

MUNICIPALIDAD DE CONCHALI  
Secretaría Municipal

AUTORIZA PÓLIZA N° 735017 CORRESPONDIENTE A COBERTURA POR SEGURO DE SALUD, VIDA Y CATASTROFICO.-

CONCHALI, - 9 MAYO 2014

DECRETO EXENTO N° 654 /

LA ALCALIA DECRETO HOY:


VISTOS: Memorándum N° 516, del 07.05.2014, d Departamento de Personal y Remuneraciones, que adjunta Convenio suscrito con BCI Segros de Vida S.A.; Memorandum N° 169 del 22.04.14. de Asesoría Jurídica; y TENIENDO RESENTE las facultades y atribuciones que me confiere la Ley N°18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades,

DECRETO:

AUTORIZESE la Póliza N°735017, correspondiee a Cobertura tomada para la Cobertura por Seguro de Salud, Vida y Catastrófico ontraído con BCI Seguros de Vida S.A. 2014. La póliza y su documentación de respaldo formn parte integrante del presente decreto, foliado desde el número 1 al 17.

ANOTESE, COMUNIQUESE Y TRANSCRIBASE el resente Decreto a los Departamentos Municipales, hecho ARCHIVASE.

  
*[Signature]*  
ADELA FUNTEALBA LABBE  
Secretaría Municipal

  
*[Signature]*  
CARLOS SOTTOLICHIO URQUIZA  
Alcalde de Conchalí

*[Signature]*  
FPB/APL/jqa.  
**TRANSCRITA:**  
Control - Jurídico - SECPLA  
Adm. Municipal - Finanzas - TESMU  
Personal - Bienstar  
Art. 7° letra g) y N° 20285/

  
*[Signature]*  
DIRECCIÓN DE CONTROL

**DIRECCION ADMINISTRACION Y FINANZAS  
SERVICIO DE BIENESTAR**

Memorando N° 516 /2014

**Para: Adela Fuentealba Labbe**  
**Secretaria Municipal**

**De: Carolina Ponce Palacios**  
**Personal y Remuneraciones**

**Fecha: 07/05/2014**

**Asunto: Solicita lo que indica**

---

Mediante la presente solicito a usted tenga a bien Decretar Poliza N ° 735017 correspondiente a Cobertura por Seguro de Salud, Vida y Catastrófico contraído con BCI SEGUROS DE VIDA S.A. previamente visada por el Departamento Jurídico.

Se adjunta documentación.

Atentamente.

  
  
**CAROLINA PONCE PALACIOS**  
Personal y Remuneraciones

**CP/vcm**

- Secmu
- Bienestar
- Archivo

ASESORÍA JURÍDICA

MEMORANDUM N° 169 /2014

FECHA : 22 de Abril de 2014.  
DE : DANIEL BASTIAS FARIAS  
DIRECTOR ASESORÍA JURÍDICA  
A : CAROLINA PONCE PALACIOS  
DPTO. PERSONAL Y REMUNERACIONES  
MATERIA : Póliza de Seguro de Salud BCI N°735017

Junto con saludar, y conforme a lo dispuesto en la Póliza de Seguro Colectivo Temporal de Vida n°735017 de BCI Vida remitida por el Departamento de Personal mediante Memorandum n°413 de fecha 15.04.14, me permit señalar que:

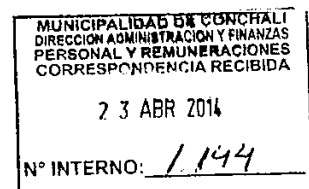
- La obertura que comprende dicha póliza es Vida, Salud y Catastrófico.
- En u cláusula n° 8 como en los dos anexos que comprende la póliza se individualizan los monto asegurados y deducibles según cobertura.
- La prima bruta por trabajador comprendiendo la totalidad de cobertura ascende a 0,66 UF
- Respecto a la entrada en vigencia de la póliza: Si perjuicio que en la póliza en gestión se indica que la vigencia es desde el 01 de enero de 2014, en la cláusula n°7 de la póliza se establece que si la incorporación se produce has el día 15 del mes, se tendrá fecha de inicio de vigencia a partir del 1° del mes en curso; de lo contrario esta se hará efectiva el primer día del mes siguiente al mes de cobro.

