

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

N°	3524-8
----	--------

CONDICIONES GENERALES INSCRITAS EN EL DEPÓSITO DE PÓLIZAS DE LA COMISIÓN PARA EL MERCADO FINANCIERO BAJO LOS CÓDIGOS POL320180044 Y CLAUSULAS ADICIONALES CAD320180045.

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	Av. Apoquindo 6750 Piso 10
Comuna	Las Condes
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	HOWDEN PATAGONIA CORREDORES DE SEGUROS SPA
Domicilio	Av. Kennedy 5454 Oficina 1601
Comuna	Vitacura
Ciudad	Santiago
Teléfono	24294410
Rut	76.165.077-7
Comisión Del Corredor	5,00% + Iva

1. VIGENCIA DE LA PÓLIZA

La vigencia de esta póliza corresponde a:

Fecha Vigencia Inicial	Fecha Vigencia Final
01/07/2021	30/06/2022

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.

Asimismo, en su caso, la compañía aseguradora proveerá los medicamentos ambulatorios recetados al asegurado por su médico tratante durante el periodo de vigencia de este contrato de seguro, en las dosis establecidas por éste, o bien, a su opción, reembolsará el costo de los mismos al asegurado, siempre en complemento de lo que cubra su sistema de salud previsional, bienestar u otras instituciones, todo en los términos porcentuales, límites y topes establecidos en estas Condiciones Particulares.

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 MODBG7 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 sujeto al cumplimiento de las siguientes condiciones copulativas:
 - i. Los gastos de las prestaciones deben haber sido reembolsados por el Sistema de Salud Previsional del asegurado.
 - ii. El asegurado debe tener domicilio o residencia permanente en Chile y la permanencia máxima en el extranjero no podrá superar los 30 días
 - b. Sujeto al cumplimiento de las condiciones antes referidas, en estos casos los porcentajes 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 Y PERIODO DE ACUMULACIÓN

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 1,5 UF por grupo familiar.

Deducible por Grupo Familiar	Aplica Sobre Prestaciones Salud
Titular Solo	0,5UF
Titular + 1 Carga(s)	1,0UF
Titular + 2 Cargas o más	1,5UF
Periodo Acumulación:	Vigencia de la póliza

El 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 las coberturas del Beneficio 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	64 años y 364 días	74 años y 364 días
Cónyuge o conviviente civil o conviviente no civil con hijos en común	18 años	64 años y 364 días	74 años y 364 días
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 Comisión para el Mercado Financiero bajo el código POL 320180044.

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	0,5998	0,1140	0,7138
Titular con 1 Carga	0,7797	0,1481	0,9278
Titular con 2 Cargas	0,9598	0,1824	1,1422
Titular con 3 o más Cargas	1,1396	0,2165	1,3561

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)	0,5000	0,5000	0,5000	0,5000
IVA	0,0950	0,0950	0,0950	0,0950
Prima Bruta (UF)	0,5950	0,5950	0,5950	0,5950

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	60 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 o mediante la provisión del medicamento al asegurado.

Para efectuar la provisión del medicamento al asegurado la compañía podrá facultativamente celebrar convenios con las entidades farmacéuticas, siendo condición para otorgar esta modalidad de pago el que dichos convenios: 1) se encuentren vigentes al momento en que éste sea requerido; 2) que el servicio se encuentre disponible por parte del establecimiento respectivo; 3) que exista el stock de los medicamentos requeridos y 4) que el asegurado pague en la entidad farmacéutica el monto correspondiente al deducible del medicamento. Para estos efectos el deducible del medicamento corresponderá al porcentaje que no es objeto de reembolso según el plan de reembolso aplicable al beneficio de medicamentos. 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.

