

POLIZA DE SEGUROS COLECTIVOS

DATOS DE LA PÓLIZA

Número de Pólizas : **12605 - 12617**
RUT Contratante : 60.506.000-5
Nombre Contratante : Policía de Investigaciones de Chile
Fecha de Vigencia : Desde 01 de Enero 2023 hasta 31 de Diciembre 2023,
con 2 renovaciones anuales sucesivas.

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

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

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

Policía de Investigaciones de Chile
(Firma Contratante)



**POLIZA DE SEGUROS COLECTIVOS
CONDICIONES PARTICULARES**

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

Datos generales de la Póliza

Contratante	: Policía de Investigaciones de Chile
Rut	: 60.506.000-5
Dirección Contratante	: General Mackenna 1314, Santiago Centro
Filial 1	: Policía de Investigaciones de Chile
Rut	: 60.506.000-5
Dirección	: General Mackenna 1314, Santiago Centro
Grupo Empresarial	: Policía de Investigaciones de Chile
Vigencia	: Desde 01 de Enero 2023 hasta 31 de Diciembre 2023, con 2 renovaciones anuales sucesivas.
Modalidad pago de prima	: Mensual
Tipo de Facturación	: Por Cobrar
Tipo de Cobranza	: Anticipada
Ambito Territorial	: República de Chile
Intermediario	: FR Group Corredores de Seguros Spa
Rut Intermediario	: 79.619.240-2
Comisión	: 5,5% monto que será pagado en su totalidad por Consorcio Seguros Vida a la corredora FR Group Corredores de Seguros Ltda.
Dirección de la Compañía	: El Bosque Sur N° 180, Las Condes, Santiago.
Financiamiento de la Prima	: 100% Funcionario o Asegurado



Cobertura(s) Contratada(s) por Asegurado:

Grupo Supremo – Institucional:

Cobertura		Condiciones Generales que Rigen la Cobertura	Asegurados con Cobertura
Fallecimiento	:	POL220130974	Titular
Complementario de Salud	:	POL320220123	Titular - Cónyuge – Hijos- Padres - Nietos
Extensión Catastrófica	:	POL320220123	Titular - Cónyuge – Hijos- Padres - Nietos
Desgravamen por deudas médicas	:	POL220130095	Titular

CONDICIONES PARTICULARES SEGURO COLECTIVO

Modificaciones a cláusula de condiciones generales:

Se deja constancia, que se aplicarán las siguientes modificaciones al Condicionado General POL320220123 Seguro Colectivo Complementario de Salud; POL220130974 Seguro Vida Colectivo Temporal y POL 320220123 Seguro Desgravamen

I.- Condiciones Particulares Seguro Vida Colectivo Temporal POL220130974

ARTÍCULO 2: COBERTURA y MATERIA ASEGURADA

En virtud de este seguro de vida, Consorcio Seguros Vida pagará a los Beneficiarios la indemnización que corresponda si el fallecimiento del Asegurado ocurre durante la vigencia de la póliza y por causa no excluida. Si el Asegurado sobrevive a la fecha de vencimiento de la póliza no tendrá derecho a indemnización alguna, de acuerdo a las coberturas detalladas a continuación:

Capital por Cobertura: Grupo Supremo – Institucional

Coberturas Vida	Capital Fijo	Requisito de Asegurabilidad Edades máximas (*)	
		Ingreso	Permanencia
Fallecimiento Titular (considera cobertura por acto de servicio)	UF 251	Mientras sea funcionario de PDI	Mientras sea funcionario de PDI

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

Tasa y Prima por Cobertura:

Grupo Supremo – Institucional

Detalle Coberturas	Tasa Anual Neta	Afecta IVA Anual	Tasa Bruta Anual
Fallecimiento	1,3644 ‰	-	1,3644 ‰

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

Detalle Coberturas	Prima Anual Neta	Afecta IVA Anual	Prima Bruta Anual
Fallecimiento	UF 0,3425	-	UF 0,3425

AJUSTES ANUALES DE CONDICIONES:

No obstante lo establecido en las condiciones generales de la póliza, la Compañía conjuntamente con el Contratante, revisará anualmente las condiciones de la póliza, a fin de ajustarlas 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.

