

POLIZA DE SEGUROS COLECTIVOS

DATOS DE LA PÓLIZA

Número de Póliza : 10025
RUT Contratante : 65.118.035-K
Nombre Contratante : Asociación de Municipalidades para la Seguridad Ciudadana de la
: Zona Oriente.
Fecha De Vigencia : Desde 01 de Octubre 2024 hasta 30 de Septiembre 2025

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
Consortio Nacional de Seguros S.A.



Asoc. de Municipalidades para la
Seguridad Ciudadana
de la Zona Oriente

Santiago, 25 de octubre de 2024.

POLIZA N° 10025**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	:	Asociación de Municipalidades para la Seguridad Ciudadana de la Zona Oriente
Rut	:	65.118.035-K
Dirección Contratante	:	Las Condes N°14891, Lo Barnechea, Santiago
Grupo Empresarial	:	Proseguridad
Vigencia	:	Desde 01 de Octubre 2024 Hasta 30 de Septiembre 2025
Modalidad pago de prima	:	Mensual
Tipo de Facturación	:	Por Cobrar
Tipo de Cobranza	:	Vencida
Ámbito Territorial	:	República de Chile
Intermediario	:	Corredora de Seguros y Asesorías Rondanelli SPA
Rut Intermediario	:	76.182.563-1
Comisión	:	10,00% de la prima neta
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 Plan General

Cobertura	Condiciones Generales que Rigen la Cobertura	Asegurados con Cobertura
Fallecimiento	: POL220130974	Titular- Cónyuge
Muerte Accidental	: CAD220131587	Titular
Invalidez Accidental	: CAD220131581	Titular –Hijo
Invalidez Total y Permanente 2/3	: CAD220131583	Titular

Grupo 2 Plan Especial Mayores de 65 años

Cobertura	Condiciones Generales que Rigen la Cobertura	Asegurados con Cobertura
Fallecimiento	: POL220130974	Titular -Cónyuge
Invalidez Accidental	: CAD220131581	Hijo

I. CONDICIONES ESPECIALES CONTEMPLADAS EN LA POLIZA
Descripciones-Convenios:

- 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, se cubren entonces, patologías desarrolladas durante la permanencia del asegurado en el seguro.
- Cualquier cambio en la actividad de los asegurados, capitales o condiciones vigentes, se evaluará nuevamente el riesgo.
- Cualquier incremento de Capital, debe suscribirse de acuerdo a tabla de exigencias médicas.
- Los nuevos asegurados deben suscribirse según tabla de exigencias médicas
- Los asegurados y/o cargas que cumplan la edad máxima de permanencia serán excluidas en cada renovación.
- Se aceptan a los siguientes asegurados mayores de 70 años en grupo especial de Solo Fallecimiento UF 100:
 - Rut: 6020329
 - Rut: 6219466
 - Rut: 7291389
 - Rut: 6018161
- 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 ECONOPTICAS

- 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 con Proveedor Medismart

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

Capital por Cobertura:

Grupo 1 Plan General

Coberturas Vida	Capital Fijo en UF	Requisito de Asegurabilidad Edades máximas (*)	
		Ingreso	Permanencia
Fallecimiento Titular	750	64 años y 364 días	Al cumplir 70 años
Fallecimiento Cónyuge	250	64 años y 364 días	Al cumplir 70 años
Muerte Accidental Titular	750	63 años y 364 días	Al cumplir 70 años
Invalidez Accidental Titular	750	63 años y 364 días	Al cumplir 70 años
Invalidez Accidental Hijo	125	17 años y 364 días	Al cumplir 24 años
Invalidez Total y Permanente 2/3	750	63 años y 364 días	Al cumplir 65 años

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

Grupo 2 Plan Especial Mayores

Coberturas Vida	Capital Fijo en UF	Requisito de Asegurabilidad Edades máximas (*)	
		Ingreso	Permanencia
Fallecimiento Titular	100	65 años y 364 días	Evaluado en cada renovación
Fallecimiento Cónyuge	80	65 años y 364 días	Evaluado en cada renovación
Invalidez Accidental Hijo	40	17 años y 364 días	Al cumplir 24 años

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

Los asegurados y cargas que cumplan la edad límite de permanencia en las coberturas contratadas serán excluidos al término de vigencia de esta póliza, a excepción de asegurados indicados en las Condiciones Especiales de la póliza según acuerdo comercial.

