



POLIZA DE SEGUROS COLECTIVOS
CONDICIONES PARTICULARES

Póliza Nro. : 12605, 12617, 12618, 12619 Vigencia Póliza : 01/01/2020 al 31/12/2022
Contratante : POLICIA DE INVESTIGACIONES DE CHILE RUT : 60.506.000-5
Plazo : 3 años Moneda: Peso (\$)
Dirección : General Mackenna 1314, Santiago Centro

COMPANIA ASEGURADORA


Nombre : Compañía de Seguros de Vida
Consortio Nacional de Seguros S.A.
Rut : 99.012.000-5
Dirección Casa Matriz : El Bosque Sur N°180, Las Condes Santiago

INTERMEDIARIO

Nombre : FR GROUP CORREDORES DE SEGUROS LTDA.
RUT : 79.619.240-2
Comisión : 5,5% Monto que será pagado en su totalidad por Consortio Nacional de Seguros S.A. a la corredora FR Group Corredores de Seguros Ltda.


POL Y CAD

POL 320180057 Complementario de Salud
POL 320131720 Catastrófico
POL 220130974 Fallecimiento
POL 220140173 Desgravamen



Christian Unger Vergara
Gerente General

Compañía de Seguros de Vida
Consortio Nacional de Seguros S.A.



Denny Williams Obreque
Prefecto Inspector

POLICIA DE INVESTIGACIONES DE CHILE



COBERTURAS

Coberturas	Edad Máx.	Cotización	% Descto	Tipo Aseg	Plan
110Salud Complement	99	0,59779Pr.		Tit	ACT. SUP.
06 Fallecimiento	99	0,01388Pr.		Tit	ACT. SUP.
110Salud Complement	99	0,50507Pr.		Tit	ACT. INST.
06 Fallecimiento	99	0,01388Pr.		Tit	ACT. INST.
110Salud Complement	99	0,61163Pr.		Con	ACT. SUP.
110Salud Complement	99	0,51895Pr.		Con	ACT. INST.
110Salud Complement	99	0,61163Pr.		Hij	ACT. SUP.
110Salud Complement	99	0,51895Pr.		Hij	ACT. INST.
110Salud Complement	99	0,81548Pr.		Otr	ACT. SUP.
110Salud Complement	99	0,81548Pr.		Otr	ACT. INST.
360Catastrófico	99	0,00000Pr.		Tit	ACT. SUP.
360Catastrófico	99	0,00000Pr.		Tit	ACT. INST.
360Catastrófico	99	0,00000Pr.		Con	ACT. SUP.
360Catastrófico	99	0,00000Pr.		Con	ACT. INST.
360Catastrófico	99	0,00000Pr.		Hij	ACT. SUP.
360Catastrófico	99	0,00000Pr.		Hij	ACT. INST.

La prima cobrada a los asegurados titulares incluye Cobertura de Fallecimiento sólo para ellos con un capital de \$5.600.000.-

Participación Titular :

Valor Empleado 100,00 %

Valor Empresa 0,00 %

Forma de pago : Mensual

BENEFICIARIOS

CONDICIONES PARTICULARES:

AMBITO DE APLICACION

El presente Seguro Complementario de Salud se rige por las Condiciones Generales inscritas en el registro de pólizas de la Comisión para el Mercado Financiero (CMF) bajo el código POL320180057 (Complementario de salud), POL320131720 (Catastrófico), POL220130974 (Fallecimiento) y por las presentes Condiciones Particulares, las cuales priman sobre las Condiciones Generales en todo lo que se contrapongan.

Esta póliza constará con una UF fija del 01-01-2020 la cual se verá reflejada en pesos.

CASA MATRIZ

Av. El Bosque Sur 180,
Las Condes, Santiago, Chile.
www.consorcio.cl

I ASEGURADOS.

Para los efectos de la presente póliza, se considerarán asegurados los funcionarios de la Policía de Investigaciones de Chile y sus cargas familiares legalmente reconocidas, con o sin retención judicial, que tengan cobertura de los beneficios médicos contemplados en el Sistema Previsional de DIPRECA.

Igualmente quedarán comprendidos en la condición de asegurados los familiares directos de los anteriormente aludidos, considerados como tales el cónyuge, los padres e hijos que sin ser cargas familiares se adhieran voluntariamente al Seguro como "Cargas de Salud".

También podrán asegurarse los demás funcionarios de la Policía de Investigaciones de Chile, que estén afectos a un Sistema Previsional distinto a DIPRECA, sus cargas familiares legalmente reconocidas y sus cargas de salud. Este segmento se denominará "Personal no afecto a DIPRECA" y corresponderá, entre otros, al personal contratado en virtud del Código del trabajo y a personal a contrata afectos a una AFP., y cualesquiera otros funcionarios que perciban una remuneración mensual, de la cual puedan descontarse automáticamente las primas de este Seguro.

En ningún caso habrá limitaciones de edad para afiliarse al seguro.

II BENEFICIOS DE COBERTURA.

1.- Gastos de Hospitalización:

La Compañía Aseguradora deberá reembolsar el 45% según lo establecido en el punto IV "Reembolso de Gastos" los gastos médicos de hospitalización en que incurran los asegurados con ocasión de enfermedad, accidente y maternidad.

Se entenderá por Gastos Médicos de hospitalización el costo que significa la internación de un asegurado en un Establecimiento Hospitalario, por los siguientes conceptos:

1.1) Día Cama Hospitalización: Gastos por habitación, alimentación prescrita y atención general de enfermería, suministrada al asegurado durante su hospitalización cualquiera sea su duración. Para todos los efectos de esta Póliza, el día cama de observación que provenga de tratamientos de quimioterapia o equivalentes, se asimilará al día cama hospitalización y, en consecuencia, le corresponderá la misma cobertura prevista para este último concepto.