Consortio 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.

ARTICULO 3: ASEGURADOS

Para los efectos de la presente póliza, se considera asegurados los funcionarios de la Policía de Investigaciones de Chile y sus cargas familiares informados por el contratante de la póliza, que tengan cobertura de los beneficios médicos contemplados en el Sistema Previsional de DIPRECA.

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

Será deber del Contratante del seguro colectivo informar a los asegurados u otros legítimos interesados, sobre la contratación del seguro y sus condiciones o modificaciones.

El Contratante asume las responsabilidades que emanen de su actuación como contratante del seguro colectivo.

ARTÍCULO 5: CARENCIA

Esta póliza no considera carencias para las coberturas de vida.

ARTÍCULO 7: EXCLUSIONES

Se modifica letra a) Suicidio o muerte producida a consecuencia de lesiones auto inferidas. No obstante, respecto de la cobertura que otorga este contrato de seguro, la compañía aseguradora pagará el capital asegurado a los beneficiarios, si el fallecimiento ocurriera como consecuencia de suicidio, siempre que hubiera transcurrido un (1) años completos e ininterrumpidos desde: la fecha de incorporación del asegurado a este contrato de seguro o de haber estado vigente este contrato de seguro producto de sucesivas renovaciones, desde su rehabilitación, o desde el aumento del capital asegurado. En este último caso si ya se ha cumplido el plazo antes referido, el plazo volverá a computarse, pero sólo respecto del incremento del capital asegurado.

ARTÍCULO 8: RIESGO CUBIERTO BAJO ESTIPULACION EXPRESA

Consortio Seguros Vida otorgará cobertura al riesgo de muerte por fallecimiento del asegurado que se produzca a consecuencia de las exclusiones indicadas en el Artículo 7, letras h) e i) del presente contrato de seguro.

ARTÍCULO 10: DECLARACION DEL CONTRATANTE Y DEL ASEGURADO

Consortio Seguros Vida en conjunto con el Contratante pondrán a disposición del asegurable un formulario denominado "Formulario de Incorporación", el cual será requisito completar por el asegurable para solicitar su incorporación al seguro.

ARTÍCULO 14: DESIGNACION Y CAMBIO DE BENEFICIARIOS

Se deja constancia que los beneficiarios de este seguro serán los indicados en los formularios "Designación de Beneficiarios" que sean enviados por el contratante y recibidos en la compañía. A falta de la designación de beneficiario corresponderán a los herederos Legales en partes iguales.

ARTÍCULO 15: DENUNCIA DE SINIESTROS

Las denuncias de Siniestros deberán realizarse a través de las oficinas que dispone en todo territorio nacional Consortio Seguros Vida o sitio Web de la Compañía.

Para obtener información sobre las condiciones del seguro y procedimiento de liquidación de siniestros, dirijase a su Intermediario o Ejecutivo Consortio Seguros Vida.

Nota: Se incluye Anexo relativo a Procedimiento de Liquidación de Siniestros.

II.- Condiciones Particulares Seguro Colectivo Complementario de Salud y cobertura adicional Catastrófica (POL320220123)

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

Grupo Supremo – Institucional;

Funcionario Asegurado	Tarifa Neta Mensual	IVA	Tarifa Bruta Mensual
Funcionario Institucional Titular	0.3899	0.0741	0.4640
Funcionario Institucional Cargas	0.4139	0.0786	0.4925
Funcionario Supremo Titular	0.4638	0.0881	0.5520
Funcionario Supremo Cargas	0.4878	0.0927	0.5805

(*) Valores en UF.

AJUSTES ANUALES DE CONDICIONES:

No obstante lo establecido en las condiciones generales de la póliza, la Compañía conjuntamente con el Contratante, revisará anualmente las condiciones de la póliza, a fin de ajustarlas 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.

Consortio 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.