Tasa por Cobertura:
Grupo 1 Plan General

Detalle Coberturas	Tasa Anual Neta	Afecta IVA Anual	Tasa Bruta Anual
Fallecimiento con Protección Familiar	1.7797	-	1.7797
Muerte Accidental	0.3477	-	0.3477
Invalidez Accidental con Protección Familiar	0.2024	0.0385	0.2409
Invalidez Total y Permanente 2/3	0.4120	0.0783	0.4903

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

Grupo 2 Plan Especial Mayores

Detalle Coberturas	Tasa Anual Neta	Afecta IVA Anual	Tasa Bruta Anual
Fallecimiento con Protección Familiar	1.7797	-	1.7797
Invalidez Accidental con Protección Familiar	0.2024	0.0385	0.2409

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

ARTÍCULO 3: ASEGURADOS

Son asegurados de esta póliza los colaboradores de la empresa contratante individualizada anteriormente y que hayan sido debidamente incorporados en la nómina de cobranza emitida por la Compañía.

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

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

Capital asegurado

El Capital Asegurado y el monto de la Prima se expresarán en Unidades de Fomento.

ARTÍCULO 4: INCORPORACIÓN Y VIGENCIA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

Inclusión y exclusión de asegurados:

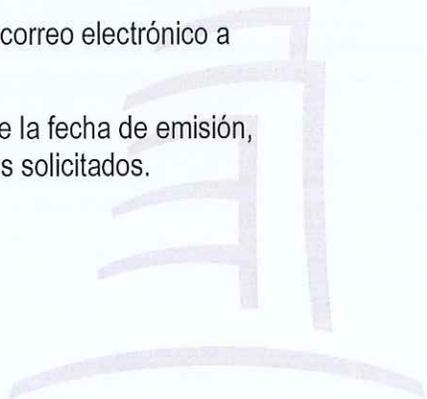
Podrán incorporarse a la póliza hasta el día 10 de cada mes, los nuevos trabajadores, durante la vigencia de la misma, suscribiendo el formulario de Incorporación Seguro Colectivo y con notificación expresa del contratante, en cuyo caso la vigencia corresponderá a la indicada por el Contratante siempre y cuando esta no sea superior a 60 días; en caso de que no se indique fecha inicio esta será la fecha de timbre de recepción en la Compañía.

Podrán excluirse asegurados hasta el día 10 de cada mes, con notificación expresa del contratante (carta), en cuyo caso la vigencia corresponderá a la indicada por el Contratante siempre y cuando esta no sea superior a 60 días; en caso de que no se indique fecha inicio esta será la fecha de timbre de recepción en la Compañía

Las incorporaciones y exclusiones informadas posteriores al día 10 de cada mes, serán efectivas en la siguiente cobranza.

Los Formularios de Incorporación (Sic) deberán ser enviados mediante correo electrónico a las direcciones indicadas por la compañía.

Los Documentos SISC y DPS, tienen una validez de 30 días a contar de la fecha de emisión, transcurrido este periodo, deberá presentar nuevamente los documentos solicitados.





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

Exclusión de asegurados: bajas.colectivo@consorcio.cl

Al 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 deben ser presentadas al momento de la incorporación de un asegurable o solicitud de incremento de cobertura. Las exigencias médicas serán solicitadas según edad del asegurable y capital solicitado 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

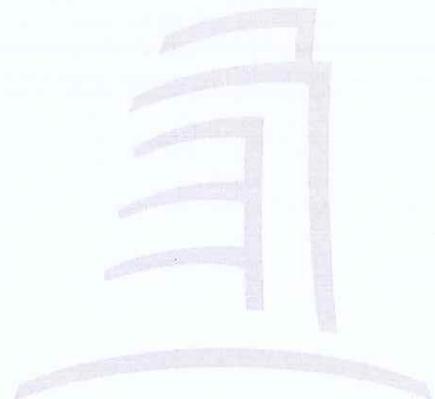
Descripción de los Exámenes Médicos:

DPS: Declaración Personal de Salud OC: Orina Completa PB: Perfil Bioquímico
ECG: Electrocardiograma CEM: Examen Médico PL: Perfil Lipídico
SISC: Solicitud de Incorporación Seguros Colectivos
HIV: Virus Inmunodeficiencia Humana

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 en el séptimo párrafo del artículo 4.

Las fechas de vigencias de solicitudes de actualización de capital son ídem a las descritas en el **Artículo 4** (Inclusión y exclusión de asegurado).

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.

