

Condiciones Particulares

Seguro Desgravamen y Complementario de Salud DIPRECA

BCI Seguros Vida S.A., 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.

El presente contrato de seguro se regirá por las disposiciones contenidas en el Título VIII, del Libro II, del Código de Comercio, como asimismo por las estipulaciones contenidas en los artículos siguientes, que pasan a indicarse. Cualquier diferencia de interpretación de las cláusulas subsiguientes, siempre se entenderán como vigentes las que sean más beneficiosas para el asegurado y/o contratante.

ARTÍCULO N° 1 CONTRATANTE:

Dirección de Previsión de Carabineros de Chile, la cual lo realiza por las personas mencionadas en el artículo N°3, que se afilien voluntariamente al presente seguro, todo ello con el propósito de facilitar el cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 1° del Decreto N°509, de 1990, del Ministerio de Defensa Nacional, Subsecretaría de Carabineros, el cual aprueba Reglamento de Medicina Curativa para la Dirección de Previsión de Carabineros de Chile.

RUT: 61.513.000-1

ARTÍCULO N°2 ASEGURADOR:

Bci Seguros Vida S.A.
R.U.T: 96.573.600-K

ARTÍCULO N°3 ASEGURADOS:

Para los efectos de la presente póliza, se considerarán asegurados los imponentes activos (funcionarios de la Dirección de Previsión de Carabineros de Chile, División de investigaciones de la Subsecretaría del Interior, Gendarmería de Chile, Mutualidad de Carabineros), personal a contrata y pasivos (pensionados y montepiados) de la Dirección de Previsión de Carabineros de Chile, en lo sucesivo DIPRECA, y sus cargas familiares legalmente reconocidas, con o sin retención judicial, que tengan cobertura de los beneficios médicos contemplados en el Sistema Previsional de DIPRECA.

Igualmente quedarán comprendidos en la condición de asegurados los familiares directos de todos los imponentes anteriormente aludidos, considerados como tales el cónyuge, los padres e hijos de los imponentes titulares asegurados, que sin ser cargas familiares se adhieran voluntariamente al Seguro como "Cargas de Salud".

ARTÍCULO N°4 BENEFICIARIOS:

El beneficiario para la cobertura de Desgravamen es Dirección de Previsión de Carabineros de Chile.
Los beneficiarios para la cobertura de Salud y Catastrófico son el asegurado Titular y sus cargas aseguradas.

ARTÍCULO N° 5 COBERTURAS:

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

- a) Desgravamen POL220130095 (solo titular)
- b) Salud y Catastrófico POL320180044 (titular más cargas aseguradas)

ARTÍCULO N° 6 CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD:

En ningún caso habrá limitaciones de edad para afiliarse al seguro.

ARTÍCULO N°7 MONTOS ASEGURADOS:

- a) Desgravamen POL 2 2013 0095 (asegurados: solo titular) con tope de UF 3.000 por asegurado.
- b) Salud POL 3 2018 0044 (asegurados: titular y cargas aseguradas) sin tope.
- c) Seguro Catastrófico POL 3 2018 0044 (asegurados: titular y cargas aseguradas) máximo anual de UF 3.000 por asegurado.

ARTÍCULO N°8 BENEFICIOS DE COBERTURA:**1.- Gastos de Hospitalización:**

Se entenderá por gastos médicos de hospitalización el costo que significa la internación de un asegurado en un Establecimiento Hospitalario. El porcentaje de reembolso será un 30% del monto correspondiente a la prestación, por los siguientes conceptos:

1.1) Día Cama Hospitalización: Gastos por habitación, alimentación prescrita y atención general de enfermería, suministrada al asegurado durante su hospitalización cualquiera sea su duración. Para todos los efectos de esta Póliza, el día cama de observación que provenga de tratamientos de quimioterapia o equivalentes, se asimilará al día cama hospitalización y, en consecuencia, le corresponderá la misma cobertura prevista para este último concepto.

1.2) Servicios Hospitalarios: Gastos por conceptos de servicios en el hospital no incluidos en el número anterior, tales como salas de urgencias, derecho a pabellón, unidad de tratamiento intensivo o intermedio, exámenes de laboratorio e imagenología, procedimientos especiales, equipos e insumos; otros gastos suministrados al asegurado durante su hospitalización y que hayan sido debidamente prescritos por el médico tratante como necesarios para el respectivo tratamiento.

1.3) Honorarios Médicos Quirúrgicos: Los honorarios de profesionales médicos, arsenaleras y otros profesionales de la salud que hubieran intervenido en una operación quirúrgica o parto al asegurado.

1.4) Servicio Privado de Enfermeras Profesionales: Gastos provenientes de servicios profesionales de enfermeras y auxiliares de enfermería, que hayan sido prescritos por el médico tratante:

1.4.1.- Durante la hospitalización.

1.4.2.- Durante el período de convalecencia, con un máximo de 30 días.

1.5) Servicio de ambulancia: Para trasladar al asegurado, desde y hacia un establecimiento asistencial se comprenderá el reembolso de los gastos derivados de ambulancias terrestres, áreas, marítimas, lacustres y fluviales o por medios análogos que, sin tener la condición de ambulancia, sean empleados con este fin médico, cualquiera sea la categoría del establecimiento asistencial de destino. Para traslados en regiones, la base de cálculo del beneficio será el arancel vigente convenido con el Hospital Dipreca, sólo para aquellos traslados en ambulancia de alta complejidad.

Indistintamente el medio utilizado, la compañía hará un reembolso del 80% con un tope de UF 20 para cada asegurado que solicite este beneficio.

1.6) Hijos Recién Nacidos: Sin perjuicio de la cobertura de los beneficios de maternidad que señalan las Condiciones Generales de las mismas, inscritas en el Registro de pólizas de la Comisión para el Mercado

Financiero bajo el código POL320180044, que se considerará parte integrante de este contrato, la Compañía aseguradora reembolsará los gastos de hospitalización, en que incurra un hijo recién nacido del asegurado luego del parto, sea este último normal, prematuro, cesárea, o cualquier otra forma médicamente viable, como consecuencia de cualquier patología que requiera de una hospitalización post-natal, hasta sus 60 primeros días de vida.

Para efectos de la aplicación de la disposición precedente, la fecha de nacimiento deberá estar comprendida dentro del período de vigencia de la póliza, y en particular del debido pago previo de la prima del padre o madre titular del seguro.

2.- Gastos por Cirugía Ambulatoria:

La Compañía aseguradora deberá reembolsar los gastos médicos en que incurra el asegurado que sufra alguna incapacidad, con ocasión de un accidente o enfermedad que requiera cirugía, sin que sea hospitalizado. El porcentaje de reembolso será un 35% del monto correspondiente a la prestación y según la aplicación de la base de cálculo establecida en la cláusula Reembolsos de Gastos de estas condiciones particulares. El porcentaje señalado anteriormente se reducirá a 30% para los medicamentos e insumos asociados a los gastos por cirugía ambulatoria, así como para las cirugías de cataratas.