En el siguiente cuadro se resumen algunos antecedentes importantes que usted debe considerar al momento de contratar este seguro:

NO	Contempla renovación garantizada.
SI	Podrá aumentar la prima (precio) en caso de renovación de la póliza.
SI	Considera la siniestralidad individual póliza, para efectos de cálculo de variación de la prima, en caso de renovación.
SI	Cubre preexistencias para salud
SI	Cubre preexistencia para catastrófico

ARTÍCULO 2: COBERTURA Y MATERIA ASEGURADA

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

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

ARTÍCULO 3: DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS

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

1.- Gastos de Hospitalización:

La Compañía Aseguradora deberá reembolsar el 45% según lo establecido en el Anexo 2 del presente condicionado particular, 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 período 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.

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 POL320220123, 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 período 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) Consultas Médicas: Todas aquellas prestaciones médicas ambulatorias que no estén comprendidas en los números siguientes serán reembolsadas el 35% del valor establecido en el Convenio. En el caso de consultas médicas efectuadas fuera de la Región Metropolitana y fuera de la Red de convenios de Dipreca, el reembolso será del 45% sobre el valor facturado al asegurado.

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, excluyendo las consultas médicas detalladas en el punto 5.1 anterior

5.4) Elementos para el tratamiento: Los aparatos auditivos, prótesis, órtesis, plantillas ortopédicas, 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, cuales quiera 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.

Los gastos derivados de ambulancias aéreas, desde y hacia un establecimiento asistencial, y siempre y cuando no exista otro medio viable y factible para el tratamiento médico del asegurado, la Compañía hará un reembolso del 80% con tope UF 100 anual para cada asegurado que solicite este beneficio.

En caso de otro tipo de traslado o en caso que no tenga justificación el traslado en forma aérea se reembolsará el 80% con tope UF 20 anual para cada asegurado

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 10 anual por cada asegurado durante el año póliza.

5.11) Cirugía ocular lasik para vicios o defectos de refracción: La Cirugía ocular lasik para vicios o defectos de refracción tales como miopía, astigmatismo, hipermetropía y otras enfermedades oculares (mayor o igual a 3 dioptrías), serán reembolsados por la Compañía aseguradora en un 60% del valor facturado con un tope de UF 20 anual por cada asegurado durante el año póliza.

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

5.13) Medicamentos: Los medicamentos ambulatorios estarán cubiertos al 60% del valor cobrado al asegurado y para medicamentos genéricos estarán cubiertos al 100% con un tope de UF 15 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 anual de US\$ 100.000 en su equivalente en Unidades de Fomento UF.- para asegurado funcionario activo con sus respectivas cargas, con los siguientes deducibles anuales:

- US\$ 50 individuales en Países Latinoamericanos, en su equivalente en Unidades de Fomento UF.
- US\$ 100 individuales en los demás países, en su equivalente en Unidades de Fomento UF.

Se entienden por gastos en el extranjero aquellos equivalentes y descritos en los números "1.1" a la "1.5" de "Artículo 2 BENEFICIOS DE COBERTURA II) Seguro Complementario de salud" 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.- Cobertura de Diálisis:

La Compañía aseguradora deberá reembolsar 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 efectuara después de la concurrencia del sistema previsional del asegurado.

8.- Cobertura de Radioterapia:

La Compañía aseguradora deberá reembolsar 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.

9.- Tratamientos de Fertilidad, Infertilidad y Esterilidad:

El porcentaje de reembolso para tratamientos de Fertilidad, Infertilidad y Esterilidad será un 50% del monto correspondiente a la prestación con un tope anual de UF 15 por asegurado.

10.- Tratamientos de Obesidad Mórbida

El porcentaje de reembolso será un 50% del monto correspondiente a la prestación con un tope anual de UF 10 por asegurado. Lo anterior incluye gasto en medicamentos, gastos ambulatorios y gastos hospitalarios. Para cursar este gasto, el asegurado deberá presentar Informe Médico tratante que respalde su condición de salud, IMC, y necesidad de tratamiento el cual será evaluado por la Compañía para su liquidación.

11.- Tratamiento del espectro Autista

El porcentaje de reembolso para tratamientos del espectro autista (TEA) será un 50% del monto correspondiente a la prestación con un tope anual de UF 20 por cada grupo familiar.