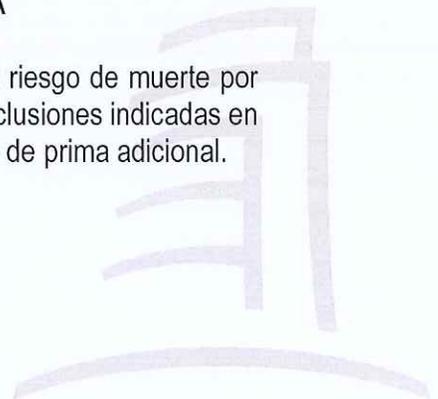
ARTÍCULO 7: EXCLUSIONES

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 7, letras h) e i) del presente contrato de seguro, con un pago de prima adicional.



ARTÍCULO 10: DECLARACION DEL CONTRATANTE Y DEL ASEGURADO

Consortio Nacional de Seguro dispone del Formulario de Solicitud de Incorporación de Seguros Colectivos en los sitios web de la Compañía.

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

Periodicidad mensual, y forma de pago anticipada, y el pago de la prima se debe realizar en las cuentas bancarias indicadas por la Compañía.

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	: Alfonso Rondenelli / Rene Monsalve Jara
Empresa	: Asoc. De Munic. Para La Seg. Ciudadana De La Zona Oriente
Dirección	: Avda. Las Condes 14891 Lo Barnechea
Envío Nómina En Excel	: 30 de Cada Mes
Correo Electrónico	: alfonso@segurosrondanelli.cl
Con Copia	: rmonsalves@lobarnecheaseguridad.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 con la forma de pago convenida. Durante el período de gracia, el seguro permanecerá vigente.

Esta Póliza tiene modalidad No Contributoria

ARTÍCULO 14: DESIGNACION Y CAMBIO DE BENEFICIARIOS

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





ARTÍCULO 15: DENUNCIA DE SINIESTROS:

Las denuncias de siniestros deberán realizarse en el sitio Web de la Compañía u otras plataformas digitales disponibles para tales efectos.

Para obtener información sobre las condiciones del seguro y procedimiento de liquidación de siniestros, diríjase a su Intermediario o Ejecutivo Consorcio de Seguros Colectivos.

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

ARTÍCULO 16: VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO COLECTIVO

Inicio vigencia desde 01 de Octubre 2024.

ARTÍCULO 17: TERMINO DEL CONTRATO DE SEGURO COLECTIVO

Termino vigencia hasta 30 de Septiembre 2025

ARTÍCULO 18: TERMINO DE LAS COBERTURAS INDIVIDUALES

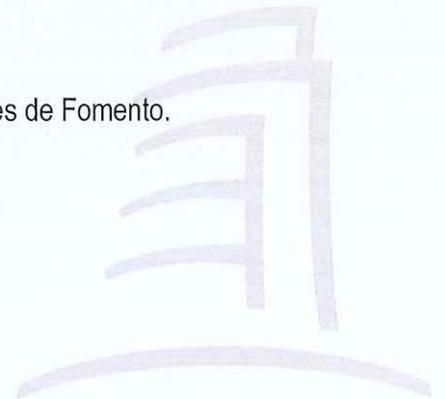
Se modifica letra d) de este artículo por lo siguiente para asegurado titular y dependiente; "Los asegurados que cumplan la edad límite de permanencia, serán excluidos al término de la vigencia de esta póliza".

ARTÍCULO 21: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

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

ARTÍCULO 23: MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO

El Capital Asegurado y el monto de la Prima se expresarán en Unidades de Fomento.





ARTÍCULO 25: DOMICILIO

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

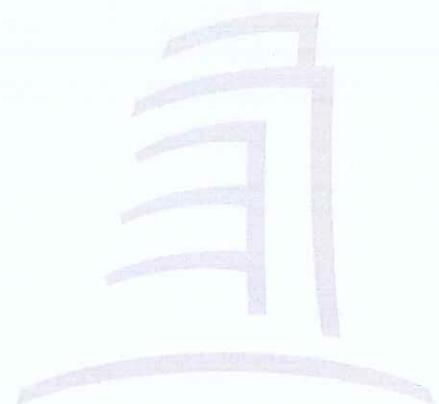
CONDICIONES GENERALES Y CLAUSULAS ADICIONALES

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	POL220130974
Muerte Accidental	CAD220131587
Invalidez Accidental	CAD220131581
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

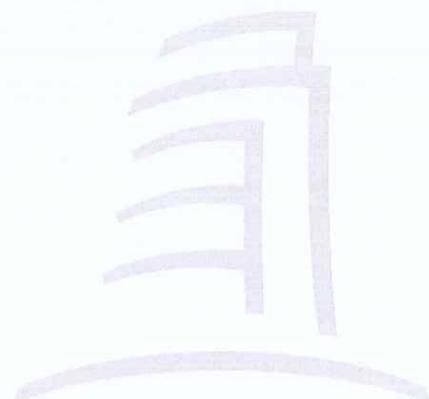


Se hará entrega de una clave de acceso a Consorcio en línea, a cada trabajador asegurado, donde podrá acceder por medio de la página Web: www.consorcio.cl



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 descuentos.