1.2) Servicios Hospitalarios: Gastos por conceptos de servicios en el hospital no incluidos en el número anterior, tales como salas de urgencias, derecho a pabellón, unidad de tratamiento intensivo o intermedio, exámenes de laboratorio e imagenología, procedimientos especiales, equipos e insumos; otros gastos suministrados al asegurado durante su hospitalización y que hayan sido debidamente prescritos por el médico tratante como necesarios para el respectivo tratamiento.

1.3) El porcentaje de reembolso de insumos y medicamentos utilizados durante la hospitalización será de 45%.

1.4) Honorarios Médicos Quirúrgicos: Los honorarios de profesionales médicos, arsenaleros y otros profesionales de la salud que hubieran intervenido en una operación quirúrgica o parto al asegurado.

1.5) Servicio Privado de Enfermeras Profesionales: Gastos provenientes de servicios profesionales de enfermeras y auxiliares de enfermería, que hayan sido prescritos por el médico tratante:

1.5.1.- Durante la hospitalización.

1.5.2.- Durante el periodo de convalecencia, con un máximo de 30 días.

1.6) Servicio de ambulancia: Para trasladar al asegurado, desde y hacia un establecimiento asistencial, se comprenderá el reembolso de los gastos derivados de ambulancias terrestres, aéreas, marítimas, lacustres o fluviales o por medios análogos que, sin tener la condición de ambulancia, sean empleados con este fin médico, cualquiera sea la categoría del establecimiento asistencial de destino. Para traslados en regiones, la base de cálculo del beneficio será el arancel vigente convenido con el Hospital DIPRECA, sólo para aquellos traslados en ambulancia de alta complejidad.

Indistintamente el medio utilizado, la Compañía hará un reembolso sólo para esta cobertura del 80% con tope UF 20 para cada asegurado que solicite este beneficio.

1.7) Hijos Recién Nacidos: Sin perjuicio de la cobertura de los beneficios de maternidad que señalan las Condiciones Generales de las mismas, inscritas en el Registro de pólizas de la Comisión para el Mercado Financiero (CMF) bajo el código POL320180057, que se considerará parte integrante de este contrato, la Compañía aseguradora reembolsará los gastos de hospitalización, en que incurra un hijo recién nacido del asegurado; luego del parto, sea este último normal, prematuro, cesárea, o cualquier otra forma médicamente viable, como consecuencia de cualquier patología que requiera de una hospitalización post-natal, hasta sus 60 primeros días de vida.

Para efectos de la aplicación de la disposición precedente, la fecha de nacimiento deberá estar comprendida dentro del periodo de vigencia de la póliza, y en particular del debido pago previo de la prima del padre o madre titular del seguro.

2.- Gastos por Cirugía Ambulatoria:

La Compañía aseguradora deberá reembolsar los gastos médicos en que incurra el asegurado que sufra alguna incapacidad, con ocasión de un accidente o enfermedad que requiera cirugía, sin que sea hospitalizado. El porcentaje de reembolso será un 45% del monto correspondiente a la prestación y según la aplicación de la base de cálculo establecida en la cláusula Reembolsos de Gastos de estas condiciones particulares.

Se entienden por gastos médicos de cirugía ambulatoria el costo que significa la intervención a un asegurado en un establecimiento hospitalario, servicio médico, clínica o consulta, por los mismos conceptos que la hospitalización, sólo

que sustituyendo el día cama hospitalización por un día cama en observación, recibido en forma previa o posterior a la intervención quirúrgica menor.

3.- Gastos por Cirugía Dental por Accidente:

La Compañía aseguradora deberá reembolsar los gastos en que incurra el asegurado, por el tratamiento de lesiones provenientes de un accidente a los dientes naturales, efectuado por un médico cirujano maxilofacial o un odontólogo, siempre que éste se realice dentro de los seis (6) meses siguientes al accidente.

El porcentaje de reembolso será un 50% según la aplicación de la base de cálculo establecida en la cláusula Reembolsos de Gastos de estas condiciones particulares.

Lo anterior incluye todo tipo de exámenes dentales, extracciones, empastes, tratamiento dental en general y el reemplazo de las piezas dentales accidentadas. El accidente deberá ser certificado por la constancia policial respectiva.

4.- Material Desechable:

El gasto en material desechable empleado en la hospitalización, cirugía ambulatoria o cirugía dental por accidente de un asegurado, será reembolsado por la Compañía aseguradora en un 60% del valor facturado. Se entenderá imputable a esta cobertura todo elemento utilizado en la hospitalización, cirugía dental por accidente, no incluido en otro arancel y por el que DIPRECA no efectúe reembolso.

5.- Atenciones Ambulatorias.

La Compañía aseguradora reembolsará los gastos en que incurran los asegurados y sus respectivas cargas familiares y de salud, con ocasión de prestaciones que no requieran de hospitalización, efectuadas o prescritas por un médico tratante. El porcentaje de reembolso será un 35% del monto correspondiente a la prestación y según la aplicación de la base de cálculo establecida en la cláusula Reembolsos de Gastos de estas condiciones particulares.

Se entienden por gastos ambulatorios los que deriven de la atención de un asegurado en un establecimiento hospitalario, servicio médico, clínica o consulta profesional, por los siguientes conceptos:

5.1) Atenciones Médicas: En general todas aquellas prestaciones médicas ambulatorias que no estén comprendidas en los números siguientes.