12.- Cobertura Adicional Catastrófica

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 anual de UF 100.- por asegurado, producto de prestaciones médicas acumuladas durante el año póliza.

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.

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.

14.- Periodo de Acumulación:

Para todos los efectos tanto para cobertura salud como adicional cobertura catastrófica, se considerará como período de acumulación para contabilizar los montos del deducible y monto máximo de reembolso un periodo igual a un año póliza.

ARTICULO 4: LIMITACIONES DE LA COBERTURA

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

En aquellos casos en que el asegurado este afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, y las prestaciones o gastos reclamados no cuenten con bonificación, aporte y/o reembolso mayor que cero (0) en tales instituciones, por cualquier causa que sea, se cubrirá el 50% del gasto efectivamente incurrido. 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.

ARTICULO 5: CARENCIA

Está póliza no considera carencias para las cobertura de salud y de su adicional catastrófico.

ARTICULO 7: ASEGURADOS

Para los efectos de la presente póliza, se considera asegurados los funcionarios de la Policía de Investigaciones de Chile y sus cargas familiares informados por el contratante de la póliza, que tengan cobertura de los beneficios médicos contemplados en el Sistema Previsional de DIPRECA.

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

Será deber del Contratante del seguro colectivo informar a los asegurados u otros legítimos interesados, sobre la contratación del seguro y sus condiciones o modificaciones.

El Contratante asume las responsabilidades que emanen de su actuación como contratante del seguro colectivo.

REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

Grupo Supremo – Institucional;

Requisito de Asegurabilidad		
Tipo Asegurado	Ingreso	Permanencia
Titular	Mientras sea funcionario de PDI	Mientras sea funcionario de PDI
Cónyuge	Mientras titular sea funcionario de PDI	Mientras titular sea funcionario de PDI
Hijo / Nieto	Mientras titular sea funcionario de PDI	Mientras titular sea funcionario de PDI
Padre, Madre	Mientras titular sea funcionario de PDI	Mientras titular sea funcionario de PDI

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

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 en la respectiva póliza "carga de salud".

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 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.

ARTICULO 8: EXCLUSIONES

No obstante lo señalado en las Condiciones Generales letra a) de este artículo, se cubrirán gastos por enfermedades o dolencias preexistentes.

Respecto de lo indicado en la letra c) de este artículo, se cubrirán los gastos de Embarazo, complicaciones del embarazo, parto normal o parto por cesárea, complicaciones del parto y Maternidad en general para los asegurados titulares y sus cónyuges.

En relación a lo indicado en letra l) del condicionado general, se entrega cobertura en el plan de beneficios a Aparatos auditivos, lentes o anteojos ópticos y de contacto.

Adicionalmente, no tendrán cobertura las 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, de acuerdo a la letra r) de este artículo (r.-Lesión o Enfermedad a consecuencia de la ocupación del Asegurado, cubierta por la legislación de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.)

ARTÍCULO 19: APLICACIÓN DEL DEDUCIBLE

Adicional a lo estipulado en las condiciones generales, se establece que, se considerará como período de acumulación para contabilizar los montos del deducible y monto máximo de reembolso igual a un año póliza.

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

Adicional a lo indicado en este artículo, 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.

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

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

ARTÍCULO 2: COBERTURA

Complementando lo indicado en este artículo, Consorcio Seguros Vida 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

IV.- Condiciones particulares relativas a todas las coberturas contratadas.

Resumen Total de primas

La prima bruta mensual por cada persona asegurada correspondiente al año póliza 2023 para todas las coberturas (Vida, Complementario de Salud, adicional cobertura Catastrófica y Desgravamen), serán las siguientes:

UF 0,5805, equivalente a \$20.225.- Para los asegurados titulares de nombramiento Supremo y por cada una de sus cargas legales.

UF 0,4925, equivalente a \$17.160.- Para los asegurados titulares de nombramiento Institucional y por cada una de sus cargas legales.

(*) Conversión a pesos a valor UF del día 5 de Diciembre 2022.

