



PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO TEMPORAL DE VIDA

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. otorga el presente Contrato de Seguros, del cual forman parte integrante las Condiciones Particulares y las Condiciones Generales de cada cobertura.

Póliza N° 8,943
Rut Contratante 93,565,000 - 3
Contratante Ascensores Schindler (Chile) S.A
Documento N° 201207
Vigencia La presente Póliza rige a partir de las 0:00 del 01/01/2023 , y durará hasta las 24:00 horas del 31/12/2023.

Con la firma del presente documento, el contratante declara conocer el contenido de la póliza, la cual contiene los términos y condiciones de cobertura ofrecidas por la Compañía.

Se adjuntan los siguientes documentos:

- * Original para el Contratante
- * Original para el Corredor
- * Original que debe ser firmado por el Contratante y devuelto a la Compañía de Seguros

Seguros de Vida SURAMERICANA S.A.
RUT: 76.263.414-7

Ascensores Schindler (Chile) S.A
93,565,000 - 3

Ejecutivo Comercial	Tipo Documento	Fecha Emisión	Fecha Inicio Vigencia	Fecha Fin Vigencia
Jose Martinez	Emisión Póliza	29/12/2022	01/01/2023	31/12/2023



DEFINICIÓN DE TÉRMINOS UTILIZADOS

1. Tipos de pólizas de seguro de salud en relación a su finalidad
 - 1.1. Póliza de cobertura general de gastos médicos.
Aquella que cubre todo o parte de los gastos médicos efectuados por el asegurado, sin que estén limitados a ciertas enfermedades específicas, a enfermedades calificadas como catastróficas o a cubrir el saldo no cubierto por otros seguros de salud, públicos o privados.
 - 1.2. Póliza de cobertura de gastos médicos para enfermedades específicas.
Aquella que cubre los gastos médicos efectuados por el asegurado respecto de ciertas enfermedades o patologías que se especifican en la póliza.
 - 1.3. Póliza de cobertura complementaria de gastos médicos.
Aquella que cubre todo o parte de los gastos médicos efectuados por el asegurado, en la parte que no son cubiertos por el sistema de salud privado o público al que está afiliado.
 - 1.4. Póliza de cobertura catastrófica
Aquella que cubre todo o parte de los gastos médicos efectuados por el asegurado, limitados a enfermedades identificadas genérica o específicamente y siempre que su costo de atención supere un cierto monto mínimo que se especifica, esto es, un deducible o franquicia, según sea el costo señalado en la póliza.
2. Tipos de pólizas de seguro de salud en relación a plazos y renovación
 - 2.1. Póliza de plazo indefinido sin condiciones
Aquella que en la cobertura no está sujeta a plazo, ni a ningún requisito diferente de los cumplidos a la fecha de suscripción, salvo el pago de la prima, en las condiciones de cobertura señaladas en la póliza. Se incluirán en este tipo las pólizas cuyo plazo es mayor a 10 años.
 - 2.2. Póliza de plazo indefinido condicionada
Aquella que en la cobertura no está sujeta a plazo determinado sino al cumplimiento de algunas de las condiciones objetivas definidas en la póliza, tales como siniestralidad máxima en ciertos periodos de tiempo, límites de edad y otras semejantes pudiendo la compañía ponerle término cuando alguna de ellas se cumpla. La sola voluntad de la compañía no podrá ser una de estas condiciones.
 - 2.3. Póliza de plazo indefinido (condicionada o no) con término anticipado y renovación no garantizada.
Aquella cuya vigencia no está sujeta a un plazo determinado, pero en que cualquiera de las partes le puede poner término sin expresión de causa.
 - 2.4. Póliza de plazo limitado y renovable con condiciones.
Aquella cuya vigencia está sujeta a un plazo determinado, pero que se entiende renovada en caso de
3. Tipos de pólizas de seguro de salud en relación a la prima o precio
 - 3.1. Póliza con prima fija.
Aquella en que la prima no está sujeta a ajuste o modificación durante su vigencia.
 - 3.2. Póliza con prima ajustable según contrato.
Aquella en que la prima está sujeta a ajuste durante su vigencia, de acuerdo a parámetros objetivos establecidos en ella y que no pueden ser modificados por la compañía.
 - 3.3. Póliza con prima ajustable por la compañía.
Aquella en que la compañía se reserva el derecho de ajustar la prima en cualquier tiempo, con la periodicidad y dentro del marco que se especifica en la póliza. En esta póliza el asegurado siempre tendrá derecho a ponerle término cuando no esté de acuerdo con el cambio de prima.
4. Tipos de pólizas de seguro de salud en relación a las exclusiones y preexistencias
 - 4.1. Póliza sin exclusión de enfermedades preexistentes.
Aquella en que la cobertura no excluye enfermedades contraídas o diagnosticadas con anterioridad a la fecha de suscripción.
 - 4.2. Póliza con exclusión específica de enfermedades preexistentes.
Aquella en que la cobertura no excluye enfermedades contraídas o diagnosticadas con anterioridad a la fecha de suscripción, salvo las que se identifican específicamente en la póliza.
Es obligación del asegurado declarar las preexistencias que tenga.
 - 4.3. Póliza con exclusión general de enfermedades preexistentes.
cumplirse con ciertas condiciones que se determinan objetivamente. Se entienden incluidas aquellas pólizas que en la renovación esté condicionada a la aceptación del asegurado de cambios en las primas o en las coberturas, siempre que estos cambios se encuentren dentro de marcos objetivos que se establezcan en la póliza original.
No están incluidas aquellas en que una de las partes le puede poner termino en cualquier momento, sin expresión de causa.
- 2.5. Póliza de plazo limitado simple.
Aquella cuya vigencia está sujeta a un plazo determinado, sin cláusula de renovación, y que no puede ser terminada antes de ese plazo sino por las causas señaladas en la propia póliza, entre las que no podrá estar la sola voluntad de una de las partes.



