



CONDICIONES PARTICULARES
POLIZA DE SEGURO COLECTIVO TEMPORAL DE VIDA

N° Póliza 734989-2	Vigencia desde 01 de Enero de 2016	Vigencia hasta 31 de Diciembre de 2016
------------------------------	--	--

Contratante : BIENESTAR DE PERSONAL DE LA UNIVERSIDAD DE VALPARAISO	RUT : 60.921.000-1
Dirección : Prat 856	Comuna : Valparaíso Ciudad : Valparaíso

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

Código Interno	Nombre Cobertura	Cláusula
CONVM	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

Intermediario	
Razón Social : Cono Sur Corredores de Seguros Ltda.	RUT : 76.213.750-K
Comisión Intermediación : 3% de la prima neta en pesos (\$).	

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

Fecha de Emisión de Póliza
01-07-2016 P.O



CONDICIONES PARTICULARES POLIZA DE SEGURO COLECTIVO TEMPORAL DE VIDA

Artículo N° 1

Contratante:

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

Artículo N° 2

Financiamiento de la Prima:

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

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

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

Artículo N° 3

Asegurados:

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

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

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

Cónyuge cargas legales del asegurado titular

Padres cargas legales del asegurado titular

Otras cargas legales del asegurado titular

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

Artículo N° 4

Beneficiarios:

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



Artículo N° 5

Cobertura:

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

COBERTURA	CONDICIONES GENERALES		ASEGURADOS CON COBERTURA
VIDA	POL 2 2013 0565	Póliza de Seguro Colectivo Temporal de Vida	Titular
SALUD	POL 3 2013 0567	Cláusula Adicional de Salud	Titular – Cargas Legales
CATASTROFICO	POL 3 2013 0567	Extensión catastrófica	Titular – Cargas Legales

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

Artículo N° 6

Condiciones de Asegurabilidad:

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

Artículo N° 7

Inclusión y Exclusión de Asegurados:

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

Fecha cierre movimientos

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

Vigencias de Incorporaciones

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

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



Vigencia de Exclusiones

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

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

Incorporaciones de Recién Nacidos

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

CUADRO DE EDAD DE INGRESO Y PERMANENCIA

	Edad Límite de Ingreso			Edad Límite de Cobertura		
	Titular	Cónyuge	Hijos	Titular	Cónyuge	Hijos
Vida	-	-	-	85	-	-
Salud	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	24
Catastrófico	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	24

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

Los ingresos de los asegurados, dentro de un plazo no mayor a 30 días a contar de la fecha que los asegurables califican para ingresar al seguro, en cuyo caso el inicio de la vigencia de su cobertura, **será la fecha de solicitud por parte del contratante**, que en ningún caso debe ser anterior a la fecha de llenada la Solicitud, una vez evaluada por parte de BCI Seguros Vida. En el caso de los recién nacidos, cuyo parto fue cubierto por la vigencia de esta póliza, se debe presentar la incorporación, dentro de los primeros 60 días de nacido, para que su vigencia sea del día uno. En caso contrario su ingreso será como asegurado nuevo de acuerdo 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 N° 8

Capital Asegurado/Monto Asegurado

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

Capital Fallecimiento

Cobertura	UF
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 85 años	1

Montos Asegurados

Cobertura	Topes
Salud	UF400 por asegurado
Catastrófico	UF2000 por grupo familiar

Artículo N° 9

PRIMA

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

Artículo N° 10

Prima Neta Mensual de Salud:

Cobertura	Prima Neta Mensual	Prima Bruta Mensual
Vida	UF 0,50	UF 0,50
(*) Salud + Catastrófico	UF 0,24	UF 0,29
TOTAL POR PERSONA	UF 0,74	UF 0,79

(*)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 de los ONR.

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

% Siniestralidad Acumulada incluyendo los ocurrido 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 N° 11

Pago de la Prima:

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

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



Artículo N° 12

SINIESTROS

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

Antecedentes necesarios para la reclamación de un siniestro de Vida

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

Fotocopia de 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 Autopsia

Informe toxicológico y Alcoholemia

Informe SIAT Carabineros (accidentes de tránsito)

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

Artículo N° 13

Siniestros:

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

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

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

Artículo N° 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**

Queda convenido que en caso de producirse cualquier variación o modificación de los registros relacionados con la materia asegurada cuya información, para su inclusión en la póliza, hubiera sido omitida involuntariamente o proporcionada erróneamente por los distintos Servicios de Bienestar o Instituciones contratantes, sea en forma total o parcial, tal variación o modificación



será admitida para todos los efectos de cobertura, tanto si es posteriormente descubierta y comunicada por la misma entidad, como si se comprueba con ocasión de un siniestro.

