

**CONDICIONES PARTICULARES
POLIZA DE SEGURO COLECTIVO TEMPORAL DE VIDA**


N° Póliza 1424227-8	Vigencia desde 01 de Enero de 2025	Vigencia hasta 31 de Diciembre de 2025
-------------------------------	--	--

Contratante ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ÑUÑO A	RUT: 69.070.500-1
Dirección: Irarrázaval N°3550	Comuna: Ñuñoa Ciudad: Santiago

Asegurados: Según Condiciones Particulares.
Beneficiarios: Los Indicados por cada asegurado en Formulario de Designación de Beneficiarios, en caso de no haber designación, los beneficiarios serán los Herederos Legales.

Código Interno	Nombre Cobertura	POL
CVMA	Póliza de Seguro Colectivo Temporal de Vida Póliza Complementaria de Salud Extensión Catastrófica	POL 2 2013 0565 POL 3 2022 0141 POL 3 2022 0141

Intermediario	
Razón Social: Cono Sur Corredores de Seguros Ltda.	RUT: 76.213.750-K
Comisión Intermediación: 4% de la prima neta en pesos (\$).	

	
Rodrigo Heredia P. Gerente General BCI Seguros Vida S.A.	Firma Contratante

Fecha de Emisión de Póliza
17 de diciembre de 2024

**CONDICIONES PARTICULARES
POLIZA DE SEGURO COLECTIVO TEMPORAL DE VIDA**

Artículo N°1

Contratante: ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ÑUÑO A

En adelante el Contratante, deberá de informar a los asegurados u otros legítimos interesados, sobre la contratación de seguro y sus condiciones o modificaciones, “El Contratante asume las responsabilidades que emanen de su actuación como contratante del Seguro Colectivo.”

La **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ÑUÑO A**, contrata el presente seguro colectivo, por el interés en la conservación de la vida, salud y bienestar de sus trabajadores y grupo familiar.

Artículo N°2

Financiamiento de la Prima:

Se establece que el pago de las primas pactadas en el presente contrato será soportado tanto por el patrimonio de los Asegurados como por el patrimonio del Contratante. El monto soportado por cada parte es variable.

Por consiguiente, se establece que el presente contrato es Contributorio.

En caso de que se produzca devolución parcial o total de las primas percibidas por la Compañía, por cualquier concepto, queda bajo exclusiva responsabilidad del contratante hacer la distribución de la prima devuelta por la Compañía a quienes soportaron el pago de la prima de su patrimonio.

Artículo N°3

Asegurados:

Todos los afiliados a los Servicios de Bienestar Contratantes y los Servicios Públicos que no tengan Servicio de Bienestar, siempre y cuando exista un compromiso de parte de este de adherirse al Convenio Marco.

Además, se consideran asegurados en las Coberturas de Salud el grupo familiar del asegurado titular, según el siguiente detalle:

- ✓ Hijos cargas legales del asegurado titular, hasta los 18 años, pudiendo permanecer hasta cumplidos los 24 años, si acreditan dependencia económica y son estudiantes de alguna institución educacional reconocida por el Ministerio de Educación previa presentación de Certificado de Estudios.
- ✓ Cónyuge cargas legales del asegurado titular
- ✓ Padres cargas legales del asegurado titular
- ✓ Otras cargas legales del asegurado titular

Los afiliados al Bienestar o Institución contratante que no cuenten con Sistema Previsional de Salud no podrán ingresar al Seguro.

Artículo N°4

Beneficiarios:

Los Indicados por cada asegurado en Formulario de Designación de Beneficiarios, en caso de no haber designación, los beneficiarios serán los Herederos Legales, para la cobertura de Salud el beneficiario es el asegurado Titular.

Artículo N°5

Cobertura:

Las coberturas amparadas bajo la presente póliza y sujetas a condiciones establecidas en las respectivas Condiciones Generales son:

COBERTURA	CONDICIONES GENERALES		ASEGURADOS CON COBERTURA
VIDA	POL 2 2013 0565	Póliza de Seguro Colectivo Temporal de Vida	Titular
SALUD	POL 3 2022 0141	Póliza de Salud	Titular – Cargas Legales
CATASTROFICO	POL 3 2022 0141	Extensión catastrófica	Titular – Cargas Legales

PREEXISTENCIAS: Se otorga continuidad automática a los afiliados al Servicio de Bienestar o Institución Contratante, por lo tanto, se otorga cobertura a aquellas patologías que hubiesen sido conocidas por el asegurado con anterioridad al inicio de vigencia del presente contrato.

Artículo N°6

Condiciones de Asegurabilidad:

- El asegurable podrá ingresar a la póliza cuando lo determine el contratante, sin evaluación de riesgos, siempre y cuando su edad de ingreso sea menor a la indicada en el cuadro de edades de Ingreso y Permanencia
- El asegurable podrá permanecer en la póliza mientras su edad sea menor a la indicada en el cuadro de Edades de Ingreso y Permanencia. No obstante, su exclusión será realizada de acuerdo con el procedimiento establecido en el párrafo "Exclusiones de Asegurados por Edad de Permanencia".

Artículo N°7

Inclusión y Exclusión de Asegurados:

La responsabilidad de informar respecto de las incorporaciones o exclusiones de cada asegurado en la póliza será asumida por cada Servicio de Bienestar o Institución Contratante, los cuales informarán directamente a la Compañía. Esta información debe ser entregada dentro de los 15 primeros días de cada mes, especificando claramente la fecha (dd/mm/aaaa) en que las personas ingresaron o dejaron de ser asegurados.