PÓLIZA N° 8943
COLECTIVO TEMPORAL DE VIDA

N° 6 COBERTURAS

Esta póliza cubre los riesgos detallados en los cuadros siguientes:

Coberturas por Asegurado

Cobertura	Condiciones Generales que Rigen la Cobertura		Asegurados con Cobertura
Vida	POL 220131675	Seguro Colectivo Temporal de Vida	Titular
Muerte Accidental	CAD 220131676	Cláusula Adicional por Muerte Accidental	Titular
Invalidez Accidental	CAD 220131677	Invalidez Parcial Permanente por Accidente	Titular
Invalidez Dos Tercios	CAD 220131678	Cláusula Pago Ant. del Capital Asegurado en caso de Invalidez Dos Tercios.	Titular
Salud	CAD 320160002	Seguro Colectivo Complementario De Salud	Titular - Cónyuge o Conviviente Civil - Hijos o hijastros- Cargas Duplo-Padres
Dental	CAD 220160184	Seguro Cobertura Dental	Titular - Cónyuge o Conviviente Civil - Hijos o hijastros-
Catastrófico	CAD 320160002	Seguro Colectivo Complementario Catastrófico	Titular - Cónyuge o Conviviente Civil - Hijos o hijastros-

Preexistencias

Vida:

Carga inicial se acepta con continuidad de cobertura.
Nuevos Asegurados, sin cobertura de preexistencia

Salud y Catastrófico:

Para nuevos asegurados, 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

Dental: Sin evaluación de preexistencia. Solo aplica carencia establecida en las condiciones de cobertura



PÓLIZA N° 8943
COLECTIVO TEMPORAL DE VIDA

N° 7 BENEFICIARIOS

Los Beneficiarios por coberturas serán los detallados en el siguiente cuadro.

Cobertura	Beneficiario de la Cobertura
Vida y Muerte Accidental	Personas naturales o jurídicas que el Asegurado designe explícitamente en el formulario "Designación de Beneficiario". A falta de designación expresa, el beneficiario que recibirá la indemnización correspondiente a todos los siniestros cubiertos serán los herederos legales en partes iguales.
Invalidez Accidental	Titular
Invalidez Dos Tercios	Titular
Salud	Titular (*)
Catastrófico	Titular (*)
Dental	Titular (*)

El pago de reembolsos de asegurados, podrán ser emitidos a nombre de los Prestadores definidos según Convenio de Pago Directo de Gastos Médicos suscrito entre estos Prestadores y SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. y cumplido el Procedimiento Administrativo que el mencionado Convenio contempla.

(*) Para el seguro complementario de Salud, Dental y Catastrófico, el reembolso de los gastos cubiertos por el seguro se efectuará al asegurado titular de la póliza, no obstante, en caso de que el asegurado titular haya fallecido, el reembolso de los gastos cubiertos por el Seguro, se hará a quien acredite haberse hecho cargo de los gastos, para lo cual se deberá hacer llegar a la compañía todos los documentos respaldatorios que acrediten el pago efectuado.

N° 8 CAPITAL ASEGURADO

El Capital Asegurado se expresará en Unidades de Fomento (UF).

El Capital Asegurado por cobertura es el siguiente

Vida

Coberturas	Capital Asegurado
Vida	Según Nómina
Muerte Accidental	Según Nómina
Invalidez Accidental	Según Nómina
Invalidez Dos Tercios	Según Nómina



**PÓLIZA N° 8943
COLECTIVO TEMPORAL DE VIDA**

El capital mínimo es de UF 500.

Los Montos Máximos de reembolso expresados en Unidades de Fomento (UF), por cobertura y asegurado son los siguientes:

Coberturas	Topes Anuales
Salud	380
Dental	10
Catastrófico	2000

Grupo Especial

Coberturas	Topes Anuales
Salud	100

N° 9

PRIMAS

Coberturas Vida

La prima mensual de este seguro resulta de multiplicar el Capital Asegurado, definido para cada Asegurado y Cobertura, por las siguientes tasas mensuales, expresadas en tanto por mil:

Vida

Coberturas	Tasa por mil mensual %
Vida	0,1200
Muerte Accidental	0,0350
Invalidez Accidental	0,0150
ITP 2/3	0,0345

Coberturas de Salud.

Las primas netas mensuales son los siguientes:

Primas Rol Sindicato

Categoría Asegurado	Salud	Dental	Catastrófico
Grupo Familiar	1,2222	0,1407	0,0679



PÓLIZA N° 8943
COLECTIVO TEMPORAL DE VIDA

Primas Grupo Especial Padres

Categoría Asegurado	Salud
Titular	0,5574

A las primas resultantes por las coberturas de **Invalidez Accidental, Itp 2/3, Salud, Dental y Catastrófico** se les debe agregar el Impuesto al Valor Agregado (IVA).

El pago de la prima será de cargo del Contratante y se pagará en forma **Mensual Anticipada** dentro de los 30 primeros días de cada mes mediante cobranza enviada por el Asegurador.

Tipo Cobranza	Tipo Facturación	Despacho Cobranza	Día de Pago
Anticipada	Anticipada	Sitio de Operaciones	10

Factura Requiere V°B°	Orden de Compra	Periodicidad OC	HES	Días Plazos de Gracia
SI	NO	NO	NO	30

Fact. Normal o Especial	Tipo de Separación	Observación Adicional
NORMAL		Facturación por Cobertura

Para el pago de la prima se concede un plazo de gracia de un mes. Si al vencimiento del plazo de gracia no ha sido pagada la prima se procederá de acuerdo con el Artículo Primas de las Condiciones Generales.

La prima podrá ser cancelada a través de depósito o transferencia bancaria en las cuentas corrientes N° 800-32675-10, del Banco de Chile, N°000073872170 del Banco Santander o 10685545, del BCI, a nombre de Seguros de Vida Suramericana S.A., Rut 76.263.414-7. Para depósitos o transferencia deben hacernos llegar el comprobante de pago al correo electrónico Facturas.colectivos@segurossura.cl, indicando los siguientes datos:

- Monto pagado (\$).
- Banco receptor del pago.
- Número(s) de factura(s) asociada(s) al pago.
- Número(s) de póliza(s) asociada(s) al pago.



**PÓLIZA N° 8943
COLECTIVO TEMPORAL DE VIDA**

N° 10 REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

El asegurable se podrá incorporar a la póliza si la edad a la fecha de ingreso es menor a la indicada en el cuadro **Edades de Ingreso y Permanencia**.

El asegurado podrá permanecer en la póliza mientras la edad sea menor a la indicada en el cuadro **Edades de Ingreso y Permanencia**. No obstante, lo anterior, su exclusión será procesada de acuerdo con el procedimiento establecido en el párrafo "Exclusión de asegurados por edad de permanencia" incluido en el N° 12 "Inclusión, Exclusión y Modificación de Asegurados".

