA DE UN ASEGURADO

La Compañía indemnizará al asegurado, de acuerdo al "Plan de Cobertura" que se incluye en esta póliza y que es parte integrante de este Contrato, una vez que se cumplan todos los requisitos que se mencionan en esta póliza mediante su reembolso, y en el caso de medicamentos mediante su pago directo o en especie.

En el caso de reembolsos diferidos, junto a la presentación del formulario de reembolso, el beneficiario deberá cumplir con las siguientes condiciones:

a) El plazo de aviso del siniestro se contará desde la fecha de emisión del documento que da cuenta del gasto de cargo del asegurado cuyo reembolso se requiera, independiente de la fecha de la prestación que lo origina. El plazo máximo para presentar los documentos a bonificar, se describe a continuación:

| | | |
|---|---------|--|
| Gastos Ambulatorios | 60 días | Días corridos desde la fecha de emisión del bono u otro documento |
| Gastos Hospitalarios | 60 días | Días desde la fecha de Facturación. |
| Gastos reembolsados previamente en otra entidad | 30 días | Días corridos desde la fecha de pago de la otra entidad aseguradora, bienestar, etc. |

b) Si el asegurado tuviese derecho a recibir reembolsos de alguna Isapre, Fonasa, Servicio de Bienestar, seguro previsional de salud, obligatorio o voluntario que deba concurrir al pago, o el de cualquier otra persona jurídica o institución que haya debido contribuir a él, deberá hacer uso de ellos previamente. En dichos casos, deberá presentar fotocopias de las boletas o facturas y originales de los documentos comprobatorios de los beneficios ya recibidos, más el formulario de Solicitud de Reembolso.

c) A los programas médicos por hospitalizaciones, intervenciones o procedimientos de diagnósticos y terapéuticos no quirúrgicos, deberán adjuntarse los correspondientes bonos del Sistema Previsional de Salud (copia original afiliado) y la Solicitud de Reembolsos llenada de puño y letra del médico tratante. Adicionalmente, en los casos que Vida Cámara S.A. estime conveniente, podrá solicitar al asegurado toda la información adicional que requiera para la correcta evaluación del beneficio.

d) Las facturas por gastos hospitalarios y/o intervenciones deberán presentarse con su respectiva pre-factura y/o con el detalle completo de las prestaciones recibidas, más epicrisis con diagnóstico y protocolo operatorio en caso de tratarse de una cirugía.

e) En el caso de reembolsos diferidos, una vez recepcionados los documentos y chequeada la correcta presentación de éstos, se procederá a la respectiva liquidación. Los pagos de reembolsos que corresponda realizar serán otorgados mediante depósito en la cuenta bancaria del asegurado titular o pagado a través de Servipag, o cualquier otra modalidad que establezca Vida Cámara S.A. acordada por el Contratante.

Las bonificaciones podrán pagarse a nombre del Contratante, sólo si el Asegurado ha autorizado expresamente y por escrito dicha circunstancia, mediante la suscripción del formulario destinado a estos efectos u por otro documento autorizado por el asegurado.

f) Cobertura de Medicamentos Ambulatorios

La cobertura de Medicamentos Ambulatorios podrá efectuarse mediante su reembolso diferido o mediante su pago directo o en especie.

Para efectuar el pago directo o en especie la compañía podrá facultativamente celebrar convenios con las entidades farmacéuticas; siendo condición para otorgar esta modalidad de pago el que dichos convenios se encuentren vigentes al momento en que éste sea requerido, y el servicio se encuentre disponible por parte del establecimiento respectivo. Lo anterior, no obsta a que se solicite el reembolso diferido del gasto incurrido en el medicamento.

1. Bajo la cobertura del Beneficio Medicamentos Ambulatorios la compañía cubrirá los gastos incurridos por concepto de medicamentos recetados exclusivamente en forma ambulatoria por un médico, en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional o bienestar u otro seguro o convenio, de acuerdo a los porcentajes y límites de reembolsos o pago definidos.

2. Se requerirá receta original con nombre completo del paciente, fecha, nombre de los o el medicamento, dosis y duración del tratamiento, nombre, RUT y firma del profesional. La vigencia de la receta será de treinta (30) días corridos, contados desde la fecha de su emisión. En caso de reembolso diferido, además se requerirá que la boleta de la farmacia registre el detalle de los medicamentos adquiridos.

La Compañía cubrirá la dosis de medicamentos indicada en la receta médica sólo por la cantidad correspondiente al tratamiento. Para los casos de medicamentos indicados por períodos superiores a un mes, la Compañía cubrirá por cada mes solamente las dosis correspondientes a 30 días de tratamiento.

3. Para el caso de reembolsos diferidos, que involucren recetas retenidas en la farmacia, será necesario presentar fotocopia de ésta timbrada por el establecimiento, con indicación de haber sido retenida, junto al Formulario Solicitud de Reembolso de Gastos Médicos, debidamente completado, en los casos que corresponda.

4. Recetas a permanencia o por tratamientos prolongados:

a. En el caso de reembolsos diferidos, se deberá presentar en la primera ocasión el original de la receta. Para los siguientes reembolsos, se deberá presentar una fotocopia de la misma, a la que se adjuntará la boleta de la farmacia con el detalle de los medicamentos y su timbre correspondiente.

b. En el caso de pago o entrega en especie, se deberá presentar en la primera ocasión el original de la receta, la cual quedará en el establecimiento de entrega del medicamento. El respectivo establecimiento entregará una copia de la receta para ser presentada en la siguiente dispensación de medicamentos.

c. Las recetas a permanencia o por tratamiento prolongado, será necesario renovarla cada ciento ochenta (180) días.

