



CONSORCIO

01 Historia

Fundada en 1916, Consorcio es una empresa líder en servicios financieros de excelencia, con una amplia gama de productos y servicios; Seguros de Vida y Seguros Generales, Previsión, Ahorro y Banco, con cobertura nacional y una trayectoria de más de 100 años en Chile.

El éxito y desarrollo de nuestro negocio es el resultado del trabajo de más 2.800 colaboradores y de la confianza que han depositado nuestros clientes.

Por lo anterior Consorcio pone a tu disposición diversos planes de seguros complementarios de vida y salud pensados para ti y tu familia.

Esta guía te ayudará a encontrar respuestas a las dudas más frecuentes sobre las características, conceptos, beneficios y funcionamiento de tu plan de Seguro Complementario de Vida y Salud.



02 Ingreso

¿Cómo ingreso a un Seguro de Vida o de Salud Colectivo?



El asegurado titular deberá **completar el formulario de Solicitud de Incorporación de Seguros Colectivos** que será entregado por Consorcio, donde deberá ingresar la información correspondiente a sus datos personales e identificar a los beneficiarios de su seguro según corresponda. En caso que el titular no identifique a los beneficiarios, corresponderá a las cargas legales del asegurado.



Además deberá completar en forma clara la **Declaración de Salud**, donde identificará si el/ella o algún miembro de su grupo familiar, conoce, padece o ha padecido de alguna enfermedad o dolencia.



Este formulario deberá ser presentado con la **firma del asegurado y el timbre de la empresa contratante.**

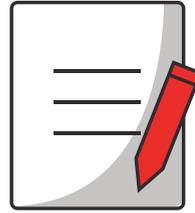
03 Seguro de Salud Colectivo

¿Qué es?

Pensando en ti y en tu familia, Consorcio tiene a tu disposición el Seguro Colectivo Complementario de Salud, el cual consiste en la **devolución de un porcentaje de los gastos médicos incurridos** por ti y/o tus cargas conforme al plan contratado a través de tu empleador, asociación gremial, o sindicato al que te encuentres afiliado.



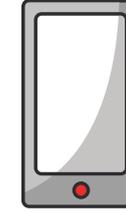
¿Cómo solicito mi **reembolso Manual**?



Puedes solicitar tus reembolsos de gastos médicos, dentales ambulatorios, medicamentos y hospitalarios **a través de la entrega física de la documentación** correspondiente al gasto médico.

- **Cuando visites al doctor, lleva el formulario de reembolso.** Es requisito que el doctor complete todos los datos y lo firme. Lo podrás encontrar adjunto a esta carpeta o en Consorcio en Línea. Entra a: www.consorcio.cl
Sección: [Colectivos](#) → [Seguros de Salud](#) → [Complementario Salud](#) → [Formularios](#)
- **Solicita tu reembolso en la Institución de Salud correspondiente.** (Isapre/FONASA), Si el gasto no se encuentra cubierto por tu Isapre/FONASA debes solicitar un timbre de “NO REEMBOLSABLE” antes de presentarlo al seguro, a excepción de los medicamentos.
- **Reúne la documentación.** Debes presentar el formulario de reembolso Consorcio adjuntando además la documentación original como el bono, boleta, receta de farmacia, etc.
- **Entrega la documentación al departamento de RR.HH. de tu empresa.** Ellos entregarán tu solicitud en Consorcio y el gasto comenzará su proceso de liquidación dentro de la compañía.

Reembolso de Gastos Médicos **APP CONSORCIO**



¿Qué puedo reembolsar a través de la **APP CONSORCIO**?

TU **APP Consorcio** te permitirá realizar solicitudes de gastos médicos y dentales ambulatorios directamente a través de tu Smartphone.

Podrás solicitar tus reembolsos de gastos médicos con un copago máximo de 7 UF y dentales ambulatorios con un copago de 3 UF sin formularios. Para montos superiores el denuncia deberá ser solicitado a través de tu departamento de bienestar o recursos humanos.

- **A través de tu Smartphone descarga la APP de Consorcio en:**

[App Store](#) / [Google Play](#)

- **Podrás realizar el reembolso en simples pasos:**

-  ...> Abre tu APP, ingresa tu rut y selecciona póliza y beneficiarios.
-  ...> Toma una foto a los documentos y completa los datos.
-  ...> Confirma los datos y tu solicitud estará lista.