Fecha cierre movimientos

La fecha cierre para incorporaciones y exclusiones será el 15 del mes de cobertura, por lo tanto, las inclusiones y exclusiones informadas con posterioridad a esta fecha registrarán a contar del mes siguientes, es decir se verán reflejadas en la cobranza del próximo mes.

Vigencias de Incorporaciones

Toda incorporación informada hasta el día 15 del mes, tendrá fecha de inicio de vigencia a partir del 1° del mes en curso.

Toda incorporación informada a contar del día 16 del mes, tendrá fecha de inicio de vigencia a partir del 1° del mes siguiente al mes en cobro.

Vigencia de Exclusiones

Toda exclusión informada hasta el día 15 del mes, se hará efectiva a contar del primer día del mes en cobro.

Toda incorporación informada a contar del día 16 del mes, se hará efectiva a contar del primer día del mes siguiente al mes en cobro.

Incorporaciones de Recién Nacidos

Fecha de presentación de solicitud de incorporación	Solicitud de Incorporación presentada antes del día 60 de vida	Solicitud de Incorporación presentada con posterioridad al día 60 de vida
Fecha de vigencia inicial	Cobertura a contar del día de su nacimiento	Según procedimiento general
Continuidad de Cobertura	SI	SI

CUADRO DE EDAD DE INGRESO Y PERMANENCIA

	Edad Límite de Ingreso			Edad Límite de Cobertura		
	Titular	Cónyuge	Hijos	Titular	Cónyuge	Hijos
Vida	(*)	-	-	(*)	-	-
Salud	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	24
Catastrófico	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	24

(*) Las Coberturas de Vida, Salud y Catastrófico no contemplan edades tope de ingreso y permanencia para el asegurado titular, cónyuge y sus cargas legales mientras éstas tengan la calidad de tal.

Los ingresos de los asegurados, dentro de un plazo no mayor a 30 días a contar de la fecha que los asegurables califican para ingresar al seguro, en cuyo caso el inicio de la vigencia de su cobertura, **será la fecha de solicitud por parte del contratante**, que en ningún caso debe ser anterior a la fecha de llenada la Solicitud, una vez evaluada por parte de BCI Seguros Vida. En el caso de los recién nacidos, cuyo parto fue cubierto por la vigencia de esta póliza, se debe presentar la incorporación, dentro de los primeros 60 días de nacido, para que su vigencia sea del día uno. En caso contrario su ingreso será como asegurado nuevo de acuerdo con estas condiciones con vigencia el primer día del mes siguiente.

Se deja constancia, que la cobranza de las primas se efectuará en función de los movimientos y/o modificaciones a las características de los asegurados vigentes, por consiguiente, las diferencias que se generen se reflejarán en la cobranza del mes siguiente.

Para la modificación de las características de un asegurado, el Contratante deberá indicar el nombre completo, RUT y la modificación solicitada. Esta modificación regirá a partir de la fecha de solicitud por parte del contratante. En caso de no indicar fecha, ésta regirá a partir de la fecha de recepción de la modificación por parte del Asegurador con plazo máximo de retroactividad de 30 días.

Artículo N°8

Capital Asegurado/Monto Asegurado

El capital asegurado en caso de la cobertura de Vida y los montos máximos de reembolso (para el resto de las coberturas) se expresarán en Unidades de Fomento (UF) y son los siguientes:

Capital Fallecimiento

Cobertura	UF	Grupo
Hasta los 74 años	50	1
Desde los 75 años y hasta los 79 años	20	2
Desde los 80 años y hasta los 85 años	15	3
Mayor 85 años	1	4

Importante: “En virtud de lo establecido en la Ley 21.420, que modificó la Ley 16.271, las indemnizaciones por los seguros de Vida están sujetas al pago del impuesto a la herencia. Esta norma aplica a todos los seguros de Vida contratados a partir del 4 de febrero de 2022. Así, la indemnización de los seguros contratados con anterioridad a esta fecha, se encuentran exentos del pago de dicho impuesto.”

Montos Asegurados

Cobertura	Topes
Salud	UF400 por asegurado
Catastrófico	UF2000 por grupo familiar

Artículo N°9

Prima Neta Mensual de Salud:

La prima mensual de este seguro para cada asegurado y cobertura es la siguiente:

Cobertura	Prima Neta Mensual	Prima Bruta Mensual
Vida	UF 0,284	UF 0,284
(*) Salud + Catastrófico	UF 0,529	UF 0,630
TOTAL, POR PERSONA	UF 0,813	UF 0,914

(*) Las primas señaladas están afectas a un 19% de impuesto IVA y son independientes a la composición del grupo familiar.

Los precios serán reajustados o rebajados por parte de la Compañía al término del primer, segundo y tercer año de vigencia del Convenio Marco, de acuerdo con la tabla de reajustabilidad que se detalla a continuación, considerando para ello la siniestralidad de los 11 primeros meses de cada año, las nuevas tarifas serán informadas a más tardar el 10 de diciembre de cada año.

El cálculo se realizará considerando los gastos efectivamente pagados, los reportados y no pagados, además de los OYNR.

