

PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO COMPLEMENTARIO DE SALUD**N°****13458-2**

CONDICIONES GENERALES INSCRITAS EN EL DEPÓSITO DE PÓLIZAS
DE LA COMISIÓN PARA EL MERCADO FINANCIERO BAJO LOS CÓDIGOS
POL 320131698 Y CAD 320180045

CONDICIONES PARTICULARES

Compañía de Seguros de Vida Cámara S.A., en adelante también “Vida Cámara S.A.” o la “Compañía”, en consideración a, Licitación Pública de Seguro Colectivo de Vida y Complementario de Salud, realizada por la Junta Nacional de Jardines Infantiles, mediante ID. 553953-2-LR25; Las bases de la licitación; Contrato suscrito entre las partes de fecha 30 de abril de 2025, según fecha de firma contrato, las Condiciones Generales respectivas y las Condiciones Particulares que a continuación se detallan, acepta por medio de la presente póliza asegurar lo siguiente:

Datos del Contratante	
Nombre o Razón Social	JUNTA NACIONAL DE JARDINES INFANTILES
Domicilio	Morandé 226, Piso 7
Comuna	Santiago
Ciudad	Santiago
Teléfono	226545000
RUT	70.072.600-2
Contacto	
Email	

Datos del Asegurador	
Nombre o Razón Social	COMPAÑÍA DE SEGUROS VIDA CÁMARA S.A.
Domicilio	Apoquindo N° 6750 Piso 10
Comuna	Las Condes
Ciudad	Santiago
Teléfono	600 320 07 00
RUT	99.003.000-6
Nombre Producto	Salud G3

Datos del Intermediario	
Nombre o Razón Social	SOCIEDAD NEXO CORREDORES DE SEGUROS S.A.
Domicilio	Av. Sanchez Fontecilla 310 Piso 7 Edificio Birmann
Comuna	Las Condes
Ciudad	Santiago
Teléfono	24950600
RUT	77.690.260-8
Comisión del Corredor	3,00 % de la prima neta recaudada

1. VIGENCIA DE LA PÓLIZA

La vigencia de esta póliza corresponde a:

Periodo 1

Fecha Vigencia Inicial	Fecha Vigencia Final
05/05/2025	04/05/2026

Periodo 2

Fecha Vigencia Inicial	Fecha Vigencia Final
05/05/2026	04/05/2027

2. ASEGURADOS

Funcionarios afiliados al Servicio de Bienestar de la Institución (activos y Jubilados) y sus cargas legales reconocidas, personas naturales que cumplan con las “condiciones de asegurabilidad”, descritas en las Condiciones Particulares y cuya nómina vigente ambas partes mantendrán en su poder.

Además, se consideran asegurados de esta el grupo familiar del asegurado titular (se considera sólo el ingreso de cargas legales), según el siguiente detalle:

FUNCIONARIOS ACTIVOS (Grupo 1) y JUBILADOS (Grupo 2) para cargas legalmente reconocidas:

- Cónyuge -Hijos - Nietos - Otros (madre viuda, hijo invalido sin límite de edad, Duplos).
- Hijos y Nietos hasta los 18 años, pudiendo permanecer hasta cumplidos los 24 años, si acreditan dependencia económica y si son estudiantes de alguna institución educacional reconocida por el Ministerio de Educación.

Se deberá considerar los procedimientos y reglamentación del Servicio de Bienestar de la Institución en el proceso de incorporación de cargas familiares.

3. COBERTURA

Este seguro reembolsa, como complemento del Sistema Previsional de Salud de cada asegurado, los gastos médicos razonables y acostumbrados, en que haya incurrido efectivamente un asegurado, a consecuencia de una incapacidad cubierta por este contrato de seguro y ocurrida durante la permanencia del asegurado en la póliza.