Devolución de Primas

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

- a) Cuando el asegurado titular se le han descontado primas por alguna carga familiar que no tiene reconocida legalmente en DIPRECA.
- b) Cuando fallece una carga familiar y no se ha informado a DIPRECA.
- c) Cuando 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 período de vigencia, los plazos son los siguientes:

Primas descontadas de enero a diciembre de cada año, el plazo para solicitar devolución de primas será hasta el 30 de abril del año siguiente.

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

Fondo de Libre Disposición

Este periodo no considera generar fondo de libre disposición, sin embargo, se traspasará a esta nueva vigencia el remanente del fondo de los años 2021 y 2022 no ocupado.

Ejecutiva In situ

Se considera la disponibilidad de ejecutiva In situ contratada por la compañía a tiempo completo para atención de todas las pólizas del grupo PDI, en lugar predeterminado por el contratante.

Adicionalmente, se considera costo de una ejecutiva in situ pagado al corredor por \$1.250.000 bruto mensuales para atención de todas las pólizas del grupo PDI.

Otras consideraciones

Esta póliza considera para la liquidación de gastos la información recibida por parte de Dipreca.

ARTÍCULO 12 POL 220130974 y ARTÍCULO 14 POL320220123: PRIMA Y EFECTO DEL NO PAGO DE PRIMA

La prima mensual se pagará anticipadamente, en el domicilio de la aseguradora o vía transferencia electrónica. La cobertura de cada asegurado se iniciará a contar del primer día del mes siguiente de pago de la respectiva prima mensual.

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

ARTÍCULO 17 POL 220130974 y ARTÍCULO 23 POL320220123: 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.

ARTÍCULO 23 POL 220130974 y ARTÍCULO 28 POL320220123: MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO

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

ARTICULO 21 POL 220130974 y ARTÍCULO 25 POL320220123: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

Consorcio Nacional de Seguros enviará sus comunicaciones al contratante al correo electrónico indicado en el artículo N°12 de estas condiciones particulares y al asegurado al correo electrónico indicado en la Solicitud de Incorporación de Seguros Colectivo o el informado por el contratante en las nóminas de carga inicial al momento de solicitar la emisión de la Póliza.

ARTÍCULO 25 POL 220130974 y ARTÍCULO 29 POL320220123: DOMICILIO

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

CLAUSULA DE DEVOLUCIÓN POR EXPERIENCIA FAVORABLE

GRUPO EMPRESARIAL	GRUPO PDI
PERIODO DE VIGENCIA:	DESDE 01/01/2023 HASTA 31/12/2025

La póliza contratada por PDI en Consorcio Seguros Vida ha sido tarifada de la mejor manera posible desde los parámetros técnicos vigentes en la Compañía. Sin perjuicio de lo anterior, las partes reconocen que la siniestralidad esperada de la póliza pueda ser inferior a la usada para el cálculo de la prima. En este caso, la Compañía se obliga a devolver aquella parte de la prima por sobre la resultante de la siguiente fórmula:

$$\text{DEF: } X (P - S - G - PA)$$

Donde:

X: Porcentaje de Devolución

P: Primas Netas del período

G: Gastos de Administración como porcentaje de Prima.

S: Todos los Siniestros ocurridos durante el periodo (pagados y/o provisionados).

PA: Saldos negativos, provenientes de pérdidas de períodos anteriores

Parámetros:

X : 100%

G : 15,5%

Esta cláusula aplica para todos los siniestros indistintamente la cobertura (vida, salud, desgravamen y catastrófico).

La Compañía informa que, en cumplimiento de la normativa vigente que regula esta materia, la devolución de prima, en caso de existir, deberá ser efectuada solo y exclusivamente a quienes soportaron el pago de la misma.