Vida y Adicionales

Para nuevos ingresos las condiciones de asegurabilidad serán las siguientes:

1. Al ingresar a la póliza, todas las personas nuevas deberán estar en buenas condiciones de Salud (no podrán estar hospitalizados ni con licencia médica).
2. Serán asegurables todos los empleados, con contrato de trabajo vigente e indefinido con la Empresa Contratante, que residan en el territorio nacional y que desempeñen activamente las funciones propias de sus cargos. Deberán cumplir con las exigencias de "Cuadro de Edades de Ingreso y Permanencia Empleados"
3. Cumpliendo con los requisitos señalados, los asegurables deberán optar al seguro desde la fecha de contrato y el contratante tendrá un plazo máximo de 20 días para informar el ingreso a la Compañía Aseguradora.
4. Todos los asegurables nuevos deberán completar el formulario de "Solicitud de Incorporación" al seguro.



PÓLIZA N° 8943
COLECTIVO TEMPORAL DE VIDA

Cuadro de Edades de Ingreso y Permanencia Empleados

Cobertura	Edad Límite Ingreso					Edad Límite De Permanencia				
	Titular	Cónyuge/ Conviviente	Hijos (*)	Duplos	Padres	Titular	Cónyuge/ Conviviente	Hijos (*)	Duplos	Padres
Vida	69 años y 364 días	-	-	-	-	Cumpliendo o 75 años	-	-	-	-
Muerte Accidental	63 años y 364 días	-	-	-	-	Cumpliendo o 70 años	-	-	-	-
Invalidez Accidental	63 años y 364 días	-	-	-	-	Cumpliendo o 70 años	-	-	-	-
Invalidez Dos Tercios	63 años y 364 días	-	-	-	-	Cumpliendo o 65 años	-	-	-	-
Salud	Sin Limite	Sin Limite	Desde Nacimiento	Sin Limite	Sin Limite	Sin Limite	Sin Limite	Cumpliendo o 25 años	Sin Limite	Revisión en la próxima renovación
Dental	Sin Limite	Sin Limite	23 años y 364 días	-	-	Sin Limite	Sin Limite	Cumpliendo o 25 años	-	-
Catastrófico	Sin Limite	Sin Limite	23 años y 364 días	-	-	Sin Limite	Sin Limite	Cumpliendo o 24 años	-	-

(*) Los dependientes hijos estarán cubiertos hasta los 25 años de edad siempre y cuando dependan económicamente del asegurado titular, sean solteros y estudiantes en alguna Institución Educacional reconocida por el Estado.

Cumpliendo con los requisitos señalados, los asegurables deberán optar al seguro dentro de un plazo máximo de 30 días contados desde la fecha que califican para ingresar a la póliza y su vigencia registrará el día primero del mes siguiente a la fecha de la recepción de la solicitud.

NOTA: Los requisitos de asegurabilidad y los siniestros se rigen en conformidad a las condiciones vigentes al momento de incorporarse el asegurado y su grupo familiar a la presente póliza.

TABLA DE EXIGENCIAS MÉDICA

Monto (UF) / Edad (años)	Hasta los 59 años	60 años a 70 años
Hasta 2.000	SI	SI
2.001 - 3.500	SI	A**
3.501 - 5.000	SI	A
5.001 - 10.000	TS	B
10.001 a 18.000	B	C
18.001 y más	C	C



PÓLIZA N° 8943 COLECTIVO TEMPORAL DE VIDA

SI: Solicitud de incorporación

TS: DPS + TS (telesuscripción)

A**: DPS + TS (telesuscripción) + L1 (Perfil Lipídico: Colesterol total + HDL + Triglicéridos).

A: DPS + TS + Perfil Bioquímico + Perfil Lipídico + Orina Completa.

B: DPS + Examen Médico + Perfil Bioquímico + Orina Completa + Perfil Lipídico + ECG de reposo.

C: DPS + Examen Médico + Perfil Bioquímico + Orina Completa + Perfil Lipídico + ECG de Esfuerzo + Rx Tórax.

Para ingresar al seguro, el titular deberá llenar como mínimo SI + los antecedentes de TEM según corresponda

Consideraciones de Aumento de Capital

1. Si el aumento de Capital se mantiene en el mismo tramo de la Tabla de Exigencias Médicas y es superior en un 30,00% del capital vigente, el asegurado deberá completar DPS.
2. Si el aumento de Capital cambia de tramo en la Tabla de Exigencias Médicas y la variación es superior a un 30,00%, el asegurado deberá completar DPS y ser evaluado médicamente según la edad y capital solicitado, de acuerdo lo establecido en la tabla de exigencias médicas
3. Los asegurados que deban ser evaluados médicamente según punto 1) ó 2), mantendrán el capital asegurado vigente, el que será actualizado una vez que los antecedentes médicos hayan sido evaluados y aceptados por parte de la Compañía.
4. Los nuevos asegurados cuyo capital supere el monto FreeCover indicado en la tabla de exigencias médicas, serán incorporados a la póliza con capital equivalente al monto FreeCover y serán evaluados médicamente según la edad y capital solicitado. El capital vigente (FreeCover) será actualizado una vez que los antecedentes médicos hayan sido evaluados y aceptados por parte de la Compañía.
5. La actualización del capital vigente será a contar de la fecha de aceptación de los antecedentes médicos por parte de la Compañía. No obstante, en aquellos casos en que la evaluación médica determine la aplicación de un recargo, la actualización del capital vigente será a contar de la fecha de aceptación de éste por parte del contratante.
6. El Asegurador se reserva el derecho de solicitar mayores antecedentes en aquellos casos que estime necesario y conveniente para la aceptación del asegurable.

Las condiciones detalladas en la presente póliza sólo son válidas para los asegurados cuyo Capital Asegurado sea menor o igual a UF 20.000.

En la eventualidad de existir asegurados con capitales asegurados superiores a UF 20.000, la Compañía los evaluará caso a caso, reservándose el derecho de aceptar o rechazar su incorporación y modificar las condiciones establecidas en la presente póliza.

El monto indicado precedentemente se determinará sumando los capitales asegurados de todos los contratos con coberturas equivalentes, que el asegurado tenga vigente en la Compañía.

PÓLIZA N° 8943
COLECTIVO TEMPORAL DE VIDA



N° 11 **SINIESTRO**

En caso de no contar, al ingreso del asegurado, con la información necesaria para validar las condiciones indicadas en el N° 10 de Requisitos de Asegurabilidad, en lo referente a límites de ingreso y cobertura, ésta se hará al momento de hacerse efectivo el siniestro, rechazándose el pago en la eventualidad de que la edad del asegurado a la fecha de ingreso a la póliza sea mayor o igual a la establecida en el citado Número.