Se entienden por gastos médicos de cirugía ambulatoria el costo que significa la intervención a un asegurado en un establecimiento hospitalario, servicio médico, clínica o consulta, por los mismos conceptos que la hospitalización, sólo que sustituyendo el día cama hospitalización por un día cama en observación, recibido en forma previa o posterior a la intervención quirúrgica menor.

3.- Gastos por Cirugía Dental por Accidente:

La Compañía aseguradora deberá reembolsar los gastos en que incurra el asegurado, por el tratamiento de lesiones provenientes de un accidente a los dientes naturales, efectuado por un médico cirujano maxilofacial o un odontólogo, siempre que éste se realice dentro de los seis (6) meses siguientes al accidente. El porcentaje de reembolso será un 35% del monto correspondiente a la prestación para asegurados imponentes activos y pasivos de Dipreca y según la aplicación de la base de cálculo establecida en la cláusula Reembolsos de Gastos de estas condiciones particulares.

Lo anterior incluye todo tipo de exámenes dentales, extracciones, empastes, tratamiento dental en general y el reemplazo de las piezas dentales accidentadas. El accidente deberá ser certificado por la constancia policial respectiva.

4.- Material Desechable:

El gasto en material desechable empleado en la hospitalización, cirugía ambulatoria o cirugía dental por accidente de un asegurado, será reembolsado por la Compañía aseguradora en un 20% del valor facturado si la atención se efectúa en el Hospital Dipreca y corresponde a un asegurado imponente pasivo o activo de Dipreca.

5.- Atenciones Ambulatorias.

5.1. Cobertura para imponentes activos:

La Compañía aseguradora reembolsará los gastos en que incurran los asegurados que se encuentren en servicio activo y sus respectivas cargas familiares y de salud, con ocasión de prestaciones que no requieran de hospitalización, efectuadas o prescritas por un médico tratante. El porcentaje de reembolso será un 30% del monto correspondiente a la prestación y según la aplicación de la base de cálculo establecida en la cláusula Reembolsos de Gastos de estas condiciones particulares.

Se entienden por gastos ambulatorios los que deriven de la atención de un asegurado en un establecimiento hospitalario, servicio médico, clínica o consulta profesional, por los siguientes conceptos:

5.1.1) Atenciones Médicas: En general todas aquellas prestaciones médicas ambulatorias que no estén comprendidas en los números siguientes.

5.1.2) Servicios Profesionales y de Ayuda al Diagnóstico: Gastos por concepto de servicios recibidos en el hospital, clínica, servicio médico o consulta no incluidos en el número anterior, tales como exámenes de laboratorio e imagenología, procedimientos especiales, equipos, insumos y medicamentos; suministrados al asegurado durante tal atención y que hayan sido debidamente prescritos por el médico tratante para el tratamiento de la incapacidad o enfermedad.

5.1.3) Honorarios Médicos: Los honorarios de profesionales médicos y de la salud que hubieran intervenido en una prestación al asegurado, incluida la atención médica a domicilio.

5.1.4) Elementos para el tratamiento: Los aparatos auditivos, prótesis, órtesis, miembros artificiales y suministros de aparatos o equipos ortopédicos.

5.1.5) Servicio de ambulancia: Para trasladar al asegurado, desde y hacia un establecimiento asistencial se comprenderá el reembolso de los gastos derivados de ambulancias terrestres, áreas, marítimas, lacustres y fluviales o por medios análogos que, sin tener la condición de ambulancia, sean empleados con este fin médico, cualquiera sea la categoría del establecimiento asistencial de destino. Para traslados en regiones, la base de cálculo del beneficio será el arancel vigente convenido con el Hospital Dipreca, sólo para aquellos traslados en ambulancia de alta complejidad.

Indistintamente el medio utilizado, la compañía hará un reembolso del 80% con un tope de UF 20 para cada asegurado que solicite este beneficio.

5.1.6) Kinesiología: Se cancelarán los gastos correspondientes a Kinesiología con tope FONASA Nivel 1 en Santiago y sin tope en regiones.

5.1.7) Cobertura de Tratamientos Farmacológicos Oncológicos: Durante su convalecencia siempre que hayan sido prescritos por el médico tratante y según listado definido al momento del contrato. Cualquier excepción será evaluada por la Contraloría Médica de DIPRECA.

5.1.8) Los lentes o anteojos ópticos serán reembolsados por la Compañía aseguradora un 40% del valor facturado con un tope de UF 2 anual por cada asegurado durante el año póliza.

5.1.9) Tratamiento de salud mental psiquiátrico, serán reembolsados por la Compañía aseguradora en un 25% del valor de arancel Fonasa nivel 3.

5.2. Cobertura para imponentes pasivos:

En el caso de los asegurados imponentes pasivos y sus respectivas cargas legales o de salud, el reembolso ascenderá al 20%, según la aplicación de la base de cálculo establecida en la cláusula Reembolsos de Gastos de estas condiciones particulares.

Se entienden por gastos ambulatorios con cobertura para los imponentes pasivos aquellas prestaciones que no requieran de hospitalización efectuada o prescritas por un médico tratante y por los siguientes conceptos:

Consulta médica general (Códigos FONASA 0100000)
Exámenes de laboratorio (Códigos FONASA 0300000)
Imagenología (Códigos FONASA 0400000)
Radioterapia (Códigos FONASA 0500000)
Procedimientos ambulatorios Código Fonasa 17 y 18 (Incluye: endoscopia, colonoscopia, electrocardiograma, ecocardiograma, entre otros).

5.2.1) Cobertura de Tratamientos Farmacológicos Oncológicos: Durante su convalecencia siempre que hayan sido prescritos por el médico tratante y según listado definido al momento del contrato. Cualquier excepción será evaluada por la Contraloría Médica de DIPRECA.

6.- Cobertura en el Extranjero

La Compañía aseguradora reembolsará el 80% del valor facturado por los gastos en que incurran los asegurados imponentes activos de DIPRECA, con ocasión de prestaciones de salud recibidas en el extranjero efectuadas o prescritas por un médico tratante o profesional de la salud, mientras se encuentren en Comisión de Servicio por cualquier causa o motivo, como también a aquellos que permanezcan en el extranjero terminada la aludida comisión. El porcentaje de reembolso será correspondiente a la prestación y según la aplicación de la base de cálculo establecida en la cláusula Reembolsos de Gastos de estas condiciones particulares.