=Gastos Pagados + Gastos Reportados y No Pagados+ OYNR (correspondiente al 5% de los siniestros)

% de siniestralidad acumulada incluyendo los ocurridos y no reportados	Porcentaje de ajuste
150 - Superior	70%
145-149,9	60%
140-144,9	55%
135-139,9	50%
130-134,9	45%
125-129,9	40%
120-124,9	35%
115-119,9	30%
110-114,9	25%
105-109,9	20%
100-104,9	15%
95-99,9	10%
90-94,9	5%
85-89,9	2%
80-84,9	0%
75-79,9	-5%
70-74,9	-20%
65-69,9	-25%
60-64,9	-68%
55-59,9	-80%
0-54,9	-90%

Artículo N°10

Pago de la Prima:

En ampliación al Artículo N°12 de las Condiciones Generales de la póliza de Seguro Colectivo Temporal de Salud, se establece lo siguiente:

- a. Periodicidad de pago: Mensual
- b. Día de emisión de cobranza: Entre el 25 del mes en cobro y el 1er. día del mes siguiente.
- c. Día de pago de prima: Antes del día 10 de cada periodo mensual cobrado
- d. Tipo de Facturación: **ANTICIPADA**
- e. Tipo Cobranza: **VENCIDA.**
- f. Plazo de gracia para el pago de primas: Se concede un plazo de gracia de 30 días, contados a partir del primer día del mes subsiguiente al de la cobertura no pagada, de acuerdo con la forma de pago convenida. Si al vencimiento del plazo de gracia no ha sido pagada la prima se procederá de acuerdo con el Artículo N°12 de las Condiciones Generales.
- g. Valor UF: El valor UF que se aplicará será el correspondiente, al último día del mes en cobro.

Artículo N°11

SINIESTROS

En caso de no contar, al ingreso del asegurado, con la información necesaria para validar las condiciones indicadas los requisitos de asegurabilidad, en lo referente a límites de ingreso y cobertura, esta se hará al momento de hacerse efectivo el siniestro, rechazándose el pago en la eventualidad de que la edad del asegurado a la fecha de ingreso a la póliza sea mayor o igual a la establecido en el Artículo 7.

Antecedentes necesarios para la reclamación de un siniestro de Vida

En el caso de un siniestro, deberán reemitirse como mínimo los siguientes documentos a la Compañía:

Fotocopia de Cédula de identidad del asegurado fallecido

Certificado original de defunción con expresa causal de muerte

Designación de beneficiarios

Fotocopia de Cédula de identidad de él o los beneficiarios a los que se debe cancelar el siniestro

Además, en caso de un accidente:

Parte policial

Protocolo Autopsia

Informe toxicológico y Alcholemla

Informe SIAT Carabineros (accidentes de tránsito)

No obstante, lo anterior, en base a los antecedentes aportados, la Compañía pudiese requerir antecedentes adicionales, para una adecuada apreciación del siniestro.

Artículo N°12

Siniestros:

Se considerará siniestro el fallecimiento del asegurado, ya sea en forma natural o accidental, según Condiciones Generales del seguro colectivo.

En caso de que esta póliza tenga coberturas adicionales, se considerará siniestro lo descrito en las Condiciones Generales de las respectivas cláusulas.

Para solicitar el beneficio de salud, el asegurado titular debe completar el formulario "Solicitud de Reembolso de Gastos Médicos" en su totalidad e incluir los antecedentes solicitados. La Compañía Reembolsará de acuerdo con el "Anexo de las Condiciones Particulares" de la póliza que son parte integrante de este Contrato.

Toda documentación y antecedentes para reembolsar gastos médicos ambulatorios, tendrá un plazo de 90 días para ser presentados a la Compañía, contados desde la fecha de la prestación.

El plazo para presentar los gastos de cobertura hospitalaria se contabilizará desde la fecha de emisión de los respectivos bonos y/o fecha de pago de dichos servicios.

Artículo N°13

Condiciones Especiales

- **Cláusula de Prevalencia de Bases**

Estas Bases formarán parte integrante de la póliza y su contenido prevalecerá sobre esta.

- **Cláusula de Errores u Omisiones**

Queda convenido que en caso de producirse cualquier variación o modificación de los registros relacionados con la materia asegurada cuya información, para su inclusión en la póliza, hubiera sido omitida involuntariamente o proporcionada erróneamente por los distintos Servicios de Bienestar o Instituciones contratantes, sea en forma total o parcial, tal variación o modificación será admitida para todos los efectos de cobertura, tanto si es posteriormente descubierta y comunicada por la misma entidad, como si se comprueba con ocasión de un siniestro.

- **Cláusula Exclusión de Arbitraje**

El contratante y la compañía aseguradora acuerdan dejar sin efecto el Arbitraje contemplado en las Condiciones Generales de la póliza y, en virtud de lo anterior, someten a los Tribunales Ordinarios de Justicia con asiento en la comuna de Santiago cualquier controversia o dificultad que se suscite entre ellos con motivo de la aplicación, interpretación, cumplimiento, incumplimiento, vigencia, nulidad, resolución o terminación del presente contrato y cualquier otra materia que estuviere relacionada con éste.

- **Cláusula especial de continuidad de seguros.**

La póliza que se suscriba como producto de esta licitación otorgará continuidad de cobertura a los asegurados que se encuentren cubiertos en todas las pólizas del convenio marco que se encuentra vigente al momento de la publicación de la presente propuesta.

Será Obligación de la entidad aseguradora dar continuidad a la bonificación de los medicamentos recetados a permanencia y aquellos que normalmente no son considerados remedios o no son curativos, que previamente fueron evaluados y bonificados por una Compañía de Seguros anterior, sin nueva evaluación de pertinencia, con la sola presentación de una anterior colilla de bonificación o documento que demuestre el pago.