Complementando el N° 2 Definiciones letra "a" del Condicionado General, se establece que la Compañía considerará como fecha de siniestro de la invalidez, la fecha del primer dictamen ejecutoriado de acuerdo al DL 3500.

No obstante, lo indicado en los puntos anteriores, cada siniestro puede requerir parte o todos los antecedentes señalados precedente y eventualmente de antecedentes adicionales, indicados en este procedimiento, como producto del análisis de las condiciones generales y particulares de la póliza de cada caso en particular.

N° 12 **INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y MODIFICACIÓN DE ASEGURADOS**

Con el objeto de mantener actualizada la nómina de asegurados que se encuentran cubiertos por el seguro, el contratante es responsable de enviar a la compañía aseguradora, directamente o a través del corredor, antes del día 20 de cada mes, las inclusiones, exclusiones o modificaciones de la nómina que se encuentre vigente.

En el caso de inclusión al seguro, el Contratante deberá enviar directamente o a través del Corredor en original el formulario "Solicitud de Incorporación". Los asegurables podrán incorporarse a la póliza durante los primeros 60 días comenzada la vigencia de ésta. Los asegurables que no fueron incorporados durante este plazo (60 días comenzada la vigencia) podrán ser incorporados a contar de la próxima vigencia, previa evaluación y aceptación por parte de la Compañía Aseguradora. Estos movimientos serán reflejados en la liquidación de primas que mensualmente se envía al contratante.

Si con posterioridad a la vigencia inicial de la presente póliza, un asegurado titular pudiese llegar a tener nuevos dependientes, el contratante de la póliza deberá comunicarlo a la compañía aseguradora. Para los efectos de incorporarse a la póliza como asegurados, los dependientes deberán cumplir con los requisitos de asegurabilidad establecidos en la presente póliza. Y ser aceptados por la compañía aseguradora. El plazo de incorporación de estos nuevos dependientes es de 60 días contados desde que califiquen como dependientes.

Las nuevas contrataciones por parte del contratante podrán ingresar a la póliza con un plazo máximo de 60 días desde su fecha de contratación. Estos deberán cumplir con los requisitos de asegurabilidad establecidos en la presente póliza. Y ser aceptados por la compañía aseguradora.

Se deja establecido además:

- Las solicitudes de incorporación, recibidas por la compañía aseguradora entre los días 01 y 20 de cada mes, tendrán cobertura desde el primer día del mes en curso.
- Las solicitudes de incorporación, recibidas por la compañía aseguradora entre los días 21 y 31 de cada mes, tendrán cobertura desde el primer día del mes siguiente.

Para la exclusión, el Contratante deberá indicar el nombre completo y Rut de la persona excluida del seguro. Dicha exclusión comenzará a regir desde el primer día del mes siguiente a la recepción de la solicitud de exclusión por parte de la Compañía Aseguradora, a contar de la fecha de finiquito o en su defecto a contar de la fecha del último gasto presentado a la Compañía. En caso de la exclusión del titular, se entenderá excluido todo el grupo familiar asociado. Estos movimientos serán reflejados



PÓLIZA N° 8943
COLECTIVO TEMPORAL DE VIDA

en la liquidación de primas que mensualmente se envía al contratante. Se deja establecido, que aquellos asegurados que solicitaron voluntariamente su exclusión del seguro, no podrán volver a ser incorporados durante la vigencia actual de la póliza. En caso de solicitar su inclusión en una nueva vigencia, estos deberán incorporarse de la forma descrita en el párrafo anterior perdiendo toda continuidad de cobertura.

Nota: En aquellos casos en que el Contratante solicite un movimiento retroactivo, es decir incluir o excluir un asegurado con fecha anterior al mes en curso, la Compañía hará los respectivos movimientos solicitados siempre y cuando estos sean evaluados y aceptados por la Compañía con un plazo máximo de retroactividad de 60 días, no obstante el cobro de las primas o la devolución de estas será efectuado en la próxima facturación del mes en curso, a través de la liquidación mensual de primas más una reliquidación mensual de primas.

Exclusión de asegurados por edad de permanencia:

- a) Los asegurados que excedan la edad límite de permanencia durante la vigencia de la póliza, serán excluidos a contar de la fecha de renovación. En caso de que la póliza sea prorrogada, la exclusión será a contar del inicio de la primera prórroga.
- b) Los hijos que excedan la edad límite de permanencia durante la vigencia de la póliza, serán excluidos a contar de la fecha de renovación. En caso de que la póliza sea prorrogada, la exclusión será a contar del inicio de la primera prórroga.

No obstante, los hijos podrán continuar en el seguro pagando la prima como titular solo. Esta opción se otorgará siempre y cuando se considere a todos los hijos bajo este concepto. Por lo tanto, debe haber un 100% de adhesión. Adicionalmente, no se solicitará certificado de estudio ni que dependan económicamente de los padres.

En caso de aplicar lo indicado en el párrafo anterior, la edad máxima de permanencia para los hijos será hasta cumplir los 28 años y serán excluidos según el punto b).

N° 13

VIGENCIA

El presente contrato regirá a partir de las 00:00 del día **01 de Enero de 2023** y durará hasta las 24:00 horas del día **31 de Diciembre de 2023**.

Será renovado en forma automática por períodos iguales y sucesivos de un año cada uno, si ninguna de las partes notificare a la otra, por escrito, su decisión de ponerle término a lo menos con 30 días de anticipación.

La compañía aseguradora se reserva el derecho de revisar las condiciones de la póliza proponiendo las modificaciones necesarias para el manejo de ésta si observa que el volumen de asegurados vigentes en ese instante es inferior al 90% del volumen suscrito al inicio de vigencia de la póliza.



PÓLIZA N° 8943
COLECTIVO TEMPORAL DE VIDA

N°14 REAJUSTABILIDAD

Tanto el valor de la prima como de las indemnizaciones se expresarán en Unidades de Fomento (UF) de acuerdo al equivalente en Pesos (\$) que tenga dicha unidad monetaria al día de pago efectivo de cada obligación.

N°15 DOMICILIO

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

N°16 RESPONSABILIDADES

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

N°17 CONTRIBUTORIEDAD

Se establece que el pago de las primas pactadas para cada cobertura en el presente contrato será soportado, por el patrimonio del Contratante

	Rol Ejecutivo
Vida	100% Empresa
Salud	100% Empresa
Dental	100% Empresa
Catastrófico	100% Empresa

Por consiguiente, el presente contrato es de carácter **No Contributivo**.