Asimismo, en su caso, la compañía aseguradora reembolsará (en caso que corresponda) los medicamentos ambulatorios recetados al asegurado por su médico tratante durante el periodo de vigencia de este contrato de seguro, en las dosis establecidas por éste, siempre en complemento de lo que cubran otras instituciones, todo en los términos porcentuales, límites y topes establecidos en estas Condiciones Particulares.

Los términos, proporciones, límites y condiciones de cobertura se encuentran definidos en el Plan de Reembolsos, detallado en el Anexo Cuadro de Condiciones y Características de la Póliza: Plan de Reembolso MOD8WY (código interno Vida Cámara).

No obstante, lo anterior, para los casos que a continuación se indican, los términos de cobertura se ajustarán a lo siguiente:

1. En aquellos casos en que el Asegurado no esté afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, la compañía determinará los gastos susceptibles de ser reembolsados y sobre ellos aplicará el porcentaje de reembolso que se indica para estos efectos en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura.
2. En aquellos casos en que el asegurado este afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, y las prestaciones, costos o gastos reclamados se encuentren tipificadas en el Arancel Fonasa, y no cuenten con bonificación, aporte y/o reembolso mayor que cero (0) en tales instituciones, independiente de la causa que lo provoque, se aplicará una rebaja de 50% al porcentaje de reembolso establecido en el Plan de Reembolsos, con excepción de medicamentos ambulatorios, y los siguientes Beneficios Especiales:

Gastos por óptica

3. La Compañía realizará la clasificación de las prestaciones de salud cubiertas por esta póliza en conformidad a las definiciones y rubros de prestaciones contenidas en las Normas Técnicas Administrativas del Arancel Fonasa, o aquel que lo reemplace, vigente a la fecha de la respectiva prestación.

4. DEDUCIBLE Y PERIODO DE ACUMULACIÓN

Esta póliza considera aplicación de deducible(s) anual de acuerdo con las condiciones y valores establecidos en el siguiente cuadro:

Deducible por Grupo Familiar:	Titular solo.	UF 0,00
	Titular + 1 carga.	UF 0,50
	Titular + 2 cargas o más.	UF 1,00
Periodo Acumulación:	Periodo donde el deducible se acumula en un rango de fechas determinado, en este caso, 12 meses.	

5. CARENCIA

En la presente Póliza, no se considera ningún tipo de carencia para ninguna prestación.

6. VIGENCIA DE LAS COBERTURAS DE CADA ASEGURADO

Los nuevos asegurados titulares o dependientes ingresarán al presente seguro colectivo, a través de nómina informada por el contratante, desde la fecha solicitada.

7. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

a) El asegurable podrá ingresar a la póliza cuando lo determine el contratante, sin evaluación de riesgos, siempre y cuando su edad de ingreso sea la indicada en el cuadro de edades de ingreso y permanencia.

b) El recién nacido tendrá cobertura a contar del día 1 de nacido, siempre y cuando el aviso de nacimiento sea dentro de los 90 días de vida, si supera los 90 días sin aviso a la compañía el ingreso será evaluado como un asegurado nuevo.

c) A solicitud del contratante, en los casos en que, por temas administrativos de Junta Nacional de Jardines Infantiles, la solicitud de incorporación de un recién nacido sea enviada posterior a 90 días de vida, excepcionalmente la compañía, podrá evaluar caso a caso.

Los requisitos de asegurabilidad de la Compañía para los asegurados son:

Asegurado	Edad Mínima de Ingreso	Edad Máxima de Ingreso	Edad Máxima de Permanencia
Titular	18 años	Sin Tope	Sin Tope
Cónyuge, conviviente civil	18 años	Sin Tope	Sin Tope
Hijos	Desde el día de nacimiento	Sin Tope	Sin Tope
Cargas duplo	Desde el día de nacimiento	Sin Tope	Sin Tope
Cargas Legales	Desde el día de nacimiento	Sin Tope	Sin Tope
Cargas Madres (Viudas)	18 años	Sin Tope	Sin Tope

Los asegurados amparados bajo esta cobertura serán aquellos definidos en el Artículo "ASEGURADOS" de este condicionado particular.

