

POLIZA DE SEGUROS COLECTIVOS

DATOS DE LA PÓLIZA

Número de Póliza : **22429**
RUT Contratante : 65.426.210-1
Nombre Contratante : **Centro General De Padres Del Colegio Santísima Trinidad**
Fecha de Vigencia : Desde 01 de Enero 2026 hasta 31 de Diciembre 2026

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.

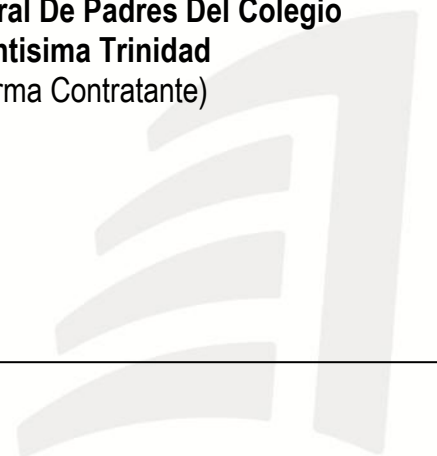
En caso de no existir reparo alguno a los términos contenidos dentro de los 30 días hábiles siguientes a la fecha de recibido, queda entendido que su contenido es aceptado y conocido por ambas partes.



Gerente Operaciones
Compañía de Seguros de Vida
Consorcio Nacional De Seguros Vida

Centro General De Padres Del Colegio
Santísima Trinidad
(Firma Contratante)

Santiago, 27 de enero de 2026.



POLIZA N° 22429**POLIZA DE SEGUROS COLECTIVOS
CONDICIONES PARTICULARES**

Compañía de Seguros Vida Consorcio Nacional De Seguros, 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	: Centro General De Padres Del Colegio Santisima Trinidad
Rut	: 65.426.210-1
Dirección Contratante	: Avenida Andalue 2290, Concepción
Grupo Empresarial	: Centro General De Padres Del Colegio Santisima Trinidad
Vigencia	: Desde 01 de Enero 2026 hasta 31 de Diciembre 2026
Modalidad pago de prima	: Anual
Tipo de Facturación	: Por Cobrar
Tipo de Cobranza	: Anticipada
Ámbito Territorial	: República de Chile
Intermediario	: RHL Corredores De Seguros Spa.
Rut Intermediario	: 76.301.661-7
Comisión	: 10,00% de la prima neta, afecta a IVA
Dirección de la Compañía	: El Bosque Sur N°180, Las Condes, Santiago.
Financiamiento de la Prima	: 100% Empresa Contratante

Cobertura(s) Contratada(s) por Asegurado:
Grupo 1 Primer Sostenedor; Grupo 2 Segundo Sostenedor

Cobertura	Condiciones Generales que Rigen la Cobertura	Asegurados con Cobertura
Fallecimiento – Seguro Educativo	POL220130974	Titular
Invalidez Total y permanente 2/3	CAD220131583	Titular

I. CONDICIONES ESPECIALES CONTEMPLADAS EN LA POLIZA
Descripciones

- Se considera Continuidad de Cobertura para los asegurados incorporados en la nómina inicial procedente de la compañía Bice Vida.
- Para los nuevos asegurados no se cubren Preexistencias relacionadas, consecuencias y/o derivaciones de las mismas por enfermedades conocidas con anterioridad a la vigencia del asegurado en el seguro, las cuales serán evaluadas al momento de ingreso, se cubren entonces, patologías desarrolladas durante la permanencia del asegurado en el seguro.
- Los nuevos sostenedores deben suscribirse según tabla de exigencias médicas.
- Se cubre en un 100% al primer y segundo sostenedor.
- Esta póliza no cubre a hijos que no se encuentran en la etapa escolar.
- El asegurado de este seguro es el sostenedor del alumno beneficiario, quien debe ser el Padre, la Madre o, en su defecto, el tutor legal. En caso que se designe a otra persona como sostenedor, la Compañía se reserva el derecho de solicitar todos antecedentes que considere necesarios con el fin que la calidad de sostenedor sea acreditada adecuadamente.
- Esta póliza acepta solo 1 año de repitencia en etapa escolar y 1 año en Educación Superior.
- El capital Asegurado será determinado por la compañía de acuerdo a las características de cada sostenedor, con un máximo de UF100 por alumno.
- Si después de ocurrir un siniestro, el o los alumnos beneficiados por el seguro deben cambiar de residencia a otra ciudad dentro o fuera de Chile, mientras esté cursando etapa escolar o universitaria, la Compañía continuará igualmente pagando la renta anual, hasta por un valor igual al contratado en la póliza.
- El pago se efectuará, a través de transferencia bancaria, a quien solvente los gastos de escolaridad del menor en el nuevo establecimiento escolar y, si el alumno respecto el cual se efectúa el pago ya es mayor de edad, la cobertura será pagada directamente a

él.

- Todo cambio de sostenedor de un alumno, durante el período de estudios o a la renovación de la Póliza, deberá ser aceptado expresamente por la Compañía.
- Se otorga los siguientes beneficios y/o convenios:
 - ✓ Clave Asegurados
 - ✓ Convenio Afinidad Clínica Odontológica Padre Mariano
 - ✓ Convenio Afinidad Clínica Uno Salud Dental
 - ✓ Convenio Afinidad Centro de Especialidades Odontológicas del Inca – CEOI
 - ✓ Convenio Afinidad Ópticas GMO y Econópticas
 - ✓ Convenio Afinidad Clínica Odontológica Andes (Concepción)
 - ✓ Convenio Afinidad Clínica Ortodontik
 - ✓ Convenio Afinidad Clínica Sanasalud
 - ✓ Convenio Afinidad Clínica Proh
 - ✓ Convenio Afinidad Clínica Puerta del Sol
 - ✓ Asistencia Telemedicina



II. MODIFICA CONDICIONES GENERALES SEGURO COLECTIVO COBERTURAS DE VIDA

Se deja constancia, que se aplicarán las siguientes modificaciones al Condicionado General POL220130974 Seguro Vida Colectivo Temporal.

ARTÍCULO 2: COBERTURA Y MATERIA ASEGURADA

En virtud de este seguro de vida, la Compañía de Seguros Consorcio Nacional de Seguros de Vida cubrirá el monto equivalente a la colegiatura cursando desde Play Group hasta Educación Universitaria (6 Años) con un máximo de UF100 anual.

El asegurado podrá incorporarse a partir de la fecha en que el alumno se haya registrado como “Alumno Matriculado” en la empresa contratante del seguro.

Al ingresar a la Póliza los sostenedores deberán estar en buenas Condiciones de Salud, sin síntomas o padecimiento de enfermedad. En el caso de tener una enfermedad preexistente, ésta deberá ser declarada y estará en principio excluida. Sólo se entenderá aceptada si hay notificación escrita al asegurado por parte de la compañía.

Será responsabilidad del contratante excluir a los titulares que no cumplan con las condiciones de asegurabilidad, liberando a la Compañía de cualquier obligación de pago de siniestros por error u omisión en el control de esta información.