Cabe hacer presente que en la contratación del servicio en cuestión, la Ley 19.886 sobre Contratos Administrativos de Suministro y Prestación de Servicios establece que todo contratos que celebren los Municipios a título oneroso, ya sea para suministros de bienes muebles, como de servicios que se requieran para el desarrollo de sus funciones se sujetara a lo establecido en dicho cuerpo legal. Así, el Municipio podrá contar servicios a través de la modalidad convenio marco, licitación pública, licitación privada o contratación directa, según corresponda

Saluda atentamente,



**DANIEL BASTIAS FARIAS**  
ABOGADO  
DIRECTOR ASESORÍA JURÍDICA



**DIRECCION ADMINISTRACION Y FINANZAS  
SERVICIO DE BIENESTAR**

Memorando N° 413. /2014

**Para:** Daniel Bastías Farías  
Director de Asesoría Jurídica

**De:** Carolina Ponce Palacios  
Dpto. Personal y Remuneraciones

**Fecha:** 15/04/2014

**Asunto:** Solicita lo que indica

Asunto remito a Ud., Póliza Seguro de Salud BCI N° 735017 correspondiente al año en curso, para su revisión y posterior V° B° Del Sr. Alcalde.

Se adjunta documentación.

Atentamente.

  
*Carolina Ponce Palacios*  
CAROLINA PONCE PALACIOS  
Dpto. de Personal y Remuneraciones

CP/vcm

- Jurídico
- Bienestar
- Archivo

24-04-2014 Revisado OK  
*[Signature]*

*Sr. Teniente Alcalde*  
*[Signature]*

*[Signature]*  
13/04/14

526007  
1000222  
150414

1 (uno)



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

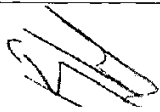


N° Póliza 735017	Vigencia desde 01 de Enero de 2014	Vigencia hasta 31 de Diciembre de 2014
---------------------	---------------------------------------	---

Contrante MUNICIPALIDAD DE CONCHALI	RUT : 69.070.200-2
Direccn : Independencia 3499	Comuna :Conchalí Ciudad :Santiago

<b>Asegudos :</b> Según condiciones Particulares.
<b>Beneficiarios :</b> Los Incados por cada asegurado en Formulario de Designación de Beneficiarios, en caso de no haber signación, los beneficiarios serán los Herederos Legales.

Códig. Interni	Nombre Cobertura	Cláusula
CONVI	Póliza de Seguro Colectivo Temporal de Vida Póliza Complementaria de Salud Extensión Catastrófica	POL 2 2013 0565 POL 3 2013 0567 POL 3 2013 0567

<b>Intermediario</b>	
Razón social : Cono S Corredores de Seguros Ltda.	RUT : 76.213.750-K
<b>Comisión Intermediación :</b> 3% de prima neta en pesos (\$).	

		
Rodrigo Heredia P. Gerente Comercial Bci Seguros Vida S.A.	*	Firma Contratante

Fecha de Emisión de Póliza  
19-12-13





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

**ArticulN° 1**

**Contrante:**

En adente 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."

**ArticulN° 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 Contributivo.

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.