- **Cláusula Exclusión de Arbitraje**

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

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

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

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

- **Beneficio de Maternidad.**

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

- **Gastos Médicos del Recién Nacido.**

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

- Los copagos del asegurado cubiertos con los excedentes de la isapre serán liquidados y reembolsados según plan de beneficios.
- Los gastos de los asegurados que viviendo en zonas limítrofes, efectúen en las zonas contiguas de los países vecinos, vía bono o reembolso aplica plan, de no tener bonificación por su sistema de salud, se aplica como ítem sin cobertura 50% de lo que estipula el plan.
- Para cubrir los gastos de accidentes y enfermedades que no estén cubiertos por la Ley 16.744, producidos en comisiones de servicio en el extranjero se cubrirán al 50% de lo señalado en el porcentaje de cobertura del ítem respectivo sean estos cubiertos o no por su sistema de salud. no aplicara esta cobertura especial en aquellos casos en que el asegurado tenga o haya contratado un seguro en el extranjero.
- Se deberán considerar los procedimientos y reglamentación de las Instituciones en el proceso de incorporación de cargas familiares, valiéndose lo que se establezca en las resoluciones exentas de reconocimiento de derechos de asignación familiar. Sin perjuicio de ello, se respetarán, en estos casos, la cláusula de los 90 días para presentar la solicitud de reembolso al seguro.



Artículo N° 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.
- Pago 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 Prestaciones 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 historial 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 Prostático).
- Los tratamientos para bajar de peso sí están cubiertos medicamentos que tengan ese fin y asociados a patologías convergentes, lo anterior para casos de Obesidad con Índice de Masa Corporal sobre 35 Kg/m², en el caso de la Cirugía por Obesidad se debe solicitar IMT consignando Peso y Talla, se cubrirá solo Obesidades Mórbidas con IMC igual o mayor a 40, también se dará cobertura a Obesidad Severa con IMC igual o mayor a 35 pero con factor de riesgo cardiovascular demostrado (solo las siguientes patologías: Hipertensión- Enfermedad Cardiovascular- Diabetes Artritis de rodilla o cadera- enfermedades degenerativas de la columna, dislipidemia, apnea del



sueño). El IMC bajo criterio de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En caso de cumplirse el criterio señalado, la Cirugía por Obesidad Mórbida se cubrirá por ítem hospitalario.

- 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 la 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 completar 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 Contraloría Médica de la Compañía. Adicionalmente esta cobertura se aplicará sólo para beneficiarios menores de 10 años.
- Dado lo anterior, no tendrá cobertura la condición de talla baja si es producto de variantes normales del crecimiento, como talla baja familiar o retraso de crecimiento constitucional.
- 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 UF400 y cubre los gastos incurridos en exceso de lo que cubre el sistema de salud previsional del asegurado, en los porcentajes y topes indicados en el plan correspondiente hasta un máximo de UF2000 por Grupo Familiar.
- Aquellos gastos que no tienen cobertura en el sistema de salud sea que no estén codificados o sean sin cobertura, se pagarán sólo al 50% de lo que indica el porcentaje de cobertura del ítem respectivo.



- En este caso, se deben presentar los documentos originales timbrados como No reembolsables por parte de la Institución de Salud.
- Cubre al asegurado ante cualquier evento originado por enfermedad o accidente, sin definición de patología.
- Se debe aplicar un deducible de UF25 por familia.
- Toda consulta que no sea medicina alópata, no está cubierta por el seguro.

Artículo N°16

Unidad Monetaria:

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

Artículo N°17

Domicilio:

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

Artículo N°18

Término Anticipado:

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

Artículo N°19

Información sobre presentación de consultas y reclamos:

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



Artículo N° 20

Código de autorregulación:

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

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

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

1) OBJETO DE LA LIQUIDACIÓN

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

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

2) FORMA DE EFECTUAR LA LIQUIDACIÓN

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

3) DERECHO DE OPOSICIÓN A LA LIQUIDACIÓN DIRECTA

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

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

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



5) PRE-INFORME DE LIQUIDACIÓN

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

6) PLAZO DE LIQUIDACIÓN

Dentro del más breve plazo, no pudiendo exceder de:

Seguros en general: **45 días** corridos desde la fecha de denuncia, a excepción de:

- a) Siniestros que correspondan a seguros individuales sobre riesgos del Primer Grupo cuya prima anual sea superior a 100 UF: **90 días** corridos desde fecha denuncia;
- b) Siniestros marítimos que afecten a los cascos o en caso de Avería Gruesa: **180 días** corridos desde fecha denuncia;