En el caso de provisión de medicamentos, 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.
•	Cirugía Ocular: Se reembolsarán bajo el ítem Cirugía Ambulatoria del Beneficio de Hospitalización, las cirugías oculares que sean consecuencia de patologías diferentes de aquellas que se realicen para corregir vicios de refracción del asegurado.
•	Malformaciones Congénitas: Los gastos médicos derivados del tratamiento de malformaciones congénitas serán reembolsados durante la vigencia de esta póliza siempre que el asegurado haya sido incorporado a la póliza desde su nacimiento o tenga un mínimo de 5 años de permanencia ininterrumpida en Vida Cámara S.A.
•	Cirugía Lasik: Se reembolsarán de acuerdo a los porcentajes y topes indicados en el Plan de Reembolsos, las cirugías oculares Lasik para corregir vicios de refracción sin considerar una determinada pérdida de visión mínima por cada ojo, en los términos y condiciones establecidos en el condicionado general.
•	Bonificación Mínima Isapre: Si el aporte del sistema de salud previsual del asegurado es menor al 50% del valor de la prestación cuyo reembolso se solicita, el reembolso de la compañía se aplicará sobre el 50% del valor real de la prestación, monto sobre el cual se aplicarán los porcentajes, topes y deducibles del plan contratado. Se exceptúan los medicamentos ambulatorios y deducibles por prestaciones GES/CAEC.
•	Copagos cancelados con Excedentes: Se levanta la exclusión del artículo número 8 letra y) de la POL 3 2018 0044, 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.
•	Ingreso de Asegurados. Por solicitud expresa del contratante, podrán ingresar a la póliza los(as) hijos/as del asegurado titular, siempre y cuando tenga la calidad de carga familiar reconocida ante la Caja de Compensación Los Andes.
•	Se autoriza el ingreso intervigencia solo para aquellos titulares (con su grupo familiar) que pasen de contrato fijo a contrato indefinido, previa autorización de la empresa contratante
•	Los siguientes asegurados mantienen cobertura en el seguro de Salud, sin embargo su continuidad será evaluada en la próxima renovación (quedan excluidos de cobertura ampliación). 1) Angela Elena Quiroga Ibaceta; Rut 0005941131-4 2) Maria Isabel Gonzalez Maldonado; Rut 0006759229-8 3) Fernando Gustavo Jiménez Michaelis; Rut 0006983466-3 4) Gabriela Sanchez Cañete; Rut 0007212617-3 5) Ermelinda Risco Gonzalez; Rut 0007492912-5 6) Teresa Del Carmen Calane Jirón; Rut 0007640144-6

<ul style="list-style-type: none">•	<p>Se reembolsarán bajo el ítem Medicamentos Biológicos de Beneficios Especiales del Plan de Reembolsos, los medicamentos biológicos e inmunoterapias requeridos para el tratamiento ambulatorio u hospitalario de una patología cubierta por esta póliza, en las siguientes condiciones:</p> <p>a) El porcentaje de cobertura a aplicar será igual al porcentaje de cobertura otorgado por el sistema de salud previsional del asegurado. En caso que los medicamentos biológicos e inmunoterapias no reciban bonificación del sistema de salud previsional del asegurado, el porcentaje de reembolso a aplicar será de un 15%</p> <p>b) El monto máximo de reembolso anual por estas prestaciones será de UF 30 por asegurado.</p> <p>Adicionalmente, se otorgará cobertura por el Beneficio de Medicamentos Ambulatorios a la insulina requerida para el tratamiento de patologías cubiertas por la póliza.</p>
<ul style="list-style-type: none">•	<p>Cobertura Pandemia Covid-19 Se incorpora excepcionalmente la cobertura de gastos médicos originados o que sean consecuencia de la pandemia Covid-19, en los siguientes términos y condiciones:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Las prestaciones médicas ambulatorias y hospitalarias requeridas para el tratamiento de la pandemia Covid19 serán reembolsadas según los porcentajes y topes establecidos en el Plan de Reembolso, de acuerdo al tipo de atención recibida por el asegurado.2. En caso de que las prestaciones no reciban reembolso del sistema de salud previsional del asegurado, independiente de la causa que lo provoque, se aplicará una rebaja del 50% al porcentaje de bonificación establecido en el Plan de Reembolsos, con excepción de los medicamentos ambulatorios.3. Se reembolsarán las prestaciones médicas ambulatorias y hospitalarias no incluidas en el Arancel Fonasa siempre que éstas sean necesarias para el diagnóstico y/o tratamiento de la patología Covid-19, en los siguientes términos:<ol style="list-style-type: none">a) Las prestaciones ambulatorias recibirán un reembolso del 50%, con un tope de UF 10.b) Las prestaciones hospitalarias serán reembolsadas según los porcentajes y topes establecidos en el Plan de Reembolso.c) En caso de que estas prestaciones, por cualquier causa, no reciban reembolso del sistema de salud previsional del asegurado, se aplicará el factor de descuento señalado en el número 2 anterior.4. Esta cobertura excepcional sólo será aplicable durante el periodo de vigencia de esta póliza, por lo que la cobertura no se extenderá a un nuevo período de vigencia en caso de que la póliza fuera renovada o contratada por un nuevo período.

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 de Vida Cámara, el cual podrá ser consultado por los asegurados.

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 DENBG7

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: Sin límite de edad.

b) Deducible y Periodo de Acumulación:

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:

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

Deducible por Grupo Familiar	Aplica Sobre Prestaciones Dentales
Titular Solo	0,0UF
Titular + 1 Carga(s)	0,0UF
Titular + 2 Cargas o más	0,0UF
Periodo Acumulación:	Vigencia de la póliza

El deducible no aplicará a las Cargas Especiales en caso que sean considerados como asegurados de esta 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 ésta póliza, se les aplicará una Carencia de ciento ochenta (180) días para la Cobertura de Ortodoncia, Prótesis Fijas y removibles e implantes.

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 Comisión para el Mercado Financiero bajo el código CAD 320180045.