Sin el cumplimiento de los requisitos señalados en este artículo, la Compañía Aseguradora no estará obligada a otorgar la cobertura correspondiente

18. OTRAS CONDICIONES DE COBERTURA:

Las condiciones particulares de la póliza consideran las siguientes condiciones adicionales de cobertura:

| | |
|---|---|
| • | Si la madre del recién nacido no está inscrita como carga dependiente, se entregará el reembolso solamente por aquellas prestaciones que haya recibido el recién nacido, en consecuencia en este caso el parto no está incluido en el reembolso. Los gastos del recién nacido serán reembolsados aplicando el Beneficio de Hospitalización. |
| • | Cirugías Oculares producto de patologías que sean diferentes a aquellas que se realicen para fines de corrección de vicios de refracción, se reembolsarán bajo el Beneficio de Hospitalización, bajo el ítem Cirugía Ambulatoria. |
| • | Los gastos derivados del tratamiento de malformaciones congénitas serán reembolsados durante la vigencia de esta póliza siempre que el asegurado haya sido incorporado al nacer o tenga un mínimo de 5 años de permanencia en Vida Cámara S.A. |
| • | Se dará cobertura a Cirugía Ocular Lasik sin restricción de dioptrías, según lo indicado en el "Plan de Reembolso". |
| • | Si el valor del copago correspondiente al bono o reembolso emitido por su sistema de Salud Previsional Fonasa/Isapre es mayor al 50% del valor de la prestación, se considerará para efectos del reembolso que emita la compañía el 50% del valor real de la prestación, monto sobre el cual se aplicarán los porcentajes de prestación, topes y deducibles del Plan contratado. Se exceptúan los medicamentos ambulatorios, gastos por Óptica y deducibles por prestaciones Auge (GES/CAEC). |
| • | Se levanta la exclusión del artículo número 8 letra y) de la POL por lo que se dará cobertura a los gastos que fueron reembolsados por el fondo de los excedentes de cotizaciones del sistema de Isapre al cual pertenece el asegurado. |

19. COBERTURA DENTAL

a. Esta cláusula adicional, reembolsa como complemento al Sistema Previsional de Salud, los gastos dentales razonables y acostumbrados que haya incurrido efectivamente cada asegurado titular, cónyuge, conviviente civil, conviviente no civil con hijos en común e hijos, a consecuencia de enfermedad o accidente de origen odontológico cubierta por este contrato de seguros y ocurrida durante la permanencia del asegurado en la póliza.

La Compañía de Seguros considera como gasto razonable y acostumbrado aquel que no exceda el 100% del valor asignado para esa prestación en el arancel de referencia del Colegio de Cirujano Dentistas de Chile A.G.

En el caso de que el gasto dental reclamado exceda al tope de la prestación del arancel estipulado en el párrafo anterior, los porcentajes de reembolso se aplicarán sobre dicho tope.

Los términos, proporciones, límites y condiciones de cobertura, se encuentran definidos en el "Plan de Reembolsos Dental", detallado en el anexo: Cuadro de Condiciones y Características de la Póliza Plan de Reembolsos DENW16

No obstante lo anterior, para los casos que a continuación se indican, los términos de cobertura se ajustarán a lo siguiente:

- Gastos en el Extranjero:
 - Respecto de los gastos incurridos en el extranjero, los asegurados podrán informarse de los prestadores asociados a la póliza mediante consulta al Call Center de la Compañía en el número 600 320 07 00.
 - En estos casos, los porcentajes de reembolso a aplicar serán los indicados en el "Plan de Reembolso Dental".
- Edad límite para la Cobertura de Ortodoncia: 17 años y 364 días

b. Deducibles: De acuerdo a la cotización aceptada por el Contratante, esta póliza considera aplicación de deducible(s) en la cobertura dental de acuerdo a las condiciones y valores establecidos en el siguiente cuadro:

| Deducible por Grupo Familiar | Aplica Sobre Prestaciones Dentales |
|------------------------------|------------------------------------|
| Titular | 0,0UF |
| Titular + 1 carga | 0,0UF |
| Titular + 2 o más cargas | 0,0UF |
| Periodo Acumulación: | Vigencia de la póliza |

Deducible sólo aplicable al Plan de Reembolso Dental de los Titulares y Cargas, exceptuando las Cargas Especiales incorporadas a un plan de cargas especiales si las considera la Póliza.

c. Carencia: Para las carteras con continuidad de cobertura o aquellas en que la presente póliza constituya una renovación de un seguro anterior contratado con esta Compañía por las mismas coberturas, no se les aplicará Carencia alguna. Sin embargo, los nuevos asegurados (titulares y cargas) que sean incorporados durante la vigencia de esta póliza, se les aplicará una Carencia de ciento ochenta (180) días para la Cobertura de Ortodoncia, Prótesis Fijas y removibles.

d. Preexistencias: Este seguro cubre preexistencias.

e. Exclusiones de la Cobertura: Las exclusiones contempladas en esta Cobertura, corresponden a las establecidas en el Artículo 4 de la Cláusula Adicional inscrita en el Depósito de Pólizas de la SVS bajo el código CAD 320131487.

f. Primas: Las primas mensuales en UF, de este seguro según número de cargas, son las siguientes:

| Asegurados | Prima Afecta | IVA | Prima Bruta |
|----------------------------|--------------|--------|-------------|
| Titular | 0,1261 | 0,0240 | 0,1501 |
| Titular con 1 Carga | 0,1274 | 0,0242 | 0,1516 |
| Titular con 2 Cargas | 0,1287 | 0,0245 | 0,1532 |
| Titular con 3 o más Cargas | 0,1300 | 0,0247 | 0,1547 |

g. Liquidación de la Cobertura Dental:

a) El plazo de aviso del siniestro será el mismo que el indicado para gastos ambulatorios señalados en la letra (a) del Artículo 17 de estas Condiciones Particulares.

b) 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 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 médicos 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 que obren en poder del asegurado para efectos de determinar y verificar la efectividad de la prestación dental cuyo reembolso se solicita.

OTRAS CONDICIONES DE COBERTURA:

| | |
|---|--|
| • | Las condiciones particulares de la póliza no contemplan condiciones adicionales de cobertura |
|---|--|

20. AMPLIACIÓN DE COBERTURA DE SALUD

1. Esta cobertura operará una vez consumido el tope de la cobertura de salud del "Plan de Reembolso", e indemnizará los gastos razonables y acostumbrados incurridos en exceso de la cobertura del Sistema de Salud Previsional del Asegurado, en los porcentajes y topes indicados en el "Plan de Reembolsos Ampliación de Cobertura de Salud".