N°18 PLAZO DE PRESENTACIÓN DE GASTOS MEDICOS

Toda documentación y antecedentes para rembolsar gastos médicos, tendrá los siguientes plazos:

- Bonos : 60 desde la fecha de emisión del documento.
- Reembolso : 60 días desde la fecha de emisión del documento de reembolso.

Para gastos médicos hospitalarios, se considerarán los plazos anteriores, siempre y cuando no supere 120 días desde la fecha de prestación.

No obstante, lo anterior para gastos hospitalarios se podrá solicitar prórroga, la cual deberá ser solicitada dentro de los primeros 60 días contados desde la fecha de **prestación**, siempre y cuando, la responsabilidad por la tardanza del envío de los gastos a la compañía no correspondiera al asegurado, sino que fuera por una demora por parte del recinto hospitalario o su sistema de salud previsional. Por lo anterior, el asegurado al momento de ingresar los gastos incurridos deberá enviar un certificado o carta de la entidad o las entidades explicando tal situación de demora por parte de ellos.



PÓLIZA N° 8943 COLECTIVO TEMPORAL DE VIDA

Considerar que la prórroga otorga una extensión del plazo de 60 días adicionales, en caso de que el recinto hospitalario o sistema previsional mantengan la tardanza, se deberá solicitar una nueva prórroga.

En el evento de dar término anticipado o vencimiento de la póliza, se otorgará un plazo máximo de 30 días desde la fecha de ocurrencia de la prestación, para la notificación de los antecedentes necesarios para reembolsar los gastos de salud.

N°19 **CONDICIONES DE COBERTURA SALUD**

- La cobertura de Salud reembolsará los gastos incurridos en exceso de lo que cubre el sistema de salud previsional del asegurado, sólo en la proporción y hasta la suma máxima indicada en el Cuadro de Beneficios incluido en el presente contrato.
- De los gastos no bonificados por el Sistema de Salud Previsional, se considerarán como gastos efectivamente incurridos el 50% de éstos, sobre los cuales se aplicarán los porcentajes, topes y deducibles del plan contratado. Se exceptúan de este punto óptica, salud mental y medicamentos ambulatorios

Para éstos se exigirá timbre de No Bonificable del Sistema Previsional, excepto para los Medicamentos Ambulatorios.

- Índice de Masa Corporal (IMC): Se considera $IMC \geq 40$. Para todos los efectos de esta póliza se considera como obesidad mórbida lo señalado por OMS (Organización Mundial de la Salud) con relación al índice de masa corporal IMC 35 a 39,9, más co-morbilidades que afecten en forma severa la calidad de vida (al menos una). Considerándose tales como: Diabetes Mellitus Tipo 2, Cardiopatías Severas Secundarias a Obesidad, (Dislipidemia o Hipertensión arterial), Apnea Obstructiva del Sueño Severa y/o Enfermedades Osteoarticulares Severas Candidatas a Prótesis de Reemplazo
- **Derivaciones medicas:**
Para la bonificación de gastos relacionados a consultas de Psicología, Psicopedagogía, Kinesioterapia y Fonoaudiología, se exigirá derivación médica.
Las derivaciones médicas tendrán una validez por un máximo de 6 meses, luego de dicho periodo se solicitará renovar la derivación médica.
- **Cobertura de gastos médicos en el extranjero:**
Se reembolsarán los gastos incurridos, siempre y cuando haya sido bonificado por la Institución Previsional a la cual el asegurado esté afiliado. Las prestaciones en el exterior serán bonificadas en los mismos porcentajes y hasta los topes indicados en el plan de cobertura cotizado. Sin embargo, esta condición regirá, siempre y cuando, los gastos incurridos sean producto de una urgencia, emergencia o porque el tratamiento prescrito no exista dentro del territorio nacional. En caso de no existir la prestación médica en Chile, se requerirá autorización previa de la Compañía para efectuársela en el extranjero, y se deberá acreditar previamente que la prestación cuenta con cobertura previsional.



PÓLIZA N° 8943
COLECTIVO TEMPORAL DE VIDA

N° 20 **CONDICIONES DE COBERTURA CATASTROFICA**

- Esta cobertura opera sobre los gastos en exceso de lo que cubre el sistema de salud previsional y luego de consumido el tope de UF 380 del Complementario de salud por asegurado.
- La cobertura es según porcentajes y hasta los topes indicados en el plan de cobertura correspondiente y hasta un máximo de UF 2.000 anual por asegurado.
- Toda consulta que no sea medicina alópata no está cubierta por este Seguro.
 - Para el Plan Catastrófico los reembolsos asociados a un daño cubierto por un mismo accidente o enfermedad tendrán una duración máxima de 12 meses desde el inicio de la vigencia.
 - La carga inicial considerará el ingreso de asegurados de Complementario a Catastrófico (Complementario Ampliado).
- **COBERTURA DE GASTOS MEDICOS EN EL EXTRANJERO**
Se reembolsarán los gastos incurridos, siempre y cuando haya sido bonificado por la Institución Previsional a la cual el asegurado esté afiliado. Las prestaciones en el exterior serán bonificadas en los mismos porcentajes y hasta los topes indicados en el plan de cobertura cotizado. Sin embargo, esta condición regirá, siempre y cuando, los gastos incurridos sean producto de una urgencia, emergencia o porque el tratamiento prescrito no exista dentro del territorio nacional. En caso de no existir la prestación médica en Chile, se requerirá autorización previa de la Compañía para efectuársela en el extranjero, y se deberá acreditar previamente que la prestación cuenta con cobertura previsional.

N° 21 **CONDICIONES DE COBERTURA DENTAL**

Para los efectos de esta la cobertura dental se entiende que:

- Para la cobertura dental, el tratamiento debe estar ejecutado, de alta clínica y los gastos originados cancelados, la Compañía no reembolsa sobre presupuestos dentales, sólo sobre tratamiento efectuado y gasto efectivo.
- Se deberá presentar el presupuesto dental y Solicitud de Reembolso de Gastos Médicos completa por el odontólogo tratante.
- Esta cobertura rige bajo 100% Arancel SURA. Todo valor superior será de cargo del asegurado
- La liquidación del beneficio dental se realizará una vez que el asegurado cumpla con la presentación de los documentos señalados anteriormente en original. Aquellos asegurados que sean beneficiarios de otro seguro dental deberán presentar liquidación original de la Cía. De Seguros y fotocopias de los documentos contables.
- Se considerará para efectos del reembolso que emita la Compañía el 100% del valor de acuerdo al arancel Sura, monto sobre el cual se aplicarán los porcentajes de prestación, topes y deducibles definidos en el Plan de Cobertura Dental
- Para los gastos razonables y acostumbrados esta Póliza considera el Arancel Sura del año de vigencia de la póliza.