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

Asegurados	Prima Afecta	IVA	Prima Bruta
Titular	0,1290	0,0245	0,1535
Titular con 1 Carga	0,1678	0,0319	0,1997
Titular con 2 Cargas	0,2066	0,0393	0,2459
Titular con 3 o más Cargas	0,2452	0,0466	0,2918

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 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 e Implantes.

- b. Acompañar radiografías de control final de tratamiento en los siguientes prestaciones: Endodoncia, Injertos Óseos, Cirugía de Implante y Rehabilitación de Implante.

- Concurrir personalmente, cuando la compañía lo solicite, a contraloría dental en los centros que la compañía determine y dentro del 15 días hábiles contados desde la recepción de la comunicación de la compañía.

OTRAS CONDICIONES DE COBERTURA:

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

20. AMPLIACIÓN DE COBERTURA DE SALUD

a) 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:
 1. Los gastos médicos incurridos en el extranjero tendrán cobertura por esta póliza sólo en caso de Atención de Urgencia sujeto al cumplimiento de las siguientes condiciones copulativas:
 - a. Los gastos de las prestaciones deben haber sido reembolsados por el Sistema de Salud Previsional del asegurado.
 - b. El asegurado debe tener domicilio o residencia permanente en Chile y la permanencia máxima en el extranjero no podrá superar los 30 días
 2. Sujeto al cumplimiento de las condiciones antes referidas, en estos casos los porcentajes reembolso establecidos en el Plan de Reembolsos se reducirán en 50%.

b) 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.

c) 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.

d) 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	0,0159	0,0030	0,0189
Titular con 1 Carga	0,0313	0,0059	0,0372
Titular con 2 Cargas	0,0463	0,0088	0,0551
Titular con 3 o más Cargas	0,0623	0,0118	0,0741

e) 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.

f) Preexistencias. Este seguro cubre preexistencias.

g) Exclusiones de cobertura. Las exclusiones contempladas en esta cobertura corresponden a las establecidas en el Artículo 8 de las Condiciones Generales inscritas en la Comisión para el Mercado Financiero bajo el código POL 320180044.

OTRAS CONDICIONES DE COBERTURA:

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

21. MANTENCIÓN DEL CONTRATO

Se establece como requisito para mantener la vigencia de la póliza un porcentaje máximo de variación positiva o negativa de la población de un 25% con respecto a la población inicial de asegurados titulares ingresados en el inicio del presente contrato. Si no se cumpliera dicho requisito, el contrato de seguro colectivo terminará anticipadamente en conformidad a los términos establecidos en las condiciones generales del seguro.

22. MODIFICACIÓN SISTEMA PREVISIONAL DE SALUD

En conformidad a lo dispuesto en el artículo 20 de las condiciones generales del seguro, en caso de modificación de la legislación o normativa vigente relacionada al sistema de salud previsional público o privado, y siempre que dicho cambio 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 facultativamente dar por terminada la póliza en forma anticipada, o 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 que una modificación a la legislación o normativa vigente relacionada al sistema de salud previsional público o privado afecta significativamente la cobertura del seguro cuando se refiere a uno o algunos de los siguientes aspectos:

- a) Disminución de los planes de salud de los afiliados en un porcentaje igual o mayor al 5%.
- 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 a 1%; 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.

23. 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 Comisión para el Mercado Financiero, 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. |

24. 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.

25. COMUNICACIONES

Para los efectos de las comunicaciones a que alude el Artículo 22 de las Condiciones Generales, se fija como domicilio de los asegurados el domicilio de la Empresa Contratante.

26. 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.

27. 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 Comisión para el Mercado Financiero, 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.

28. 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.

29. DOMICILIO

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



Jaime Bustos Pizarro
Gerente de Operaciones
Compañía de Seguros de Vida Cámara S. A.

Fecha de emisión: Santiago, 01 julio de 2021

Cuadro de Condiciones y Características de la Póliza Plan de Reembolsos MODBG7

	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 Quirúrgicos	80%			Sin Tope	
	Cirugía Ambulatoria	80%			Sin Tope	
BENEFICIOS DE MATERNIDAD	Parto Normal	100%	25 UF X EVENTO		Personal	
	Cesárea	100%	30 UF X EVENTO		Personal	
	Complicaciones del Embarazo	100%	30 UF X EVENTO		Personal	
	Aborto no voluntario	100%	15UF X EVENTO		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, Radiografía, Ultrasonografía 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 de Psiquiatría	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	
	Medicamentos Biológicos e Inmunoterapias		Idem Sistema previsional de Salud%		30UF	Personal
	Cirugía Ocular lasik sin restriccion de dioptrias	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 DENBG7

	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%
	Prótesis Implantada en Cirugía	100% hasta el 10% del tope anual
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%

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

ANEXO

(Circular N° 2106 Comisión para el Mercado Financiero)

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 Comisión para el Mercado Financiero, 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.