¿Qué documentos **debo adjuntar?**

Para la correcta evaluación de las solicitudes deberás adjuntar la siguiente documentación:

• **A) Solicitud de gastos médicos ambulatorios:**

- Bono médico
- Boleta emitida por institución de salud
- Orden médica si corresponde

• **A) Solicitud de gastos dentales ambulatorios:**

- Presupuestos dental con el detalle de las prestaciones, su respectivo costo y la pieza dental tratada.
- Boleta institución dental.

¿Cómo reviso el estado de mi **solicitud de reembolso?**



Abre **TU APP Consorcio**, Abre tu app consorcio, selecciona Historial de Gastos Médicos y podrás realizar el seguimiento a tus solicitudes.

*La clave de acceso para ingresar al historial de gastos médicos corresponde a tu clave del sitio privado en Consorcio.cl, en caso de no recordarla, recupérala a través de tu departamento de bienestar o recursos humanos.

¿Debo cumplir con algún requisito **para ingresar a la APP?**

Para evitar inconvenientes al utilizar la APP Consorcio, se recomienda:

- Utilizar una versión de Android superior a 4.4, en dispositivos Iphone, la compatibilidad es hasta la versión 10.3
- La clave de acceso para ingresar al Historial de Reembolso de Gastos Médicos, corresponde a tu clave del sitio privado en consorcio.cl, en caso de no recordarla, se sugiere que la recuperes a través de: <http://www.consorcio.cl/solicita-clave>
- Si no puedes recuperarla vía web te recomendamos solicitar esta actualización a tu departamento de bienestar o recursos humanos.

04 Seguro de **Vida** Colectivo

¿Qué es?

Consortio ha ideado para ti un Seguro de Vida Colectivo, el cual consiste en **otorgar protección a en caso de fallecimiento por enfermedad o accidente**, entregando una indemnización a los beneficiarios designados conforme al plan contratado a través de tu empleador, asociación gremial, o sindicato al que te encuentres afiliado.



En caso de Siniestro ¿qué debo hacer?

En caso de siniestro el/los beneficiario(s) deberán entregar a Consorcio la siguiente documentación:

- **Formulario de Denuncio de Siniestro Seguros Vida.** El denunciante deberá solicitar en la compañía el formulario de Denuncio de Siniestro, al momento de completar este documento el beneficiario debe recordar seleccionar el tipo de comunicación para el pago del siniestro y además aceptar la liquidación directa, este documento debe ser firmado por el denunciante y timbrado por la compañía, no olvides solicitar tu copia.

- **Certificado de Defunción original del asegurado.**

- **Certificado de Nacimiento original.** De lo contrario puedes presentar otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del asegurado.

- **Cuestionario médico por fallecimiento.**

- **Parte policial y alcoholemia.** Cuando se trate de un accidente o una causa distinta a la de la muerte natural se debe presentar este documento.

- Una vez ingreses tu denuncia a Consorcio, este será revisado por la compañía, la cual revisará si es necesario presentar más antecedentes para evaluar la solicitud.

- Te recomendamos revisar el tiempo definido para la presentación de la denuncia de siniestro ya que este depende del Condicionado Particular de la Póliza.

05 Recomendaciones



Reembolso de especialidades:
Tales como kinesiología, psicología, etc. debes presentar la orden médica de derivación pertinente.



Reembolso de tratamientos dentales:
Una vez realizado el tratamiento se hará efectivo el reembolso.



Reembolso de medicamentos:
Debes presentar la respectiva receta médica firmada por el médico tratante en conjunto con su respectiva boleta de compra.



Reembolso de gastos hospitalarios
Recuerda siempre incorporar el detalle de la cuenta con los gastos incurridos .

Para un reembolso exitoso recuerda:



- Al presentar la solicitud de reembolso por medio de formulario de denuncia de gastos médicos o dentales debes completar todos los datos y ser firmado por el médico tratante.
- **Procura revisar si tu institución de salud realizó el aporte correspondiente**, de forma contraria (que no cubra la prestación) que el bono señale “No reembolsable”.
- **Mantener actualizado tu correo electrónico y cuenta bancaria en Consorcio** permitirá que puedas obtener de forma más rápida tu bonificación.
- **La presentación de la documentación debe ser original.**
- **El voucher emitido por la compra del bono, examen, etc. es la boleta de la prestación**, por lo que debe ser presentada con la documentación como comprobante de pago para el reembolso.
- **Se recomienda usar la red de prestadores en convenio** (preferenciales) del sistema de salud en que se encuentra afiliado (Isapre/Fonasa).
- Para que el reembolso de los gastos sea exitoso, este debe ser reembolsado previamente por la institución de salud correspondiente.