**ArticulN° 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 y Dental el grupo familiar del asegurado titular, según el siguiente detalle:

Hijos cónyuges legales del asegurado titular, hasta los 18 años, pudiendo permanecer hasta cumplidos los 24 años de edad, si acreditan dependencia económica y son estudiantes de alguna institución educacional reconocida por el Ministerio de Educación previa presentación de Certificado de Estudio:

Cónyuges: 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 4****Beneficiarios:**

Los Incados 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 5****Coberta:**

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 2013 0567	Cláusula Adicional de Salud	Titular - Cargas Legales
CATAS OFICO	POL 3 2013 0567	Extensión catastrófica	Titular - Cargas Legales

**PREEXTENCIAS:** 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 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 al procedimiento establecido en el párrafo "Exclusiones de Asegurados por Edad de Permanencia".

**Artículo 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 informan 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 ingresan o dejaron de ser asegurados.

Fecha cre movimientos





La fecha de 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 regirán a contar del mes siguiente, es decir se verán reflejadas en la cobranza del próximo mes.

#### Vigencia de Incorporaciones

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

Toda incorporación informada a contar del día 16 del mes, tendrá fecha de inicio de vigencia a partir del 1º 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	-	-	-	85	-	-
Salud	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	24
Catastrófico	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	24
Dental	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	24

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

Los ingresos de los asegurados, dentro de un plazo no mayor a 30 días a contar de la fecha que los asegurados 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 entrada de 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 a 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 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
Hasta los 74 años	50
Desde los 75 años y hasta los 79 años	20
Desde los 80 años y hasta los 85 años	15
Mayor de 85 años	1

##### Montos asegurados

Cobertura	Topes
Salud	UF400 por asegurado
Catastrico	UF2000 por grupo familiar

#### Artículo 9

##### PRIMA

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





**Artículo 10**

**Prima Ita Mensual de Salud:**

Coberta	Prima Neta Mensual	Prima Bruta Mensual
Vida	UF 0,23	UF 0,23
(*) Salu+ Catastrófico	UF 0,36	UF 0,43
TOTAL POR PERSONA	UF 0,59	UF 0,66

(\*) 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 a la tabla de reajustabilidad que se detalla a continuación, considerando para ello la siniestralidad de los 10 primeros meses de cada año, las nuevas tarifas serán informadas a más tardar el 10 de Noviembre de cada año.

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

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

% Siniestralidad Acumulada incluyendo los ocurridos y no Reportados	Porcentaje de Ajuste
150 - Superior	80%
145 - 149.9	65%
140 - 144.9	60%
135 - 139.9	55%
130 - 134.9	50%
125 - 129.9	45%
120 - 124.9	40%
115 - 119.9	35%
110 - 114.9	30%
105 - 109.9	25%
100 - 104.9	20%
95 - 99.9	15%
90 - 94.9	10%
85 - 89.9	5%
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%
ONR = 5%	

#### Artículo 11

##### Pago de Prima:

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

- Pertinencia de pago: Mensual
- Día de emisión de cobranza: Entre el 25 del mes en cobro y el 1er. días del mes siguiente.
- Día de pago de prima: Antes del día 10 de cada periodo mensual cobrado
- Tipo de Facturación: ANTICIPADA
- Tipo de cobranza: VENCIDA.
- 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 a la forma de pago convenida. Si al vencimiento del plazo de gracia no ha sido pagada la prima se procederá de acuerdo al Artículo N°12 de las Condiciones Generales.
- Valor UF: El valor UF que se aplicará será el correspondiente, al último día del mes en cobro.

#### Artículo 12

##### SINIESTOS

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 establecida 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 carnet de identidad del asegurado fallecido

Certificado original de defunción con expresa causal de muerte

Designación de beneficiarios

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

Además, en caso de un accidente:

Parte policial

Protocolo de autopsia

Informe toxicológico y Alcoholemia

Informe de 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 13

##### Siniests:

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

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

Para scitar 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 al "Anexo de las Condiciones Particulares" de la póliza que son parte integral 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 contabilizarán desde la fecha de emisión de los respectivos bonos y/o fecha de pago de dichos servicios.

#### Artículo 14

##### 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**

Quia 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.