5.2) Servicios Profesionales y de Ayuda al Diagnóstico: Gastos por concepto de servicios recibidos en el hospital, clínica, servicio médico o consulta no incluidos en el número anterior, tales como exámenes de laboratorio imagenología, procedimientos especiales, equipos, insumos y medicamentos; suministrados al asegurado durante tal atención y que hayan sido debidamente prescritos por el médico tratante para el tratamiento de la incapacidad o enfermedad.

5.3) Honorarios Médicos: Los honorarios de profesionales médicos y de la salud que hubieran intervenido en una prestación al asegurado, incluida la atención médica a domicilio.

5.4) Elementos para el tratamiento: Los aparatos auditivos, prótesis, órtesis, miembros artificiales y suministros de aparatos o equipos ortopédicos.

5.5) Servicio de ambulancia: Para trasladar al asegurado, desde y hacia un establecimiento hospitalario, clínica, servicio médico o consulta. Se comprenderá el reembolso de los gastos derivados de ambulancias terrestres, aéreas, marítimas, lacustres o fluviales o por medios análogos que, sin tener la condición de ambulancia, sean empleados con este fin médico, cualesquiera sea la categoría del establecimiento asistencial de destino. Para traslados en regiones, la base de cálculo del beneficio será el arancel vigente convenido con el Hospital DIPRECA, sólo para aquellos traslados en ambulancia de alta complejidad.

Indistintamente el medio utilizado, la Compañía hará un reembolso sólo para esta cobertura del 80% con tope UF 20 para cada asegurado que solicite este beneficio.

5.6) Servicio Privado de Enfermeras Profesionales o de auxiliares de enfermería: Prestado durante su convalecencia, siempre que hayan sido prescritos por el médico tratante, con un máximo de 30 días. Se entenderán comprendidas en esta cobertura la toma de muestras y otros procedimientos a domicilio, efectuados por profesionales de la salud.

5.7) Material Desechable: El gasto en material empleado en la hospitalización, cirugía ambulatoria o cirugía dental por accidente de un asegurado, será reembolsado por la Compañía aseguradora en el 60% del valor facturado. Se entenderá imputable a esta cobertura todo elemento utilizado en la hospitalización, cirugía ambulatoria o cirugía dental por accidente, no incluido en otro arancel y por el que DIPRECA no efectúe reembolso.

5.8) Kinesiología: Se cancelarán los gastos correspondientes a Kinesiología con tope FONASA Nivel 1 en Santiago y sin tope en regiones,

5.9) Cobertura de Tratamientos Farmacológicos Oncológicos: Durante su convalecencia siempre que hayan sido prescritos por el médico tratante y según listado definido al momento del contrato. Cualquier excepción será evaluada por la Contraloría Médica de DIPRECA.

5.10) Los lentes o anteojos ópticos, serán reembolsados por la Compañía aseguradora en un 60% del valor facturado con un tope de UF 5 anual por cada asegurado durante el año póliza.

5.11) Tratamiento de salud mental psiquiátrico, serán reembolsados por la Compañía aseguradora en un 35% del valor de arancel Fonasa nivel 3.

5.12) Medicamentos: Los medicamentos ambulatorios estarán cubiertos al 50% del valor cobrado al asegurado con un tope de UF 10 anual por asegurado

Adicionalmente, los asegurados cuentan con convenio Farmacias Cruz Verde, el cual reembolsa en línea en cada una de las sucursales, considerando topes y porcentajes señalados anteriormente.

6.) Cobertura en el Extranjero

La Compañía aseguradora reembolsará el 80% del valor facturado por los gastos en que incurran los asegurados personal activo de la Policía de Investigaciones, con ocasión de prestaciones de salud recibidas en el extranjero efectuadas o prescritas por un médico tratante o profesional de la salud, mientras se encuentren en Comisión de Servicio por cualquier causa o motivo, como también a aquellos que permanezcan en el extranjero terminada la aludida comisión. El porcentaje de reembolso será correspondiente a la prestación y según la aplicación de la base de cálculo establecida en la cláusula Reembolsos de Gastos de estas condiciones particulares.

Lo anterior será aplicable a los asegurados titulares; al cónyuge en todo evento y a las cargas familiares o de salud afiliadas al Seguro que le acompañen durante la comisión o estancia posterior, con un monto máximo de US\$ 100.000.- para asegurado funcionario activo con sus respectivas cargas, con los siguientes deducibles anuales:

- US\$ 50 individuales en Países Latinoamericanos.
- US\$ 100 individuales en los demás países.

Se entienden por gastos en el extranjero aquellos equivalentes y descritos en los números "1.1" a la "1.5" de "BENEFICIOS DE COBERTURA" tales como hospitalización, cirugía ambulatoria, cirugía dental por accidente y atenciones ambulatorias; los que pueden significar acumulativamente la atención de un asegurado de la póliza y sus familiares antes consignados, en las condiciones descritas en la letra "6", en un establecimiento hospitalario, servicio médico, clínica o consulta profesional, por los conceptos mencionados anteriormente.

El mismo beneficio corresponderá al personal activo de la Policía de Investigaciones de Chile, que se encuentren en el extranjero por otra causa distinta a una comisión de servicio. En dicho caso, el porcentaje de concurrencia ascenderá al 50% de los gastos de acuerdo al reembolso será correspondiente a la prestación y según la aplicación de la base de cálculo establecida en la cláusula Reembolsos de Gastos de estas condiciones particulares.

El reembolso no procederá en caso de atenciones médicas efectuadas en el extranjero producto de algún diagnóstico o enfermedad preexistencia vigente del asegurado, tenga esa preexistencia cobertura o no en el país en la presente póliza.