06 Exclusiones



La cobertura otorgada en virtud de este contrato de seguro no cubre los gastos médicos que no tengan como causa una enfermedad, dolencia o situación de salud. Asimismo, la cobertura otorgada en virtud de este contrato de seguro no cubre los Gastos susceptibles de ser reembolsados, señalados en el artículo 3 de estas Condiciones Generales, cuando ellos provengan o se originen por:

Enfermedades o Dolencias Preexistentes, entendiéndose que éstas corresponden a enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata a su favor, antes de la contratación del seguro. Para los efectos de la aplicación de esta exclusión, en el proceso de contratación del seguro o de incorporación de un Asegurado, según sea el caso, la compañía aseguradora estará obligada a preguntar al Asegurado acerca de todas aquellas situaciones o Enfermedades Preexistentes que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura. En las Condiciones Particulares de la póliza se establecerán las restricciones y limitaciones de la cobertura en virtud de la declaración efectuada por el asegurado, y haberlo consentido éste mediante declaración especial firmada, la que formará parte integrante de la póliza.

Hospitalización, rehabilitación, consultas, exámenes y tratamientos por **enfermedades psicológicas y/o psiquiátricas**.

Embarazo, complicaciones del embarazo, parto normal o parto por cesárea, complicaciones del parto y maternidad en general.

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 esta 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. Tratamientos médicos causados por la ingestión de alcohol, somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares y de cualquier lesión y/o enfermedad derivada de dicha ingestión. Tratamientos médicos causados por hechos deliberados que cometa el asegurado, tales como intentos de suicidio, lesiones auto inferidas y abortos voluntarios.

Tratamiento por Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - SIDA - y/o cualquier otro cuadro producido o favorecido por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), sus consecuencias y

complicaciones, y por enfermedades asociadas, incapacidades, desórdenes, lesiones, operaciones y tratamientos relacionados con la condición de portador del V.I.H. o el SIDA que padezca el Asegurado.

Los siguientes tratamientos, estudios o condiciones de salud:

- **Cirugía por obesidad o sobrepeso**, independientemente del grado de obesidad o sobrepeso del asegurado, sus tratamientos, consecuencias y complicaciones, excepto cuando el Índice de Masa Corporal (IMC) sea mayor a 40 u otro valor indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.
- **Estudios y tratamientos por talla baja, gigantismo y todo tipo de hormonas del crecimiento**, así como también Antagonistas LH y RH.
- **Cirugía ocular correctiva (Cirugía Lásik)** para vicios o defectos de refracción, tales como, miopía, astigmatismo, hipermetropía y otras enfermedades oculares.
- **Esterilización quirúrgica femenina o masculina independiente de la causa por la cual se indique.**
- **Estudios de diagnóstico, tratamientos y procedimientos que tengan relación con problemas de esterilidad, fertilidad e infertilidad, sus complicaciones o consecuencias.**
- **Tratamientos para adelgazar**, por sobrepeso o por obesidad.

Dolencia, enfermedad o situación de salud causada por:

- **Guerra civil o internacional**, sea que ésta haya sido declarada o no, invasión y actividades u hostilidades de enemigos extranjeros.
- **Participación activa del Asegurado en rebelión, revolución, insurrección, sublevación, sedición, conspiración o motín, poder militar, sabotaje, tumulto o conmoción contra el orden público**, dentro y fuera del país.
- **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, atemorizar a la población o a cualquier segmento de la misma.

- Negligencia, imprudencia o culpa grave por parte del Asegurado.

- 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 accidente constatado mediante la documentación emanada de la autoridad u organismo competente.

- Fusión y fisión nuclear o cualquier accidente nuclear y sus consecuencias.

- Participación del Asegurado en actos calificados como delitos por la ley.

- 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.

Todo tipo de exámenes dentales, extracciones, empastes, cirugía y/o tratamiento dentales 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 y siempre que se haya contratado la cobertura correspondiente.

Lentes o anteojos ópticos y de contacto. Aparatos auditivos, implante coclear y otras tecnologías que se desarrollen para corregir alguna alteración de los sentidos.

Prótesis, órtesis, miembros artificiales y el 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.

Tratamientos, visitas o consultas médicas, exámenes, medicamentos, remedios o vacunas para el sólo efecto preventivo, no inherente o necesario 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.

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

- Insumos ambulatorios no asociados a una cirugía.

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

- Hospitalización domiciliaria y la atención particular de enfermería fuera de un Hospital.