PÓLIZA N° 8943 COLECTIVO TEMPORAL DE VIDA

- Carencia Plan Dental Los asegurados Nuevos están afectos a una carencia de seis meses para prestaciones relacionadas con profilaxis, fluoraciones o destartrajes, ortodoncia, prótesis fija, prótesis removible e implantes a partir de la vigencia inicial individual del asegurado (titular o carga) en la póliza. Durante dicho plazo no se cubrirán las prestaciones señaladas, aún cuando el asegurado este vigente en la póliza.
- Se excluye tratamientos dentales realizados fuera del territorio nacional, a no ser que se deje expresamente estipulado en las Condiciones Particulares de la póliza que existirá cobertura para tratamientos efectuados fuera del territorio nacional.
- Se excluye cualquier tratamiento y procedimientos estéticos y/o blanqueamiento a las piezas dentarias. Cualquier tratamiento correctivo de malformaciones, secuelas de enfermedades, tratamientos defectuosos o iatrogenia. Cualquier procedimiento dental realizado por Cirujanos-Dentistas no habilitados ni autorizados legalmente para practicar la odontología humana. Medicamentos, exceptuando antibióticos, analgésicos, antiinflamatorios y relajantes musculares orales que sean recetados por el Cirujano-Dentista exclusivamente para el tratamiento dental.

En caso de no renovación de la póliza, el plazo de aviso de siniestro no podrá ser superior a 30 días, contados desde la fecha de término de vigencia de la póliza.

N° 22

CONDICIONES ESPECIALES

- Esta póliza cuenta con Reembolso en línea Web, APP, WSP.

- **PARTES DE CORTESÍA:**

Se establece que durante el primer mes de vigencia se aplicarán Partes de Cortesía.

Lo anterior significa que no se rechazarán las solicitudes de reembolso y/o incorporaciones por uso de formularios de la compañía anterior (Consortio)

- **Cobertura COVID:**

Con el objeto de dar cobertura a aquellos siniestros que estén vinculados al Covid 19, la Compañía establece que, mientras se cumplan los supuestos que a continuación se indican, no considerará las exclusiones referida a Epidemias y/o Pandemias, reflejadas en POL320131698, POL220131698, POL320140415 y CAD 320160002, en lo que respecta a todo diagnóstico y/o tratamiento asociados al COVID-19, declarado por la autoridad o por el organismo de salud mundial competente.

A efectos de que tenga aplicación la no consideración de la(s) exclusión(es) mencionada(s) en el párrafo precedente:

El Contratante de la póliza se obliga a cumplir con las instrucciones, recomendaciones y obligaciones relacionadas con Covid19 que emita el Estado de Chile a través de cualquiera de sus organismos - como por ejemplo Ministerio de Salud - cuyo objetivo sea garantizar el cuidado y bienestar de los trabajadores.

Asimismo, se exigirá que los Asegurados, cumplan con todas las disposiciones sanitarias que emita el Estado de Chile a través de cualquiera de sus organismos respecto a la enfermedad, particularmente, en lo referido a los periodos de cuarentena que se establezcan y las demás medidas que apliquen a cada caso en especial.



PÓLIZA N° 8943
COLECTIVO TEMPORAL DE VIDA

Por tanto, las exclusiones solo podrán ser consideradas por la Compañía, en los siguientes casos:

- (a) Cuando el Contratante no cumpla las medidas, normas y obligaciones que emita el Estado de Chile, a través de sus organismos tales como Ministerio de Salud respecto a la prevención del Covid 19.
 - (b) Cuando el Contratante sea sancionado por algún incumplimiento laboral relacionado a las medidas orientadas a la protección y el cuidado de los trabajadores frente a Covid19.
 - (c) Cuando el Asegurado no cumpla con las normas u obligaciones que emita o imponga el Estado de Chile, en lo referido a la cuarentena que pudiese afectarle por cualquier motivo.
- La propuesta considera convenios con Farmacias Cruz Verde, Salcobrand, Farmacias Ahumada y Yapp.
 - Fondo de Libre Disposición: Se otorga un Fondo de Libre Disponibilidad de UF100 para todo el pool "Ascensores Schindler", para la vigencia de esta póliza, a través del cual el contratante, podrá solicitar reembolsar para un asegurado vigente en la póliza "a la fecha de ocurrencia" de los gastos o prestaciones médicas no cubiertas y/o que el beneficiario no cumpla con los requisitos establecidos en la póliza. Se podrán solicitar pagos con cargo a dicho Fondo, siempre que esta Póliza se encuentre plenamente vigente en la aseguradora. En caso de existir saldo al final del periodo, este no estará sujeto a devolución, así como tampoco es acumulable para el periodo siguiente y se extinguirá al finalizar cada periodo anual de vigencia póliza. Este FLD será administrado por Recursos Humanos de la empresa, previa autorización de Carla Marinkovic.
 - Se cubren los gastos realizados con el excedente de Isapre.
 - Se mantendrá cobertura de salud y dental a las personas que han sido desvinculadas, la prima de aquellas personas será financiada 100% por la empresa.
 - Cobertura de cirugía ocular por enfermedad (diferente a cirugía lásik ocular) bajo cirugía ambulatoria u hospitalización según corresponda.
 - Cobertura de malformaciones congénitas para recién nacidos en parto cubierto y no cubierto, solo en cobertura de salud
 - Cobertura cargas duplo sin edad tope.
 - Incorporación de convivientes con y sin hijos en común acorde a autorización del contratante (evaluación de asistente social).



PÓLIZA N° 8943
COLECTIVO TEMPORAL DE VIDA

- Se entrega continuidad de cobertura a los mayores de 65 años RUT 6.496.164-0 y 6.425.496-0, solo en Salud y evaluable en cada renovación.

- **Cobertura de maternidad en base a novenos:**

No obstante, lo establecido en el párrafo 2 de la letra B del artículo N°2 "Coberturas", de las Condiciones Generales de la CAD320160002, para la asegurada titular o asegurada dependiente cónyuge cuyo inicio de embarazo es anterior a la fecha de inicio de vigencia en la póliza, esta cobertura, será en base a novenos. Para los efectos de determinar la cobertura en novenos de esta cláusula, la fecha probable de inicio del embarazo será aquella que se determine en base al informe del examen de imagenología obstétrica practicado a la asegurada y el período que restare para que ocurra el nacimiento, es decir, se contará a partir de la vigencia de la beneficiaria en la póliza.