- **Beneficio de Maternidad.**

Se otorga cobertura a los gastos provenientes de la atención del parto y complicaciones del embarazo que requieran hospitalización pre y postnatal. Los gastos por consulta médica, exámenes ambulatorios, medicamentos etc. Serán cubiertos según plan de beneficios Ambulatorio siempre que el beneficio de maternidad se encuentre cubierto por la presente póliza.

- **Gastos Médicos del Recién Nacido.**

Para que los recién nacidos mantengan los beneficios propios de su condición, el plazo de incorporación de los recién nacidos es de 60 días contados desde la fecha de su nacimiento.

- Los copagos del asegurado cubiertos con los excedentes de la Isapre serán liquidados y reembolsados según plan de beneficios.
- Los gastos de los asegurados que, viviendo en zonas limítrofes, efectúen en las zonas contiguas de los países vecinos, vía bono o reembolso aplica plan, de no tener bonificación por su sistema de salud, se aplica como ítem sin cobertura 45% de lo que estipula el plan.
- Para cubrir los gastos de accidentes y enfermedades que no estén cubiertos por la Ley 16.744, producidos en comisiones de servicio en el extranjero se cubrirán al 45% de lo señalado en el porcentaje de cobertura del ítem respectivo sean estos cubiertos o no por su sistema de salud. no aplicara esta cobertura especial en aquellos casos en que el asegurado tenga o haya contratado un seguro en el extranjero.
- Se deberán considerar los procedimientos y reglamentación de las Instituciones en el proceso de incorporación de cargas familiares, valiéndose lo que se establezca en las resoluciones exentas de reconocimiento de derechos de asignación familiar. Sin perjuicio de ello, se respetarán, en estos casos, la cláusula de los 90 días para presentar la solicitud de reembolso al seguro.

Artículo N°14

Criterios de Liquidación de adicional de Salud:

La Compañía otorgará cobertura de prestaciones según a los siguientes criterios de bonificación para el pago de siniestros:

Condiciones Cobertura Salud

- a) Anticonceptivos para patologías específicas (Ovarios Poliquísticos, Amenorreas, etc.), serán evaluados con exámenes hormonales, ecografías ginecológicas e informe médico.
- b) Hormonas para el tratamiento de la Menopausia.
- c) Pago de Vitaminas y Minerales para mujeres embarazadas **e hijos menores de 12 años.**
- d) Se consideran Prótesis y Ortesis sujetas a reembolso, todas aquellas señaladas en el Arancel de Prestaciones de Fonasa.
- e) Los tratamientos de Psicopedagogía se cancelarán siempre y cuando exista derivación médica con diagnóstico clínico asociado bajo el ítem de cobertura Psiquiatría y Psicología. La prestación deberá ser realizada por psicopedagogos, psicólogos o profesores con postítulo en Psicopedagogía, se excluye terapeuta ocupacional.
- f) Cobertura especial para "Cirugía plástica y dental por accidente", siempre y cuando la prestación sea realizada por un Cirujano maxilofacial, y el evento haya sido cubierto por el Sistema de Salud Previsional a la cual se encuentra afiliado el asegurado (Isapre/Fonasa). Su bonificación se realizará bajo el Ítem Servicios Hospitalarios.
- g) La compañía reembolsará la dosis de medicamentos indicada en la receta médica sólo por la cantidad correspondiente al tratamiento. Para los casos de medicamentos indicados por períodos superiores a un mes la Compañía reembolsará mensualmente las dosis correspondientes a 30 días de tratamiento, reteniendo la boleta original. Las dosis pendientes serán reembolsadas presentando la solicitud de reclamo solo llenada por el asegurado, fotocopias de la boleta y receta médica.
- h) Los tratamientos de inmunoterapia estarán cubiertos sólo como tratamiento curativo y asociado a un historial médico (reembolsos anteriores) evitando el solicitar un informe del médico tratante.
- i) Los Controles de Niño Sano se cubran hasta los 12 años e incluye Consultas, Exámenes y Ecografía de Pelvis, sin solicitar mayores antecedentes.
- j) Los medicamentos asociados a otros tratamientos serán cubiertos siempre y cuando estos medicamentos sean coadyudantes del tratamiento primario y eviten efectos secundarios como, por ejemplo: Antiinflamatorios por algún diagnóstico que lo amerite junto con Omeprazol.
- k) Serán reembolsados los gastos de Óptica aun cuando vengan sin diagnóstico del médico en el Formulario de Reembolsos, siempre y cuando hayan sido reembolsados en forma previa por su Sistema de Salud Provisional. También se cubre el Control Preventivo Oftalmológico para niños mayores de 3 años.
- l) Se otorga cobertura para Controles y Exámenes Preventivos de Urología (Ej. Antígeno Prostático).
- m) Los tratamientos para bajar de peso sí están cubiertos medicamentos que tengan ese fin y asociados a patologías convergentes, lo anterior para casos de Obesidad con Índice de Masa Corporal sobre 35 Kg/m², en el caso de la Cirugía por Obesidad se debe solicitar IMT consignando Peso y Talla, se cubrirá solo Obesidades Mórbidas con IMC igual o mayor a 40, también se dará cobertura a Obesidad Severa con IMC igual o mayor a 35 pero con factor de riesgo cardiovascular demostrado (solo las siguientes patologías: Hipertensión- Enfermedad Cardiovascular- Diabetes Artritis de rodilla o cadera- enfermedades degenerativas de la columna, dislipidemia, apnea del sueño). El IMC bajo criterio de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En caso de cumplirse el criterio señalado, la Cirugía por Obesidad Mórbida se cubrirá por ítem hospitalario. Se excluye cualquier atención de nutricionista.