Esta devolución se calculará 180 días después del término de los 3 años de vigencia y en un plazo máximo de 20 días hábiles. El contratante deberá certificar que no existen siniestros por declarar al término del periodo

Operativa de la Devolución:

- 1.- La devolución será efectuada a los asegurados titulares que hayan estado vigente durante la vigencia anual a la que corresponde el cálculo de DEF. Si algunos asegurados estuvieron cubiertos por una fracción de la vigencia anual, la devolución será en la proporción correspondiente a la prima pagada.
- 2.- La Compañía efectuará el cálculo, en base a los requisitos señalados y enviará al contratante nómina con el monto de la devolución de los asegurados que tengan derecho.
- 3.- Una vez efectuado el cálculo, se requiere la aceptación expresa del Contratante del seguro para cursar la respectiva devolución.
- 4.- Cualquier siniestro que se encontrare pendiente de pago al momento del cálculo de la DEF será considerado como siniestro. En caso de no terminar en pago será abonado como descuento de siniestro en el siguiente cálculo de DEF.

ANEXO N°1
CUADRO DE BENEFICIOS PÓLIZA N° 12617

CONDICIONES PLAN SALUD
Grupo Supremo – Institucional

SEGURO COMPLEMENTARIO SALUD – POL320220123

Topes y Deducibles		Aranceles Fonasa/Convenio
Topes	Topes	
	Topo anual de reembolso por Beneficiario	
	Deducible Titular sin cargas	0,0
	Deducible Titular con 1 carga	0,0
	Deducible Titular con 2 o más cargas	0,0
	Cobertura en el Extranjero	Ver plan
I)	Asegurados No afiliados a un Sistema de Salud Previsional	0%
II)	Gastos No bonificables por un Sistema de Salud Previsional	50%
III)	Servicio I-MED	No se considera
IV)	Convenio Tarjeta Farmacia	Si se considera
V)	Las tarifas consideran convenio Farmacia Cruz Verde, según se indica en el plan de coberturas	
	Bonificación mínima del Sistema de Salud Previsional	No se considera

PLAN DE BENEFICIOS SALUD

BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN	% Bono	% Libre Elección	Tope Diario UF	Tope Anual UF
Día Cama Hospitalización	45%	45%		
Servicios Hospitalarios				
Día Cama UTI / UCI				
Sala de Urgencia				
Derecho de Pabellón				
Examen de Laboratorio e Imágenes	45%	45%		
Ultrasonografía y Medicina Nuclear,				
Procedimientos Especiales, Equipos,				
Insumos y Medicamentos				
Otros prescritos por Médico Tratante.				
Honorarios Médicos Quirúrgicos				
Medicamentos usados en hospitalización	45%	45%		
Medicamentos usados en hospitalización Hospital Dipreca	45%	45%		
Material Desechable	60%	60%		
Material Desechable Hospital Dipreca	60%	60%		

Arancel Fonasa/Arancel Convenio

BENEFICIO AMBULATORIO	% Bono	% Libre Elección	Tope Prest. UF	Tope Anual UF
Consulta Médica (**)	35%	35%		
Exámenes de Laboratorio	35%	35%		
Exámenes de Imagenología, ultrasonido y medicina nuclear	35%	35%		
Procedimientos de diagnósticos	35%	35%		
Procedimientos Terapéuticos (Incluye los insumos ambulatorios no asociados a una cirugía)	35%	35%		
Material Desechable en atenciones ambulatorias	60%	60%		
Material Desechable en atenciones ambulatorias Hospital Dipreca	60%	60%	Estas prestaciones se consideran después de lo facturado	
Medicamentos utilizados en cirugía ambulatoria	45%	45%		
Cirugía Dental por Accidente	50%	50%		
Cirugía ambulatoria	45%	45%		

Arancel Fonasa/Arancel Convenio

BENEFICIO MEDICAMENTOS AMBULATORIOS	% Bono	% Libre Elección	Tope Prest. UF	Tope Anual UF
Medicamentos Ambulatorios No Genéricos	60%	60%		
Medicamentos Ambulatorios Genéricos	100%	100%		15

BENEFICIO SALUD MENTAL	% Bono	% Libre Elección	Tope Prest. UF	Tope Anual UF
Tratamiento de salud mental psiquiátrico	35%	35%	0,5	Fonasa nivel 3