Se Obliga a la entidad aseguradora dar continuidad a la bonificación de los medicamentos recetados a permanencia y aquellos que normalmente no son considerados rendios 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 la 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 Amilatorio 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 pagos 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 50% de lo que estipula el plan.
- Para abrir 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 50% de lo señalado en el porcentaje de cobertura del ítem respectivo sean estos cubiertos o no por su sistema de salud. no aplica esta cobertura especial en aquellos casos en que el asegurado tenga o haya contratado un seguro en el extranjero.
- Se darán considerar los procedimientos y reglamentación de las Instituciones en el proceso de incorporación de cargas familiares, valiéndose lo que se establezca en las resoluciones expensas 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 15**





**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**

- Anticonceptivos para patologías específicas (Ovarios Poliquísticos, Amenorreas, etc.), serán evaluados con exámenes hormonales, ecografías ginecológicas e informe médico.
- Hormonas para el tratamiento de la Menopausia.
- Págs de Vitaminas y Minerales para mujeres embarazadas **e hijos menores de 12 años.**
- Se consideran Prótesis y Ortesis sujetas a reembolso, todas aquellas señaladas en el Arancel de Estaciones de Fonasa.
- 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.
- 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.
- 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.
- Los tratamientos de inmunoterapia estarán cubiertos sólo como tratamiento curativo y asociado a un diagnóstico médico (reembolsos anteriores) evitando el solicitar un informe del médico tratante.
- Los controles de Niño Sano se cubran hasta los 12 años e incluye Consultas, Exámenes y Ecografía de Pelvis, sin solicitar mayores antecedentes.
- 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.
- Serán reembolsados los gastos de Óptica aún 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.
- Se otorga cobertura para Controles y Exámenes Preventivos de Urología (Ej. Antígeno Prostatico).
- Los tratamientos para bajar de peso si 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/m<sup>2</sup>, en el caso de la Cirugía por Obesidad se debe solicitar IMT considerando Peso y Talla, se cubrirá solo Obesidades Mórbidas con IMC igual o mayor a 40,





tarrén se dará cobertura a Obesidad Severa con IMC igual o mayor a 35 pero con factor de ries 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 cutá por ítem hospitalario.

- 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.
- Aquellos gastos que no tienen cobertura en su sistema previsional de salud por no estar codificados, se bonifican al 50% con un tope anual UF15. (se excluye terapia ocupacional)
- Aquellos gastos que no tienen cobertura en su sistema previsional de salud, pero si tiene código Fonasa, se castigan al 50% del plan de acuerdo al origen de la prestación, con tope respectivo de prestación.

En este caso se deben presentar los documentos originales timbrados como No reembolsable por parte de la isapre.

- 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 corregir los documentos contables pertinentes.
- Se cubrirá la mamografía dentro de la cobertura de exámenes preventivos.
- Se cubrirá la silla de ruedas en la cobertura de órtesis y prótesis.
- Se incluye dentro del ítem cirugía ambulatoria, todo tipo de cirugía ocular con una Dioptría 5 o superior.
- 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.
- 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.
- No se considerarán complicaciones del parto la permanencia materna en la clínica si el bebé presenta algún tipo de complicación o patología.
- 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 Centraloría Médica de la Compañía. Adicionalmente esta cobertura se aplicará sólo para beneficiarios menores de 10 años.

- Dado 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.
- Los antecedentes que deberán presentarse al seguro podrán consistir en originales, copias o fotocopias autorizadas de los documentos que se indican, según corresponda.