- n) La cobertura de salud reembolsará los gastos incurridos en exceso de lo que cubre el sistema de salud previsional del asegurado, sólo en la proporción y hasta la suma máxima indicada en el Cuadro de Beneficios incluido en el presente contrato.
- o) Aquellos gastos que no tienen cobertura en su sistema previsional de salud por no estar codificados se bonifican al 45% con un tope anual UF13,50. (se excluye terapia ocupacional)
- p) Aquellos gastos que no tienen cobertura en su sistema previsional de salud, pero sí tiene código Fonasa, se castigan al 45% del plan de acuerdo con el origen de la prestación, con tope respectivo de la prestación, en este caso se deben presentar los documentos originales timbrados como No reembolsable por parte de la Isapre.
- q) Se deberá liquidar y bonificar parcialmente la cuenta hospitalaria, de forma que aquellos gastos que aún no hayan sido cancelados por el asegurado quedarán pendientes de pago hasta completar los documentos contables pertinentes.
- r) Se cubrirá la mamografía dentro de la cobertura de exámenes preventivos.
- s) Se cubrirá la silla de ruedas en la cobertura de órtesis y prótesis.
- t) Se incluye dentro del ítem cirugía ambulatoria, todo tipo de cirugía ocular con una Dioptría 5 o superior.
- u) En el caso de farmacias en convenio, la compañía proveerá a sus asegurados los medicamentos ambulatorios recetados, en cuyo caso los asegurados deberán pagar por cada medicamento un deducible equivalente a 100% menos el porcentaje de reembolso indicado en la tabla de beneficios. En caso de no disponibilidad del medicamento en dichas farmacias, el asegurado podrá solicitar su reembolso directamente con la Compañía.
- v) Gastos Complicaciones Embarazo/Parto: Estas se cubrirán de la siguiente manera, si corresponde a gastos ambulatorios se cubrirán bajo la prestación ambulatoria correspondiente y si requiere ser hospitalizada estará cubierto ítem hospitalario.
- w) Se considerarán complicaciones del parto, los gastos generados después de que se supere por más de 2 días el número de días considerados usuales en el parto (3 días parto normal y 4 días cesárea) o aquellas hospitalizaciones ocurridas con posterioridad al alta que generó el parto.
- x) No se considerarán complicaciones del parto la permanencia materna en la clínica si el bebé presenta algún tipo de complicación o patología.
- y) Se otorga cobertura para Hormona del Crecimiento por talla baja, siempre y cuando esta condición sea producto de alteraciones endocrinas o tumorales, lo que deberá ser evaluado por la Contraloría Médica de la Compañía. Adicionalmente esta cobertura se aplicará sólo para beneficiarios menores de 10 años.
- z) Dado lo anterior, no tendrá cobertura la condición de talla baja si es producto de variantes normales del crecimiento, como talla baja familiar o retraso de crecimiento constitucional.
- aa) Los antecedentes que deberán presentarse al seguro podrán consistir en originales, copias o fotocopias autorizadas de los documentos que se indican, según corresponda.
- bb) Gastos por Quimioterapias Ambulatorias, estas se cubrirán bajo la cobertura “exámenes y procedimientos” cuando la estadía en el centro asistencial No supere un día de hospitalización
- cc) Gastos por Quimioterapias Hospitalarias, estas se cubrirán bajo la cobertura “hospitalaria” cuando la estadía en el centro asistencial supere un día de hospitalización
- dd) Servicio de Ambulancia Área sin cobertura por la póliza.

- ee) **BONIFICACIÓN MÍNIMA DEL SISTEMA PREVISIONAL DE SALUD (BMI ISAPRE):** Condición de liquidación para todos los ítems del plan ya sea Ambulatorio y/o Hospitalario se exige que la institución previsional reembolse igual o sobre 50% del monto total cobrado (Valor Total Prestación), si el monto es menor a este, la Compañía siempre considerará el 50% del monto total cobrado (Valor Total Prestación) y sobre ese monto aplicará el porcentaje del plan de beneficios. Se exceptúan, medicamentos ambulatorios, óptica, atención psicológica y psiquiatría, Obesidad Mórbida, deducible por prestaciones Auge (CAEC o GES) y Cirugías PAD.
- ff) **BONIFICACIÓN MÍNIMA DEL SISTEMA PREVISIONAL DE SALUD (BMI FONASA):** Condición de liquidación para todos los ítems del plan ya sea Ambulatorio y/o Hospitalario se exige que la institución previsional reembolse igual o sobre 40% del monto total cobrado (Valor Total Prestación), si el monto es menor a este, la Compañía siempre considerará el 60% del monto total cobrado (Valor Total Prestación) y sobre ese monto aplicará el porcentaje del plan de beneficios. Se exceptúan, medicamentos ambulatorios, óptica, atención psicológica y psiquiatría, Obesidad Mórbida, deducible por prestaciones Auge (CAEC o GES) y Cirugías PAD.
- gg) **DISFORIA DE GENERO:** Se otorga cobertura para Disforia de género. Este beneficio considera tratamiento hormonal, psicológico, psiquiátrico y cirugías de afirmación de género:
 - ❖ Este ítem tendrá un porcentaje de reembolso de 45% y un tope anual y combinado de UF20.
 - ❖ Para acceder a esta cobertura debe existir un diagnóstico clínico.
 - ❖ Previo a la cirugía de afirmación de género el asegurado debe haberse realizado un tratamiento y control por psiquiatría y psicología de al menos 1 año de duración, y un tratamiento hormonal de al menos 1 año de duración.