Capital por Cobertura:

Grupo 1 Primer Sostenedor, Grupo 2 Segundo Sostenedor

Fallecimiento-Seguro Educativo	Capital Anual	Requisito de Asegurabilidad Edades máximas (*)	
		Ingreso	Permanencia
Pre- Básica	UF100	64 años y 364 días	Al cumplir 70 años
Enseñanza Básica			
Enseñanza Media			
Educación Universitaria (6 Años)			

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

Grupo 1 Primer Sostenedor; Grupo 2 Segundo Sostenedor

		Requisito de Asegurabilidad Edades máximas (*)	
Invalidez Total y Permanente 2/3	Capital Anual	Ingreso	Permanencia
Pre- Básica	UF100	63 años y 364 días	Al cumplir 65 años
Enseñanza Básica			
Enseñanza Media			
Educación Universitaria (6 Años)			

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

Prima por Cobertura:
Primer Sostenedor 100%

Detalle Coberturas	Prima Anual Neta	Afecta IVA Anual	Prima Bruta Anual
Fallecimiento- Seguro Educacional	1.6413	-	1.6413
Invalidez Total y Permanente 2/3	0.4924	0.0935	0.5859

Segundo Sostenedor 100%

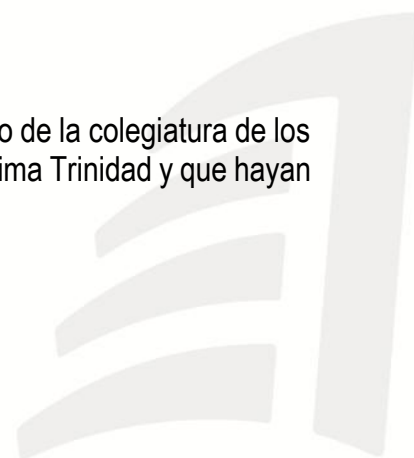
Detalle Coberturas	Prima Anual Neta	Afecta IVA Anual	Prima Bruta Anual
Fallecimiento- Seguro Educacional	1.3340	-	1.3340
Invalidez Total y Permanente 2/3	0.4002	0.0760	0.4762

Capital asegurado

El Capital Asegurado y el monto de la Prima se expresarán en unidades de fomento.

ARTÍCULO 3: ASEGURADOS

Son asegurados de esta póliza los sostenedores encargados del pago de la colegiatura de los alumnos inscritos en el Centro General De Padres Del Colegio Santísima Trinidad y que hayan contratado el seguro.



ARTÍCULO 4: INCORPORACIÓN Y VIGENCIA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

Inclusión y exclusión de asegurados:

El responsable de notificar las incorporaciones de asegurados a la Póliza será el contratante.

Las incorporaciones (sólo para los sostenedores de alumnos que se hayan matriculado y sean Alumno Regular con posterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza), se deberá hacer hasta el día 25 de cada mes durante la vigencia de la misma, con notificación expresa y previa aceptación de parte de la compañía a través de Solicitud de Incorporación Seguros Colectivos (SISC). La vigencia de coberturas será indicada por él contratante.

Los sostenedores que se incorporen en fecha posterior al inicio de vigencia de la póliza, pagarán prima proporcional.

La fecha de cierre de los movimientos (inclusiones y exclusiones) a la Póliza será el día 25 de cada mes, es decir todos los antecedentes recepcionados en la Compañía hasta las 17:00 hrs.

CAMBIO DE SOSTENEDOR

Todo cambio de sostenedor de un alumno, durante el período de estudios o a la renovación de la Póliza, deberá ser aceptado expresamente por la Compañía.

Los Formularios de Incorporación (Sic) deberán ser enviados al siguiente correo electrónico altas.colectivo@consorcio.cl.

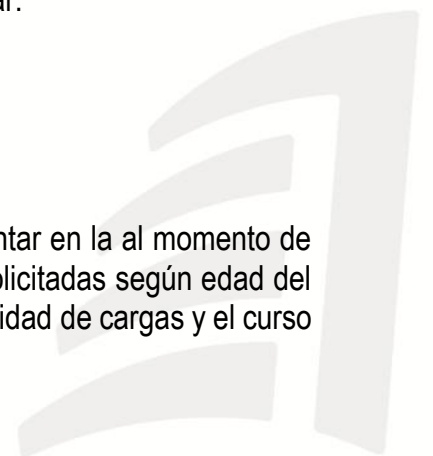
Incorporación de asegurados en PDF y envío de designación de beneficiarios vida:
altas.colectivo@consorcio.cl

Exclusión de asegurados: bajas.colectivo@consorcio.cl

A analista de movimientos asignado a la corredora se le debe solicitar:

- Traspasos de asegurados entre pólizas
- Traspasos de asegurados entre grupos de una póliza
- Actualización de rentas
- Ingresos por nomina (solo pólizas con dicha condición especial)

La siguiente tabla indica las exigencias médicas que deberán presentar en la al momento de la incorporación de un asegurable. Las exigencias médicas serán solicitadas según edad del asegurable y el capital solicitado se calculará dependiendo de la cantidad de cargas y el curso



en el cual se encuentren, a través de correo electrónico, en donde se detallará el laboratorio en convenio que ofrece la Compañía para realizarse los exámenes médicos.

Rango de Capital	Rango de Edad	
	18 – 57 años y 364 días	58 – 64 años y 364 días
Hasta UF 3.000	SISC	SISC
UF 3.001 – 6.000	DPS + SISC	DPS + OC + PB + SISC
UF 6.001 – 8.000	DPS + SISC	DPS + OC + PB + SISC
UF 8.001 – 13.000	CEM + OC + HIV + PB + SISC	CEM + OC + HIV + PB + ECG + SISC
UF 13.001 – 30.000	CEM + OC + ECG + HIV + PB + PL + SISC	CEM + OC + ECG + HIV + PB + PL + SISC
UF 30.001 Y MÁS	REASEGURO FACULTATIVO ¹ + SISC	REASEGURO FACULTATIVO ¹ + SISC

Descripción de los Exámenes Médicos:

DPS: Declaración Personal de Salud OC: Orina Completa PB: Perfil Bioquímico
 ECG: Electrocardiograma CEM: Examen Médico PL: Perfil Lipídico

En caso de ser aceptada la solicitud, la Compañía Aseguradora cubrirá el riesgo sobre sus vidas desde la vigencia señalada en los párrafos anteriores.

ARTÍCULO 5: CARENANCIA

Esta póliza no considera carencias.

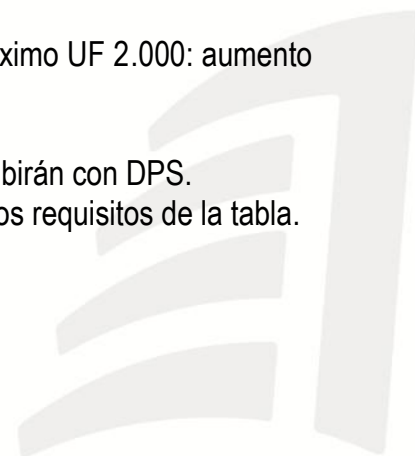
ARTÍCULO 6: MODIFICACION DEL CAPITAL ASEGURADO

Las exigencias médicas que deben ser presentadas al momento de solicitar aumento de capital independiente si los asegurados son o no con continuidad de cobertura, son las que se detallan a continuación y de acuerdo a los capitales solicitados:

Hasta UF 10.000 de capital, sólo se pide antecedentes frente a cambios de tramos, según tabla exigencias médicas señalada anteriormente.