Lo anterior será aplicable a los asegurados titulares; al cónyuge en todo evento y a las cargas familiares o de salud afiliadas al Seguro que le acompañen durante la comisión o estancia posterior, con un monto máximo de US\$ 100.000 para asegurados imponentes activos de Dipreca con sus respectivas cargas y de US\$ 50.000 para asegurados imponentes pasivos de Dipreca y sus respectivas cargas, con los siguientes deducibles anuales:

- US\$ 50 individuales en Países Latinoamericanos.
- US\$ 100 individuales en los demás países.

Se entienden por gastos en el extranjero aquellos equivalentes y descritos en los números "1.1" a la "1.5" de "BENEFICIOS DE COBERTURA" tales como hospitalización, cirugía ambulatoria, cirugía dental por accidente y atenciones ambulatorias; los que pueden significar acumulativamente la atención de un asegurado de la póliza y sus familiares antes consignados, en las condiciones descritas en el numeral "6", en un establecimiento hospitalario, servicio médico, clínica o consulta profesional, por los conceptos mencionados anteriormente.

El mismo beneficio corresponderá a los funcionarios activos, que se encuentren en el extranjero por otra causa distinta a una comisión deservicio. En dicho caso, el porcentaje de concurrencia ascenderá al 50% de los gastos de acuerdo al reembolso será correspondiente a la prestación y según la aplicación de la base de cálculo establecida en la cláusula Reembolsos de Gastos de estas condiciones particulares.

Se establece que también tendrán cobertura las prestaciones médicas relacionadas con gastos efectuados en el extranjero por los asegurados imponentes pasivos de DIPRECA y sus cargas legales o de salud, según las prestaciones establecidas en las letras "1.1" a la "1.4" de "BENEFICIOS DE COBERTURA" por concepto de hospitalización, cirugía ambulatoria, cirugía dental por accidente y material desechable. En este, el porcentaje de reembolso será correspondiente a la prestación y según la aplicación de la base de cálculo establecida en la cláusula Reembolsos de Gastos de estas condiciones particulares.

Se excluye de este beneficio las prestaciones de Salud que pudiesen recibirse por enfermedades preexistentes diagnosticadas previamente en el territorio nacional.

7.- Desgravamen al Co-pago

La Compañía aseguradora protegerá contra el riesgo que pueda generar la muerte del imponente asegurado, que no hubiese alcanzado a pagar o que se encuentre pagando regularmente una deuda producto del co-pago de las prestaciones de salud recibidas por el imponente o sus respectivas cargas familiares, se encuentren o no bajo la cobertura del Seguro de Salud, después de las siguientes concurrencias:

- a) Seguro Obligatorio de accidente con participación de vehículos motorizados, establecido por la Ley N° 18.490.
- b) Concurrencia previsional de su respectivo régimen y de los servicios de bienestar a los que esté afecto.
- c) Cualquier Seguro Colectivo de Desgravamen contratado por DIPRECA para las deudas médicas de sus imponentes.

Terminada la vigencia de esta póliza, cesará toda responsabilidad de la Compañía aseguradora sobre los riesgos que cubre y no tendrá obligación alguna respecto de los siniestros que ocurran con posterioridad a la respectiva fecha de término; sin perjuicio de la que contraerá y mantendrá sobre los siniestros ocurridos y no reportados que efectivamente hayan sucedido durante la vigencia del Seguro.

Los riesgos antes aludidos podrán ser reembolsados directamente sobre las facturas o medios magnéticos de cobranza o contra la certificación de los saldos de los préstamos de beneficios médicos que la respectiva Institución de Salud Previsional hubiere otorgado a los asegurados, de acuerdo a la reglamentación que los rija.

El fallecimiento de un asegurado deberá ser acreditado con el respectivo certificado de defunción, otorgado en Chile por el Oficial de Registro Civil o por la autoridad competente en el extranjero, debidamente autenticado.

Esta cobertura no aplicará para los gastos realizados fuera de la red de convenios con DIPRECA.

8.- Cobertura de Diálisis:

La Compañía aseguradora deberá reembolsar el 5% del arancel Fonasa nivel 1, de los gastos en que incurran los asegurados imponentes activos y pasivos de Dipreca, con ocasión de las prestaciones de diálisis, que no requieran hospitalización y que sean prescritas por un médico tratante y necesarias para un tratamiento.

En la eventualidad de la prestación médica de Diálisis no esté codificada en los aranceles Fonasa se homologará a una de estas o alguna existente o utilizada en los centros médicos en convenio con DIPRECA. El reembolso anterior se efectuará después de la concurrencia de previsión de Carabineros de Chile.

9.- Cobertura de Radioterapia:

La Compañía aseguradora deberá reembolsar los gastos en que incurran los asegurados, con ocasión de la prestación de radioterapia que sean prescritas por un médico tratante y necesarias para su tratamiento. El porcentaje de reembolso será un 40% del monto correspondiente a la prestación.

10.- Seguro Catastrófico:

La Compañía aseguradora deberá reembolsar el 100% del copago del imponente después de haber utilizado el Sistema Previsional DIPRECA, el Seguro Complementario de Salud y de haber aplicado un deducible de UF 125.- producto de prestaciones médicas acumuladas durante el año póliza.

En caso de los gastos efectuados por material desechable, insumos y medicamentos incurridos por el asegurado en el Hospital DIPRECA, esta cobertura adicional catastrófica reembolsará el 25% del valor facturado.

Esta cobertura adicional catastrófica, se activará sólo cuando el monto a pagar por el asegurado, después de utilizado su Sistema Previsional y el Seguro Complementario de Salud, sea mayor al deducible establecido para esta cobertura.

El beneficio de cobertura adicional catastrófica es complementario al Sistema de Salud Previsional DIPRECA y a este Seguro Complementario de Salud, en consecuencia, el uso de éstos por parte de los asegurados es prioritario y obligatorio.

En caso de que el asegurado con sistema previsional de salud DIPRECA no utilice sistema previsional de salud, no se otorgará cobertura a través del beneficio de cobertura adicional catastrófica.

No obstante lo señalado en las Condiciones Generales del Seguro, depositada en la Comisión para el Mercado Financiero y en caso de que el sistema provisional de Salud o el seguro complementario de Salud no cubran un siniestro, no se otorgará cobertura a través del beneficio de cobertura adicional catastrófica.

Para los asegurados con Sistema Previsional distinto a DIPRECA, no se otorgará cobertura a través del beneficio de cobertura adicional catastrófica.