Condiciones Cobertura Catastrófica

- a) Esta cobertura opera una vez completado el tope de la cobertura de salud por persona de UF400 y cubre los gastos incurridos en exceso de lo que cubre el sistema de salud previsional del asegurado, en los porcentajes y topes indicados en el plan correspondiente hasta un máximo de UF2000 por Grupo Familiar.
- b) Aquellos gastos que no tienen cobertura en el sistema de salud sea que no estén codificados o sean sin cobertura, se pagarán sólo al 45% de lo que indica el porcentaje de cobertura del ítem respectivo.
- c) En este caso, se deben presentar los documentos originales timbrados como No reembolsables por parte de la Institución de Salud.
- d) Cubre al asegurado ante cualquier evento originado por enfermedad o accidente, sin definición de patología.
- e) Se debe aplicar un deducible de UF25 por familia.
- f) Toda consulta que no sea medicina alópata no está cubierta por el seguro.

Importante: En virtud de lo señalado en la Ley 21.656 que consagra el derecho al Olvido Oncológico, se deja expresa constancia que no se aplicará la exclusión de cobertura por enfermedades preexistentes para el caso del asegurado haya sufrido una patología oncológica antes de la fecha de suscripción del seguro, cuando hayan transcurrido más de cinco (5) años desde la finalización del tratamiento radical sin recaída posterior.

Artículo N°15

Modificación Del Supuesto De Cobertura:

1. En caso de modificación significativa del Sistema de Salud Previsional al que se encuentre adherido o afiliado el grupo asegurado al momento de la suscripción del riesgo, sea al inicio de vigencia o en cualquiera de las renovaciones de la póliza colectiva, la Compañía podrá aplicar las condiciones especiales de cobertura y prima pactadas para dicha circunstancia. La aplicación de estas condiciones especiales deberá ser informada al contratante con 30 días de anticipación a la fecha de aplicación efectiva.

Para estos efectos, se entenderá por modificación significativa alguna de las siguientes circunstancias:

i. Que, sea por disposición legal, reglamentaria o judicial, se modifique o ponga término al o los contratos de salud suscritos entre el asegurado y el sistema de salud previsional (FONASA o ISAPRE) vigentes al momento de la evaluación del riesgo, al inicio de vigencia de la póliza o de cualquiera de sus renovaciones;

ii. Cuando disminuya la cobertura del plan de Salud Previsional de los asegurados, o cuando un porcentaje de los asegurados cambie su sistema previsional vigente al momento de la evaluación del riesgo mayor o igual a un 5%. En este último caso, a solicitud de la Compañía, el Contratante estará obligado a informar respecto de los asegurados y su sistema previsional. En caso de incumplir dicha obligación, la Compañía estará facultada para terminar anticipadamente la Póliza;

iii. Imposibilidad de que el presente contrato de seguro actúe como complemento de las coberturas del (i) Sistema de Salud Previsional del asegurado, (ii) de bienestar u (iii) otro seguro o convenio, implicando que este contrato de seguro se transforme en una primera capa de cobertura a los gastos de salud del asegurado, esto es, que la cobertura de este contrato de seguro aplique con anterioridad o prescindencia de la cobertura del Sistema de Salud Previsional, cualquiera éste sea.

2. Sin perjuicio de lo establecido precedentemente, la Compañía podrá poner término anticipado al seguro, conforme lo dispone expresamente el artículo 537 del Código de Comercio, cuando concurra alguna de las siguientes causales objetivas de terminación:

a) Aplicación, por disposición legal o del regulador, de las reglas de suscripción de riesgo que impongan a las compañías aseguradoras restricciones que impliquen el levantamiento legal u obligatorio de exclusiones contempladas en el presente condicionado; obligación de otorgar cobertura a las preexistencias; cambios legales a los contratos respecto de los requisitos de asegurabilidad o cambios legales obligatorios e intempestivos en las prestaciones cubiertas; y, en general, modificaciones legales sobrevinientes del riesgo contemplado por el asegurador al suscribir el seguro, siempre y cuando estas alteraciones tengan su origen en leyes o en normativa generalmente obligatoria.

b) Imposición de aranceles de prestaciones médicas que tengan como efecto el otorgamiento de bonificaciones sobre prestaciones no contempladas en la póliza, o que supongan el pago de dichas prestaciones en un porcentaje superior a un 1%.

c) Sin perjuicio de lo anterior, la compañía aseguradora podrá poner siempre término por las causales indicadas en el presente artículo.

El término anticipado de la póliza producirá la reducción proporcional de la prima no devengada, la que deberá ser restituida al contratante o a quien haya soportado su pago.

IMPORTANTE

Al contratar o incorporarse a este seguro de salud, usted debe tener presente lo siguiente:

1. Este es un seguro voluntario, que reembolsa sólo los gastos médicos cubiertos por esta póliza y de cargo del asegurado.

2. Este seguro, no sustituye la cobertura que otorga ISAPRE o FONASA y no necesariamente cubre las mismas prestaciones.

3. Antes de contratar este seguro es importante que usted se informe y tenga claridad sobre los siguientes aspectos:

- Duración del este seguro.
- Cómo y en qué condiciones se renueva este seguro.
- De qué manera se va a reajustar el costo de este seguro, en caso de renovación.
- En qué casos **NO SE PAGARÁ ESTE SEGURO**.
- Los requisitos para cobrar el seguro.