Sobre UF 10.000 de capital, Variación de capital de hasta 20% o máximo UF 2.000: aumento sin aplicación de nuevos requisitos.

Variación de capitales mayores a 20% o máximo UF 4.000: se suscribirán con DPS. Otras variaciones de aumentos deberán ser suscritos de acuerdo a los requisitos de la tabla.



En caso de ser aceptada la solicitud, la Compañía Aseguradora cubrirá el riesgo el aumento sobre sus vidas desde el primer día del mes siguiente al de la aceptación notificada por la compañía de seguros.

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.

Sin perjuicio de lo señalado en el artículo de Exclusiones de las Condiciones Generales respecto a las Enfermedades o Patologías preexistentes, no se aplicará dicha exclusión a los Asegurados que hayan sufrido una patología oncológica antes de la fecha de suscripción del contrato, cuando hayan transcurrido cinco años desde la finalización del tratamiento radical sin recaída posterior. Lo anterior regirá siempre y cuando la suscripción del Asegurado para la contratación de una cobertura se haya realizado a partir del 13 de febrero del 2024. La suscripción aplica a cada Asegurado de manera individual dependiendo de su fecha de contratación de la cobertura.

ARTÍCULO 8: RIESGO CUBIERTO BAJO ESTIPULACION EXPRESA

La Compañía Consorcio Nacional de Seguro no otorgará cobertura al riesgo de muerte por fallecimiento del asegurado que se produzca a consecuencia de las exclusiones indicadas en el Artículo 8, letras h) e i) del presente contrato de seguro, con un pago de prima adicional.

h) Participación del asegurado en actos temerarios, notoriamente imprudentes o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.

i) Realización de una actividad o deporte riesgoso, aun cuando se practique en forma esporádica, que pueda influir en la apreciación del riesgo, entendiéndose como tal aquellas en

que se pone en grave peligro la vida o integridad física de las personas, que no haya sido declarado por el contratante o por el asegurado, al momento de la suscripción de la solicitud de ingreso, o si hubiere sido declarada, que no haya sido debidamente aprobada por el asegurador en forma expresa.

ARTÍCULO 9: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

Conforme al artículo 524 del Código de Comercio, las obligaciones del asegurado son las siguientes:

1. Declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar y apreciar la extensión de los riesgos;
2. Pagar la prima en la forma y época pactadas;
3. Notificar al asegurador, tan pronto sea posible una vez tomado conocimiento, de la ocurrencia de cualquier hecho que pueda constituir o constituya un siniestro, y
4. Acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado, y declarar fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias.

Si el contratante del seguro y el asegurado son personas distintas, corresponde al contratante el cumplimiento de las obligaciones del contrato, salvo aquellas que por su naturaleza deben ser cumplidas por el asegurado.

Las obligaciones del contratante podrán ser cumplidas por el asegurado.

ARTÍCULO 10: DECLARACION DEL CONTRATANTE Y DEL ASEGURADO

Consorcio Nacional de Seguro dispone del formulario Solicitud de Incorporación de Seguros Colectivo en los sitios web de la Compañía.

ARTÍCULO 11: DEBER DE INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE DEL SEGURO COLECTIVO

Sin perjuicio de las obligaciones del asegurador, el contratante del seguro colectivo deberá informar al asegurado que forme parte de la póliza, acerca de todas las circunstancias, modalidades, términos y condiciones del seguro, haciendo especial mención de las condiciones de asegurabilidad y exclusiones de cobertura.

La compañía no será responsable en caso de reticencia, omisión o falsa declaración del riesgo, del interés o de la materia asegurada o en el evento del incumplimiento de alguna condición

de asegurabilidad, detectados al liquidar un siniestro, salvo que hubieran sido conocidas por el asegurador antes del siniestro.

ARTÍCULO 12: PRIMA Y EFECTO DEL NO PAGO DE LA PRIMA

Durante el mes de Marzo de cada año se procederá con el pago de las cuotas de escolaridad, previa presentación de certificado de alumno regular del(os) alumno(s) beneficiario(s), emitido por el establecimiento educacional.

Si existe algún cambio de colegio, se deberá indicar la razón social y Rut. De esta nueva institución. Al enviar estos documentos se deberá informar el número de siniestro o el nombre y RUT del sostenedor siniestrado.

Los Vales Vista se emitirán a nombre del Contratante, mientras los beneficiarios sean alumnos del Colegio. Una vez egresados, la compañía emitirá Vale Vista directamente al Alumno sin intermediación del Colegio o Contratante.

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

El envío de cobranza y correspondencia de suscripción deberá realizarse a:

Nombre del contacto	: Carlota Salinas / Claudio Apara
Empresa	: RHL Corredores De Seguros Spa.
Dirección	: Chacabuco 485 Oficina 302, Concepción
Envío nómina Excel	: 15 de cada mes
Correo electrónico	: carlota.salinast@gmail.com / claudio.apara@rhlseguros.cl
Tipo de despacho	: Correo Electrónico

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.

Financiamiento de la prima

Esta Póliza tiene modalidad NO Contributoria



ARTÍCULO 13: REHABILITACION

Producida la terminación anticipada de la póliza o de la cobertura para un Asegurado en particular por no pago de prima, podrá el Contratante solicitar por escrito su rehabilitación dentro de los tres meses siguientes a la fecha de la terminación anticipada.

A tal efecto, deberá acreditar que todos los Asegurados que sean rehabilitados reúnan las condiciones y requisitos de asegurabilidad a satisfacción de la Compañía Aseguradora y pagar toda la prima vencida y reserva matemática cuando corresponda, los gastos que originen la rehabilitación y demás cantidades que se adeudaren a la Compañía Aseguradora.

La sola entrega a la Compañía Aseguradora del valor de la prima vencida, no producirá el efecto de rehabilitar las coberturas de cada Asegurado o de la póliza, en su caso, si previamente no ha habido aceptación escrita de la Compañía Aseguradora a la solicitud de rehabilitación presentada por el Contratante. El rechazo de la solicitud sólo generará la obligación de la Compañía Aseguradora de devolver la prima recibida por este concepto, sin responsabilidad ulterior

ARTÍCULO 14: DESIGNACION Y CAMBIO DE BENEFICIARIOS

El beneficiario es el alumno, a través de la dirección del establecimiento educacional en el cual se encuentre cursando sus estudios, recibiendo está última institución el capital asegurado anual destinado a cubrir los gastos de escolaridad y estudios superiores, una vez egresado el alumno la compañía de seguros le pagara en forma directa al beneficiario hasta el término de la cobertura.

El beneficiario de la póliza será el Centro General De Padres Del Colegio Santisima Trinidad hasta completar la escolaridad del alumno a cargo del asegurado según capital indicado en las condiciones particulares. En caso de que alumno sea cambiado de establecimiento escolar, el seguro se pagara a quien solvente los gastos de la escolaridad del menor de edad en el nuevo establecimiento escolar. Para las pólizas con extensión Estudios Superiores, Si el alumno respecto el cual se efectúa el pago ya es mayor de edad, la cobertura será pagada directamente a el

ARTÍCULO 15: DENUNCIA DE SINIESTROS:

Ante la ocurrencia de un siniestro se deberá realizar su denuncia a Consorcio de Seguros Vida, en un plazo no superior a los 90 días. La declaración y documentación del denuncia

deberá realizarse en las oficinas de Consorcio Seguros, ubicadas en Av. Américo Vespucio Sur N° 100, Piso 6, Las Condes, Santiago, dentro de los plazos estipulados por el corredor.