Vigencia del recién nacido en parto en base a novenos: Si el parto fue cubierto por el Seguro, en base a novenos, la incorporación del recién nacido será de acuerdo con lo siguiente: De 1 a 5 novenos: desde el día 14 de nacido y no se cubrirán preexistencias De 6 a 8 novenos: desde el nacimiento por lo que se cubrirán sus preexistencias.

- **Tratamiento de fertilidad/infertilidad:** Se entenderá como cualquier método o procedimiento utilizado en hombre o mujer para mejorar la fertilidad o aumentar la probabilidad de embarazo y que será bonificado de acuerdo cobertura establecida en el cuadro de beneficios.

Se habilita la cobertura de Vasectomía y Ligadura de Trompas dentro del ítem Tratamiento de Fertilidad e Infertilidad



PÓLIZA N° 8943
COLECTIVO TEMPORAL DE VIDA

- **Tabla de Ajuste:** Se agrega tabla de ajuste para calcular la tarifa de la 2da anualidad, al mes 12 con 11 meses de historia siniestral, según detalle

En base a la siguiente tabla de ajuste, se calculará el precio de la 2da anualidad. El precio se calculará al mes 12, con 11 meses de historia siniestral

Siniestralidad Consolidada	Variación Prima
115.01% - y más	Evaluación SURA
110.01% - 115.00%	18.4%
105.01% - 110.00%	13.7%
100.01% - 105.00%	9.1%
95.01% - 100.00%	4.6%
90.01% - 95.00%	0.0%
85.01% - 90.00%	-4.6%
80.01% - 85.00%	-9.1%
75.01% - 80.00%	-13.7%
70.01% - 75.00%	-18.4%
menor a - 70.00%	Evaluación SURA

Siniestralidad Consolidada considera siniestros pagados hasta el undécimo mes del primer año junto con:

- + IBNR (11,67%) + Inflación Médica (6,65%) + Siniestros Pendientes de Pago
- + Comisión del corredor para los 2 años es constante (2,5%).
- + Gasto de Administración para los 2 años es constante (8%).

- **Devolución por Experiencia Favorable:**

Si al término de la vigencia de la póliza, la siniestralidad de coberturas Complementario de Salud (sin dental ni catastrófico), es favorable a Sura Seguros de Vida S.A., la compañía aseguradora entregará al Contratante una Devolución de Experiencia Favorable, de acuerdo a lo siguiente:

$$DEF = 30\% (P - S - G - R - D)$$

P: Primas Netas pagadas durante el período de cobertura.

S: Siniestros ocurridos y/o pagados durante el período anual de cobertura.

G: Gastos de Administración, equivalente a un 25 % de la prima neta pagada

R: Reserva de riesgo en curso, equivalente a 10% de la prima neta anual.

D: Eventual saldo negativo producido por esta cláusula de Devolución por Experiencia Favorable en años anteriores, si los hubiere.



PÓLIZA N° 8943
COLECTIVO TEMPORAL DE VIDA

Si la operación produce una cifra positiva el Contratante tendrá derecho a la devolución del resultado de la fórmula, la cual será efectuada a los 90 días desde el vencimiento de la póliza

Cabe señalar, que la participación de esta cláusula está condicionada a la renovación del programa de seguros por un período anual de cobertura. La no renovación, caducidad o anulación de la póliza, significará la pérdida inmediata de este beneficio.

La presente cláusula DEF será calculada en conjunto para todas las pólizas de seguro que conforman el Pool Ascensores Schindler.

• **Modificación sistema previsional de salud**

En conformidad a lo dispuesto en el artículo 20 de las condiciones generales del seguro, en caso de modificación de la legislación o normativa vigente relacionada al sistema de salud previsional público o privado, y siempre que dicho cambio altere significativamente la cobertura del seguro, sea en cuanto al riesgo asumido o a los beneficios que otorga, en comparación a las condiciones existentes al momento de la celebración del contrato, la Compañía podrá facultativamente dar por terminada la póliza en forma anticipada, o proponer al contratante nuevas condiciones de cobertura y prima, las que en caso de no ser aceptadas por el contratante o no obtener respuesta de parte de éste en el plazo otorgado por la Compañía en la comunicación enviada al efecto, dará lugar a la terminación anticipada del contrato. Se entenderá que una modificación a la legislación o normativa vigente relacionada al sistema de salud previsional público o privado afecta significativamente la cobertura del seguro cuando se refiere a uno o algunos de los siguientes aspectos:

a) Disminución de los planes de salud de los afiliados en un porcentaje igual o mayor al 5%.

b) Aplicación de reglas de suscripción de riesgo no previstas, inconciliables o que impongan restricciones respecto de aquellas consideradas por la Compañía al momento del otorgamiento de la póliza tales como, y sin que la siguiente enumeración sea taxativa, el levantamiento de exclusiones, cobertura de preexistencias, cambios en los requisitos de asegurabilidad, cambios en las prestaciones cubiertas.

c) Modificación del orden de prelación en la aplicación de la cobertura del sistema de salud previsional que implique la concurrencia de la cobertura de esta póliza con anterioridad o prescindencia de la cobertura del sistema de salud previsional.

d) Imposición de aranceles de prestaciones médicas que produzcan como efecto el otorgamiento de bonificaciones sobre prestaciones no contempladas en la póliza, o que supongan el pago de dichas prestaciones en un porcentaje superior a 1%; o bien, que impongan el reembolso de prestaciones en cuyo otorgamiento se empleen nuevas tecnologías no contempladas en los aranceles considerados al momento de la suscripción

e) A partir del 01-01-2023 esta póliza debe considerar dos grupos:

Grupo 1: Asegurados con coberturas de Vida y Adicionales + Salud + Dental + Catastrófico. Grupo

2: Asegurados sólo cobertura de Vida y Adicionales



Nº 22

TERMINACION ANTICIPADA DE LA POLIZA

Tanto la compañía aseguradora como la entidad contratante podrán poner término a esta póliza en cualquier vencimiento de prima, previo aviso dado por escrito con una anticipación no menor de treinta (30) días mediante carta certificada u otro medio fehaciente, dirigida al domicilio de la compañía o al último domicilio del contratante o asegurado, en su caso, registrado en las Condiciones Particulares de la póliza.

