



NUEVO
Seguro
Colectivo
Plan Empresa

Manual exclusivo para Ejecutivos de Venta

TU VIDA ES LO QUE NOS MUEVE

 **CONSORCIO**
SEGUROS PREVISION AHORRO BANCO

❖ NUEVO SEGURO COLECTIVO PLAN EMPRESA

Nuevo Seguro Colectivo de Vida y Salud especialmente diseñado para empresas, asociaciones gremiales o sindicatos **con un mínimo 10 trabajadores hasta 60 trabajadores**. Cubre los gastos médicos e indemniza en caso de fallecimiento, cubiertos por la póliza, a los trabajadores asegurados y a su Grupo Familiar.

Este seguro puede ser contratado a través del empleador, asociación gremial o sindicato, **que no tengan un Seguro Complementario de Salud vigente**.

La póliza contratada dará cobertura al asegurado titular y a su grupo familiar, entendiéndose por tales, su cónyuge o conviviente e hijos. Los trabajadores y su grupo familiar deben estar afiliados a un Sistema de Salud Previsional (Isapre o Fonasa).

❖ **Condicionados Generales y Adicionales asociados a este producto son:**

- POLIZA COLECTIVA COMPLEMENTARIO DE SALUD POL 320131719.
- SEGURO COLECTIVO DE VIDA POL 220130974.
- CLAUSULA DE MUERTE ACCIDENTAL CAD 220131587.
- CLAUSULA ADICIONAL DE INVALIDEZ ACCIDENTAL CAD 220131581.
- CLAUSULA DE INVALIDEZ PERMANENTE DOS TERCIOS CAD 220131583.

❖ **Coberturas:**

Cuenta con 2 coberturas base y 2 opcionales adicionales:

- El Seguro Colectivo Complementario de Salud reembolsará el porcentaje convenido de aquellos gastos médicos incurridos por el asegurado o por su grupo familiar, no cubiertos por su sistema previsional de salud (Isapre o Fonasa).

❖ **SEGURO COLECTIVO COMPLEMENTARIO DE SALUD:**

• Tope anual de reembolso por beneficiario	UF 400
• Deducible anual por asegurado	UF 0,5
• Porcentaje de reembolso ambulatorio	80% o 60%

Considera: reembolso en línea con IMED (consultas generales y exámenes de baja complejidad) y convenio de reembolso en línea con Farmacia Cruz Verde.

- El Seguro Colectivo de Vida pagará el capital asegurado en caso de fallecimiento cubierto del trabajador titular por enfermedad o accidente al o a los beneficiarios designados en la póliza. Además, incluye coberturas adicionales por Muerte Accidental, Invalidez Accidental e Invalidez Total y Permanente 2/3.

❖ **SEGURO COLECTIVO DE VIDA:**

• Capital Fallecimiento	UF 500
• Capital Muerte Accidental	UF 500
• Capital Invalidez Accidental	UF 500
• Capital Invalidez Total y Permanente 2/3	UF 500

- De forma opcional, se podrá contratar la cobertura Dental que reembolsará el porcentaje convenido en la póliza de aquellos gastos dentales incurridos por el asegurado o su grupo familiar y la cobertura catastrófica (por extensión) reembolsa parte de los gastos médicos mayores incurridos por el asegurado, que no hayan sido cubiertos por los sistemas previsionales de salud (Isapre o Fonasa).

❖ COBERTURA OPCIONAL DENTAL:

• Tope anual de reembolso por beneficiario	UF 20 o UF 15 o UF 10
• Deducible anual por asegurado	UF 0,5
• Porcentaje de Reembolso	50%

❖ COBERTURA OPCIONAL CATASTRÓFICA:

• Tope anual de reembolso por beneficiario	UF 2.000 o UF 1.000
• Deducible anual por asegurado	UF 400
• Porcentaje de Reembolso	100%

❖ ¿Qué personas pueden ingresar a este seguro?

Pueden ingresar los trabajadores activos o afiliados que mantienen vínculo contractual con la empresa, asociación gremial o el sindicato contratante. El trabajador, como asegurado titular, podrá incorporar además a su cónyuge o conviviente e hijos.