BENEFICIOS ADICIONALES	% Bono	% Libre Elección	Tope Prest. UF	Tope Anual UF
Traslado Ambulancia aérea (*)	80%	80%		100
Traslado Ambulancia (*)	80%	80%		20
Diálisis (***)	50%	50%		Arancel Fonasa N1
Radioterapia	50%	50%		10
Gastos Opticos	60%	60%		10
Cirugía Lásik Ocular (Mayor o igual a 3 Dioptrias)	60%	60%		20
Kinesiología (Incluye Terapia Ocupacional)	35%	35%		Arancel Fonasa N1 en Santiago y sin tope en regiones.
Prótesis y Ortesis	60%	60%		50
Plantillas Ortopédicas	60%	60%		
Aparatos Auditivos	60%	60%		
Atención extranjero en comisión Servicio	80%	80%		3
Atención extranjero no comisión: Urgencias	50%	50%		Arancel Fonasa N1 + 20%
Tratamiento de Fertilidad, Infertilidad y Esterilidad	50%	50%		15
Tratamiento Obesidad Mórbida Medicamentos Gastos Ambulatorios Gastos Hospitalarios	50%	50%		10
Tratamiento TEA	50%	50%		20

(*) Los gastos derivados de ambulancias aéreas, desde y hacia un establecimiento asistencial, y siempre y cuando no exista otro medio viable y factible para el tratamiento médico del asegurado, la Compañía hará un reembolso del 80% con tope UF 100 anual para cada asegurado que solicite este beneficio.
En caso de otro tipo de traslado o en caso que no tenga justificación el traslado en forma aérea se reembolsará el 80% con tope UF 20 anual para cada asegurado

(**) En el caso de consultas médicas efectuadas fuera de la Región Metropolitana y fuera de la Red de convenios de Dipreca, el reembolso será del 45% sobre el valor facturado al asegurado.

(***) 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 efectuara después de la concurrencia del sistema previsional del asegurado

CONDICIONES EXTENSION CATASTROFICA

Grupo Supremo - Institucional

SEGURO CATASTROFICO POL320220123

Tops y Deducibles	
Tope anual de reembolso por Beneficiario	UF 4000
Deducible anual por asegurado, deducible por daño cubierto por un mismo accidente o enfermedad.	UF 100

ANEXO N°2

OPERATIVIDAD DE REEMBOLSO DE GASTOS Y PAGO DE SINIESTROS DE SALUD Y ADICIONAL COBERTURA CATASTRÓFICA (POL320220123)

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. Este plazo será válido para los siniestros cobrados por los asegurados y sus cargas legales.

Los siniestros correspondientes a la cobranza que se efectúen a la Compañía por parte de Dipreca para recuperar los montos pagados en virtud del artículo 21 del decreto 509 de 1989, del Ministerio de Defensa Nacional, Reglamento de medicina curativa de Dipreca, serán liquidados por la compañía 15 días hábiles después de recibido el archivo de cobro.

A los asegurados que concurren directamente a la Compañía a solicitar el reembolso, por corresponder a prestaciones sin cobertura previsional de DIPRECA y que figuren en el plan de beneficios, también se reembolsará en el plazo de los 10 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 período de cobertura comprendido entre el 01 de Enero y el 31 de Diciembre de cada año, se entenderá cumplido el día 31 de julio del año siguiente, fecha después de la cual no se aceptarán más solicitudes de reembolsos del año póliza anterior.

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 (tercero).

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 y lo establecido en el Anexo 1 de las presentes condiciones particulares.

- a) Los aranceles que se aplicarán durante 2023, 2024 y 2025 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 Artículo 3, Numero 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) 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 “e” del presente artículo.
- g) 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.
- h) 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.

i) 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.

j) 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.”

ANEXO 3
(Circular N° 2106 Superintendencia de Valores y Seguros) PROCEDIMIENTO DE

LIQUIDACIÓN DE SINIESTRO

1) OBJETO DE LA LIQUIDACIÓN

La liquidación tiene por fin establecer la ocurrencia de un siniestro, determinar si el siniestro está cubierto en la póliza contratada en una compañía de seguros determinada, y cuantificar el monto de la pérdida y de la indemnización a pagar.