Tratándose de los asegurados no afectos a personal de Dipreca, la cobertura será según lo establecido en el punto de reembolso de gastos de estas condiciones particulares.

7) Beneficio adicionales en caso de fallecimiento del asegurado titular.

7.1) Desgravamen al Co-pago

La Compañía aseguradora protegerá contra el riesgo que pueda generar la muerte del asegurado titular, que no hubiese alcanzado a pagar o que se encuentre pagando regularmente una deuda producto del co-pago de las prestaciones de salud recibidas por el personal activo de la Policía de Investigaciones o sus respectivas cargas familiares, se encuentren o no bajo la cobertura del Seguro de Salud, después de las siguientes concurrencias:

- a) Seguro Obligatorio de accidente con participación de vehículos motorizados, establecido por la Ley N° 18.490.
- b) Concurrencia previsional de su respectivo régimen y de los servicios de bienestar a los que esté afecto.
- c) Cualquier Seguro Colectivo de Desgravamen contratado por DIPRECA para las deudas médicas de sus imponentes de la Policía de Investigaciones

Terminada la vigencia de esta póliza, cesará toda responsabilidad de la Compañía aseguradora sobre los riesgos que cubre y no tendrá obligación alguna respecto de los siniestros que ocurran con posterioridad a la respectiva fecha de término; sin perjuicio de la que contraerá y mantendrá sobre los siniestros ocurridos y no reportados que efectivamente hayan sucedido durante la vigencia del Seguro.

Los riesgos antes aludidos podrán ser reembolsados directamente sobre las facturas o medios magnéticos de cobranza o contra la certificación de los saldos de los préstamos de beneficios médicos que la respectiva Institución de Salud Previsional hubiere otorgado a los asegurados, de acuerdo a la reglamentación que los rija.

El fallecimiento de un asegurado deberá ser acreditado con el respectivo certificado de defunción, otorgado en Chile por el Oficial de Registro Civil o por la autoridad competente en el extranjero, debidamente autenticado.

Se excluye de este beneficio aquellos gastos médicos realizados en el extra-sistema

7.2) Cobertura de asistencia psicológica.

En caso de Fallecimiento del asegurado titular de la Policía de Investigaciones de Chile, se otorga el beneficio de asistencia psicológica para las cargas familiares legalmente reconocidas. A través de este beneficio, la Compañía otorgará sin costo alguno para las cargas legales 6 (seis) sesiones de atención psicológicas para el (la) cónyuge y 3 (tres) sesiones para cada hijo carga legal.



Ocurrido el fallecimiento del asegurado titular, la Compañía será responsable de contactar y coordinar las atenciones que permitan a los beneficiarios utilizar este beneficio.

El beneficio se activará una vez que ocurra el fallecimiento del asegurado titular y se otorgará indistintamente la causa de su fallecimiento

7.3) Cobertura en caso de fallecimiento del asegurado titular

En caso de fallecimiento del asegurado titular, la compañía pagará a los beneficiarios designados por el asegurado un valor de \$5.600.000.- Este pago se hará indistintamente la causa de fallecimiento del asegurado titular. En caso de no existir designación de beneficiarios se pagará a los herederos legales. El plazo para cursar el pago del siniestro será de 10 días hábiles contados desde la recepción de toda la documentación necesaria solicitada por la Compañía.

8.- Cobertura de Diálisis:

La Compañía aseguradora deberá reembolsará el 50% del arancel Fonasa nivel 1 de los gastos en que incurran los asegurados, con ocasión de las prestaciones de diálisis, que no requieran hospitalización y que sean prescritas por un médico tratante y necesarias para su tratamiento.

En la eventualidad de la prestación médica de Diálisis no este codificada en los aranceles Fonasa se homologara a una de estas o alguna existente o utilizada en los centros médicos en convenio con DIPRECA. El reembolso anterior se efectuará después de la concurrencia del sistema previsional del asegurado.

9.- Cobertura de Radioterapia:

La Compañía aseguradora deberá reembolsará los gastos en que incurran los asegurados, con ocasión de la prestación de radioterapia que sean prescritas por un médico tratante y necesarias para su tratamiento. El porcentaje de reembolso será un 50% del monto correspondiente a la prestación con un tope anual de UF 10 por asegurado.

10.- Seguro Catastrófico:

La Compañía aseguradora deberá reembolsar el 100% del copago del asegurado y sus respectivas cargas legales después de haber utilizado el Sistema Previsional DIPRECA, el Seguro Complementario de Salud y de haber aplicado un deducible de UF 100.- por asegurado, producto de prestaciones médicas acumuladas durante el año póliza.

En caso de los gastos efectuados por material desechable, insumos y medicamentos incurridos por el asegurado en el Hospital DIPRECA, esta cobertura adicional catastrófica reembolsará el 25% del valor facturado.

Esta cobertura adicional catastrófica, se activará sólo cuando el monto a pagar por el asegurado, o por cada una de sus cargas, después de utilizado su Sistema



Previsional y el Seguro Complementario de Salud, sea mayor al deducible establecido para esta cobertura.

El beneficio de cobertura adicional catastrófica es complementario al Sistema de Salud Previsional DIPRECA y a este Seguro Complementario de Salud, en consecuencia el uso de éstos por parte de los asegurados es prioritario y obligatorio. Del mismo modo, el Beneficio de Cobertura de Seguro Catastrófico operará sobre la base que DIPRECA no otorga bonos al extra sistema en aquellas prestaciones que se realizan en el Sistema Institucional.