Es requisito para ingresar que el titular y su cónyuge sean menores de 65 años de edad. Los hijos deben ser menores de 18 años de edad. En caso de hijos estudiantes a tiempo completo, solteros y dependientes económicamente del titular, deberán ser menores de 24 años de edad y acreditar las demás circunstancias exigidas.

Durante la vigencia del contrato podrán incorporarse los nuevos trabajadores de la empresa con su respectivo grupo familiar o bien nuevos dependientes (hijos recién nacidos y cónyuges por matrimonio recién contraído o conviviente), debiendo notificar de estos hechos a la compañía aseguradora.

❖ Formas de pago

La prima debe ser pagada de forma mensual y el pago se debe realizar a través de depósito bancario o transferencia electrónica:

Banco: Banco BCI

N° Cuenta: 10132899

Correos electrónicos: pagos.colectivos@consorcio.cl

Enviar correo electrónico notificando el pago a la casilla señalada anteriormente, indicando Número de Póliza y RUT Contratante.

En caso de no pago de prima, después del periodo de gracia de 30 días, se cortarán los beneficios.

❖ Movimiento de asegurados

- Incorporaciones: los asegurados deben completar la Solicitud de Incorporación Seguros Colectivos, estos formularios deben ser enviados en un sobre cerrado a Av. El Bosque Sur N° 180, Piso I, Las Condes.
- Movimientos y actualización de datos deberán ser enviados a colectivos@consorcio.cl, dentro de estas solicitudes se consideran:
 - ✓ Altas de asegurados (solo cobertura Dental).
 - ✓ Bajas de asegurados.
 - ✓ Corrección de datos como por ejemplo: nombres, fechas de nacimientos, correo electrónico, cuenta corriente, etc.
 - ✓ Cambios de filial.
 - ✓ Cambios de grupo (con mismas coberturas).
- Solicitudes Especiales y Regularizaciones de asegurados al correo electrónico: postventa.colectivos@consorcio.cl.

❖ Cobranzas y Facturas

- Cobranza Anticipada: se genera nómina de asegurados con los movimientos hasta el día 25 de cada mes, se genera cobranza del mes siguiente.
- Cobranza Vencida: se genera nómina de asegurados con los movimientos hasta el día 10 de cada mes, se genera cobranza del mes en curso.
- Facturación Por Cobrar: se genera factura y se envía junto a la nómina y aviso de cobranza. La factura tiene una validez de 30 días para su pago.
- Facturación Contra Pago: se genera factura una vez que se haya recibido el pago indicado según nómina y aviso de cobranza. La factura tiene una validez de 30 días.

❖ ¿ Cómo se solicitan los reembolsos de gastos médicos y/o dentales ?

Existen 3 canales para reembolsar los gastos médicos y/o dentales, para los cuáles existe un plazo máximo de 60 días para ser presentados:

- 1.- IMED:** los gastos médicos que correspondan a Consultas Médicas Generales y Exámenes de baja complejidad, se bonificarán en línea (en las instituciones que tengan habilitadas el sistema IMED). Este gasto no debe ser presentado en la Compañía, dado que ya se encontrará reembolsado.
- 2.- Portal de Reembolso:** es posible solicitar reembolsos de gastos médicos, dentales ambulatorios y medicamentos sin formulario con copago máximo de 7 UF. La ruta de acceso directo es <http://www.consorcio.cl/reembolso-medico> y el ingreso es mediante Rut y clave del asegurado titular.
- 3.- Tradicional:** efectuado un gasto médico/dental reembolsable y luego de obtener el aporte correspondiente de la Isapre, Fonasa o cualquier otro beneficio de salud, debe presentarse la siguiente documentación dentro de los siguientes plazos:

- Formulario de Denuncio Reembolso Gastos Médicos o Dental, debe ser completado en su totalidad, incluyendo la Sección Declaración Médica que debe ser completada de por el médico tratante, indicando el diagnóstico que generó la prestación.
- Adjuntar documentos originales extendidos a nombre del paciente, tales como facturas, copias de bonos u órdenes de atención del afiliado.
- Para los gastos de hospitalización se debe presentar el programa médico timbrado por Isapre o Fonasa, con originales de bonos si corresponde y otros comprobantes de gastos, tales como fotocopia de facturas y/o boletas, detalles de cuenta que incluyan medicamentos, días de hospitalización, procedimientos, cirugías, fotocopias de boletas de honorarios médicos, prefacturas, etc.
- Para los gastos de farmacia ambulatoria se debe presentar la receta original a nombre del beneficiario (nombre y apellidos completos) timbradas por la farmacia, más la boleta original, la que debe identificar el o los medicamentos y su costo unitario, adjunto a los Denuncios de Reembolso.