A handwritten signature in blue ink, located at the bottom left of the page.

A handwritten signature in blue ink, located at the bottom right of the page.

PÓLIZA N° 8943
COLECTIVO TEMPORAL DE VIDA



SEGURO COMPLEMENTARIO DE SALUD PLAN SINDICATOS

BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN	% Bono	% Libre Elección	Tope Diario UF	Tope Anual UF
Día Cama Hospitalización	100%	100%	2,5	Sin Tope
Servicios Hospitalarios	80%	80%	-	Sin Tope
Día Cama UTI / UCI				
Sala de Urgencia				
Derecho de Pabellón				
Examen de Laboratorio e Imágenes				
Ultrasonografía y Medicina Nuclear,				
Procedimientos Especiales, Equipos,				
Insumos y Medicamentos				
Otros prescritos por Médico Tratante.				
Honorarios Médicos Quirúrgicos				
Cirugía Maxilofacial por accidente				
Septoplastia/ Rinoplastia	Bajo Hospitalización			
Bono Pad	100%	100%	-	Sin Tope
Servicio Ambulancia Terrestre (radio 50 km)	80%	80%	-	10
Gtos. Donante Vivo	100%	100%	-	30
Gtos. Donante Post-Mortem	100%	100%	-	20
BENEFICIO MATERNIDAD	% Bono	% Libre Elección	Tope Prest. UF	Tope Anual UF
Parto Normal	100%	100%	20	Sin Tope
Parto por Cesárea	100%	100%	30	Sin Tope
Aborto involuntario y aborto en 3 causales despenalizadas por ley	100%	100%	Sin Tope	Sin Tope
Complicaciones del Embarazo	80%	80%	Sin Tope	Sin Tope
Tratamiento de Fertilidad e Infertilidad	100%	100%	-	10
BENEFICIO AMBULATORIO	% Bono	% Libre Elección	Tope Prest. UF	Tope Anual UF
Consulta Médica	80%	80%	-	Sin Tope
Exámenes de Laboratorio	80%	80%	-	Sin Tope
Exámenes de Imogeneología, ultrasonido y medicina nuclear	80%	80%	-	
Procedimientos de diagnósticos	80%	80%	-	
Procedimientos Terapéuticos (Incluye los insumos ambulatorios no asociados a una cirugía)	80%	80%	-	
Estudio Preventivo de la Mama	80%	80%	-	
Terapia Ocupacional	80%	80%	-	1
Fonoaudiología	80%	80%	-	20
Kinesiología	80%	80%	-	Sin Tope
Cirugía ambulatoria	80%	80%	-	Sin Tope
BENEFICIO MEDICAMENTOS AMBULATORIOS	% Bono	% Libre Elección	Tope Prest. UF	Tope Anual UF
Medicamentos Ambulatorios No Genéricos	80%	80%	-	Sin Tope



PÓLIZA N° 8943
COLECTIVO TEMPORAL DE VIDA

Medicamentos Ambulatorios Genéricos	100%	100%	-	Sin Tope
Medicamentos Ambulatorios Inmunopresores o Inmunomoduladores	80%	80%	-	Sin Tope
Medicamentos Ambulatorios Ambulatorios Antineoplasicos	80%	80%	-	Sin Tope
Medicamentos Ambulatorios Biológicos e Inmunoterapias	80%	80%	-	Sin Tope
Medicamentos Ambulatorios No Genéricos con Convenio Farmacia Ahumada, Farmacias Cruz Verde, Salcobrand y Yapp	80%	80%	-	Sin Tope
Medicamentos Ambulatorios Genéricos con Convenio Farmacia Ahumada, Farmacias Cruz Verde, Salcobrand y Yapp	100%	100%	-	Sin Tope
Medicamentos Ambulatorios Inmunopresores o Inmunomoduladores con Convenio Farmacia Ahumada, Farmacias Cruz Verde, Salcobrand y Yapp	80%	80%	-	Sin Tope
Medicamentos Ambulatorios Ambulatorios Antineoplasicos con Convenio Farmacia Ahumada, Farmacias Cruz Verde, Salcobrand y Yapp	80%	80%	-	Sin Tope
Medicamentos Ambulatorios Biológicos e Inmunoterapias con Convenio Farmacia Ahumada, Farmacias Cruz Verde, Salcobrand y Yapp	80%	80%	-	Sin Tope
BENEFICIO SALUD MENTAL	% Bono	% Libre Elección	Tope Prest. UF	Tope Anual UF
Gastos Ambulatorios				
Consulta Psiquiatría	70%	70%	1	20
Consulta Psicología	70%	70%	1	
Consulta Psicopedagogía	70%	70%	1	
Gastos Hospitalarios	70%	70%	-	
BENEFICIOS ADICIONALES	% Bono	% Libre Elección	Tope Prest. UF	Tope Anual UF
Gastos Opticos	80%	80%	-	6
Cirugia Lasik Ocular (Imayor o igual a 5 diptrias)	80%	80%	-	
Prótesis y Ortesis	80%	80%	-	100
Aparatos Auditivos	80%	80%	-	20
Cobertura GES / CAEC	100%	100%	-	Sin Tope
BENEFICIOS ESPECIALES PROPIOS DE LA POLIZA	% Bono	% Libre Elección	Tope Prest. UF	Tope Anual UF
Tratamiento Obesidad Mórbida	100%	100%	-	20
Medicamentos				
Gastos Ambulatorios				
Gastos Hospitalarios				
Hormonas del Crecimiento y relacionadas	80%	80%		40
Nutricionista	80%	80%	0,5	10
Cirugia Reduccion Mamaria	Bajo Hospitalización			
Tope anual de reembolso por Beneficiario	UF 380			
Cobertura en el Extranjero	Idem Plan de Salud			
Deducible anual	Sin Deducible			

PÓLIZA N° 8943
COLECTIVO TEMPORAL DE VIDA



SEGURO DENTAL SINDICATOS

COBERTURA DENTAL	% Bono	% Libre Elección	Tope Prest. UF	Tope Anual UF
Consulta, Cuidado Dental Rutinario,	60%	60%	1 vez arancel Dental Sura	10
Cirugía, Endodoncia, Radiografía,				
Laboratorio, Odontopediatría,				
Operativa Bucal, Periodoncia, Medicamentos, Urgencia, Implantes, Ortodoncia y Prótesis.				
Carencia	6 meses en Ortodoncia y Prótesis para Asegurados Nuevos			
Tipo de Deducible	Sin Deducible			