Los términos, proporciones, límites y condiciones de cobertura, se encuentran definidos en el Plan de Reembolsos Ampliación de Cobertura de Salud, detallado en el anexo: Cuadro de Condiciones y Características de la Póliza Plan de Reembolsos VCC010

- En aquellos casos en que el asegurado no esté afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, y las prestaciones o gastos reclamados se encuentren tipificadas en el Arancel Fonasa vigente a la fecha de la prestación, se aplicará una rebaja del 50% al porcentaje de reembolso establecido en el Plan de Reembolsos.
- En aquellos casos en que el asegurado este afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, y las prestaciones o gastos reclamados se encuentren tipificadas en el Arancel Fonasa vigente a la fecha de la prestación, y no cuenten con bonificación, aporte y/o reembolso mayor que cero (0) en tales instituciones, independiente de la causa que lo provoque, se aplicará una rebaja de 50% al porcentaje de reembolso establecido en el Plan de Reembolsos, con excepción de medicamentos ambulatorios.
- Gastos médicos incurridos en el extranjero:
 - a. Los gastos médicos incurridos en el extranjero tendrán cobertura por esta póliza sólo en caso de Atención de Urgencia Vital y siempre que el Sistema de Salud Previsional del asegurado haya reembolsado dichas prestaciones.

Se entenderá por Atención de Urgencia Vital, todo estado de salud que corresponda a una situación en la cual existe un peligro inmediato, real potencial para la vida del asegurado, o riesgo de secuelas graves permanentes, si no recibe atención calificada sin demora.
 - b. En estos casos los porcentajes reembolso establecidos en el Plan de Reembolsos se reducirán en 50%.

2. Asegurados:

La Ampliación de Cobertura de Salud sólo es aplicable al titular, cónyuge o conviviente civil, conviviente no civil con hijos en común e hijos del titular, del o la cónyuge o conviviente civil o conviviente no civil con hijos en común, siempre que cumplan con las condiciones de asegurabilidad establecidas para esta cobertura, las cuales se encuentran descritas en el siguiente punto.

3. Requisitos de Asegurabilidad:

| Asegurado | Edad mínima de Ingreso | Edad máxima de Ingreso | Edad Permanencia |
|---|----------------------------------|------------------------|--------------------|
| Titular | 18 años | 63 Años y 364 días | 64 Años y 364 días |
| Cónyuge o conviviente civil o conviviente no civil con hijos en común | 18 años | 63 Años y 364 días | 64 Años y 364 días |
| Hijos | Desde el 14avo día de nacimiento | 23 años y 364 días | 24 años y 364 días |

La edad máxima de ingreso no será exigible respecto de asegurados que provengan de carteras traspasadas de otros seguros, a quienes se les aplicará únicamente la edad máxima de permanencia.

4. Tarifas y Primas de la Ampliación de Cobertura

Las primas mensuales en UF, de esta Ampliación de Cobertura, son las siguientes:

| Asegurados | Prima Afecta | IVA | Prima Bruta |
|----------------------------|--------------|--------|-------------|
| Titular | 0,0283 | 0,0054 | 0,0337 |
| Titular con 1 Carga | 0,0558 | 0,0106 | 0,0664 |
| Titular con 2 Cargas | 0,0825 | 0,0157 | 0,0982 |
| Titular con 3 o más Cargas | 0,1109 | 0,0211 | 0,1320 |

5. Liquidación de la Ampliación de Cobertura de un Asegurado: En lo referente a la liquidación de esta Ampliación de Cobertura, se aplicará lo establecido en el punto "LIQUIDACIÓN DE LA COBERTURA DE UN ASEGURADO" de estas Condiciones Particulares.

6. Preexistencias: Este seguro cubre preexistencias.

7. Exclusiones de cobertura. Las exclusiones contempladas en esta cobertura corresponden a las establecidas en el Artículo 8 de las Condiciones Generales inscritas en la SVS bajo el código POL 320131486.

OTRAS CONDICIONES DE COBERTURA:

| | |
|---|--|
| • | Las condiciones particulares de la póliza no contemplan condiciones adicionales de cobertura |
|---|--|

21. RESUMEN DE LAS CONDICIONES DEL SEGURO

En cumplimiento con lo dispuesto en la Circular N° 1935 del 5 de agosto de 2009, instruida por la Superintendencia de Valores y Seguros, 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. |
| • NO considera la siniestralidad individual para el aumento de la prima en caso de renovación. |
| • SI cubre preexistencias. |

22. DOCUMENTOS INTEGRANTES DEL SEGURO

Se deja constancia que la propuesta del seguro, la cotización y el certificado de cobertura, todos documentos requeridos por la Compañía de Seguros Vida Cámara S.A. a los asegurados titulares para la incorporación a este seguro, forman parte integral de esta póliza.

23. COMUNICACIONES

Para los efectos de las comunicaciones a que alude el Artículo 20 de las Condiciones Generales, se fija como domicilio de los asegurados el domicilio de la Empresa Contratante.

24. CLAUSULA DE MOROSIDAD

El Contratante autoriza a Vida Cámara S.A. a comunicar a los registros públicos de información de morosidades y protestos o a los sistemas de información comercial cualquier situación de incumplimiento, retardo y/o mora en el cumplimiento de las obligaciones derivadas del presente contrato de seguro, tales como el no pago de la prima y/o cualquier otra suma de dinero que se adeude por el Contratante por tal concepto. Los costos inherentes a aclarar la información en el evento de pago serán de cargo del Contratante.

Para tal efecto, Vida Cámara S.A. otorgará certificados de pago sólo una vez cumplidas las obligaciones recién referidas por parte del Contratante.

25. INFORMACIÓN SOBRE PRESENTACIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS

En virtud de la Circular Nro. 2.131 de 28 de noviembre de 2013, las Compañías de Seguros deberán recibir, registrar y responder todas las presentaciones, consultas o reclamos que se les presenten directamente por el contratante, asegurado, beneficiarios o legítimos interesados o sus mandatarios.

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

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

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

26. CÓDIGO DE AUTORREGULACIÓN

Compañía de Seguros Vida Cámara 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 de la Asociación de Asegurados de Chile: 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 Vida Cámara S.A. o a través de la página Web www.ddachile.cl.

27. DOMICILIO

Para todos los efectos legales de la presente póliza, las partes fijan su domicilio en la ciudad de Santiago.