#### Condiciones Cobertura Catastrófica

- Esta cobertura opera una vez completado el tope de la cobertura de salud por persona de UF4) y cubre los gastos incurridos en exceso de lo que cubre el sistema de salud previsual del asegurado, en los porcentajes y topes indicados en el plan correspondiente hasta un máximo de L2000 por Grupo Familiar.
- Aquos gastos que no tienen cobertura en el sistema de salud sea que no estén codificados o searian cobertura, se pagarán sólo al 50% de lo que indica el porcentaje de cobertura del ítem respectivo.
- En ee caso, se deben presentar los documentos originales timbrados como No reembolsables por rte de la Institución de Salud.
- Cubral asegurado ante cualquier evento originado por enfermedad o accidente, sin definición de pología.
- Se de aplicar un deducible de UF25 por familia.
- Toda consulta que no sea medicina alópata, no está cubierta por el seguro.

#### Artículo 16

##### Unidad Monetaria:

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

#### Artículo 17

##### Domicilio

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

#### Artículo 18

##### Término anticipado:

Tanto la Compañía Aseguradora como la entidad contratante podrán poner término a esta póliza en cualquier momento 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 19

##### Información sobre presentación de consultas y reclamos:

En virtud de la Circular Nro. 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 Superintendencia de Valores Seguros 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 Superintendencia de Valores Seguros, Departamento de Atención al Asegurado, cuyas oficinas se encuentran ubicadas en Avda. Libertador Bernardo O'Higgins 1449 Piso 9.

#### Artículo 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](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 Bci Seguros a través de la página web [www.ddachile.cl](http://www.ddachile.cl).

### Procedimiento de Liquidación de Siniestros (Circular N° 2.109 del 24.06.2013 de S. V.S.)

#### 1) OBJETO DE LA LIQUIDACIÓN

Liquidación tiene por fin establecer la ocurrencia de un siniestro, determinar si el siniestro es 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 procesal, de objetividad y carácter técnico y de transparencia y acceso.

#### 2) FORMA DE EFECTUAR LA LIQUIDACIÓN

Liquidación puede efectuarse 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

Plazo 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 permitan, 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 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 cinco días hábiles para impugnarla. En caso de liquidación directa por la Compañía, este plazo sólo lo tendrá el Asegurado.

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

### ANEXO CONDICIONES PARTICULARES COBERTURA SALUD CUARTO DE BENEFICIOS DE GASTOS MEDICOS Y HOSPITALARIOS (POL3 2013 0567)

Plan 1-Seguro Complementario de Salud	SEGURO COMPLEMENTARIO DE SALUD - PLAN UNICO			
	% Reembolso	Deducible UF		Otros
Afiliado (a)		0,5		
Afiliado n 1 carga		1		
Afiliado n 2 o más cargas		1,5		
Reembolso para gastos sin cobertura Isapre o INASA o no codificados	50% del ítem respectivo	s/tope por evento		UF 15 (tope anual)
<b>GASTOS AMBULATORIOS</b>	<b>% Reembolso</b>	<b>% Bono</b>	<b>Tope Prest. UF</b>	<b>Tope Anual</b>
A.10. Consultas médicas	50	70	UF 0.5 por sesión	UF 10
A.20. Exámenes y procedimientos (incluye eventivo mamografía)	40	60	s/tope	UF 15
A.23. Cirugía ambulatoria (incluye todo tipo de cirugía ocular inclusive láser con dioptría superior).	60	60	s/tope	UF 40
A.43. Medicamentos genéricos o bioequivalentes	80	80	s/tope	UF 15
A.42. Medicamentos genéricos o bioequivalentes Salcobrand SIN DEDUCIB	80	80	s/tope	
A.40. Medicamentos de marca	40	40	s/tope	
A.42. Medicamentos de marca Salcobrand	40	40	s/tope	
G.01. Gastos Ambulatorio (copago)	80%	80%	s/tope	s/tope
G.03. Gastos Hospitalario (copago)	80%	80%	s/tope	s/tope
<b>PSIQUIATRÍA/PSICOLOGÍA</b>	<b>% Reembolso</b>	<b>% Bono</b>	<b>Tope Prest. UF</b>	<b>Tope Anual</b>
S.23. Consulta	50	50	UF 0.5 por sesión	UF 10