Adicionalmente se excluye de esta cobertura las atenciones médicas que se efectúen al asegurado como consecuencia de actos de servicio, las exclusiones señaladas más adelante, las prestaciones que sean para tratamientos estéticos, plásticos para fines de embellecimiento, cirugía oftalmológica para vicios de refracción, tratamientos de obesidad (sin validación de la Contraloría Médica de DIPRECA), hospitalización para fines de reposo, farmacia ambulatoria, cualquier tipo de alimento aunque sea con fines terapéuticos y cualquier tipo de medicina diferente a la tradicional, como tratamientos, atenciones y remedios homeopáticos, iriología, reflexología, etc. y materiales desechables.

Esta cobertura catastrófica tiene un reembolso máximo anual de UF 3.000.

ARTÍCULO N°9 PREEXISTENCIA:

a.- El seguro cubrirá las enfermedades preexistentes, por cuanto su beneficio comienza al mes siguiente del primer descuento, sin posibilidad de descuento de prima retroactiva.

b.- No se cubrirán los gastos médicos de los asegurados que se encuentren hospitalizados en la fecha inicial de vigencia de la respectiva póliza, salvo los que a igual fecha hubiese estado protegidos por otra póliza de seguros complementario de salud o que la Compañía aseguradora expresamente lo acepte a contar de la precitada fecha de vigencia.

ARTÍCULO N° 10 REEMBOLSOS DE GASTOS:

Los gastos derivados de las prestaciones amparadas por el presente Seguro, para los efectos de valorar los reembolsos, se determinarán de acuerdo a las siguientes bases de cálculo:

a) Los aranceles que se aplicarán durante el año 2024 en los hospitales o establecimientos institucionales de salud de Carabineros, de DIPRECA y las Fuerzas Armadas, a los imponentes activos, pensionados o montepiados, personal no afecto a DIPRECA y sus cargas familiares o sus cargas de salud de esta póliza.

- b) El arancel del Fondo Nacional de Salud [FONASA), del Grupo 1 de libre elección más un 20%, en el caso de los hospitales o establecimientos del Servicio Nacional de Salud, de los correspondientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud (Públicos) y de otros servicios o Instituciones del Estado, incluida la cirugía dental por accidente otorgada en tales servicios.
- c) Los aranceles previstos en los convenios de salud vigentes con diversos prestadores.
- d) El gasto total y efectivo en el caso de las atenciones otorgadas en el extranjero de conformidad a lo previsto en el ARTICULO N°8, numeral 6 de las presentes condiciones particulares, si el asegurado titular es imponente activo de DIPRECA y se encuentra en comisión de servicio, sin perjuicios de lo establecido en la letra siguiente.
- e) El citado arancel FONASA del Grupo 1 más 20%, cuando el asegurado titular es imponente activo y es hospitalizado en el extranjero y no se encuentre en Comisión de Servicio. Si la atención es ambulatoria y el asegurado tiene derecho a tal cobertura, el arancel será correspondiente al Grupo 1 de FONASA.
- f) El arancel FONASA del Grupo 1 más 20%, cuando el asegurado sea hospitalizado en el extranjero y corresponda a un imponente pasivo de DIPRECA o una carga familiar o de salud de éste. En la eventualidad que la prestación médica no esté codificada en los aranceles FONASA se homologará a una de éstas o a alguna existente que sea utilizada en los centros médicos en convenio con DIPRECA.
- g) El Grupo 2 de FONASA tratándose de las "cargas de salud"; y el Grupo 3 del mismo Fondo respecto del Personal no afecto a DIPRECA, sus cargas familiares y sus cargas de salud; para ambos segmentos en todo evento.
- h) Los aranceles correspondientes que rigen anualmente en el Servicio Médico-Dental de DIPRECA, para los gastos de la cirugía dental por accidente, cuando no estén definidos en las letras "a" a la "f" del presente.
- i) Los elementos para el tratamiento ambulatorio serán reembolsados de conformidad al listado de valores vigentes en FONASA o en los Hospitales y Centros de Salud Institucionales de Carabineros, de DIPRECA, de las Fuerzas Armadas u otra dependencia de Carabineros de Chile, Fuerzas Armadas, DIPRECA, Ministerio de Salud u Organismos del Estado.
A falta de tales listados, se calcularán con los valores de los Establecimientos afines con convenio vigente con el contratante. De no existir una definición acerca de sus valores, el reembolso se calculará en el porcentaje del efectivo, por cada uno de los elementos o de sus componentes.
- j) En el caso de otorgarse la prestación en establecimientos hospitalarios o asistenciales distintos a los señalados en las letras anteriores, los reembolsos se determinarán en relación al arancel FONASA Nivel 1 incrementado en un 20%, tratándose de hospitalización, y el mismo arancel FONASA 1 en atenciones ambulatorias, según corresponda.
En caso de prestaciones efectuadas por diálisis, la concurrencia del seguro se calculará utilizando el arancel FONASA Nivel 1.
- k) En el evento excepcional de no estar comprendida la prestación en ninguno de los aranceles señalados precedentemente, o no ser homologables a ninguno de éstos, la Compañía aseguradora deberá reembolsar el porcentaje que procediera de conformidad a lo previsto en estas condiciones particulares, calculado sobre la base del gasto total y efectivo que haya sido facturado.

l) Se considera que para los siniestros con cobertura en la póliza y ocurridos en el hospital Dipreca se aplicará el arancel institucional, el cual corresponderá al arancel FONASA nivel 2.

ARTÍCULO N° 11 EXCLUSIONES:

Exclusiones Desgravamen (POL220130095 Art. 3)

Este seguro no cubre el riesgo de muerte si el fallecimiento del Asegurado fuere causado por:

a) Suicidio, automutilación, o autolesión, a menos que de acuerdo al N° 8 del artículo 524 del Código de Comercio se acredite que el Asegurado actuó totalmente privado de la razón, correspondiendo, en todo caso, a la Compañía Aseguradora acreditar el hecho del suicidio.