7) PRÓRROGA DEL PLAZO DE LIQUIDACIÓN

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

8) INFORME FINAL DE LIQUIDACIÓN

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

9) IMPUGNACIÓN INFORME DE LIQUIDACIÓN

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

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



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

Plan 1- Seguro Complementario de Salud	SEGURO COMPLEMENTARIO DE SALUD – PLAN ÚNICO			
	% Reembolso	Deducible UF		Otros
Afiliado Solo		0,5		
Afiliado con 1 carga		1		
Afiliado con 2 o más cargas		1,5		
Reembolso para gastos sin cobertura Isapre o FONASA	50% del ítem respectivo	Depende del ítem respectivo		S/Tope
O.11 No codificados	50% del ítem respectivo	s/tope por evento		UF 15 (tope anual)
GASTOS AMBULATORIOS	% Reembolso	% Bono	Tope Prest. UF	Tope Anual
A.10.Consultas médicas	50	70	UF 0.5 por sesión	UF 10
A.20. Exámenes y procedimientos (incluye preventivo mamografía)	40	60	s/tope	UF 15
A.23. Cirugía ambulatoria (incluye todo tipo de cirugía ocular inclusive láser con dioptría 5 o 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 DEDUCIBLE	80	80	s/tope	
A.40.Medicamentos de marca	40	40	s/tope	
A.42. Medicamentos de marca Salcobrand	40	40	s/tope	
A.47. Medicamentos genericos o Bioequivalentes Cruz Verde SIN DEDUCIBLE	80	80	s/tope	
A.47. Medicamentos de Marca Cruz Verde	40	40	s/tope	
G.01 CAEC ambulatorio (copago)	80%	80%	s/tope	s/tope
G.03 GES ambulatorio (copago)	80%	80%	s/tope	s/tope
PSIQUIATRÍA/PSICOLOGÍA	% Reembolso	% Bono	Tope Prest. UF	Tope Anual
S.23.Consulta	50	50	UF 0.5 por sesión	UF 10
S.24.Hospitalización	50	50	s/tope	UF 15
OTROS GASTOS AMBULATORIOS	% Reembolso	% Bono	Tope Prest. UF	Tope Anual

V.34.Óptica (incluyendo marcos, cristales y lentes de contacto)	70	70	s/tope	UF 3
V.21.Prótesis y ortesis (incluyendo audífonos y silla de ruedas)	70	70	s/tope	UF 15
GASTOS HOSPITALARIOS	% Reembolso	% Reembolso	Tope Prest. UF	Tope Anual
H.10.Día cama hasta 30 días	80	80	UF 5 diarias	30 días
H.11.Exceso día cama	70	70	UF 4 diarias	s/tope
H.22.Honorarios médicos y servicios hospitalarios (incluye derecho a pabellón, cirugía dental por accidente, servicio de ambulancia (radio 50 km) y servicio de enfermería).	50	50		s/tope
G.2. CAEC Hospitalario (Copago)	80	80	s/tope	s/tope
G.4. Ges Hospitalario (Copago)	80	80	s/tope	s/tope
MATERNIDAD	% Reembolso	% Reembolso	Tope Prest. UF	Tope Anual
M.10.Parto Normal	50	50	s/tope	UF 15
M.30.Cesárea	50	50	s/tope	UF 20
M.20.Aborto no provocado	50	50	s/tope	UF 10
GASTOS EN EL EXTRANJERO				
Zonas limítrofes:	<p>Se otorgará cobertura ídem plan de beneficios para las atenciones efectuadas en el extranjero, una vez bonificadas por su sistema de salud previsional.</p> <p>Para acceder a este beneficio los asegurados deberán enviar los bonos, documentos de reembolso o boletas acompañados a la Solicitud de Reembolso de Gastos Médicos. El pago se realizará en moneda nacional (CLP) y la conversión a pesos se realizará considerando la fecha de pago de cada documentación contable.</p>			
Gastos de Enfermedades y Accidentes en el Extranjero por Comisiones de Servicios que no estén cubiertos por la Ley 16.744 y que no tengan Seguro de Salud en el extranjero:	<p>En caso de ser cubiertos por su sistema de salud previsional, los asegurados deberán enviar los bonos, documentos de reembolso o boletas acompañados a la Solicitud de Reembolso de Gastos Médicos, para ser liquidados por el plan de beneficios. El pago se realizará en moneda nacional (CLP) y la conversión a pesos se realizará considerando la fecha de pago de cada documentación contable.</p> <p>En caso de no tener cobertura por su sistema de salud previsional, los asegurados deberán enviar boletas de gastos médicos acompañadas a la Solicitud de Reembolso de Gastos Médicos se considerará el 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.</p>			



Monto máximo reembolso	Por asegurado
Monto asegurado máximo	UF 400

**ANEXO CONDICIONES PARTICULARES COBERTURA CATASTRÓFICO
CUADRO DE BENEFICIOS DE GASTOS MEDICOS Y HOSPITALARIOS (POL3 2013 0567)
Plan Único Seguro Catastrófico**