En caso que el asegurado con sistema previsional de salud DIPRECA no utilice sistema previsional de salud, no se otorgará cobertura a través del beneficio de cobertura adicional catastrófica.

No obstante a lo señalado en las Condiciones Generales del Seguro, depositada en la Comisión para el Mercado Financiero (CMF) y en caso que el sistema previsional de Salud o el seguro complementario de Salud no cubran un siniestro, no se otorgará cobertura a través del beneficio de cobertura adicional catastrófica, a excepción de las autorizaciones con bonos al extra-sistema.

Para los asegurados con Sistema Previsional distinto a DIPRECA, no se otorgará cobertura a través del beneficio de cobertura adicional catastrófica.

Adicionalmente se excluye de esta cobertura las atenciones médicas que se efectúen al asegurado como consecuencia de actos de servicio, las exclusiones señaladas más adelante, las prestaciones que sean para tratamientos estéticos, plásticos para fines de embellecimiento, cirugía oftalmológica para vicios de refracción, tratamientos de obesidad (sin validación de la Contraloría Médica de DIPRECA), hospitalización para fines de reposo, farmacia ambulatoria, cualquier tipo de alimento aunque sea con fines terapéuticos y cualquier tipo de medicina diferente a la tradicional, como tratamientos, atenciones y remedios homeopáticos, iriología, reflexología, etc. y materiales desechables.

Esta cobertura catastrófica tiene un reembolso máximo anual de UF 4.000.- por asegurado.

III PREEXISTENCIA.

a.- El seguro cubrirá las enfermedades preexistentes, por cuanto su beneficio comienza al mes siguiente del primer descuento, sin posibilidad de descuento de prima retroactiva.

b.- No se cubrirán los gastos médicos de los asegurados que se encuentren hospitalizados en la fecha inicial de vigencia de la respectiva póliza, salvo los que a igual fecha hubiese estado protegidos por otra póliza de seguros complementario de salud o que la Compañía aseguradora expresamente lo acepte a contar de la precitada fecha de vigencia.

IV REEMBOLSOS DE GASTOS.

Los gastos derivados de las prestaciones amparadas por el presente Seguro, para los efectos de valorar los reembolsos, se determinarán de acuerdo a las siguientes bases de cálculo:

a) Los aranceles que se aplicarán durante 2020 en los hospitales o establecimientos institucionales de salud de Carabineros, de DIPRECA y las Fuerzas Armadas, a los asegurados funcionarios activos de la Policía de Investigaciones, sus cargas legales, cargas de salud y personal no afecto a DIPRECA y sus cargas familiares o sus cargas de salud de esta póliza.

b) El arancel del Fondo Nacional de Salud (FONASA), del Grupo 1 de libre elección más un 20%, en el caso de los hospitales o establecimientos del Servicio Nacional de Salud, de los correspondientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud (Públicos) y de otros servicios o Instituciones del Estado, incluida la cirugía dental por accidente otorgada en tales servicios.

c) Los aranceles previstos en los convenios de salud vigentes con diversos prestadores.

d) El gasto total y efectivo en el caso de las atenciones otorgadas en el extranjero de conformidad a lo previsto en el Capítulo N°2 Número 6) de las presentes condiciones particulares, si el asegurado titular se encuentra en comisión de servicio, sin perjuicios de lo establecido en la letra siguiente.

e) El citado arancel FONASA del Grupo 1 más 20%, cuando el asegurado titular es hospitalizado en el extranjero y no se encuentre en Comisión de Servicio. Si la atención es ambulatoria y el asegurado tiene derecho a tal cobertura, el arancel será correspondiente al Grupo 1 de FONASA.

f) El Grupo 2 de FONASA tratándose de las "cargas de salud"; y el Grupo 3 del mismo Fondo respecto del Personal no afecto a DIPRECA, sus cargas familiares y sus cargas de salud; para ambos segmentos en todo evento.

g) Los aranceles correspondientes que rigen anualmente en el Servicio Médico-Dental de DIPRECA, para los gastos de la cirugía dental por accidente, cuando no estén definidos en las letras "a" a la "f" del presente artículo.

h) Los elementos para el tratamiento ambulatorio serán reembolsados de conformidad al listado de valores vigentes en FONASA o en los Hospitales y Centros de Salud Institucionales de Carabineros, de DIPRECA, de las Fuerzas Armadas u otra dependencia de Carabineros de Chile, Fuerzas Armadas, DIPRECA, Ministerio de Salud u Organismos del Estado.

A falta de tales listados, se calcularán con los valores de los Establecimientos afines con convenio vigente con el contratante. De no existir una definición acerca de sus valores, el reembolso se calculará en el porcentaje del gasto efectivo, por cada uno de los elementos o de sus componentes.

l) En el caso de otorgarse la prestación en establecimientos hospitalarios o asistenciales distintos a los señalados en las letras anteriores, los reembolsos se determinarán en relación al arancel FONASA Nivel 1 incrementado en un 20%, tratándose de hospitalización, y el mismo arancel FONASA 1 en atenciones ambulatorias, según corresponda.

En caso de prestaciones efectuadas por diálisis, la concurrencia del seguro se calculará utilizando el arancel FONASA Nivel 1.

j) En el evento excepcional de no estar comprendida la prestación en ninguno de los aranceles señalados precedentemente, o no ser homologables a ninguno de éstos, la Compañía aseguradora deberá reembolsar el porcentaje que procediera de conformidad a lo previsto en estas condiciones particulares, calculado sobre la base del gasto total y efectivo que haya sido facturado.

k) Se considera que para los siniestros con cobertura en la póliza y ocurridos en el hospital Dipreca se aplicará el arancel Institucional, el cual corresponderá al arancel FONASA nivel 2."