No obstante, la Compañía Aseguradora pagará el capital asegurado al Beneficiario, si el fallecimiento ocurriera como consecuencia de suicidio, siempre que hubiera transcurrido el plazo señalado en las Condiciones Particulares de la póliza, el que a falta de estipulación en ellas, será de un (1) año completo e ininterrumpido, contado desde la fecha de inicio de vigencia de la cobertura del Asegurado indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, desde su rehabilitación, en su caso, o desde el aumento de capital asegurado. En este último caso, el plazo se considerará sólo para el pago de la indemnización correspondiente al incremento del capital asegurado.

b) Pena de muerte o por participación del Asegurado en cualquier acto delictivo.

c) Por quien pudiere verse beneficiado por el pago de la cantidad asegurada, mediante su participación como autor o cómplice en un acto que sea calificado por la ley como delito.

d) La participación activa del Asegurado en guerra internacional, sea que Chile tenga o no intervención en ella; en guerra civil, dentro o fuera de Chile; o en motín o conmoción contra el orden público dentro o fuera del país; o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad interior del Estado.

e) La participación activa del Asegurado en acto terrorista, entendiéndose por acto terrorista toda conducta calificada como tal por la ley, así como el uso de fuerza o violencia o la amenaza de ésta, por parte de cualquier persona o grupo, motivado por causas políticas, religiosas, ideológicas o similares, con la intención de ejercer influencia sobre cualquier gobierno o de atemorizar a la población, o a cualquier segmento de la misma.

f) La participación del Asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose por tales aquellas en las cuales se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.

g) La realización o participación en una actividad o deporte riesgoso, considerándose como tales aquellos declaradas por el asegurado e indicadas en las Condiciones Particulares de la póliza y que objetivamente constituyan una flagrante agravación del riesgo o se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos, en la medida que se indiquen éstos en las Condiciones Particulares de la póliza. A vía de ejemplo y sin que la enumeración sea taxativa o restrictiva sino que meramente enunciativa, se considerará actividad o deporte riesgoso el manejo de explosivos, minería subterránea, trabajos en altura o líneas de alta tensión, inmersión submarina, piloto civil, paracaidismo, montañismo, alas delta, benji, parapente, carreras de auto y moto, entre otros.

i) Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.

j) Una infección oportunistica, o un neoplasma maligno, si al momento de la muerte o enfermedad el asegurado sufría del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Con tal propósito, se entenderá por: "Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida", lo definido para tal efecto por la Organización Mundial de la Salud. Infección Oportunistica incluye, pero no debe limitarse a Neumonía causada por PneumocystisCarinii, Organismo de Enteritis Crónica, Infección Vírica o Infección Microbacteriana Diseminada.

Neoplasma Maligno incluye, pero no debe limitarse al Sarcoma de Kaposi, al Linfoma del Sistema Nervioso Central o a otras afecciones malignas ya conocidas o que puedan conocerse como causas inmediatas de muerte en presencia de una inmunodeficiencia adquirida. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida debe incluir Encefalopatía (demencia) de V.I.H. (Virus de Inmunodeficiencia Humano) y Síndrome de Desgaste por V.I.H. (Virus de Inmunodeficiencia Humano).

De ocurrir el fallecimiento del Asegurado debido a alguno de los hechos o circunstancias antes señaladas, se entenderá que no existe cobertura para el caso en particular, y producirá el término del seguro para dicho Asegurado, no existiendo obligación de indemnización alguna por parte de la Compañía Aseguradora. Conforme a lo anterior, y por su naturaleza, la póliza seguirá vigente para todos los efectos con respecto a los demás Asegurados.

Exclusiones Complementario de Salud (POL320180044 Art. 8)

La presente póliza no cubre gastos médicos en que haya incurrido un asegurado que sean relativos a alguna de las prestaciones, medicamentos, gastos farmacéuticos, procedimientos o estudios que se indican a continuación, o se originen, o sean consecuencia o complicación de alguna incapacidad que se menciona en el presente artículo. No obstante lo indicado, si en el cuadro de beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza se considera cobertura para alguna prestación o servicio médico excluido mediante este artículo, se entenderá que la prestación o servicio médico se encuentra cubierto de acuerdo a los porcentajes y límites de reembolso o pago indicados en dicho cuadro de beneficios. Se encuentran excluidos de cobertura:

- a) La hospitalización para fines de reposo, de rehabilitación, como asimismo la hospitalización, consultas, exámenes y/o tratamientos por enfermedades psiquiátricas y/o psicológicas.
- b) Curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento.
- c) Cirugía y/o tratamientos estéticos, cosméticos, plásticos, dentales, ortopédicos y otros tratamientos que sean para fines de embellecimiento o tengan como finalidad para corregir malformaciones producidas por enfermedades o accidentes anteriores a la fecha de vigencia inicial del asegurado en la póliza.
- d) Cirugía plástica, estética, cosmética o reparadora y tratamientos secundarios a dichas cirugías, a menos que sea necesitada por una lesión accidental que ocurra mientras el asegurado se encuentre amparado por la póliza.
- e) Tratamientos por adicción a drogas, alcoholismo o tabaquismo. Lesión, enfermedad o tratamiento causado por ingestión de alcohol, somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares, o hechos deliberados que cometa el asegurado, tales como los intentos de suicidio, lesiones auto inferidas y abortos provocados.
- g) No se consideran para efecto de este seguro como enfermedad la cirugía y/o tratamientos a causa de :
 - i. Cirugía por obesidad o sobrepeso, independientemente del grado de obesidad o sobrepeso del asegurado, sus tratamientos, consecuencias y complicaciones, excepto cuando se haya contratado la cobertura de Cirugía

Bariátrica descrita en el Beneficio de Hospitalización del Artículo N° 3 de este condicionado y esté expresamente indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

ii. Una Cirugía Maxilofacial, excepto cuando se haya contratado la cobertura de Cirugía Maxilofacial descrita en el Beneficio de Hospitalización del artículo N° 3 de este condicionado, y esté expresamente indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

iii. Una Cirugía de Rinoplastia y/o Septoplastia, excepto cuando se haya contratado la cobertura de Cirugía de Rinoplastia y/o Septoplastia descrita en el Beneficio de Hospitalización del artículo N° 3 de este condicionado, y esté expresamente indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

iv. Cirugía de reducción o aumento mamario y ginecomastia por cualquier causa, aunque sean para fines terapéuticos.

v. Estudios y tratamientos por talla baja, gigantismo y todo tipo de hormonas del crecimiento, así como también antagonistas LH y RH.

vi. Tratamientos y/o cirugías oculares para vicios o defectos de refracción, tales como, miopía, astigmatismo, hipermetropía, y otras enfermedades oculares.

vii. Esterilización quirúrgica femenina y masculina independiente de la causa por la cual se indique.

viii. Estudios de diagnóstico y tratamientos y procedimiento que tengan relación con problemas de esterilidad, impotencia masculina o femenina, fertilidad e infertilidad, sus complicaciones y consecuencias.

ix. Tratamientos para adelgazar.

h) Los siguientes insumos o gastos farmacéuticos no se cubrirán, aún cuando éstos sean con fines terapéuticos, ellos son:

i. Insumos ambulatorios no utilizados en una cirugía.

ii. Cualquier tipo de alimento o sustitutos alimenticios, aunque sean con fines terapéuticos.

iii. Homeopatías y/o Recetario Magistral.

iv. Cremas, lociones faciales, jabones, shampoo, filtros solares, medias antiembólicas o para el tratamiento de várices.

v. Medicamentos biológicos e inmunoterapias.