S.24.Hoitalización	50	50	s/tope	UF 15
<b>OTROS (STOS AMBULATORIOS)</b>	<b>% Reembolso</b>	<b>% Bono</b>	<b>Tope Prest. UF</b>	<b>Tope Anual</b>
V.34.Ópa (incluyendo marcos, cristales:lentes de contacto)	70	70	s/tope	UF 3
V.21.Presis y ortesis (incluyendo audifon y silla de ruedas)	70	70	s/tope	UF 15
<b>GASTOS HOSPITALARIOS</b>	<b>% Reembolso</b>	<b>% Reembolso</b>	<b>Tope Prest. UF</b>	<b>Tope Anual</b>
H.10.Díama hasta 30 días	80	80	UF 5 diarias	30 días
H.11.Exco día cama	70	70	UF 4 diarias	s/tope
H.22.Horarios médicos y servicios hospitalios (incluye derecho a pabellórcirugía dental por accidente, servicio: ambulancia (radio 50 km) y servicio enfermería).	50	50		s/tope
G.2. CAHospitalario ( Copago)	80	80	s/tope	s/tope
G.4. Gesospitalario (Copago)	80	80	s/tope	s/tope
<b>MATERNAD</b>	<b>% Reembolso</b>	<b>% Reembolso</b>	<b>Tope Prest. UF</b>	<b>Tope Anual</b>
M.10.Pay Normal	50	50	s/tope	UF 15
M.30.Cerea	50	50	s/tope	UF 20
M.20.Abto no provocado	50	50	s/tope	UF 10
<b>GASTOS EL EXTRANJERO</b>				
<b>Zonlimitrofes:</b>	Se otorgará cobertura idem plan de beneficios para las atenciones efectuadas en el extranjero, una vez bonificadas por su sistema de salud previsional. En caso de atenciones dentales idem plan de beneficios. 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.			
<b>Gast de Enfermedades y Accintes en el Extranjero por Comones de Servicios que no estébuciertos por la Ley 16.744 y que tengn Seguro de Salud en el exanjero:</b>	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.  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 50% 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.
Montmáximo reembolso	Por asegurado
Montosegurado máximo	UF 400

**AEXO CONDICIONES PARTICULARES COBERTURA CATASTRÓFICO**  
**CUJRO DE BENEFICIOS DE GASTOS MEDICOS Y HOSPITALARIOS (POL3 2013 0567)**

**Plan Único Seguro Catastrófico**

<b>SEGURO CATASTROFICO - PLAN ÚNICO</b>		
<b>1. Gasto Hospitalarios</b>	<b>% Reembolso</b>	<b>Tope Anual UF</b>
H.10. D cama	100	Sin tope
H.30. Honorarios médicos	100	Sin tope
H.12. D cama UTI/intermedio	100	Sin tope
H.20. Decho a pabellón	100	Sin tope
H.34. Cugía dental por accidente	100	Sin tope
V.50. Svicio ambulancia (50 km)	100	Sin tope
H.20. Medicamentos - insumos	100	Sin tope
V.70. Svicio enfermería	100	Sin tope
PC1. Obs gastos	100	Sin tope
<b>2. Gasto ambulatorios</b>	<b>% Reembolso</b>	<b>Tope Anual UF</b>
A.40 y 43. Medicamentos	50	Sin tope
A.10 Consulta médica	100	Sin tope
A.20. Emenes	100	Sin tope
A.20. Pcedimientos	100	Sin tope
A.46. Dgas Antineoplásicas	80	Sin tope
<b>3. Montmáximo reembolso</b>	<b>Por grupo familiar</b>	
Montosegurado máximo	UF 2.000	
<b>4. Perico de acumulación</b>	<b>Ver nota</b>	
Deducib	UF 25	
Nota: Sconsiderará como periodo de acumulación para el monto máximo asegurado de reenolso igual a un año de vigencia		