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



Horario de atención:

A.M. De lunes a viernes de 08:30 a 14:00 hrs. / P.M. De lunes a viernes de 14:30 a 20:00 hrs.
Sábado de 09:00 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 Lucía

- 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.

Consortio 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.

Horarios de atención:

De lunes a viernes de 8:30 a 21:00 hrs. / Sábado de 09:00 a 14:00 hrs.

Horario extendido en algunas clínicas: Sábado de 09:00 a 18:00 hrs.

- 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.

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 Vespucio 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	Príncipe 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
Irarrazaval	RM	Irarrazaval 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

Consortio 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 hacer uso de este convenio, los asegurados se deberán presentar con su cedula de identidad y hacer mención del convenio Consortio en la recepción del Centro Odontológico.

Horario de Atención:

De 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, Metro Manquehue.

- 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.

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.

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

Horario de Atención:

De lunes a viernes de 09:00 a 13:00 horas y 15:00 a 20:00 hrs. / sábado de 09:00 a 13:00 hrs.

Dirección: Cochrane 472, Concepción.

Teléfonos: (41) 3241340 – (41) 3250355

- 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.

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

Correo Electrónico: contacto@ortodontik.cl

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 hrs. sábados: 10:00 - 14:00 hrs.	lunes a viernes: 8:30 - 19:00 hrs.

- 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.

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:

- 60% de descuento en todas las prestaciones odontológicas
- Diagnóstico sin costo.
- 2 radiografías sin costo
- Limpieza dental al finalizar el tratamiento sin costo

Formas de Pago:

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

Teléfonos:

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

Horario de atención:

De lunes a viernes de 08:00 a 19:00 hrs. / sábados de 08:30 a 13:30 hrs.

Direcciones:

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



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 con 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.

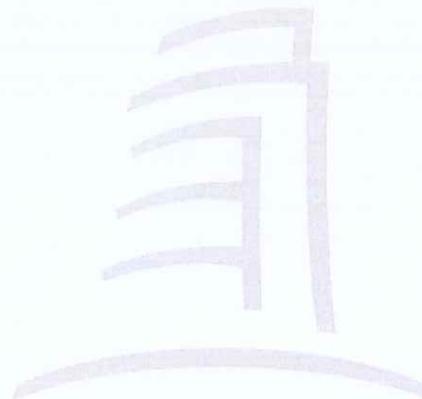
Horario de atención:

De lunes a viernes de 09:30 hrs. a 19:00 hrs.

Dirección:

Cerro Colorado 5858, Of. 112, Las Condes (Metro Manquehue)

Teléfonos: 22811282 - 965878288



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:

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

Requisitos:

- Solo valido mismo momento de cancelar el examen.

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



- b. 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 más moxifloxacino) y Kit de regalo de tratamiento post operatorio inmediato de cirugía 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.

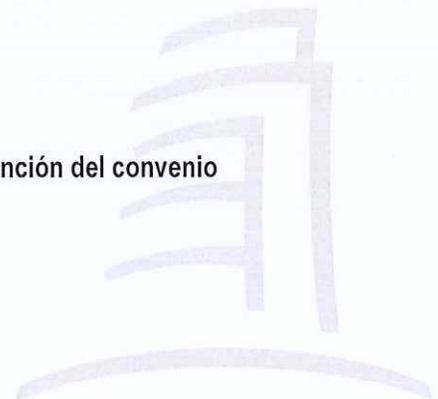
Horario de atención:

De lunes a viernes de 08:00 hrs. a 20:00 hrs. / sábado de 08:30 hrs. a 13:30 hrs.

Dirección:

Puerta del Sol 36, Las Condes, Santiago

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



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

CONSULTA ESPECIALIDADES MEDICAS LIFESTYLE & WELLNESS

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

SMARTDOCTOR: es tu nuevo asistente de salud virtual, impulsado por la inteligencia artificial, con acceso instantáneo a respuestas confiables para dudas médicas.