Eugenio Espinoza Concha
Gerente de Operaciones y TI
Compañía de Seguros de Vida Cámara S. A.

Fecha de emisión: Santiago, 01 julio de 2017

Cuadro de Condiciones y Características de la Póliza Plan de Reembolsos MODW16

| | Cobertura | Porcentaje Reembolso | Tope Prestación UF | Tope anual cobertura UF | Tipo Tope |
|------------------------------|---|----------------------|--------------------|-------------------------|-----------|
| BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN | Día Cama Hospitalización | 80% | 3UF | | Personal |
| | Día Cama UTI/UCI | 80% | 6UF | | Personal |
| | Servicios Hospitalarios | 80% | | | Sin Tope |
| | Honorarios Médicos | 80% | | | Sin Tope |
| | Cirugía Ambulatoria | 80% | | | Sin Tope |
| BENEFICIOS DE MATERNIDAD | Parto Normal | 100% | 25UF | | Personal |
| | Cesárea | 100% | 30UF | | Personal |
| | Complicaciones embarazo | 100% | 30UF | | Personal |
| | Aborto no voluntario | 100% | 15UF | | Personal |
| BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS | Medicamentos Ambulatorios No Genéricos ni Bioequivalentes | 40% | | 40UF | Personal |
| | Medicamentos Ambulatorios Inmunosupresores o Inmunomoduladores | 40% | | | Personal |
| | Medicamentos Ambulatorios Antineoplásicos | 40% | | | Personal |
| | Medicamentos Ambulatorios Genéricos y Bioequivalentes | 80% | | | Personal |
| BENEFICIOS AMBULATORIO | Consultas Médicas | 80% | | | Sin Tope |
| | Exámenes de Laboratorio | 70% | | | Sin Tope |
| | Exámenes de imagenología, Radiografías, Ultrasonografías y Medicina Nuclear | 70% | | | Sin Tope |
| | Procedimientos de Diagnóstico y Terapéuticos No Quirúrgicos | 70% | | 60UF | Personal |
| BENEFICIOS DE SALUD MENTAL | Gastos ambulatorios por consultas de Psiquiatría y/o Psicología | 50% | 1UF | | Personal |
| | Gastos Hospitalarios | 50% | | 20UF | Personal |
| BENEFICIOS ESPECIALES | Gastos por Óptica | 80% | | 3UF | Personal |
| | Audífonos | 80% | | 3UF | Personal |
| | Prótesis y Órtesis | 80% | | 15UF | Personal |
| | Servicio de Ambulancia Terrestre | 50% | | 44,85UF | Personal |
| | Fonoaudiología | 80% | 0,13UF | | Personal |
| | Terapia ocupacional | 80% | 0,09UF | | Personal |
| | Cirugía Ocular Lasik sin restricción de dioptrías | 80% | | | Sin Tope |

| | |
|----------------------------|-------|
| Tope Anual Cobertura en UF | 300UF |
|----------------------------|-------|

Plan Cargas Especiales MODV02

| | Cobertura | Porcentaje Reembolso | Tope Prestación UF | Tope anual cobertura UF |
|-------------------------------|--|----------------------|--------------------|-------------------------|
| BENEFICIOS DE HOSPITALIZACIÓN | Día Cama | 80% | 2 UF | |
| | Día Cama UTI/UCI | 80% | 4 UF | |
| | Servicios Hospitalarios | 50% | | |
| | Honorarios Médicos Quirúrgicos | 50% | | |
| | Cirugía Ambulatoria | 50% | | |
| BENEFICIOS AMBULATORIOS | Consultas Médicas | 50% | 0,3 UF | |
| | Exámenes de Laboratorio | 35% | | |
| | Exámenes de Imagenología, Radiografías, Ultrasonográficas y Medicina Nuclear | 35% | | |
| | Procedimientos de Diagnóstico y Terapéuticos No Quirúrgicos | 35% | | 60 UF |

| | |
|----------------------------|-------|
| Tope Anual Cobertura en UF | 100UF |
|----------------------------|-------|

Cuadro de Condiciones y Características Plan de Reembolso Dental DENW16

| | Cobertura | Porcentaje Reembolso Convenio | Porcentaje Reembolso Libre Eleccion |
|---------------------|-----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| DENTAL BASICA | Radiología Intraoral | 50% | 50% |
| | Higienización o Limpieza | 50% | 50% |
| | Endodoncia | 50% | 50% |
| | Odontopediatría | 50% | 50% |
| | Operatoria Dental sin Laboratorio | 50% | 50% |
| | Cirugía Bucal Simple | 50% | 50% |
| | Consulta Dental | 50% | 50% |
| DENTAL ESPECIALIDAD | Radiología Oral | 50% | 50% |
| | Operatoria Dental Completa | 50% | 50% |
| | Periodoncia | 50% | 50% |
| | Cirugía Bucal Completa | 50% | 50% |
| | Disfunción | 50% | 50% |
| | Prótesis Fija | 50% | 50% |
| | Prótesis Removible | 50% | 50% |
| | Implantes Dentales | 50% | 50% |
| Laboratorio dental | 50% | 50% | |
| ORTODONCIA | ORTODONCIA | 50% | 50% |

| | | |
|----------------------------|-----|----|
| Tope Anual Cobertura en UF | 8UF | UF |
|----------------------------|-----|----|

**Cuadro de Condiciones y Características de la Póliza Plan de Reembolsos
 Ampliación de Cobertura de Salud VCC010**

| | Cobertura | Porcentaje Reembolso |
|--|---|----------------------------------|
| BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN | Día Cama | 100% |
| | Día Cama UCI/UTI | 100% |
| | Servicios Hospitalarios | 100% |
| | Honorarios Médicos Quirúrgicos | 100% |
| | Cirugía Ambulatoria | 100% |
| BENEFICIO AMBULATORIO | Consultas Médicas | 100% |
| | Exámenes de Laboratorio | 100% |
| | Exámenes de imagenología, Radiografías, Ultrasonografías y Medicina Nuclear | 100% |
| | Procedimientos de Diagnóstico y Terapéuticos No Quirúrgicos | 100% |
| BENEFICIO DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS | Medicamentos Ambulatorios Genéricos y Bioequivalentes | 100% |
| | Medicamentos Ambulatorios No Genéricos ni Bioequivalentes | 100% |
| | Medicamentos Ambulatorios Inmunosupresores o Inmunomoduladores | 100% |
| | Medicamentos Ambulatorios Antineoplásicos. | 100% |
| BENEFICIOS ESPECIALES | Servicio de Ambulancia Terrestre | 100% |
| | Prótesis Implantada en Cirugía | 100% hasta el 10% del tope anual |

| | |
|----------------------------|-------|
| Tope Anual Cobertura en UF | 300UF |
|----------------------------|-------|