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

Este seguro:

- **NO** contempla renovación garantizada.
- **SI** podrá aumentar la prima (precio) en caso de renovación de la póliza.
- **NO** considera la siniestralidad individual para el aumento de la prima en caso de renovación
- **SI** cubre preexistencias.

5. Las Condiciones Generales de este seguro se encuentran depositadas con el código POL 3 2022 0141 en la Comisión para el Mercado Financiero. Usted puede revisar este texto en www.cmfchile.cl

Artículo N°16

Unidad Monetaria:

Tanto los montos asegurados como las primas se reajustarán de acuerdo con la variación que experimente la Unidad de Fomento.

Artículo N°17

Domicilio:

Para todos los efectos legales del presente contrato de seguro, las partes señalan como domicilio especial la comuna y ciudad de Santiago.

Artículo N°18

Término Anticipado:

Tanto la Compañía Aseguradora como la entidad contratante podrán poner término a esta póliza en cualquier vencimiento de prima, previo aviso dado por escrito con una anticipación no menor de sesenta (60) días mediante carta certificada u otro medio fehaciente, dirigida al domicilio de la Compañía o al último domicilio del Contratante o Asegurado, en su caso, registrado en las Condiciones Particulares de la póliza.

Artículo N°19

Información sobre presentación de consultas y reclamos:

En virtud de la Circular N°1.487 de 17 de julio de 2000, las compañías de seguros deberán recibir, registrar y responder todas las presentaciones, consultas o reclamos que se le presenten directamente por el contratante, asegurado o beneficiario o aquellos que la Comisión para el Mercado Financiero (CMF) les derive.

Las presentaciones pueden ser efectuadas en la casa matriz y en todas las agencias, oficinas o sucursales de la compañía en que se atienda público, personalmente, por correo o fax, sin formalidades, en el horario normal de atención y sin restricción de días u horarios especiales.

El interesado, en caso de disconformidad respecto de lo informado por la compañía de seguros, o bien cuando exista demora injustificada en su respuesta, podrá recurrir a la Comisión para el Mercado Financiero (CMF), Departamento de Atención al Asegurado, cuyas oficinas se encuentran ubicadas en Avda. Libertador Bernardo O'Higgins 1449 Piso 9.

Artículo N°20

Código de autorregulación:

Bci Seguros 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 Bci Seguros o a través de la página web www.ddachile.cl.

Procedimiento de Liquidación de Siniestros
(Circular N° 2.109 del 24.06.2013 de SVS. Hoy CMF.)

1) OBJETO DE LA LIQUIDACIÓN

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

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

2) FORMA DE EFECTUAR LA LIQUIDACIÓN

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

3) DERECHO DE OPOSICIÓN A LA LIQUIDACIÓN DIRECTA

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

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

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

5) PRE-INFORME DE LIQUIDACIÓN

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

6) PLAZO DE LIQUIDACIÓN

Dentro del más breve plazo, no pudiendo exceder de:

Seguros en general: **45 días** corridos desde la 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 afecten a los cascos o en caso de Avería Gruesa: **180 días** corridos desde fecha denuncia;

7) PRÓRROGA DEL PLAZO DE LIQUIDACIÓN

Los plazos antes señalados podrán excepcionalmente siempre que las circunstancias lo ameriten, prorrogarse, sucesivamente por iguales períodos, informando los motivos que la fundamenten e indicando las gestiones concretas y específicas que se realizarán, lo que deberá comunicarse al Asegurado y a la Superintendencia, pudiendo esta última dejar sin efecto la ampliación, en casos calificados, y fijar un plazo para entrega del Informe de Liquidación. No podrá ser motivo de prórroga la solicitud de entrega 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 al 27 el Reglamento de Auxiliares del Comercio de Seguros (D.S. de Hacienda N°1.055, de 2012, Diario Oficial de 29 de diciembre de 2012).

9) IMPUGNACIÓN INFORME DE LIQUIDACIÓN

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

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

**ANEXO CONDICIONES PARTICULARES COBERTURA SALUD
CUADRO DE BENEFICIOS DE GASTOS MEDICOS Y HOSPITALARIOS (POL 3 2022 0141)**

PLAN 3 – Seguro Complementario de Salud	SEGURO COMPLEMENTARIO DE SALUD – PLAN ÚNICO			
	% Reembolso	Deducible UF		Otros
Afiliado Solo		0,5		
Afiliado con 1 carga		1		
Afiliado con 2 o más cargas		1,4		
O.10 Reembolso para gastos sin cobertura Isapre o FONASA	45% del ítem respectivo	Depende del ítem respectivo		
O.11 No codificados	45% del ítem respectivo	s/tope por evento		UF 13,5 (tope anual)
GASTOS AMBULATORIOS	% Reembolso	% Bono	Tope Prest. UF	Tope Anual
A.10.Consultas médicas	45	63	UF 0.45 por sesión	UF 9
A.20. Exámenes y procedimientos (incluye preventiva mamografía)	36	54	s/tope	UF 13,5
A.23. Cirugía ambulatoria (incluye todo tipo de cirugía ocular inclusive láser con dioptría 5 o superior).	54	54	s/tope	UF 36
A.43.Medicamentos genéricos o bioequivalentes	72	72	s/tope	UF 13,5
A.42.Medicamentos genéricos o bioequivalentes Salcobrand	72	72	s/tope	
A.40.Medicamentos de marca	36	36	s/tope	
A.42. Medicamentos de marca Salcobrand	36	36	s/tope	
A.47. Medicamentos Genéricos o Bioequivalentes Cruz Verde	72	72	s/tope	
A.47. Medicamentos de Marca Cruz Verde	36	36	s/tope	
A.48. Medicamentos Genéricos o Bioequivalentes Ahumada	72	72	s/tope	
A.48. Medicamentos de Marca Ahumada	36	36	s/tope	
G.01 CAEC ambulatorio (copago)	80%	80%	s/tope	s/tope
G.03 GES ambulatorio (copago)	80%	80%	s/tope	s/tope