DOCUMENTACION REQUERIDA

Deberá completar íntegramente el formulario denominado “**Informe Denuncio de Siniestro**”, y enviar a la casilla vida.colectivos@consorcio.cl

Además, debe adjuntar los siguientes documentos:

- Certificado de Defunción en original, o copia legalizada ante notario público.
- Informe del médico tratante y exámenes de respaldo de la(s) enfermedad(es) que ocasionaron el fallecimiento del sostenedor asegurado.
- En caso de tratarse de un fallecimiento accidental se deberá incluir también el Parte Policial correspondiente u otros documentos de respaldo.
- Certificado de nacimiento del(os) alumno(s) beneficiario(s).
- Certificado de Matrícula.
- Certificado de Alumno Regular
- Razón social y RUT del colegio o Universidad a la que se debe cancelar la indemnización anual.

Consorcio de Seguros Vida estará facultado para requerir toda la información adicional que estime conveniente para verificar la procedencia de la indemnización solicitada.

Consorcio dispondrá de diez (10) días hábiles para proceder con el pago del siniestro o requerir información adicional, la cual se realizará por medio de carta certificada dirigida al denunciante.

PAGO DE INDEMNIZACIONES

La Compañía pagará la indemnización al establecimiento educacional anualmente, durante el mes de marzo, hasta el término de la cobertura, previa presentación del Certificado de Matrícula.

Si el siniestro ocurriera dentro del curso del año escolar, la cobertura será proporcional al período restante, previa presentación del Certificado de Matrícula y Certificado de Nacimiento del(os) alumno(s)

Si después de ocurrir un siniestro, el o los alumnos beneficiados por el seguro deben cambiar de residencia a otra ciudad dentro o fuera de Chile, mientras esté cursando etapa escolar o universitaria, la Compañía continuará igualmente pagando la renta anual, hasta por un valor igual al contratado en la póliza. El pago se efectuará, a través de transferencia bancaria, a

quien solvente los gastos de escolaridad del menor en el nuevo establecimiento escolar y, si el alumno respecto el cual se efectúa el pago ya es mayor de edad, la cobertura será pagada directamente a él.

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

ARTÍCULO 16: VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO COLECTIVO

Inicio vigencia desde 01 de Enero 2026.

ARTÍCULO 17: TERMINO DEL CONTRATO DE SEGURO COLECTIVO

Termino vigencia hasta 31 de Diciembre 2026.

ARTÍCULO 18: TERMINO DE LAS COBERTURAS INDIVIDUALES

El contrato de seguro colectivo terminará respecto de un asegurado titular, en los siguientes casos:

- a) Por término del contrato de seguro colectivo;
- b) Cuando el contratante informe que el asegurado titular ya no es parte del grupo asegurado;
- c) Por fallecimiento;
- d) Los asegurados que cumplan la edad límite de permanencia, serán excluidos al término de la vigencia de esta póliza;
- e) Por no pago de prima dentro de los plazos establecidos y haya transcurrido el plazo de aviso según lo establecido en el Artículo 14 precedente;
- f) Cuando el asegurado hubiere incurrido en errores, reticencias o inexactitudes en su declaración formulada según el Artículo 10 de estas Condiciones Generales, conforme a lo señalado en el Artículo 9 de estas Condiciones Generales;
- g) Cuando el asegurado incurra en el delito establecido en el Artículo 470, N° 10 del Código Penal.

Por su parte, encontrándose vigente el contrato de seguro colectivo, éste terminará respecto de un asegurado dependiente, en los siguientes casos:

- a) Por todas las causas de término anticipado del contrato de seguro respecto del asegurado titular;
- b) Cuando el contratante informe que el asegurado dependiente ya no es parte del grupo asegurado;

- c) Por fallecimiento;
- d) Los asegurados que cumplan la edad límite de permanencia, serán excluidos al término de la vigencia de esta póliza;
- e) Por no pago de prima dentro de los plazos establecidos y haya transcurrido el plazo de aviso según lo establecido en el Artículo 14 precedente;
- f) Cuando el asegurado hubiere incurrido en errores, reticencias o inexactitudes en su declaración formulada según el Artículo 10 de estas Condiciones Generales, conforme a lo señalado en el Artículo 9 de estas Condiciones Generales;
- g) Cuando el asegurado incurra en el delito establecido en el Artículo 470, N° 10 del Código Penal. En todos los casos, cesará toda responsabilidad de la compañía de seguros y ésta no tendrá obligación alguna respecto de los riesgos que cubre al asegurado, cuya cobertura ha terminado anticipadamente, a contar de la fecha de dicho término.

ARTÍCULO 19: PRESCRIPCIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

Las acciones emanadas del contrato de seguro prescriben en el término de cuatro años, contado desde la fecha en que se haya hecho exigible la obligación respectiva.

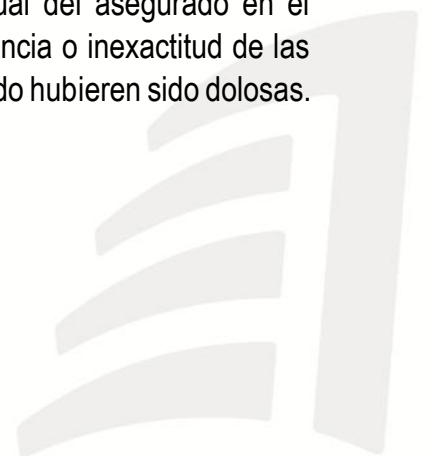
Fuera de otras causales legales, la prescripción que corre en contra del asegurado se interrumpe por la denuncia del siniestro, y el nuevo plazo regirá desde el momento en que el asegurador le comunique su decisión al respecto.

En el seguro de vida el plazo de prescripción para el beneficiario será de cuatro años y se contará desde que se conoce la existencia de su derecho, pero en ningún caso excederá de diez años desde el siniestro.

El plazo de prescripción no puede ser abreviado bajo ninguna forma de caducidad o preclusión.

ARTÍCULO 20: INDISPUTABILIDAD

Transcurridos dos años desde la vigencia de la cobertura individual del asegurado en el contrato de seguro colectivo, la compañía no podrá invocar la reticencia o inexactitud de las declaraciones que influyan en la estimación del Riesgo, excepto cuando hubieren sido dolosas.



ARTÍCULO 21: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

Consorcio Nacional de Seguros enviará sus comunicaciones al correo electrónico indicado en el artículo N°12 de estas condiciones particulares

ARTÍCULO 22: SOLUCION DE CONFLICTOS

Cualquier dificultad que se suscite entre el asegurado, el contratante o el beneficiario, según corresponda, y el asegurador, sea en relación con la validez o ineficacia del contrato de seguro, o con motivo de la interpretación o aplicación de sus condiciones generales o particulares, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre la procedencia o el monto de una indemnización reclamada al amparo del mismo, será resuelta por un árbitro arbitrador, nombrado de común acuerdo por las partes cuando surja la disputa. Si los interesados no se pusieren de acuerdo en la persona del árbitro, éste será designado por la justicia ordinaria y, en tal caso, el árbitro tendrá las facultades de arbitrador en cuanto al procedimiento, debiendo dictar sentencia conforme a derecho.