ANEXO

(Circular N° 2106 Superintendencia de Valores y Seguros)

PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS

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 Seguros, 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 o la Compañía deberá informar 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 sus 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 de 45 días corridos desde fecha de denuncia, a excepción de:

- a) Siniestros que correspondan a seguros individuales sobre riesgo del Primer Grupo cuya prima anual sea superior a 100 UF: 90 días corridos desde fecha denuncia;
- b) Siniestros marítimos que afecten a los Cascos o en caso de Avería Gruesa: 180 días corridos desde fecha 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 de 29 de diciembre de 2012).

9. IMPUGNACIÓN DE INFORME DE LIQUIDACIÓN

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 la impugnación.

CARÁTULA UNIFORME PARA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA/CERTIFICADO DE COBERTURA



CÓDIGOS SVS DE LA PÓLIZA

POL 2 2013 1792

PÓLIZA N°

3526-4

CONTRATANTE (SI ES DISTINTO DEL ASEGURADO)

FUNDACION PARA LA PROMOCION Y DESARROLLO DE LA MUJER

RUT

72.101.000-7

ASEGURADO

No aplica

RUT

No aplica

TIPO DE PÓLIZA

- Póliza sin cuenta única de inversión
 Póliza con cuenta única de inversión
 Póliza con ahorro previsional voluntario (APV)

PÓLIZA

- Individual
 Colectiva

VIGENCIA

01/07/2017

Inicio

30/06/2018

Término

RENOVACIÓN AUTOMÁTICA

- Si
 No

PRIMA Monto

0,1205

MONEDA

- UF
 Peso
 Otra

PERIODO DE PAGO

- Anual
 Mensual
 Otro

CONDICIONES

- Fija
 Ajustable Según Contrato

COMISIÓN TOTAL CORREDOR

Monto
No hay comisión

COBERTURAS

MONTO/MONEDA

| | MONTO/MONEDA | CONDICIONES | ART. CG | ART. CP |
|--|--------------|-------------|-------------|-------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Muerte | 200 | UF | Artículo 2. | Artículo 3. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Invalidez | 200 | UF | Artículo 2. | Artículo 3. |
| <input type="checkbox"/> Sobrevivencia | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Muerte Accidental | 200 | UF | Artículo 2. | Artículo 3. |
| <input type="checkbox"/> Esta póliza contiene otras coberturas adicionales, cuyo detalle debe ser consultado en las condiciones particulares | | | | |

BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO

- Beneficiarios designados por ley Muerte
 Otros beneficiarios

ART. CG

Artículo 11.

ART. CP

Artículo 4.

CONDICIONES ESPECIALES DE ASEGURABILIDAD

- Si
 No

ART. CG

ART. CP

Artículo 5.

PERIODO DE CARENIA

No aplica

ART. CG

Artículo 5.

ART. CP

EXCLUSIONES

- Si
 No

ART. CG

Artículo 6.

ART. CP

SISTEMA DE NOTIFICACIÓN

El asegurado ha autorizado a la compañía para efectuar las notificaciones asociadas a esta póliza por el siguiente medio:

- e-mail al correo electrónico
 Carta a la siguiente dirección
 Otro

La presente carátula es un resumen de la información más relevante de la póliza y los conceptos fundamentales se encuentran definidos al reverso. Para una comprensión integral, se debe consultar las condiciones generales y particulares de la póliza. En cada punto se señala el artículo del condicionado general (CG) o condicionado particular (CP) donde puede revisarse el detalle respectivo.

Nota 1: El asegurado tiene la obligación de entregar la información que la compañía requiera acerca de su estado de riesgo, en los casos y en la forma que determina la normativa vigente. La infracción a esta obligación puede acarrear la terminación del contrato o que no sea pagado el siniestro.

Nota 2: Importante. “Usted está solicitando su incorporación como asegurado a una póliza o contrato de seguro colectivo cuyas condiciones han sido convenidas por el contratante indicado con anterioridad directamente con la compañía de seguros.”

DEFINICIONES

CÓDIGO SVS DE LA PÓLIZA: Es el Código con que la póliza fue depositada en la Superintendencia de Valores y Seguros, conocido también como “código Pol”. Si la póliza incluye más de uno, se incluye sólo el de la cobertura principal.

PÓLIZA: Documento justificativo del seguro.

CERTIFICADO DE COBERTURA: Documento que da cuenta de un seguro emitido con sujeción a los términos de una póliza de seguro colectivo.

CONTRATANTE: La persona que contrata el seguro con la compañía aseguradora y sobre quien recaen, en general, las obligaciones y cargas del contrato. Puede ser una persona diferente al asegurado.

ASEGURADO: La persona a quien afecta el riesgo que se transfiere a la compañía aseguradora.

BENEFICIARIO: La persona que, aun sin ser asegurado, tiene derecho a la indemnización en caso de siniestro.

TIPO DE PÓLIZA: Según si tienen o no asociada una cuenta única de inversión, las pólizas pueden ser de los siguientes tipos: Es sin cuenta única de inversión, cuando sólo incluye el seguro de vida y no hay una cuenta de inversión asociada.

Es con cuenta única de inversión cuando además del seguro de vida, incluye una cuenta de inversión que genera rentabilidad, garantizada o no, en las condiciones estipuladas.

Es con ahorro previsional voluntario (APV) cuando además del seguro de vida, permite el ahorro de una suma de dinero asociado al sistema previsional regido por el Decreto Ley 3.500 sobre AFP.

VIGENCIA: Tiempo durante el cual se extiende la cobertura de riesgo de la póliza contratada.

RENOVACIÓN: Se refiere a si la póliza se extingue al vencimiento de su plazo o si se renueva.