V EXCLUSIONES.

La presente póliza no cubre gastos médicos en que haya incurrido un asegurado que sean relativos a alguna de las prestaciones, cirugías, medicamentos o gastos farmacéuticos, procedimientos o estudios que se indican a continuación o se originen, o sean consecuencia o complicación de alguna de las siguientes enfermedades o condiciones de salud:

- a) Las hospitalizaciones con fines de reposo y clínicas de recuperación.
- b) Curas de reposo, cuidado sanitario, periodos de cuarentena, o aislamiento, epidemias o pandemias declaradas por la autoridad competente o por el organismo de salud mundial competente respectivamente.
- c) Los gastos por cirugía plástica cosmética. Cirugías y/o tratamientos estéticos, plásticos, reparadores, estético dental, ortopédicos y otros tratamientos que sean para fines de embellecimiento o que tengan como finalidad corregir malformaciones producidas por enfermedades o accidentes que hayan ocurrido con anterioridad al inicio de vigencia del asegurado en la póliza. Tampoco estarán cubiertos los tratamientos secundarios a las cirugías indicadas.
- d) Otros tratamientos dentales, diferentes de la cobertura de la letra c) "Cirugía Dental por Accidentes" señalada en el capítulo II de estas condiciones particulares. Se entiende como otros gastos todo tipo de procedimientos, consultas, exámenes dentales, extracciones, empastes, cirugías, y/o tratamientos dentales en general. Se excluye además la cirugía maxilofacial que nos sea como consecuencia de un accidente.
- e) Los gastos causados por adicción a drogas, tabaco y alcohol. Lesión, enfermedad o tratamiento causado por ingestión de alcohol, somnífero, barbitúricos, drogas y demás sustancias, de efectos análogos o similares, o hechos deliberados que cometa el asegurado, tales como los intento de suicidio, lesiones

auto inferidas y abortos provocados. Igualmente se excluyen los gastos producido por el asegurado estando este en estados de ebriedad o por encontrarse bajo los efectos de drogas o alucinógenos.

f) Aquellos gastos causados por guerra, rebelión. Participación activa del asegurado en rebelión, revolución, insurrección, poder militar, terrorismo, tumulto o conmoción contra el orden público, dentro o fuera del país. Igualmente están excluidos los beneficios de este seguro en caso de participación del asegurado en actos calificados como delitos por la ley, negligencia o imprudencia o culpa grave por parte del asegurado.

g) Lesiones o enfermedad a consecuencia directa e indirecta de los actos de servicio de los asegurados (producto de la ocupación del asegurado) ya sea estando o no el asegurado en servicio.

h) Los gastos originados por maternidad que no sean causados por la titular o por la cónyuge del asegurado titular.

i) Los gastos médicos originados por tratamientos, atenciones médicas o cirugías producto de obesidad indistintamente la condición de salud o el IMC de la persona asegurada, sus tratamientos consecuencias y complicaciones. Igualmente están excluidos los tratamientos para adelgazar

j) Estudios y tratamientos por talla baja, gigantismo y todo tipo de hormonas del crecimiento, así como también antagonistas, LH y RH.

k) Cirugía ocular lasik para vicios o defectos de refracción tales como miopía, astigmatismo, hipermetropía y otras enfermedades oculares con fines estéticos o de embellecimiento.

l) Esterilización quirúrgica femenina o masculina independiente de la causa por la cual se indique. Estudios o diagnósticos, tratamientos y procedimientos que tengan relación con problemas de esterilidad, fertilidad e infertilidad sus condiciones o consecuencias. Tratamientos médicos y quirúrgicos de planificación familiar. Igualmente están excluido de cobertura el uso de drogas o medicamentos que sean utilizados habitualmente como método anticonceptivo, aun cuando su prescripción se indique como necesaria para el tratamiento de otras enfermedades distintas a la de anticoncepción.

n) Los siguientes insumos o gastos farmacéuticos no se cubrirán aún cuando éstos sean con fines terapéuticos:

i. Insumos y medicamentos ambulatorios no asociados a una cirugía.

ii. Cualquier tipo de alimento o sustitutos alimenticios, aunque sean con fines terapéuticos.

iii. Homeopatía y/o recetario magistral, cremas lociones faciales, jabones, shampoo, filtros solares, medias antiembólicas y otros insumos de uso personal.

o) La adquisición o arriendo de equipos, tales como silla de ruedas, camas médicas, ventiladores mecánicos, etc. También se excluyen las prótesis y órtesis que no se encuentren incluidas en el arancel Fonasa.

p) Tratamientos de iriología, reflexología y en general tratamientos médicos no tradicionales o experimentales, o de medicina alternativa. Igualmente se excluyen todos los gastos efectuados con nuevas tecnologías no reconocidas por el Ministerio de Salud, las cuales para otorgar cobertura, deberán contar con la aprobación de la compañía de seguros.

q) Criopreservación. Compra de células madres, sangre, hemoderivados y cualquier otro tejido u órgano.

r) Gastos de insumos utilizados o asociados a cirugía robótica.

s) Gastos que no estén expresamente indicados en los beneficios detallados en las condiciones particulares de esta póliza y los gastos excluidos de las condiciones generales de este seguro./

VI PAGO DE PRIMAS

La prima mensual se pagará anticipadamente, dentro de los 10 primeros días del mes, en el domicilio de la aseguradora o vía transferencia electrónica.

VII PAGO DE SINIESTROS.

Los siniestros serán pagados dentro de los 5 días hábiles siguientes de recibida las solicitudes de reembolsos respectivas en el área de siniestros de la Compañía y con toda la documentación de respaldo (acordada entre las partes) requerida para cursar dichos reembolsos.