Ante una presentación no cubierta por la Isapre, pero cubierta por el Seguro Complementario de Salud, es requisito que se adjunte a la documentación requerida, la boleta original del gasto médico con timbre de la Isapre “No Bonificable”, informando además las razones por las cuales no obtiene el beneficio. De lo anterior se exceptúan los medicamentos.

❖ ¿Cómo y cuándo denuncio un siniestro de fallecimiento?

El interesado debe realizar el denuncia a la compañía de seguros hasta 30 días ocurrido el siniestro, entregando los siguientes documentos:

- Certificado de defunción original del asegurado.
- Certificado de nacimiento original u otro documento que acredite la fecha de nacimiento del asegurado.
- Cuestionario médico de fallecimiento.
- Parte policial y alcoholemia (si correspondiese) cuando se trate de un accidente o una causa distinta a la muerte natural.

❖ Vigencia y renovación

La vigencia de la póliza será anual y está sujeta a renovación en base a la voluntad y acuerdos de las partes contratantes.

❖ Comisiones

La comisión por póliza emitida es el 7% de la prima neta mensual recaudada, que será pagada en la liquidación del mes siguiente.

❖ Exclusiones

Las principales exclusiones de este producto son las que se originen por:

- Enfermedades o Dolencias Preexistentes.
- Tratamientos, visitas o consultas médicas, exámenes, medicamentos, remedios o vacunas para el solo efecto preventivo, no inherente o necesario para el diagnóstico de una incapacidad.
- Hospitalización, rehabilitación, consultas, exámenes y tratamientos por enfermedades psicológicas y/o psiquiátricas.

- Curas de reposo, hospitalizaciones para fines de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento.
- Cirugías y/o tratamientos médicos, estéticos, cosméticos, plásticos, reparadores, maxilofaciales, ortopédicos y otros tratamientos que sean con fines de embellecimiento, a menos que sean requeridos por una lesión accidental que ocurra mientras el asegurado se encuentre amparado por la póliza.
- Cirugías y/o tratamientos médicos, estéticos, cosméticos, plásticos, reparadores, maxilofaciales, ortopédicos y otros tratamientos que tengan por objetivo corregir malformaciones congénitas.
- Tratamientos por adicción a drogas, alcoholismo o tabaquismo y sus consecuencias, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), lesión, enfermedad o tratamientos causado por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares.
- Lesión o enfermedad causada por guerra, participación en rebelión, terrorismo, negligencias, imprudencias, actos delictivos, suicidios, lesiones auto inferidas o abortos provocados.
- Toda cobertura que no se encuentre expresamente contratada.
- Lesión o enfermedades surgidas de la ocupación del asegurado, cubierta por la legislación de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.
- Epidemias oficialmente declaradas.
- Participación del asegurado en cualquier acto delictivo, en calidad de autor, cómplice o encubridor.
- Siniestro causado dolosamente por el beneficiario o quien pudiera reclamar el capital asegurado, respecto de dicho beneficiario.
- Participación del asegurado en actos temerarios, notoriamente imprudentes o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
- Realización de una actividad o deporte riesgoso, aun cuando se practique en forma esporádica, que pueda influir en la apreciación del riesgo, entendiéndose como tal aquellas en que se pone en grave peligro la vida o integridad física de las personas.





El total de exclusiones correspondientes al riesgo que es cubierto por Compañía de Seguros de Vida Consorcio Nacional de Seguros S.A., se encuentran según las Condiciones Generales incorporadas al Depósito de Pólizas de la Superintendencia de Valores y Seguros bajo los códigos POL 320131719, POL 220130974, CAD 220131587, CAD 220131581, CAD 220131583.