Es *automática* cuando se entiende renovada si el cliente o la compañía no deciden terminarla, conforme a la póliza.

Es *sin renovación*, cuando la póliza se extingue al vencimiento de su vigencia.

PRIMA: El precio que se cobra por el seguro. Éste incluye los adicionales, en su caso.

CONDICIONES DE PRIMA: La prima puede ser *fija*, si el monto es el mismo durante toda la vigencia de la póliza, o puede ser *ajustable*, si ese precio puede ser modificado conforme a las normas incluidas en la póliza.

COMISIÓN CORREDOR: Es la parte de la prima que recibe un tercero, normalmente corredor de seguros, que ha vendido el seguro por cuenta de la compañía. Puede expresarse como un monto fijo o un porcentaje de la prima.

PERÍODO DE PAGO: La periodicidad con que el contratante debe pagar la prima.

COBERTURA: El tipo de riesgo cubierto por la póliza.

CARENCIA: Período establecido en la póliza durante el cual no rige la cobertura del seguro.

EXCLUSIONES: Aquellos riesgos especificados en la póliza que no son cubiertos por el seguro.

CONDICIONES ESPECIALES DE ASEGURABILIDAD: Son los requisitos específicos que debe cumplir el asegurado para que, en caso de siniestro, la compañía cubra el riesgo y pague el seguro.

SISTEMA DE NOTIFICACIÓN: Sistema de comunicación que el cliente autoriza para que la compañía le efectúe todas las notificaciones requeridas conforme a la póliza o que la compañía requiera realizar. Es responsabilidad del cliente actualizar los datos cuando exista un cambio en ellos.

PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA

| | |
|-----------|-------------|
| N° | 3526 |
|-----------|-------------|

CONDICIONES GENERALES INSCRITAS EN EL DEPÓSITO DE PÓLIZAS DE LA SUPERINTENDENCIA DE VALORES Y SEGUROS BAJO EL CÓDIGO POL220131792 Y CLAUSULAS ADICIONALES SI CORRESPONDE INDICADAS EN ESTA PÓLIZA

CONDICIONES PARTICULARES

Compañía de Seguros de Vida Cámara S.A., en adelante también “Vida Cámara S.A.” o la “Compañía”, en consideración a la Solicitud de Seguro presentada por el Contratante y el asegurado, su Declaración de Salud, las Condiciones Generales respectivas y las Condiciones Particulares que a continuación se detallan, acepta por medio de la presente póliza asegurar lo siguiente:

| Datos del Contratante | |
|-----------------------|--|
| Nombre o Razón Social | FUNDACION PARA LA PROMOCION Y DESARROLLO DE LA MUJER |
| Domicilio | Agustinas 1389 |
| Comuna | Santiago |
| Ciudad | Santiago |
| Teléfono | 9640417 |
| Rut | 72.101.000-7 |
| Contacto | Josefina Mendoza Saavedra |
| Email | jmendoza@prodemu.cl |

| Datos del Asegurador | |
|-----------------------|--------------------------------------|
| Nombre o Razón Social | COMPAÑÍA DE SEGUROS VIDA CÁMARA S.A. |
| Domicilio | Marchant Pereira N° 10, Piso 16 |
| Comuna | Providencia |
| Ciudad | Santiago |
| Teléfono | 600 320 07 00 |
| RUT | 99.003.000 - 6 |
| Nombre Producto | G3 Seguro Colectivo de Vida |

| Datos del Intermediario | |
|-------------------------|---------|
| Nombre o Razón Social | DIRECTO |
| Domicilio | |
| Comuna | |
| Ciudad | |
| Teléfono | |
| Rut | |
| Comisión Del Corredor | |

1. VIGENCIA DE LA PÓLIZA

La vigencia de esta póliza corresponde a:

| Fecha Vigencia Inicial | Fecha Vigencia Final |
|------------------------|----------------------|
| 01/07/2017 | 30/06/2018 |

2. ASEGURADOS

Aquellos a quienes afecta el riesgo que se transfiere al asegurador. Para estos efectos se considerarán como tal a las personas naturales que habiendo solicitado su incorporación a la póliza, hayan sido aceptados por la compañía de seguros, cumpliendo con los requisitos de asegurabilidad, y se encuentren incorporados en las nóminas vigentes de asegurados que las partes mantendrán en su poder.

Son asegurados titulares las personas naturales que sean personal activo y dependiente del contratante o vinculado a éste que han sido aceptados por la Compañía.

3. COBERTURA Y TASAS

| Cobertura | Registro SVS | Capital Asegurado (UF) | Tasa %o |
|----------------------------------|---------------|------------------------|---------|
| Fallecimiento | POL 220131792 | 200 | 0,1196 |
| Muerte Accidental | CAD 220130941 | 200 | 0,0295 |
| Invalidez Total y Permanente 2/3 | CAD 220130945 | 200 | 0,0434 |

| | |
|--------------|--------|
| MOD Asignado | VCV017 |
|--------------|--------|

4. BENEFICIARIOS

El Asegurado al momento de consentir su ingreso al seguro, deberá designar los beneficiarios para las coberturas de Fallecimiento, pudiendo con posterioridad modificarlos según lo establecido en el Artículo 11 de las Condiciones Generales de esta Póliza.

La compañía aseguradora pagará válidamente a los beneficiarios registrados en esta póliza, y con ello quedará liberada de sus obligaciones, pues no le será oponible ningún cambio de beneficiario, que no le hubiese sido notificado por escrito con anterioridad a la ocurrencia del siniestro.

5. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

5.1. Requisitos de Ingreso y Permanencia

| Cobertura | Edad de Ingreso | Edad de Permanencia |
|----------------------------------|--------------------|---------------------|
| Fallecimiento | 73 años y 364 días | 74 años y 364 días |
| Muerte Accidental | 63 años y 364 días | 69 años y 364 días |
| Invalidez Total y Permanente 2/3 | 63 años y 364 días | 64 años y 364 días |

5.2. Tabla de Requisitos de Asegurabilidad

| Capital Asegurado (UF) | Hasta 55 años | Entre 56 y 64 años |
|------------------------|--------------------|--------------------|
| 0- UF 200 | Sol. Incorporación | Sol. Incorporación |

5.3. Otras Condiciones.

- a) Los asegurados ingresaran a la póliza una vez evaluada la Solicitud de Incorporación y aceptado el ingreso por parte de la compañía.
- b) La Solicitud de Incorporación deberá ser completada por el asegurado titular, suscribiendo además el consentimiento de aceptación de ingreso a esta póliza.
- c) La compañía se reserva el derecho de solicitar antecedentes adicionales con el fin de establecer condiciones de cobertura.
- d) Tanto para los asegurados que no cuenten con continuidad de cobertura o aquellos que no hubieren estado incorporados en coberturas de vida de la póliza anteriormente contratada por el tomador, como para las nuevas incorporaciones, se aplicará durante los primeros 6 meses de vigencia, una reducción del 75% del capital asegurado en fallecimiento y adicionales si correspondiere, en caso que el siniestro sea a consecuencia o por causa de una de las siguientes enfermedades:
 - Cáncer o Tumores de cualquier naturaleza
 - Insuficiencia renal crónica
 - Bypass Aortocoronario
 - Marcapasos
 - Insuficiencia Cardíaca
 - Infarto al Miocardio
 - Accidente Vascular Encefálico
 - Angioplastia
 - Trasplantes

6. LEVANTAMIENTO DE EXCLUSIONES

No obstante lo establecido en el Artículo 6, letra l) y m) de las Condiciones Generales de esta Póliza, se otorgara cobertura a los trabajadores de empresas cuya actividad se detalla a continuación, y siempre que el siniestro se produzca durante la jornada laboral. En estos casos el capital de fallecimiento y adicionales si correspondiere, se reducirá a UF1.000, aun cuando la póliza contemple un capital superior en dicha cobertura. Si el capital asegurado fuese inferior a UF 1.000.- el monto a indemnizar corresponderá al capital asegurado.

- Pesquero (buceo, pesca artesanal)
- Forestal (aserraderos y tala de árboles)
- Minería (trabajos en mina subterránea y a tajo abierto)
- Eléctrico (trabajos eléctricos en altura)
- Seguridad (guardias de seguridad)
- FFAA y de Orden y Seguridad

7. INCORPORACIÓN Y EXCLUSIÓN DE ASEGURADOS

- a) Para la inclusión de asegurados cada persona deberá cumplir con los requisitos de asegurabilidad de esta póliza.
- b) La información de incorporaciones y exclusiones de la póliza deberá ser entregada por el contratante dentro de los primeros veinticinco (25) días de cada mes.
- c) El Contratante deberá enviar la información con los ingresos de los asegurados, dentro de un plazo no mayor a treinta (30) días a contar de la fecha en que los asegurables califican para solicitar su ingreso al seguro, en cuyo caso el inicio de la vigencia de su cobertura, previa evaluación y suscripción de riesgos por parte de Vida Cámara S.A., comenzará desde el primer día del mes siguiente al de la fecha de su aceptación por Vida Cámara S.A.
- d) Los nuevos asegurados ingresarán al presente seguro colectivo, sólo una vez evaluada su Solicitud de Incorporación y aceptado su ingreso por Vida Cámara S.A. En estos casos la cobertura se iniciará el primer día del mes siguiente al de su aceptación e incorporación al presente seguro.
- e) Para la exclusión de asegurados, el Contratante deberá informar vía e-mail e indicar el nombre completo y RUT del asegurado que será eliminado de la póliza, poniéndose fin a su cobertura a partir de la fecha de solicitud por parte del Contratante. El e-mail debe ser dirigido a su Ejecutivo de Cuenta o Corredor, según corresponda.
- f) En caso que un trabajador de la Empresa, que teniendo la calidad de asegurado, deje por cualquier razón de pertenecer a ella, ésta deberá dar aviso escrito y en forma inmediata de tal hecho a Vida Cámara S.A. otorgándose cobertura sólo hasta la fecha en que el asegurado perteneció a la empresa contratante.
- g) Para la modificación de las características de un asegurado, el Contratante deberá indicar el nombre completo, RUT y la modificación solicitada. Esta modificación regirá a partir de la fecha de recepción y aceptación por parte de la Compañía.

8. MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO

Tanto el Monto Asegurado como las Primas serán expresados en Unidad de Fomento (UF) de acuerdo al equivalente en pesos que tenga dicha unidad a la fecha del respectivo pago.

9. PRIMAS

Las primas mensuales en UF por cada Titular asegurado y cobertura contratada son las siguientes:

| Cobertura | Prima Neta | IVA | Prima Bruta |
|-------------------|------------|--------|-------------|
| Invalidez 2/3 | 0,0087 | 0,0017 | 0,0104 |
| Fallecimiento | 0,0239 | 0,0000 | 0,0239 |
| Muerte Accidental | 0,0059 | 0,0000 | 0,0059 |
| Prima Total | 0,0385 | 0,0017 | 0,0402 |

10. PAGO DE PRIMA, FACTURACIÓN Y COBRANZA

La facturación y cobranza de las primas se efectuará de acuerdo al siguiente detalle:

| | | | |
|-----------------------|-------------------------------|-----------------------------|--|
| RUT Facturación: | 72.101.000-7 | Nombre: | FUNDACION PARA LA PROMOCION Y DESARROLLO DE LA MUJER |
| Dirección: | AGUSTINAS 1389 | Ciudad: | SANTIAGO |
| Comuna: | SANTIAGO | Tipo Facturación y Cobranza | Mes vencido |
| Periodicidad de Pago: | Mensual | Forma de Pago: | Contado |
| Día de Pago: | 10 | Moneda de Prima: | U.F. |
| Rubro / Giro: | SERVICIO DE DESARROLLO SOCIAL | | |

Vida Cámara S.A. enviará al Contratante la factura correspondiente al cobro de primas por los trabajadores asegurados vigentes del período, la cual se calculará en base a la tabla de "Primas" y que deberá ser pagada por el Contratante a más tardar en la fecha indicada en la factura.