i) Lesión o enfermedad causada por:

i. Guerra civil o internacional, sea que esta haya sido declarada o no, invasión y actividades u hostilidades de enemigos extranjeros.

ii. Participación activa del asegurado en rebelión, revolución, insurrección, poder militar, terrorismo, sabotaje, tumulto o conmoción contra el orden público, dentro o fuera del país.

iii. Participación del asegurado en actos calificados como delitos por la ley.

iv. Negligencia, imprudencia o culpa grave por parte del asegurado.

v. Encontrarse el Asegurado bajo los efectos de drogas o alucinógenos o en estado de ebriedad, de acuerdo a la graduación establecida en la legislación vigente a la fecha del hecho constatado mediante la documentación emanada de la autoridad u organismo competente.

vi. Accidentes provocados por conducir un vehículo motorizado en estado de ebriedad, de acuerdo a la graduación establecida en la legislación vigente a la fecha del accidente, constatado mediante la documentación emanada de la autoridad u organismo competente.

vii. Fusión y fisión nuclear o cualquier accidente nuclear.

j) Todo tipo de exámenes dentales, extracciones, empastes, cirugía y/o tratamiento dental en general, como también todo tipo de Cirugía Maxilofacial, a excepción de la necesaria a raíz de un accidente ocurrido durante la vigencia del asegurado en la póliza, sólo serán cubiertas si se ha contratado el beneficio o la cobertura adicional dental

correspondiente, en los porcentajes y monto asegurado que para ella se definan en las condiciones particulares de la póliza.

k) Aparatos auditivos, lentes o anteojos ópticos y de contacto, prótesis, órtesis, miembros artificiales y suministro de aparatos o equipos médicos y/u ortopédicos, así como también la adquisición o arriendo de equipos, tales como: sillas de ruedas, camas médicas, ventiladores mecánicos, etc. La compañía de seguros sólo reembolsará o pagará uno o más de estos elementos en la medida que estén expresamente indicados en las Condiciones Particulares bajo la cobertura de Beneficio Ambulatorio.

l) Tratamientos, visitas médicas, exámenes, medicamentos, remedios o vacunas para el sólo efecto preventivo, no inherentes o necesarios para el diagnóstico de una incapacidad, a excepción de los gastos por control de niño sano y control ginecológico que serán reembolsados de acuerdo a la cobertura contratada de la póliza.

m) Hospitalización domiciliaria y la atención particular de enfermería fuera del recinto hospitalario.

n) Gastos por acompañantes, mientras el asegurado se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comidas y similares

o) Lesión o enfermedad surgidas de la ocupación del asegurado, cubierta por la legislación de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.

p) Epidemias o pandemias oficialmente declaradas por la autoridad competente o por el organismo de salud mundial competente, respectivamente.

t) Tratamientos, drogas o medicamentos que sean utilizados habitualmente como método anticonceptivo, aún cuando su prescripción se indique como necesaria para el tratamiento de otra enfermedad distinta al de la anticoncepción. En estos se incluirán anticonceptivos tradicionales o de emergencia, anovulatorios, DIU, métodos de barrera, y otros de similares o distintos principios.

u) Iriología, reflexología y en general tratamientos médicos no tradicionales o experimentales, empíricos y también la medicina alternativa.

v) Realización o participación habitual o no habitual en una actividad o deporte riesgoso, considerándose como tales aquellos que objetivamente constituyan una agravación del riesgo o se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos. A vía de ejemplo, y sin que la enumeración sea taxativa o restrictiva sino que meramente enunciativa, se considera actividad o deporte riesgoso el manejo de explosivos, la minería subterránea, los trabajos en altura o líneas de alta tensión, la inmersión submarina, el pilotaje civil, el paracaidismo, el montañismo, las alas delta, el benji, el parapente, las carreras de autos y motos, entre otros.

w) Criopreservación, así como la compra de células madre, sangre, hemoderivados y cualquier otro tejido u órgano.

x) Gastos que no estén expresamente indicados en el Cuadro de Beneficios detallado en las Condiciones Particulares de la Póliza, como asimismo, gastos de exámenes y procedimientos a través de nuevas tecnologías no reconocidas por el sistema previsional de salud.

y) Gastos de costo del asegurado que fueron reembolsados por el fondo de los excedentes de cotizaciones del sistema Isapre, al cual pertenece el asegurado.

ARTÍCULO N°12 PAGO DE SINIESTROS:

Los siniestros serán cancelados dentro de los 10 días siguientes de efectuada la cobranza a la Compañía aseguradora, por parte de DIPRECA; o haberse recibido en dicha Empresa el cobro correspondiente por cualquier otro medio, relativo a los asegurados y sus cargas familiares; cobro que hará DIPRECA para recuperar los montos cancelados en virtud del artículo 21 del Decreto 509 de 1989, del Ministerio de Defensa Nacional, Reglamento de Medicina Curativa de DIPRECA.

Al personal no afecto a DIPRECA y a quienes se incorporen como cargas de salud se reembolsará dentro de igual plazo, contado desde la fecha de entrega de la documentación correspondiente a la oficina de la aseguradora.

A los asegurados que concurren directamente a la Compañía a solicitar el reembolso, por corresponder a prestaciones sin cobertura previsional de DIPRECA, también se reembolsará en el plazo de los 10 días de presentado el comprobante del gasto o la respectiva liquidación, de lo cual la Compañía deberá dar cuenta mensual a DIPRECA.

Asimismo, será obligación de la Compañía aseguradora remitir al contratante, un listado mensual de los siniestros no liquidados, para su aclaración o ajuste a los términos de la póliza, por grupos de asegurados.

Para aquellas prestaciones otorgadas en los establecimientos de salud de Carabineros, la Compañía efectuará un pago previsional de los reembolsos que correspondan, dentro del plazo de 10 días de recibida copia de las cobranzas canalizadas a través de DIPRECA, montos que posteriormente se imputarán a las correspondientes liquidaciones definitivas.

El plazo para solicitar reembolsos del período de cobertura comprendido entre el 01 de Enero de 2023 y el 31 de Diciembre de 2023, se entenderá cumplido el día 31 de Mayo de 2024, fecha después de la cual no se aceptarán más cobranzas del año póliza 2023. Para el período de cobertura entre el 01 de Enero de 2024 y el 31 de Diciembre del 2024 el plazo máximo para solicitar reembolsos será el día 31 de Mayo de 2025 y para el período de cobertura entre el 01 de Enero de 2025 y el 31 de Diciembre del 2025 el plazo máximo para solicitar reembolsos será el día 31 de Mayo de 2026.

Igualmente, el plazo para solicitar reembolsos de siniestros que fueron rechazados por la Compañía no podrá exceder los noventa (90) días contados desde la fecha en la cual estos fueron rechazados por la Compañía Aseguradora. Lo anterior no aplica cuando el rechazo es por errores en el proceso de asegurabilidad (altas y bajas) de los imponentes.