- Cremas, lociones faciales, jabones, shampoo, filtros solares, medias antiembólicas o para el tratamiento de várices que no incorporan un principio activo.

- Homeopatías y/o Recetario Magistral.

Gastos incurridos por acompañantes mientras el Asegurado se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comidas y similares.

Lesión o Enfermedad a consecuencia de la ocupación del Asegurado, cubierta por la legislación de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.

Realización o participación en una actividad o deporte riesgoso, considerándose como tales aquellos que objetivamente constituyan una flagrante 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, 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. La práctica como deportista profesional de alto rendimiento según la Ley N° 19.712.

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

Criopreservación, compra de células madre, sangre, hemoderivados y cualquier otro tejido u órgano.

Tratamientos, drogas o medicamentos que sean utilizados habitualmente como método anticonceptivo, aun 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.

Tratamientos homeopáticos, iriología, reflexología y en general **tratamientos médicos no tradicionales** o experimentales, empíricos y también la medicina alternativa.

Gastos que no estén expresamente indicados en el Cuadro de Coberturas detallado en las Condiciones Particulares de la Póliza y en el Certificado de Cobertura, como asimismo, gastos de exámenes y procedimientos a través de nuevas tecnologías no reconocidas por el sistema previsional de salud, los cuales para otorgar cobertura, deberán contar con la aprobación de la compañía de seguros.

07 Glosario

BMI:

Bonificación Mínima Isapre, aplica cuando la institución de salud bonifica un % menor al 50% del valor de la prestación, la compañía para reembolsar la solicitud del asegurado considerará que la institución de salud reembolso el 50% de la prestación y aplicará el plan de cobertura sobre este valor para liquidar el siniestro.

Carencia:

Periodo durante el cual el asegurado no accederá los beneficios que otorga una cobertura en particular del seguro, el cual se define en el Plan de Beneficios en la póliza.

Deducible:

El deducible es el monto de gasto expresado en UF que es del costo del asegurado, se activa una vez se presenten los primeros gastos médicos, este se consumirá hasta llegar a cero, el monto dependerá de lo establecido en cada póliza. Una vez usado el deducible, la compañía comenzará a reembolsar conforme al plan de beneficios en los próximos gastos presentados.

Informe Médico:

Es un documento que certifica los hallazgos obtenidos por la evaluación médica de un paciente, el mismo es emitido por el médico tratante y que detalla las observaciones y diagnóstico del paciente.

Gastos Ambulatorios:

Se entienden como aquellos gastos que se originan producto de una persona originados por una enfermedad, dolencia o situación de salud, que no requiere hospitalización, efectuadas o prescritas por un médico tratante, solo en la proporción y hasta el monto máximo señalado para cada prestación en el Plan de Beneficios de la póliza.

Gastos Hospitalarios:

Se entienden como aquellos gastos que se originan producto de una hospitalización de una persona que se encuentre registrada como paciente en un hospital o clínica por prescripción médica y que utilice al menos un día completo de servicios. El reembolso de estos gastos dependerá del Plan de Beneficios contratado por tu empresa.

Gastos de Maternidad:

Son los gastos incurridos por el titular/carga y por el recién nacido, provenientes de una hospitalización a consecuencia de un embarazo, parto y nacimiento. Las coberturas por este concepto son parto normal, cesárea, aborto, enfermedades o patología inherentes al embarazo que requieran de una hospitalización pre o post natal.

Plan de Beneficios:

Documento que detalla las prestaciones que se encuentran contratadas por la empresa, donde se identifican los porcentajes de reembolso a bonificar en caso de siniestro.

Preexistencia:

Se define como una enfermedad que ya fue diagnosticada por un médico previa a la contratación del seguro.

Reembolso en base a novenos:

Si la fecha de concepción es anterior al inicio de vigencia del seguro o a la incorporación de la asegurada, Consorcio reembolsará los gastos en proporción a los meses de embarazo restantes definidos en base a novenos, es decir, los gastos se dividen en nueve y se reembolsará conforme a la cantidad de meses que el titular/carga estuvo vigente en la compañía.

Receta de Permanencia

Documento emitido por un médico tratante, que tiene como característica la recomendación de un medicamento para el tratamiento originado por una enfermedad, dolencia o situación de salud, de consumo constante, el cual tendrá una duración de 6 meses para Consorcio y donde se reembolsará un mes por tratamiento conforme al Plan de Salud adquirido por el contratante.



CONSORCIO

SEGUROS PREVISION AHORRO BANCO