En ampliación del artículo número 14 de las Condiciones Generales de esta póliza de Seguro Colectivo Vida, se establece lo siguiente:

- a) La Compañía mantendrá la información de los asegurados en las condiciones que informe el Contratante y que la póliza lo permita, adjuntando la información completa con cada cobranza para la revisión por parte del Contratante.
- b) Se deja constancia, que la cobranza de las primas se efectuará en función de los movimientos y/o modificaciones a las características de los asegurados vigentes, por consiguiente, las diferencias que se generen se reflejarán en la cobranza del mes siguiente.

11. MODALIDAD DE PAGO DE LA PRIMA

La modalidad de pago de esta prima es contributiva, bajo el siguiente esquema:

| | |
|--|------|
| Contribución de prima del Contratante | 100% |
| Contribución de prima Asegurados Titulares | 0% |

12. PERÍODO DE GRACIA

Para el pago de la prima, esta póliza concede un plazo máximo de gracia de 30 días, el cual será contado a partir del primer día del mes de cobertura no pagado.

13. LIQUIDACIÓN DE LA COBERTURA DE UN ASEGURADO

La Compañía indemnizará de acuerdo al "Cuadro de Coberturas" el Capital Asegurado que se incluye en esta póliza y que es parte integrante de este Contrato.

a) El siniestro deberá ser notificado a la Compañía a través del Formulario "Solicitud de indemnización" que se encuentra disponible en el sitio web de la Compañía, dentro de los 60 días siguientes de haber tomado conocimiento del siniestro del asegurado.

b) Documentos mínimos a presentar ante el denuncia de siniestro:

| |
|--|
| Cobertura de Fallecimiento: |
| Fotocopia de Cédula de Identidad del Asegurado por ambos lados o en su defecto, Certificado de Nacimiento del Asegurado. |
| Certificado de defunción donde especifique la causa de muerte. |
| Fotocopia de la Cédula de Identidad por ambos lados de los Beneficiarios. |

| |
|---|
| Cobertura de Muerte Accidental: |
| Fotocopia de Cédula de Identidad del Asegurado por ambos lados o en su defecto, Certificado de Nacimiento original del Asegurado. |
| Certificado de defunción donde especifique la causa de muerte. |
| Fotocopia de la Cédula de Identidad por ambos lados de los Beneficiarios. |
| Parte Policial. |
| Protocolo de autopsia emitido por el Servicio Médico Legal. |
| Resultado de alcoholemia y pruebas toxicológicas emitidos por el Servicio Médico Legal. |

| |
|---|
| Cobertura de Invalidez Total y Permanente 2/3 u 80%: |
| Fotocopia de Cédula de Identidad del Asegurado por ambos lados. |
| Informe Médico. |
| Dictamen de Invalidez. |

14. DOCUMENTOS INTEGRANTES DEL SEGURO

Se deja constancia que la propuesta del seguro, la cotización y el certificado de cobertura, todos documentos requeridos por la Compañía de Seguros Vida Cámara S.A. a los asegurados para la incorporación a este seguro, forman parte integral de esta póliza.

15. COMUNICACIONES

Para los efectos de las comunicaciones a que alude el Artículo 21 de las Condiciones Generales, se fija como domicilio de los asegurados el domicilio de la Empresa Contratante.

16. CLAUSULA DE MOROSIDAD

El Contratante autoriza a Vida Cámara S.A. a comunicar a los registros públicos de información de morosidades y protestos o a los sistemas de información comercial cualquier situación de incumplimiento, retardo y/o mora en el cumplimiento de las obligaciones derivadas del presente contrato de seguro, tales como el no pago de la prima y/o cualquier otra suma de dinero que se adeude por el Contratante por tal concepto. Los costos inherentes a aclarar la información en el evento de pago serán de cargo del Contratante.

Para tal efecto, Vida Cámara S.A. otorgará certificados de pago sólo una vez cumplidas las obligaciones recién referidas por parte del Contratante.

17. INFORMACIÓN SOBRE PRESENTACIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS

En virtud de la Circular Nro. 2.131 de 28 de noviembre de 2013, las Compañías de Seguros deberán recibir, registrar y responder todas las presentaciones, consultas o reclamos que se les presenten directamente por el contratante, asegurado, beneficiarios o legítimos interesados o sus mandatarios.

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

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

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

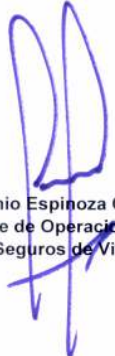
18. CÓDIGO DE AUTORREGULACIÓN

Compañía de Seguros Vida Cámara 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 de la Asociación de Asegurados de Chile: 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 Vida Cámara S.A. o a través de la página Web www.ddachile.cl.

19. DOMICILIO

Para todos los efectos legales de la presente póliza, las partes fijan su domicilio en la ciudad de Santiago.



Eugenio Espinoza Concha
Gerente de Operaciones y TI
Compañía de Seguros de Vida Cámara S. A.

Fecha de emisión: Santiago, 01 julio de 2017

ANEXO

(Circular N° 2106 Superintendencia de Valores y Seguros)

PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS

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 de la compañía, el Asegurado o beneficiario puede oponerse a ella, solicitándole por escrito que designe un Liquidador de Seguros, dentro del plazo de cinco días hábiles contados desde 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 o la Compañía deberá informar 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 corresponda 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 sus 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 de 45 días corridos desde fecha de denuncia, a excepción de:

- a) Siniestros que correspondan a seguros individuales sobre riesgo del Primer Grupo cuya prima anual sea superior a 100 UF: 90 días corridos desde fecha denuncia;
- b) Siniestros marítimos que afecten a los cascos o en caso de Avería Gruesa: 180 días corridos desde fecha denuncia.

7. PRORROGA DEL PLAZO DE LIQUIDACIÓN

Los plazos antes señalados podrán, excepcionalmente siempre que las circunstancias lo ameriten, prorrogarse, sucesivamente por iguales períodos, informado los motivos que la fundamenten e indicando las gestiones concretas y específicas que se realizaran, 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 25 a 28 del Reglamento de Auxiliares del Comercio de Seguros (D.S. de Hacienda N° 1.055, de 2012, Diario Oficial de 29 de Diciembre de 2012).

9. IMPUGNACIÓN DE INFORME DE LIQUIDACIÓN

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 solo lo tendrá el Asegurado.

Impugnado el informe, el Liquidador o la compañía dispondrá de un plazo de 6 días hábiles para responder la impugnación.