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



BENEFICIOS ADICIONALES

La Compañía incluye para el presente contratante, los servicios señalados más adelante, estableciendo que se compromete a otorgar estos servicios mientras el presente contrato se mantenga, sin perjuicio que por fuerza mayor no inherente a la compañía, como en caso de quiebra o término de contrato con la o las empresas que otorgan estos servicios, deban ser suspendidos, dejando constancia que la compañía no estará obligada a implementar ni a otorgar con otras empresas los mismos servicios o similares, como asimismo, no estará obligada a rebajar el costo de la prima establecida en el presente contrato o a modificar alguna de las coberturas incluidas en la vigencia, a falta de los servicios terminados.

1.- Servicio de Atención ambulatoria Vía I-MED:

BCI Seguros cuenta con la opción de liquidación del seguro ONLINE, para prestaciones ambulatorias, esto quiere decir que al minuto de la compra del bono, solo se cancelara el copago, después de haber actuado su Isapre y del seguro; la finalidad del Sistema IMED, es liberar al asegurado de papeleo y trámite con la Compañía de Seguros. .

2.- Aviso de liquidaciones:

Las liquidaciones de las solicitudes de reembolso serán enviadas en forma física y además notificada vía correo electrónico al email que haya informado el asegurado en su ficha de incorporación o su N° de celular

3.- Tarjetas de Farmacia Salcobrand y Cruz Verde

BCI Seguros cuenta con la opción de uso de tarjetas de farmacia para bonificación en línea Permite sea aplicado en forma inmediata el porcentaje de reembolso al momento de pagar su medicamento, de acuerdo al plan que corresponda. Con su credencial de BCI/Salcobrand o BCI/Cruz Verde podrá hacer efectivo inmediatamente su reembolso directamente en cualquier local de Farmacias Salcobrand y Cruz Verde

Al momento de la compra, debe presentar: Receta original emitida por el médico- su credencial BCI/Salcobrand o Cruz Verde y su cédula de identidad.

BCI Seguros cuenta con la opción de uso de tarjeta de farmacia Salcobrand y farmacia Cruz Verde, para comprar medicamentos con bonificación en línea.

4.- Prestadores Preferentes

Todo asegurado que se encuentre vigente en la póliza puede acceder a hospitalizarse en dichos prestadores, teniendo la tranquilidad de saber que la Compañía bonificará en un 100% con tope plan la diferencia que quede a costear, una vez hecho uso de su sistema de salud previsional, siempre y cuando ésta sea bajo modalidad institucional en **pieza bipersonal o pluripersonal** con médico de staff.

Se otorga 100% de cobertura hasta tope plan en Atención Hospitalaria **Modalidad Institucional y Habitación Bipersonal** en Hospital de la U. de Chile ex JJaguirre, Clínicas Interclínicas (Los Carrera, Clínica Cordillera, Los Leones de Quilpue) y Hospital Parroquial de San Bernardo, para todas aquellas prestaciones bonificadas por su sistema de salud (Fonasa, Dipreca, Isapres u Otros).

En caso de Clínicas Interclínicas, además del beneficio anteriormente descrito no será necesario la presentación por el asegurado del documento en garantía, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones:

- No sea una enfermedad preexistente. (enviar antecedentes a compañía para evaluar).
- La hospitalización debe ser programada, PAD o paquetizada.
- Los gastos deberán ser reembolsados previamente por su sistema de salud.



- Se utilice día cama normal(no incluye UTI-UCI-Incubadora –Intermedio)
- Las prestaciones no identificadas en cuadro de beneficios se encuentran fuera de este acuerdo de cobertura al 100%,
- Las prestaciones que estando en el cuadro de beneficios, están topadas en UF, Ejemplo las prótesis/órtesis, hospitalizaciones por psiquiatría, sólo están cubiertas hasta sus respectivos topes.

Lo que queda fuera de esta cobertura:

- **Prestaciones con topes anuales como Ej.: Prótesis y Ortesis, Partos, lo relacionado con psicología y psiquiatría.**
- **Las prestaciones que están fuera de este acuerdo de cobertura al 100% y las que no están en el cuadro de beneficios, esas no se cubren.**
- **Las que no están cubiertas por su sistema previsional, estas podrán ser ingresadas en relación al 50% del total del gasto y sobre esto aplicar plan con sus topes y porcentajes.**
- **Considerar que FONASA no cubre los medicamentos e insumos, por lo que estas prestaciones solo se bonifican en relación al 50% de lo cobrado.**

Importante: En caso de utilizar día cama UTI-UCI-Incubadora-Intermedio no opera este convenio.