PSIQUIATRÍA/PSICOLOGÍA	% Reembolso	% Bono	Tope Prest. UF	Tope Anual
S.23.Consulta	45	45	UF 0,45 por sesión	UF 9
S.24.Hospitalización	45	45	s/tope	UF 13,5
OTROS GASTOS AMBULATORIOS	% Reembolso	% Bono	Tope Prest. UF	Tope Anual
V.34.Óptica (incluyendo marcos, cristales y lentes de contacto)	63	63	s/tope	UF 2,7
V.21.Prótesis y ortesis (incluyendo audífonos y silla de ruedas)	63	63	s/tope	UF 13,5
GASTOS HOSPITALARIOS	% Reembolso	% Reembolso	Tope Prest. UF	Tope Anual
H.10.Día cama hasta 30 días	72	72	UF 4,5 diarias	30 días
H.11.Exceso día cama	63	63	UF 3,6 diarias	s/tope
H.22.Honorarios médicos y servicios hospitalarios (incluye derecho a pabellón, cirugía por accidente, servicio de ambulancia (radio 50 km) y servicio de enfermería).	45	45		s/tope
G.2. CAEC Hospitalario (Copago)	80	80	s/tope	s/tope
G.4. Ges Hospitalario (Copago)	80	80	s/tope	s/tope
MATERNIDAD	% Reembolso	% Reembolso	Tope Prest. UF	Tope Anual
M.10.Parto Normal	45	45	s/tope	UF 13,5
M.30.Cesárea	45	45	s/tope	UF 18
M.20.Aborto no provocado y/o bajo las 3 causales	45	45	s/tope	UF 9

GASTOS EN EL EXTRANJERO	
Zonas limítrofes:	<p>Se otorgará cobertura ídem plan de beneficios para las atenciones efectuadas en el extranjero, una vez bonificadas por su sistema de salud previsional.</p> <p>Para acceder a este beneficio los asegurados deberán enviar los bonos, documentos de reembolso o boletas acompañados a la Solicitud de Reembolso de Gastos Médicos. El pago se realizará en moneda nacional (CLP) y la conversión a pesos se realizará considerando la fecha de pago de cada documentación contable.</p>
Gastos de Enfermedades y Accidentes en el Extranjero por Comisiones de Servicios que no estén cubiertos por la Ley 16.744 y que no tengan Seguro de Salud en el extranjero:	<p>En caso de ser cubiertos por su sistema de salud previsional, los asegurados deberán enviar los bonos, documentos de reembolso o boletas acompañados a la Solicitud de Reembolso de Gastos Médicos, para ser liquidados por el plan de beneficios. El pago se realizará en moneda nacional (CLP) y la conversión a pesos se realizará considerando la fecha de pago de cada documentación contable.</p> <p>En caso de no tener cobertura por su sistema de salud previsional, los asegurados deberán enviar boletas de gastos médicos acompañadas a la Solicitud de Reembolso de Gastos Médicos se considerará el 45% del gasto y luego se aplicará el porcentaje de cobertura del ítem respectivo. El pago se realizará en moneda nacional (CLP) y la conversión a pesos se realizará considerando la fecha de pago de cada documentación contable.</p>
Monto máximo reembolso	Por asegurado
Monto asegurado máximo	UF 400

**ANEXO CONDICIONES PARTICULARES COBERTURA CATASTRÓFICO
CUADRO DE BENEFICIOS DE GASTOS MEDICOS Y HOSPITALARIOS (POL 3 2022 0141)
Plan Único Seguro Catastrófico**

SEGURO CATASTRÓFICO – PLAN ÚNICO		
1.Gastos Hospitalarios	% Reembolso	Tope Anual UF
H.10. Día cama	100	Sin tope
H.30. Honorarios médicos	100	Sin tope
H.12. Día cama UTI/intermedio	100	Sin tope
H.20. Derecho a pabellón	100	Sin tope
H.34. Cirugía por accidente	100	Sin tope
V.50. Servicio ambulancia (50 km)	100	Sin tope
H.20. Medicamentos - insumos	100	Sin tope
V.70. Servicio enfermería	100	Sin tope
PC1. Otros gastos	100	Sin tope
2.Gastos ambulatorios	% Reembolso	Tope Anual UF
A.40 y A.43. Medicamentos	50	Sin tope
A.10 Consulta médica	100	Sin tope
A.20. Exámenes	100	Sin tope
A.20. Procedimientos	100	Sin tope
A.46. Drogas Antineoplásicas	80	Sin tope
3.Monto máximo reembolso	Por grupo familiar	
Monto asegurado máximo	UF 2.000	
4. Periodo de acumulación	Ver nota	
Deducible	UF 25	
Nota: Se considerará como periodo de acumulación para el monto máximo asegurado de reembolso igual a un año de vigencia		