Al personal no afecto a DIPRECA y a quienes se incorporen como cargas de salud se reembolsará dentro de igual plazo, contado desde la fecha de entrega de la documentación correspondiente a la oficina de la aseguradora.

En aquellos casos en que el asegurado cargas de salud y/o personal no afecto a Dipreca no esté afiliado a un sistema de salud previsional distinto a Dipreca no tendrá acceso a reembolso de gastos médicos.

En aquellos casos en que el asegurado cargas de salud y/o personal no afecto a Dipreca este afiliado a un sistema de salud previsional distinto a Dipreca y las prestaciones o gastos reclamados no cuenten con bonificación, aporte y/o reembolso mayor que cero (0) en tales instituciones, por cualquier causa que sea, se cubrirá el 50% del valor facturado y al monto resultante se aplicará los porcentajes y topes del plan contratado. Se exceptúa de este criterio Medicamentos Ambulatorios, Gastos Ópticos y Salud Mental, en caso que alguna de éstas esté contratada. La Compañía reembolsará en este caso, previa presentación de boleta o factura que indique mediante timbre su condición de "No Bonificable", por la entidad previsional correspondiente.

A los asegurados que concurren directamente a la Compañía a solicitar el reembolso, por corresponder a prestaciones sin cobertura previsional de DIPRECA, también se reembolsará en el plazo de los 5 días hábiles de presentado el comprobante del gasto o la respectiva liquidación.

Asimismo, será obligación de la Compañía aseguradora remitir al contratante, un listado mensual de los siniestros no liquidados, para su aclaración o ajuste a los términos de la póliza, por grupos de asegurados.

El plazo para solicitar reembolsos del periodo de cobertura comprendido entre el 01 de Enero de 2020 y el 31 de Diciembre de 2020, se entenderá cumplido el día 31 de mayo de 2021, fecha después de la cual no se aceptarán más solicitudes de reembolsos del año póliza 2020.

Igualmente el plazo para solicitar reembolsos de siniestros que fueron rechazados por la Compañía no podrá exceder los noventa (90) días contados desde la fecha en la cual estos fueron rechazados por la Compañía aseguradora. Lo anterior no aplica cuando el rechazo es por errores en el proceso de asegurabilidad (altas y bajas) de los asegurados.

El asegurado que solicite reembolsos que no estuviesen afectos a Dipreca, deberá hacerlo en los lugares que se definirán para este efecto según protocolo de acuerdo, entregando toda la documentación necesaria para cursarlo en los plazos y condiciones establecidos en la póliza.

El pago de los reembolsos se efectuará mediante depósito en cuenta bancaria o Vale Vista al asegurado titular, cuando corresponda, por el total de los reembolsos aprobados o liquidados según plan de beneficios.

El pago de reembolso se efectuará al asegurado titular o a la Institución designada por el Contratante (terceró).

VIII CONDICIONES DE INGRESO

NO habrá máximo de edad para incorporarse al Seguro Complementario de Salud y, el derecho a su cobertura comienza al mes siguiente del 1° descuento de primas sin posibilidad de descuentos de primas retroactivas.

El plazo de ingreso para recién nacidos en la póliza será de 60 días.

Los hijos (cargas legales) permanecerán vigentes mientras estén reconocidos como tales en el sistema previsional de Dipreca, los cuales serán excluidos al término de la vigencia anual de esta póliza. Podrán permanecer vigentes en la póliza siempre y cuando el asegurado titular lo autorice, pagando prima como "carga de salud".

a) Inclusión y exclusión de asegurados:

Podrán incorporarse a la póliza los funcionarios y sus respectivas cargas, durante la vigencia de la misma, suscribiendo el formulario de Incorporación Seguro Colectivo y con notificación expresa del contratante, en cuyo caso la vigencia corresponderá a la indicada por el Contratante.

Podrán excluirse asegurados con notificación expresa del contratante, en cuyo caso la vigencia corresponderá a la indicada por el mismo.



Los Formularios de Incorporación (SIC) deberán ser enviados a la dirección indicada por la Compañía Aseguradora.

IX CAMBIO CARGA FAMILIAR A CARGA DE SALUD

Para el cambio de cargas familiares a cargas de salud, o viceversa, bastará una petición simple del asegurado, aceptando el mayor descuento de haberlo.

X REINCORPORACIÓN AL ASEGURADO COMPLEMENTARIO DE SALUD

Los asegurados que hubiesen renunciado voluntariamente al Seguro y que deseen reincorporarse al mismo, podrán hacerlo previa solicitud simple y pago de las primas faltantes del respectivo año póliza, sin poder reliquidar atenciones médicas anteriores.

XI PRIMA MENSUAL

La prima mensual por cada persona asegurada correspondiente al año póliza 2020, serán las siguientes:

-\$17.316.- Para los asegurados titulares de nombramiento Supremo y por cada una de sus cargas legales.

-\$14.692.- Para los asegurados titulares de nombramiento Institucional y por cada una de sus cargas legales.

-\$23.087.- Para las cargas de salud de cualquier asegurado titular

-\$23.087. Para el personal no afecto a Dipreca y por cada una de sus cargas familiares o de salud.

Devolución de primas individuales a cada asegurado, es un proceso excepcional y solo se puede aplicar en las siguientes situaciones:

- Quando el asegurado titular se le han descontado primas por alguna carga familiar que no tiene reconocida legalmente en DIPRECA.
- Quando fallece una carga familiar y no se ha informado a DIPRECA.
- Quando una carga familiar es cesada por DIPRECA y se le sigue descontando la prima del seguro.