ARTÍCULO N° 13 AJUSTES SEMESTRALES:

La Compañía conjuntamente con DIPRECA, revisará semestralmente las primas de la póliza, a fin de ajustarla en cuanto a valores y/o coberturas de modo de ajustarse a la siniestralidad objetivo del 94,5%. Adicionalmente, esta póliza considera una revisión anual de las primas, coberturas y condiciones del seguro para el nuevo año de cobertura, las que se hará en los meses de diciembre de cada año.

ARTÍCULO N° 14 CONDICIONES DE INGRESO:

No habrá máximo de edad para incorporarse al Seguro Complementario de Salud y el derecho a su cobertura comienza al mes siguiente del primer descuento de primas sin posibilidad de descuentos de primas retroactivas.

ARTÍCULO N° 15 CAMBIO CARGA FAMILIAR A CARGA DE SALUD:

Para el cambio de cargas familiares a cargas de salud, o viceversa, bastará una petición simple del asegurado, aceptando el mayor descuento de haberlo.

ARTÍCULO N° 16 REINCORPORACION AL ASEGURADO COMPLEMENTARIO DE SALUD:

Los asegurados que hubiesen renunciado voluntariamente al Seguro y que deseen reincorporarse al mismo, podrán hacerlo previa solicitud simple y pago de las primas faltantes del respectivo año póliza, sin poder- relíquidar atenciones médicas anteriores.

ARTÍCULO N° 17 PRIMA MENSUAL:

La prima bruta mensual por cada persona asegurada será la indicada en recuadro adjunto, a contar del 01 de julio de 2024 y hasta el 31 de diciembre de 2024:

Primas brutas por asegurado	Gendarmería	Dipreca	Retiro	Montepío	Código del Trabajo	Exonerado	Subsecretaría de Investigaciones
Institucional Imponente	\$19.853	\$19.853	\$25.970	\$25.970	\$19.853	\$19.853	\$19.853
Institucional Cargas	\$19.853	\$19.853	\$25.970	\$25.970	\$19.853	\$19.853	\$19.853
Supremo Imponente	\$23.277	\$23.277	\$28.835	\$28.835	\$23.277	\$23.277	\$23.277
Supremo Cargas	\$23.277	\$23.277	\$28.835	\$28.835	\$23.277	\$23.277	\$23.277
Cargas de Salud	\$31.959	\$31.959	\$31.959	\$31.959	\$31.959	\$31.959	\$31.959

Devolución de prima, es un proceso excepcional y solo se puede aplicar en las siguientes situaciones:

- Quando el imponente pasivo no requiere el seguro y fue incluido en este al momento de obtener pensión.
- Quando el imponente activo se le han descontado primas por alguna carga familiar que no tiene reconocida legalmente en DIPRECA.
- Quando fallece una carga familiar es cesada por DIPRECA y se le sigue descontando la prima del seguro.
- Quando una carga familiar es cesada por DIPRECA y se le sigue descontando la prima del seguro.

Tipo Cobranza: ANTICIPADA

ARTÍCULO N° 18 TERMINO ANTICIPADO DEL CONTRATO:

No obstante lo establecido en las condiciones generales de la póliza, el contratante y la compañía acordarán fijar en 60 días el plazo para dar aviso de término anticipado del contrato por escrito, mediante el envío de carta certificada dirigida al domicilio de la parte por la entidad que no desea perseverar el seguro.

ARTÍCULO N°19 DEVOLUCIÓN POR EXPERIENCIA FAVORABLE:

Dentro del período comprendido entre el 31 de mayo de 2024 y 31 de julio de 2024, la Compañía Aseguradora hará

un balance de ingresos y egresos durante el período de cobertura 2021 a 2024, y sobre el excedente devolverá a los asegurados el 100% en la forma y condiciones siguientes:

El excedente "E", estará conformado por los ítemes de la fórmula:

$E = (a-b-c-d)$, donde:

a: prima recaudada

b: reembolsos pagados (siniestro mensual, catastrófico, desgravamen, directos)

c: reserva de reembolsos pendientes de pago por parte de la Compañía

d: porcentaje de administración del 5,5% de la prima recaudada

En el evento de existir valores para el excedente antes descrito, éstos deberán ser restituidos a los asegurados antes del 30 de septiembre de 2025, para lo cual la compañía Aseguradora pondrá a disposición de los asegurados vale vistas electrónicos u otro medio de pago electrónico acordado con el Contratante. Los avisos a los asegurados serán gestionados por el Contratante.

Una vez acordado el valor y pago de este excedente, la Compañía no tendrá más obligaciones de pago de siniestros por esta cartera y cesará su responsabilidad sobre siniestros ocurridos y no reportados, así como reliquidaciones o ajustes de siniestros ya declarados.

ARTÍCULO N° 20 CONDICIONES ESPECIALES:

1. La cobertura de Honorarios Médicos, tanto por cirugías ambulatorias y hospitalizaciones, será de un 10% del valor cobrado cuando el prestador sea el HOSPITAL DE CARABINEROS, RUT: 60.505.723-3.
2. No se pagarán honorarios médicos quirúrgicos, por procedimientos y cirugías ambulatorias así como también procedimientos y cirugías Hospitalarias del HOSPITAL DIPRECA.

ARTÍCULO N° 21 VIGENCIA DE LA POLIZA:

El presente seguro tendrá vigencia por un periodo de 36 meses a contar desde el 01 de enero del 2024 hasta el 31 de diciembre del 2026.

ARTÍCULO N° 22 CUADRO BENEFICIOS:

TIPO PRESTACION	TIPO DE PRESTADOR	ARANCEL	TIPO DE BENEFICIARIO	% DE APORTE	
Procedimientos Hospitalizados	Hospital Dipreca	Fonasa nivel 2	Gendarmería/Mutual/Dipreca/Pasivos/Montepíos	30% vc	
	Hospital de Carabineros	Fonasa nivel 2	Gendarmería/Mutual/Dipreca/Pasivos/Montepíos	30% vc	
	Hospitales FF.AA.	Convenido	Gendarmería/Mutual/Dipreca/Pasivos/Montepíos	30% vc	
	Ministerio de Salud	(excepto auto gestionables)	Gendarmería/Mutual/Dipreca/Pasivos/Montepíos	30% vc	
	Convenio suscrito	Convenido	Gendarmería/Mutual/Dipreca/Pasivos/Montepíos	30% vc	
	Prestador sin convenio	Particular	Gendarmería/Mutual/Dipreca/Pasivos/Montepíos	30% F1 + 20%	
	Reintegro	Particular	Gendarmería/Mutual/Dipreca/Pasivos/Montepíos	30% F1 + 20%	
Excepciones hospitalización	Medicamentos	Hospital Dipreca	Convenido	Gendarmería/Mutual/Dipreca/Pasivos/Montepíos	20% vc
		Otros prestadores	Convenido	Gendarmería/Mutual/Dipreca/Pasivos/Montepíos	30% vc
	Material desechable	Hospital Dipreca	Convenido	Gendarmería/Mutual/Dipreca/Pasivos/Montepíos	20% vc
		Otros prestadores	Convenido	Gendarmería/Mutual/Dipreca/Pasivos/Montepíos	20% vc
	Prótesis	Hospital Dipreca	Convenido	Gendarmería/Mutual/Dipreca/Pasivos/Montepíos	30% vc
		Otros prestadores	Convenido	Gendarmería/Mutual/Dipreca/Pasivos/Montepíos	30% vc