En ningún caso podrá designarse en el contrato de seguro, de antemano, a la persona del árbitro.

En las disputas entre el asegurado y el asegurador que surjan con motivo de un siniestro cuyo monto sea inferior a 10.000 unidades de fomento, el asegurado podrá optar por ejercer su acción ante la justicia ordinaria.

El tribunal arbitral u ordinario a quien corresponda conocer de la causa, tendrá las siguientes facultades:

1. Admitir, a petición de parte, además de los medios probatorios establecidos en el Código de Procedimiento Civil, cualquier otra clase de prueba.
2. Decretar de oficio, en cualquier estado del juicio, las diligencias probatorias que estime convenientes, con citación de las partes.
3. Llamar a las partes a su presencia para que reconozcan documentos o instrumentos, justifiquen sus impugnaciones, pudiendo resolver al respecto, sin que ello implique prejuzgamiento en cuanto al asunto principal controvertido.
4. Apreciar la prueba de acuerdo con las normas de la sana crítica, debiendo consignar en el fallo los fundamentos de dicha apreciación.

Será tribunal competente para conocer de las causas a que diere lugar el contrato de seguro, el del domicilio del beneficiario.

No obstante lo estipulado precedentemente, el asegurado, el contratante o beneficiario, según corresponda, podrá, por sí solo y en cualquier momento, someter al arbitraje de la Superintendencia de Valores y Seguros las dificultades que se susciten con la compañía cuando el monto de los daños reclamados no sea superior a 120 Unidades de Fomento, de conformidad a lo dispuesto en la letra i) del artículo 3° del Decreto con Fuerza de Ley N° 251, de Hacienda, de 1931

ARTÍCULO 23: MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO

El Capital Asegurado y el monto de la Prima se expresarán en unidades de fomento.

ARTÍCULO 24: MODIFICACIONES AL CONTRATO DE SEGURO COLECTIVO

Esta materia se rige por el Artículo 517 del Código de Comercio.

ARTÍCULO 25: DOMICILIO

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

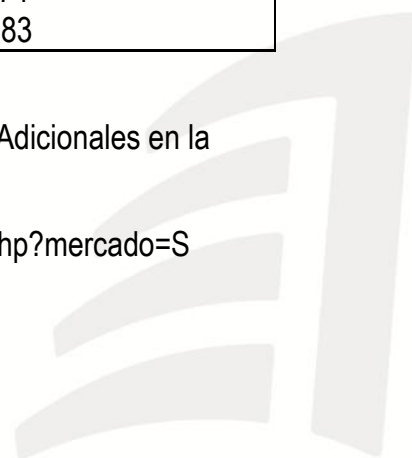
ARTÍCULO 26: CONDICIONES GENERALES Y CLAUSULAS ADICIONALES

El seguro se rige por las Condiciones Generales y Cláusulas Adicionales incorporadas al depósito de pólizas de la Comisión del Mercado Financiero (CMF) bajo los siguientes códigos:

Coberturas	Código CMF
Fallecimiento – Seguro Educacional	POL220130974
Invalidez Total y permanente 2/3	CAD220131583

Los clientes pueden revisar sus Condiciones Generales y Cláusulas Adicionales en la siguiente página web:

http://www.cmfchile.cl/institucional/legislacion_normativa/normativa.php?mercado=S



CLAVE INTERNET PARA ASEGURADOS

Se hará entrega de una clave de acceso a Consorcio en línea, a cada trabajador asegurado, donde podrá acceder por medio de la página Web: www.consorcio.cl



En este sitio el asegurado podrá acceder a las siguientes actividades y documentos:

- ✓ Visualización de los productos adquiridos en Consorcio.
- ✓ Realizar consultas por solicitudes, beneficiarios, pólizas y certificados de cobertura.
- ✓ Acceso directo a formularios.
- ✓ Actualización de Beneficiarios.
- ✓ Descarga de voucher de descuento



CONVENIO AFINIDAD CLÍNICA ODONTOLÓGICA PADRE MARIANO

Porque tu salud dental también es importante, Consorcio tiene para sus trabajadores asegurados un convenio especial con la Clínica Odontológica Padre Mariano. Clínica con más de 20 años de experiencia y dedicación exclusiva a Odontología, cuenta con más de 180 prestigiados profesionales que abarcan todas las especialidades odontológicas.

El convenio consiste en brindar atención Odontológica en condiciones muy convenientes como:

- ✓ 55% descuento permanente en todas las prestaciones dentales.
- ✓ Garantía de dos años en los tratamientos (excepto en Odontopediatría y Periodoncia)
- ✓ El diagnóstico inicial y presupuesto será sin costo.
- ✓ Plan de facilidades de pago hasta 8 meses con una cuota mínima de UF 1,50
- ✓ Diferentes modalidades de pago. (Tarjeta de Crédito, Tarjeta de Débito, Tarjeta Casas Comerciales y Efectivo).
- ✓ Infraestructura de alto nivel con los últimos adelantos de la tecnología dental (radiografías digitales, robot odontológico, ortodoncia sin frenillos para adolescentes y adultos).
- ✓ Implantes inmediatos en pabellones de cirugía avanzados, con insumos de alta calidad.

Para usar este convenio, los asegurados deberán solicitar hora de atención telefónicamente al 4857000 (Las Condes) o 6381701 (Santiago Centro) haciendo mención al siguiente número de convenio.



Convenio Consorcio N° 1179



Horario de atención:

Mañana de Lunes a Viernes de 08:30 hrs. a 14:00 hrs.

Tarde de Lunes a Viernes de 14:30 a 20:00 hrs. Sábado de 09:00 hrs. a 13:00 hrs.

Direcciones:

Las Condes: Alcántara 295- Burgos 345 Teléfono 24857000. Metro Alcántara

Santiago Centro: Tenderini 82, 4° piso Teléfono 26381707. Metro Santa Lucia

- Los descuentos señalados no son acumulables con otras promociones.
- Los descuentos no constituyen cobertura.
- Consorcio no está obligado a rembolsar beneficios a los asegurados, que no estén incorporados en un seguro complementario de salud que contemple cobertura específica de Gastos Dentales.



CONVENIO AFINIDAD CLÍNICA UNO SALUD DENTAL

Conсорcio tiene para sus asegurados y sus cargas, un convenio con Clínica Uno Salud Dental, la red más grande del país con cobertura nacional desde Iquique hasta Puerto Montt. Cada clínica cuenta con profesionales altamente capacitados, equipamientos e insumos de primer nivel entregando a sus pacientes una excelente y completa atención dental.