El procedimiento de liquidación está sometido a los principios de celeridad y economía procedimental, de objetividad y carácter técnico y de transparencia y acceso

2) FORMA DE EFECTUAR LA LIQUIDACIÓN

La liquidación puede efectuarla directamente la Compañía o encomendarla a un Liquidador de Seguros. La decisión debe comunicarse al Asegurado dentro del plazo de tres días hábiles contados desde la fecha de la denuncia del siniestro.

3) DERECHO DE OPOSICIÓN A LA LIQUIDACIÓN DIRECTA

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

4) INFORMACIÓN AL ASEGURADO DE GESTIONES A REALIZAR Y PETICIÓN DE ANTECEDENTES

El Liquidador 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 causas, evaluación del riesgo o extensión de la cobertura, podrá el Liquidador, actuando de oficio o a petición del Asegurado, emitir un pre-informe de liquidación sobre la cobertura del siniestro y el monto de los daños producidos, el que deberá ponerse en conocimiento de los interesados. El asegurado o la Compañía podrán hacer observaciones por escrito al pre-informe dentro del plazo de cinco días hábiles desde su conocimiento.

6) PLAZO DE LIQUIDACIÓN

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

- a) siniestros que correspondan a seguros individuales sobre riesgos del Primer Grupo cuya prima anual sea superior

- a) 100 UF: 90 días corridos desde fecha denuncia:
- b) siniestros marítimos que afectan a los cascos en caso de Avería Gruesa: 180 días corridos desde fecha de denuncia:

7) PRORROGA DEL PLAZO DE LIQUIDACIÓN

Los plazos antes señalados podrán, excepcionalmente siempre que las circunstancias lo ameriten, prorrogarse, sucesivamente por iguales periodos, informando los motivos que la fundamenten e indicando las gestiones concretas y específicas que se realizarán, lo que deberá comunicarse al Asegurado y a la Superintendencia, pudiendo esta última dejar sin efecto la ampliación, en casos calificados, y fijar un plazo para entrega del Informe de Liquidación. No podrá ser motivo de prórroga la solicitud de nuevos antecedentes cuyo requerimiento pudo preverse con anterioridad, salvo que se indiquen las razones que justifiquen la falta de requerimiento, ni podrán prorrogarse los siniestros en que no haya existido gestión alguna del liquidador, registrado o directo.

8) INFORME FINAL DE LIQUIDACIÓN

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

9) IMPUGNACION INFORME DE LIQUIDACION

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

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

INFORMACION SOBRE ATENCIÓN DE CLIENTES Y PRESTACIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS

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

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

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

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

ANEXO 4 DECLARACIÓN LEY N° 20.393

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

- Que directa o indirectamente, no han ofrecido, prometido, pagado, o entregado, y que en el futuro, no ofrecerán, prometerán, pagarán, o entregarán, dinero o especies, a ningún funcionario de gobierno, público o municipal; partido político, o candidato a cargo político y en general, a cualquier persona que trabaje en alguna entidad gubernamental, o a cualquiera de los familiares de éstos, con el fin de: i) asegurar cualquier ventaja indebida, y/o ii) influir en un acto o decisión de autoridad, con el fin de obtener o mantener un negocio relacionado directa o indirectamente con el presente contrato.
- Que no poseen fondos, bienes o dineros que provengan, directa o indirectamente, de actividades ilícitas, y tampoco afectos a alguno de los delitos contemplados en el artículo 27 de la Ley N° 19.913, Código Penal y demás normas afines.
- Tomarán las medidas que estén a su alcance para asegurar que sus trabajadores o dependientes, y sus subcontratistas, no incurran en alguna actividad o comportamiento prohibido.
- Reportarán mutuamente y en la oportunidad que corresponda cualquier violación a las leyes o al contrato celebrado y realizarán las denuncias respectivas.
- Que, todas las declaraciones precedentes son completamente fidedignas y que no se han omitido ningún hecho relevante o no, que incida o pueda incidir en las materias descritas en la presente cláusula.

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

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