TIPO PRESTACION		TIPO DE PRESTADOR	ARANCEL	TIPO DE BENEFICIARIO	% DE APORTE
Cirugías Ambulatorias		Hospital Dipreca	Fonasa nivel 2	Gendarmería/Mutual/Dipreca/Pasivos/Montepíos	35% vc
		Hospital de Carabineros	Fonasa nivel 2	Gendarmería/Mutual/Dipreca/Pasivos/Montepíos	35% vc
		Hospitales FF.AA.	Convenido	Gendarmería/Mutual/Dipreca/Pasivos/Montepíos	35% vc
		Ministerio de Salud	(excepto auto gestionables)	Gendarmería/Mutual/Dipreca/Pasivos/Montepíos	35% vc
		Convenio suscrito	Convenido	Gendarmería/Mutual/Dipreca/Pasivos/Montepíos	35% vc
		Prestador sin convenio	Particular	Gendarmería/Mutual/Dipreca/Pasivos/Montepíos	35% F1+ 20%
		Reintegro	Particular	Gendarmería/Mutual/Dipreca/Pasivos/Montepíos	35% F1+ 20%
Excepciones Cirugías Ambulatorias	Medicamentos	Hospital Dipreca	Convenido	Gendarmería/Mutual/Dipreca/Pasivos/Montepíos	30% vc
		Otros prestadores	Convenido	Gendarmería/Mutual/Dipreca/Pasivos/Montepíos	30% vc
	Material desechable	Hospital Dipreca	Convenido	Gendarmería/Mutual/Dipreca/Pasivos/Montepíos	20% vc
	Cirugía Cataratas	Hospital Dipreca	Fonasa nivel 2	Gendarmería/Mutual/Dipreca/Pasivos/Montepíos	30% vc
		Hospital de Carabineros	Fonasa nivel 2	Gendarmería/Mutual/Dipreca/Pasivos/Montepíos	30% vc
		Hospitales FF.AA.	Convenido	Gendarmería/Mutual/Dipreca/Pasivos/Montepíos	30% vc
		Ministerio de Salud	(excepto auto gestionables)	Gendarmería/Mutual/Dipreca/Pasivos/Montepíos	30% vc
		Convenio suscrito	Convenido	Gendarmería/Mutual/Dipreca/Pasivos/Montepíos	30% vc
		Prestador sin convenio	Particular	Gendarmería/Mutual/Dipreca/Pasivos/Montepíos	30% F1+ 20%
		Reintegro	Particular	Gendarmería/Mutual/Dipreca/Pasivos/Montepíos	30% F1+ 20%

TIPO PRESTACION		TIPO DE PRESTADOR	ARANCEL	TIPO DE BENEFICIARIO	% DE APOORTE	OBSERVACIÓN
Ambulatorio	Hospital Dipreca	Fonasa nivel 2	Gendarmería/Mutual/Dipreca	30% vc		
			Pasivos y Montepíos	20% vc	Códigos 01, 03, 04, 05, 29, 17 y 18	
	Hospital de Carabineros	Fonasa nivel 2	Gendarmería/Mutual/Dipreca	30% vc		
			Pasivos y Montepíos	20% vc		
	Hospitales FF.AA.	Convenido	Gendarmería/Mutual/Dipreca/Pasivos/Montepíos	30% vc		
			Pasivos y Montepíos	20% vc	Códigos 01, 03, 04, 05, 29, 17 y 18	
	Ministerio de Salud	(excepto auto gestionables)	Gendarmería/Mutual/Dipreca	30% vc		
			Pasivos y Montepíos	20% vc	Códigos 01, 03, 04, 05, 29, 17 y 18	
	Convenio suscrito	Convenido	Gendarmería/Mutual/Dipreca	30% vc		
			Pasivos y Montepíos	20% vc	Códigos 01, 03, 04, 05, 29, 17 y 18	
	Prestador convenio sin	Particular	Gendarmería/Mutual/Dipreca	30% F1		
			Pasivos y Montepíos	20% F1	Códigos 01, 03, 04, 05, 29, 17 y 18	
	Reintegro	Particular	Gendarmería/Mutual/Dipreca	30% F1		
			Pasivos y Montepíos	20% F1	Códigos 01, 03, 04, 05, 29, 17 y 18	
Excepciones ambulatorias	Medicamentos	Todos	Convenido	Todos	0%	
	Material desechable	Hospital Dipreca	Convenido	Todos	0%	
		Otros prestadores	Convenido	Todos	0%	
	Kinesiología	Todos	Convenido	Gendarmería/Mutual/Dipreca	35% tope F1	
				Pasivos y Montepíos	0%	
	Drogas oncológicas	Todos	Convenido	Todos	20% vc	Nómina de medicamentos
	Tratamientos psiquiátricos	Todos	Convenido	Gendarmería/PDI/Mutual/Dipreca	25% F3	
Radioterapia	Todos	Convenido	Todos	40% vc		

Anexo N°1**INFORMACIÓN SOBRE PRESENTACIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS**

En virtud de la Circular nro. 2.131 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, beneficiarios o legítimos interesados o sus mandatarios.

Las presentaciones pueden ser efectuadas en todas las oficinas de las entidades que se atienda 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 Comisión Para el Mercado Financiero, área de protección al inversionista y asegurado, cuyas oficinas se encuentran ubicadas en avda. Libertador Bernardo O'Higgins 1449 piso 1, Santiago, o a través del sitio web www.cmfchile.cl.

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.

Anexo N°2**(Circular N° 2106 Comisión Para el Mercado Financiero)****PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACION DE SINIESTROS****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 **45 días** corridos desde fecha 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) 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 Comisión Para el Mercado Financiero, 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 de 29 de diciembre de 2012).

9) IMPUGNACION 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 o la compañía dispondrá de un plazo de 6 días hábiles para responder la impugnación.