El convenio consiste en brindar atención odontológica en condiciones muy convenientes como:

- ✓ 60% de descuento en prestaciones dentales sobre el arancel base Uno Salud Dental para todos los asegurados y sus cargas.
- ✓ Diagnóstico integral y presupuesto sin costo (no incluye radiografías).
- ✓ Descuentos aplicables sin tope sobre el monto del tratamiento.
- ✓ Múltiples formas para pagar los tratamientos dentales.
- ✓ Disponibilidad de atención en toda la red de clínicas dentales Uno Salud.
- ✓ Atención de urgencias y todas las especialidades dentales en la red de clínicas Uno Salud Dental.
- ✓ Atractivas promociones dentales para todos los asegurados y sus cargas.

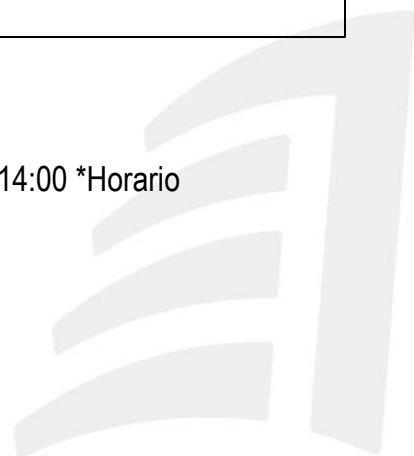
Para hacer uso de este convenio, el asegurado deberá indicar en la recepción de la clínica Dental que es asegurado de Consorcio y presentar su cédula de identidad.

Reservas de hora en www.unosalud.cl o llamando al 600 707 1010 / desde celulares 2 2763 8900.

- Los descuentos señalados no son acumulables con otras promociones.
- Los descuentos no constituyen cobertura.
- Consorcio no está obligado a reembolsar beneficios a los asegurados que no estén incorporados en un seguro complementario de salud que contemple cobertura específica de Gastos Dentales.

Detalle de ubicación de las Clínicas y horarios de atención:

Atención de LUNES a VIERNES 8:30 a 21 hrs. SÁBADO de 09:00 a 14:00 *Horario extendido sábado en algunas clínicas 09:00 a 18:00 hrs



Nombre Clinica	Región	Dirección
Iquique	I	Serrano 630
Antofagasta	II	Manuel Antonio Matta 2001 local 2, Antofagasta
La Serena	IV	Balmaceda 1115, edificio 2, piso 1 y 2, La Serena
Coquimbo	IV	Av. Gral Baquedano N° 86, Loc. N° Tm1288-1292-170, Coquimbo
Valparaiso	V	Blanco 1297
Viña del Mar	V	Trece Norte 798
Viña del Mar II	V	Av. Valparaíso N° 1070, Local 102 - 2004, Viña del Mar
Coyancura	RM	Coyancura 2229 local 6 y 7, Providencia
Manquehue	RM	Manquehue Sur 430
Vitacura	RM	Vitacura 5250
Estación Central	RM	San Francisco del Borja 122 Local S122-A, Estación Central
Hernando de Aguirre	RM	Hernando de Aguirre 215, loc 101, Providencia
La Cisterna	RM	Av Americo Vespuccio 33, La Cisterna
La Concepción	RM	La Concepción 201 Local 102, Providencia
Maipú	RM	5 de Abril #33, LOCAL 35. MALL PUMAY
San Bernardo	RM	Eyzaguirre 650, Mall Paseo San Bernardo
La Florida	RM	Froilán Roa 894 , La Florida
La Reina	RM	Principe de Gales 6938, La Reina
San Miguel	RM	Llano Subercaseaux 3811
Merced	RM	Merced 501, Santiago Centro
Moneda	RM	Moneda 953, Santiago Centro
Padre Hurtado	RM	Padre Hurtado Sur N°1621 loc. 24, 25 y 26, Strip Center Punto Vivo, Las Condes
Irrazaval	RM	Irrazaval 2401, Local 12
Puente Alto	RM	Concha y Toro 625, Puente Alto
Santa Lucía	RM	Santa Rosa 12, Santiago Centro
Teatinos	RM	Teatinos 335, Santiago Centro
Macul	RM	Av. JP Alessandri 2555, locales 5 y 6
Escuela Militar	RM	Apoquindo 4579, Local 6, Las Condes
La Florida II	RM	Av. Vicuña Mackenna Poniente N° 7372, Local A-1
Melipilla	RM	Calle Arturo Prat N° 561-565, Melipilla.
Rancagua	VI	Javiera Carrera 957
Rancagua Centro	VI	Campos 221, Rancagua
San Fernando	VI	Bernardo O Higgins 701 Mall Vivo San Fernando, Locales 110-114-118-122-126-130
Curico	VII	Manuel Montt 455, loc 104 y 105A, Mall Valle, Curico
Talca	VII	Uno Norte 1601, Talca
Talca II	VII	Av. San Miguel N° 3050 Loc. N° 7 y N°8, Talca.
Chillán	XVI	Calle Constitución N° 486, Chillan
Concepción	VIII	Cochrane 635
Los Angeles	VIII	Valdivia N° 485, Local 1. Galería Colon, Los Angeles
Talcahuano	VIII	Cristobal Colon 3252, Oficina E, Talcahuano
Concepción (Freire)	VIII	Calle Freire N° 820, Concepción
Temuco	IX	Andres Bello 850, Temuco
Valdivia	XIV	Av Alemania 485, Valdivia
Puerto Montt	X	Illapel 10
Osorno	X	Lord Cochrane 627 - 629, Osorno

CONVENIO AFINIDAD CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DEL INCA – CEOI

Consorcio tiene para sus asegurados un convenio especial con el Centro de Especialidades Odontológicas del Inca – CEOI. Este centro se caracteriza por prestar un servicio odontológico integral garantizando a sus pacientes el uso de la última tecnología en lo referente a equipos, materiales odontológicos y un equipo de odontólogos de excelencia profesional y calidad humana.

- ✓ El convenio consiste en brindar atención Odontológica en condiciones muy convenientes como:
- ✓ 50% de descuento en todas las prestaciones odontológicas (no incluye laboratorio, estética facial y promociones mensuales)
- ✓ Diagnóstico y plan de tratamiento gratuitos.
- ✓ Promociones exclusivas para asegurados.
- ✓ Diferentes modalidades de pago (Tarjeta de crédito, Tarjeta de débito, Cuenta Corriente, efectivo o cheque)
- ✓ Infraestructura de alto nivel con los últimos adelantos de la tecnología dental (radiografía digital)
- ✓ Modelo atención al paciente (Asesoría al asegurado respecto de su plan de tratamiento aclarando dudas, consejos y formas de pago)

Para usar este convenio, los asegurados se deberán presentar con su cedula de identidad y hacer mención al convenio Consorcio en la recepción del Centro Odontológico.

Horario de Atención:

Lunes a Viernes de 09:00 hrs a 20:00 hrs

Sábado: de 09:00 hrs a 13:00 hrs

Dirección:

República Árabe de Egipto 250, oficina 2, Las Condes, Región Metropolitana. Metro Manquehue.

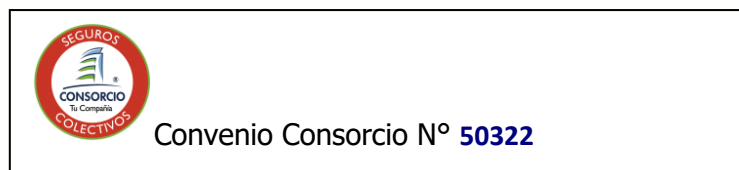
- Los descuentos señalados no son acumulables con otras promociones.
- Los descuentos no constituyen cobertura.
- Consorcio no está obligado a reembolsar beneficios a los asegurados que no estén incorporados en un seguro complementario de salud que contemple cobertura específica de Gastos Dentales.