Las devoluciones se harán por intermedio de la boleta de pago y podrán ser solicitadas de acuerdo a los siguientes plazos:

Para este nuevo periodo de vigencia, los plazos son los siguientes:

Primas descontadas de enero a diciembre de 2020, el plazo para solicitar devolución de primas será el 30 de abril de 2021.

Esta devolución queda sujeta a la revisión de aportes por parte del seguro en prestaciones médicas.

XII TERMINO ANTICIPADO DEL CONTRATO.

No obstante lo establecido en las condiciones generales de la póliza, el contratante y la compañía acordarán fijar en 60 días el plazo para dar aviso de término anticipado del contrato por escrito, mediante el envío de carta certificada dirigida al domicilio de la parte por la entidad que no desea perseverar el seguro.

XIII AJUSTES ANUALES

La Compañía conjuntamente con el Contratante, revisará anualmente las primas de la póliza, a fin de ajustarla para el siguiente periodo, en cuanto a valores, condiciones y/o coberturas las que se acordarán en el mes de noviembre y regirán a contar del mes de enero del año siguiente.

XIV REMISION DE EXCEDENTES DE RESERVAS

Transcurrido los 365 días del término del contrato, la compañía remitirá al contratante todo excedente de reservas o provisiones contables que no hubiesen sido aplicadas durante el año póliza.

XV CONDICIONES ESPECIALES

1. Se considera un Fondo de Libre Disposición de \$64.400.000.-, en caso de no utilizarse, no habrá devolución de prima y no será acumulable con el próximo periodo, este fondo sólo se podrá ocupar en gastos médicos de asegurados vigentes que sus prestaciones no se encuentren cubiertas por el plan de beneficios. El cual procederá según el protocolo acordado entre las partes.

2. En el onceavo mes de vigencia de cada anualidad de la póliza, la Compañía enviará las condiciones de tarifas y coberturas para el siguiente año.

3. Consorcio se reserva el derecho de reevaluar la cuenta para el segundo o tercer año de vigencia por cambios significativos en las condiciones normativas o de riesgo consideradas en la cotización.

4. Cualquier comunicación entre las partes se hará entre la Jefatura Nacional de Salud, FR Group Corredores de Seguros y la Compañía Aseguradora.

5. La presente póliza considera ejecutiva Insitu a tiempo completo, en lugar predeterminado por el contratante.

VIGENCIA DE LA POLIZA

La vigencia de la póliza por un nuevo periodo de cobertura comprendido entre el 01 de enero de 2020 y el 31 de diciembre de 2022, ambas fechas inclusive.

ANEXO
(Circular N° 2106 Comisión para el Mercado Financiero)

PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACIÓN DE SINIESTRO

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

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.

DERECHO DE OPOSICIÓN A LA LIQUIDACIÓN DIRECTA

En caso de liquidación directa por la compañía, el Asegurado o beneficiario puede oponerse a ella, solicitándole por escrito que designe un Liquidador de Seguro, dentro del plazo de cinco días hábiles contados desde la notificación de la comunicación de la Compañía. La Compañía deberá designar al Liquidador en el plazo de dos días hábiles contados desde dicha oposición.

INFORMACIÓN AL ASEGURADO DE GESTIONES A REALIZAR Y PETICIÓN DE ANTECEDENTES

El Liquidador a o la Compañía deberá informa al Asegurado, por escrito, en forma suficiente y oportuna, al correo electrónico (informado en la denuncia del siniestro) o por carta certificada (al domicilio señalado en la denuncia de siniestro), de las gestiones que le corresponde realizar, solicitando de una sola vez, cuando las circunstancias lo permitan, todos los antecedentes que requiere para liquidar el siniestro.

5) PRE-INFORME DE LIQUIDACIÓN

En aquellos siniestros en que surgieren problemas y diferencias de criterios sobre causas, evaluación del riesgo o extensión de la cobertura, podrá el Liquidador, actuando de oficio o a petición del Asegurado, emitir un pre-informe de liquidación sobre la cobertura del siniestro y el monto de los daños producidos, el que deberá ponerse en conocimiento de los interesados. El asegurado o la Compañía podrán



hacer observaciones por escrito al pre-informe dentro del plazo de cinco días hábiles desde su conocimiento.

6) PLAZO DE LIQUIDACIÓN

Dentro del más breve plazo, no pudiendo exceder los 45 días corridos desde fecha de denuncia, a excepción de:

siniestros que correspondan a seguros individuales sobre riesgos del Primer Grupo cuya prima anual sea superior a 100 UF: 90 días corridos desde fecha denuncia:

siniestros marítimos que afectan a los cascos en caso de Avería Gruesa: 180 días corridos desde fecha de denuncia:

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 (CMF), 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.

INFORME FINAL DE LIQUIDACIÓN

El informe final de liquidación deberá remitirse al Asegurado y simultáneamente al Asegurador, cuando corresponda, y deberá contener necesariamente la transcripción íntegra de los artículos 26 y 27 del Reglamento de Auxiliares del Comercio de Seguros (D.S. de Hacienda N° 1.055, de 2012, Diario Oficial del 29 de diciembre del 2012).

IMPUGNACION INFORME DE LIQUIDACION

Recibido el informe de Liquidación, la Compañía y el Asegurado dispondrán de un plazo de diez días hábiles para impugnarla. En caso de liquidación directa por la Compañía, este derecho sólo lo tendrá el Asegurado.

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

Christian Unger Vergara
Gerente General
Compañía de Seguros de Vida
Consortio Nacional de Seguros S.A.

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

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