CLÍNICA DEL SUEÑO: Programa de salud integral enfocado en evaluar y entregar distintas soluciones a problemáticas que van desde higiene del sueño hasta patologías que pueden ser ocasionadas por una mala calidad del sueño, productos de malos hábitos y problemas físicos o psicológicos.

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.

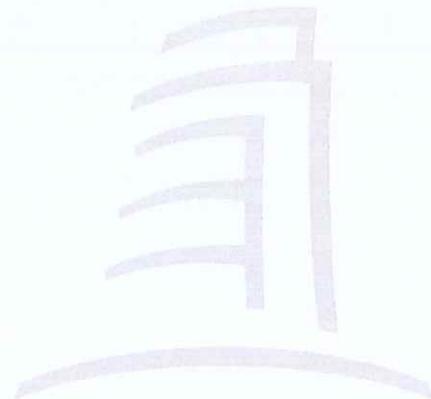
¿Cómo hacer uso del Beneficio Telemedicina?

Ingresar copiando el link y eliminar los espacios en blanco antes

de pegar en el navegador: <https://cns.medismart.live>

Ingreso: RUT + Dígito verificador (sin puntos ni guion)

Clave Inicial: 6 primeros dígitos del RUT



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.

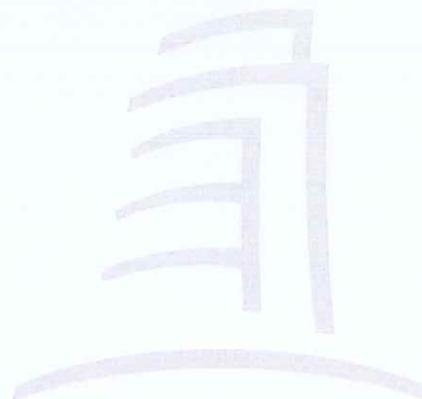
8) INFORME FINAL DE LIQUIDACIÓN

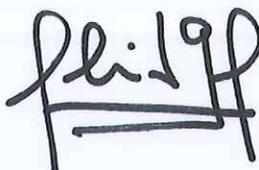
El informe final de liquidación deberá remitirse al Asegurado y simultáneamente al Asegurador, cuando corresponda, y deberá contener necesariamente la transcripción íntegra de los artículos 26 y 27 del Reglamento de Auxiliares del Comercio de Seguros (D.S. de Hacienda N° 1.055, de 2012, Diario Oficial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

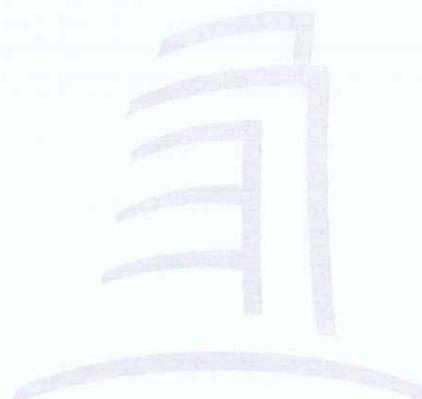




Gerente Operaciones
Compañía de Seguros de Vida
Consorcio Nacional de Seguros S.A.

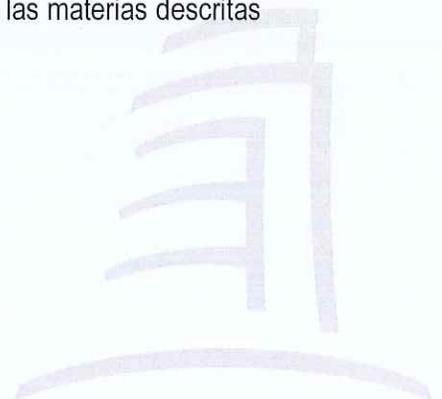
La Compañía de Seguros de Vida Consorcio Nacional de Seguros S.A. se encuentra adherida al Código de Autorregulación de las Compañías de Seguros y está sujeta al Compendio de Buenas Prácticas Corporativas, que contiene un conjunto de normas destinadas a promover una adecuada relación de las compañías 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).



Las Partes declaran que, a la fecha, han dado estricto cumplimiento a las normas de la 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:

- 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.
 - 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.
- 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.
- Todas las declaraciones precedentes son completamente fidedignas y que no se han omitido ningún hecho relevante o no, que incida o pueda incidir en las materias descritas en la presente cláusula.





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