CONVENIO AFINIDAD ÓPTICAS GMO – ECONÓPTICAS

Sabemos que la visión de las personas es importante, es por esto que Consorcio tiene para sus asegurados y beneficiarios un convenio especial con Ópticas GMO y Econópticas. Ópticas que cuentan con más de 15 años de experiencia de dedicación exclusiva al desarrollo y distribución de las principales marcas de anteojos ópticos y de sol, contando actualmente con más de 100 tiendas a lo largo del país.

Para utilizar este convenio, los asegurados al momento de la compra deberán:

- Identificarse como asegurado de Consorcio con la cédula de Identidad del Titular
- Mencionar el Código del convenio y/o presentar el voucher disponible en sitio privado del asegurado:



En cualquier sucursal a lo largo del país (no aplica para módulos en Multitiendas y Outlet), el asegurado podrá acceder a los siguientes descuentos:

Productos	Descuento*
Armazones Marcas Propias	15%
Lentes de Contacto Marca "Vistasoft"	10%
Lentes de sol Otras Marcas	10%

- Los descuentos señalados con anterioridad no aplican a promociones especiales o épocas de liquidación.
- Este descuento no constituye cobertura, por lo tanto, Consorcio no estará obligado a reembolsar beneficios a los asegurados, que no estén incorporados en un Seguro Complementario de Salud que contemplen coberturas en Gastos ópticos.

CONVENIO AFINIDAD CLÍNICA ODONTOLÓGICA ANDES

Consortio tiene para sus asegurados un convenio especial con Clínica Odontológica Andes. Su centro dental es atendido por profesionales certificados ante la Superintendencia de Salud, con experiencia y que se encuentran debidamente habilitados y autorizados para desempeñarse en el área de la salud.

El convenio consiste en brindar atención Odontológica en condiciones muy convenientes como:

- ✓ 60% de descuento en todas las prestaciones odontológicas (no incluyen gastos de laboratorio externo).
- ✓ Diagnóstico Dental gratis (no incluye radiografías).
- ✓ Con tratamiento aceptado, Higiene Dental Gratis.
- ✓ Diferentes modalidades de pago (al contado, cheque, tarjeta de crédito, descuento por planilla y débito).
- ✓ Garantía de 18 meses en los tratamientos realizados, con control gratuito durante el tratamiento y después de 6 meses terminado el tratamiento.

Para usar este convenio, los asegurados se deberán presentar con su cedula de identidad y hacer mención al convenio Consortio en la recepción de la Clínica.

Horario de Atención:

Lunes a Viernes de 09:00 a 13:00 horas y 15:00 a 20:00 horas.

Sábados de 09:00 a 13:00 horas.

Dirección:

Cochrane 472, Concepción.

Teléfonos:

(41) 3241340 – (41) 3250355

- Los descuentos señalados no son acumulables con otras promociones.
- Los descuentos no constituyen cobertura.
- Consortio no está obligado a reembolsar beneficios a los asegurados, que no estén incorporados en un seguro complementario de salud que contemple cobertura específica de Gastos Dentales.

CONVENIO AFINIDAD CLÍNICA ORTODONTIK

Consortio tiene para sus asegurados un convenio dental especial con Clínica Ortodontik, la cual cuenta con 12 años de experiencia profesional, con personal altamente calificado y capacitado en la especialidad de Ortodoncia.

El convenio consiste en brindar atención Odontológica en condiciones muy convenientes como:

- ✓ 50% de descuento en todas las prestaciones odontológicas (no incluyen gastos de laboratorio externo).
- ✓ 40% de descuento para prestaciones de la especialidad de Ortodoncia (no incluyen gastos de laboratorio externo).
- ✓ Diagnóstico Dental gratis (no incluye radiografías).
- ✓ Con tratamiento aceptado, Higiene Dental Gratis.
- ✓ Garantía de 18 meses en los tratamientos realizados, con control gratuito durante el tratamiento y después de 6 meses terminado el tratamiento.
- ✓ Medios de pago: Contado, Tarjetas Bancos Comerciales, Cheques hasta 10 cuotas sobre presupuesto completo.

Para usar este convenio, los asegurados se deberán presentar con su cedula de identidad y hacer mención al convenio Consorcio en la recepción de la Clínica.

Sucursales	Huechuraba	Vitacura
Dirección	Santa Marta de Huechuraba 7300	Avenida Kennedy 7120, oficina 309
Teléfono	22 752 1965	22 211 3335
Horario de atención	Lunes a Viernes: 10:30 - 20:30 horas Sábados: 10:00 - 14:00 horas	Lunes a Viernes: 8:30 - 19:00 horas

Correo Electrónico: contacto@ortodontik.cl

- Los descuentos señalados no son acumulables con otras promociones.
- Los descuentos no constituyen cobertura.
- Consorcio no está obligado a reembolsar beneficios a los asegurados, que no estén incorporados en un seguro complementario de salud que contemple cobertura específica de Gastos Dentales.

CONVENIO AFINIDAD CLÍNICA SANASALUD

Porque tu salud dental también es importante, Consorcio tiene para sus trabajadores asegurados y sus cargas un convenio especial con la Clínica SANASALUD

El convenio consiste en brindar atención Odontológica en condiciones muy convenientes como:

- Diagnóstico sin Costo
- 60% Dscto. En todas las prestaciones dentales (Excluye laboratorio o valores en promoción)
- Limpieza dental a \$14990
- Pack RX Bitewing+Panóramica a \$19990

Formas de Pago

- **12 cuotas** precio contado Tarjeta
- **12 cuotas** precio contado Cheque
- **PAT** en alianza con Tarjetas
- Pago según **avance de tratamiento**

Teléfono

Call Center al 600 006 1000 (+569) 9805 00 76

Horario de atención: De Lunes a viernes de 08:00 a 19:00 hrs y sábados de 08:30 a 13:30 hrs



Direcciones:

1	Santiago Centro Mall vivo Centro Puente 689, piso 4, Santiago fono
2	Estación Central Mall Paseo Arauco Estación San Francisco de Borja 122, Loc.225, Est. Central
3	La Florida Mall Florida Center Av. Vicuña Mackenna 6100, Local 1003, La Florida
4	Providencia Centro Médico Pedro de Valdivia Pedro de Valdivia 195, Providencia
5	Maipú Plaza Maipú Chacabuco 40, piso 6, Maipú
6	Puente Alto Líder Cordillera (al costado de Mall Plaza Tobalaba) Avenida Los Toros 5441, Puente Alto
7	Buín Centro Médico Santa Catalina Aníbal Pinto 436, Buín
8	Paine Centro Médicos Santa Catalina Raúl Sanchez Cerda 57, Paine
9	San Antonio Clínica San Antonio Antonio Palmieri 250, San Antonio
10	Valparaíso Mall Nueva Estación Puerto Av. Errazuriz 629, Local 101, Valparaíso
11	Rancagua Mall Vivo Rancagua Sgto. José Cuevas 483, Local 2, Nivel -2, Rancagua

CONVENIO AFINIDAD CLÍNICA PROH

Porque tu salud dental también es importante, Consorcio tiene para sus trabajadores asegurados y sus cargas un convenio especial con la Clínica Odontológica PROH

El convenio consiste en brindar atención Odontológica en condiciones muy convenientes como:

- Diagnóstico sin costo.
- 60% de descuento en todas las prestaciones odontológicas en relación a los aranceles PROH, incluye laboratorio.
- Promociones mensuales con descuentos de hasta 65%

Participación gratuita en jornadas de bienestar u operativo dental, organizadas por la empresa en sus dependencias o sedes.

Horario de atención: Mañana de Lunes a Viernes de 09:30 hrs. a 19:00 hrs.

Direcciones:

- Sucursal Manquehue Cerro Colorado 5858, of. 112, Las Condes Fono 22811282 - 965878288



CONVENIO AFINIDAD CLÍNICA PUERTA DEL SOL

Porque tu salud es importante, Consorcio tiene para sus trabajadores asegurados y sus cargas un convenio especial con la Clínica Oftalmológica Puerta del SOL

El convenio consiste en brindar atención Oftalmológica en condiciones muy convenientes como:

1. **CONSULTA OFTALMOLÓGICA:**

a. **Lente de regalo estándar para presbicia Requisitos:**

- Tener presbicia
- Ser mayor a 38 años
- Tener misma dioptría para cerca en ambos ojos.
- Haberse atendido en IOPS
- Sólo válido mismo día de la consulta con receta médica

b. **Lente de sol con filtro UV de regalo**

Requisitos:

- Ser mayor a 38 años
- Haberse atendido en IOPS
- Sólo válido mismo día de la consulta con receta médica
- Lente de sol es estándar sin aumento.

2. **EXAMENES:**

- 20% de descuento en precio de lista de exámenes sin codificación FONASA (Excepto examen de Aberrometría y UBM)

1201061	OCT UNO O AMBOS OJOS
1201064	RECUENTO ENDOTELIAL
1201060	PAQUIMETRIA (BIOMETRIA DE LA CORNEA) UNO O AMBOS OJOS
TEC06	SENSIBILIDAD AL CONTRASTE
TEC07	TEST DE TELLER
TEC04	QUERATOMETRIA
TEC03	AUTORREFRACTOMETRIA

Requisitos:

Solo valido mismo momento de cancelar el examen.

- 20% descuento en precio de lista de exámenes con codificación FONASA para pacientes Particulares
Requisitos
Solo valido mismo momento de cancelar el examen.
Cancelar examen como Particular

3. CIRUGIA:

- a. 10% descuento en lentes intraoculares de marca ALCON (excepto plan Vidaintegra, CUENTA CONOCIDA de Isapre Banmédica/ Vida Tres o similar)

Requisitos

Solo valido mismo momento de cancelar el lente intraocular

Solo se aplica a pacientes que paguen contra boleta.

- b. Kit de regalo de tratamiento post operatorio inmediato en Catarata libre elección o foco refractiva libre elección (dexamentasona con tobramicina mas moxifloxacino) y Kit de regalo de tratamiento post operatorio inmediato de cirugia laser libre elección (dexametasona con tobramicina más una lagrima)

Requisitos

Cirugía realizada en IOPS.

Solo valido mismo día de la cirugía.

Solo se aplica a cuentas libre elección (no valido para Ges, Auge y Cuenta Conocida o similar)

Solo un Kit por paciente en el mes.

Horario de atención: Mañana de lunes a viernes de 08:00 hrs. a 20:00 hrs. Sábado de 08:30 hrs. a 13:30 hrs.

Direcciones:

**Puerta del Sol 36,
Las Condes, Santiago**

Para usar este convenio, los asegurados deberán hacer mención del convenio Consorcio.



CONVENIO ASISTENCIA TELEMEDICINA

Esta póliza contempla beneficio de Asistencia de Telemedicina con los siguientes Beneficios:

CONSULTA ESPECIALIDADES MEDICAS

- Medicina General On Demand
- Medicina Familiar del Adulto
- Psicología Adulto
- Nutrición
- Pediatría
- Matronería
- Ginecología
- Urología
- Kinesiología
- Dermatología
- Fonoaudiología
- Psiquiatría (4 atenciones al año)

LIFESTYLE & WELLNESS

- Veterinaria
- Yoga
- Mindfulness
- Pilates
- Terapia Integrativa
- Terapia Conductual para Mascotas
- Primeros Auxilio psicológicos
- Terapia Piso pélvico

PACIENTE CRÓNICO: Programa de salud integral enfocado en atender al paciente crónico (hipertensión, obesidad y diabetes) abordando todas las necesidades que su condición puede requerir.



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

5) PRE-INFORME DE LIQUIDACIÓN

En aquellos siniestros en que surgieren problemas y diferencias de criterios sobre causas, evaluación del riesgo o extensión de la cobertura, podrá el Liquidador, actuando de oficio o a petición del Asegurado, emitir un pre-informe de liquidación sobre la cobertura del

siniestro y el monto de los daños producidos, el que deberá ponerse en conocimiento de los interesados. El asegurado o la Compañía podrán hacer observaciones por escrito al pre-informe dentro del plazo de cinco días hábiles desde su conocimiento.

6) PLAZO DE LIQUIDACIÓN

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

- 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 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 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.

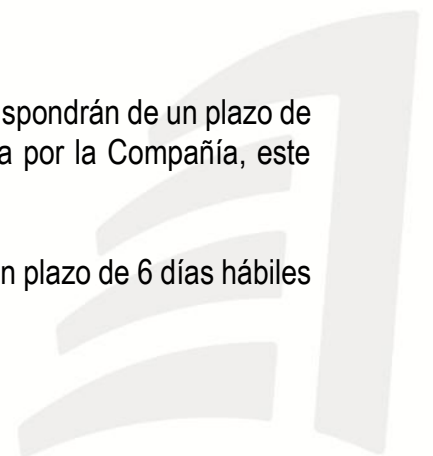
8) INFORME FINAL DE LIQUIDACIÓN

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.





Gerente Operaciones
Compañía de Seguros de Vida
Consorcio Nacional De Seguros Vida

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).



ANEXO 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:

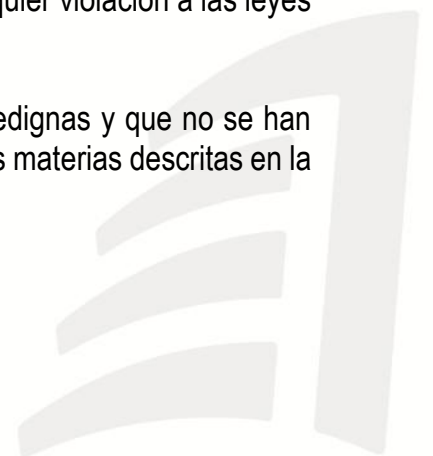
- i) asegurar cualquier ventaja indebida, y/o
- ii) influir en un acto o decisión de autoridad, con el fin de obtener o mantener un negocio relacionado directa o indirectamente con el presente contrato.

- 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.



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