Los asegurados que cumplan la edad máxima de permanencia durante la vigencia del contrato de seguro mantendrán su cobertura hasta el término de vigencia de la póliza. Cobertura de hijos/nietos es hasta el día 31 de diciembre en que cumplen 24 años.

8. PREEXISTENCIA

La compañía no podrá excluir a ningún asegurado o beneficiario en consideración a enfermedades preexistentes al inicio y durante la vigencia del contrato

9. EXCLUSIONES DE LA COBERTURA

Las exclusiones contempladas en esta Póliza corresponden a las establecidas en el Artículo 8 de las Condiciones Generales inscritas en la Comisión para el Mercado Financiero bajo

10. INCORPORACIÓN Y EXCLUSIÓN DE ASEGURADOS

- a) La responsabilidad de informar respecto de la incorporación y retiro de los asegurados a la póliza será asumida por el Servicio de Bienestar, el cual informará directamente a la compañía aseguradora. Esta información será entregada dentro de los primeros 20 días de cada mes, especificando la fecha en que las personas ingresaron o dejaron de ser asegurados. En el caso que el día 20 recayera en un sábado, domingo o festivo, su entrega será a más tardar el día hábil siguiente.
- b) Para la inclusión de asegurados cada persona deberá cumplir con los requisitos de asegurabilidad de esta póliza.
- c) Para la exclusión de asegurados, el Contratante deberá informar vía e-mail e indicar el nombre completo y RUT del asegurado que será eliminado de la póliza, poniéndose fin a su cobertura a partir de la fecha de recepción en la compañía de la solicitud por parte del Contratante. El e-mail debe ser dirigido a su Ejecutivo de Cuenta o Corredor, según corresponda.
- d) En caso de que un afiliado del Servicio de Bienestar, que, teniendo la calidad de asegurado, deje por cualquier razón de pertenecer a ella, ésta deberá dar aviso escrito y en forma inmediata de tal hecho a Vida Cámara S.A. otorgándose cobertura sólo hasta la fecha en que el asegurado perteneció a la empresa contratante.
- e) Para la modificación de las características de un asegurado, el Contratante deberá indicar el nombre completo, RUT y la modificación solicitada. Esta modificación registrará a partir de la fecha de recepción y aceptación por parte de la Compañía.

11. MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO

Tanto el monto asegurado como las primas serán expresados en Unidad de Fomento (UF) de acuerdo con el equivalente en pesos que tenga dicha unidad al último día del mes en cobro.

12. TARIFAS Y PRIMAS DEL SEGURO

Las primas mensuales en UF de este seguro, son las siguientes:

Asegurados	Prima Afecta	IVA	Prima Bruta
Titular	UF 0,3785	UF 0,0719	UF 0,4504

13. BENEFICIARIO

El beneficiario será el asegurado titular, sin perjuicio de lo establecido en el numeral 17, letra e) de estas Condiciones Particulares.

14. PAGO DE PRIMA, FACTURACIÓN Y COBRANZA

La facturación y cobranza de las primas se efectuará de acuerdo con el siguiente detalle:

RUT Facturación:	70.072.600-2	Nombre:	JUNTA NACIONAL DE JARDINES INFANTILES
Dirección:	Morandé 226, piso 7	Ciudad:	Santiago
Comuna:	Santiago	Tipo Facturación y Cobranza:	Vencida
Periodicidad de Pago:	Mensual	Forma de Pago:	Contado
Día de Pago:	30	Moneda de Prima:	UF
Rubro / Giro:	ENSEÑANZA PREESCOLAR PUBLICA		

El valor total a pagar por el seguro complementario de salud que se contrate será equivalente al producto entre el valor total neto de la prima por asegurado (que el oferente presentó en su oferta económica) por la cantidad de afiliados que la Junta Nacional de Jardines Infantiles informe a la compañía de seguros, a través de la emisión de orden de compra mensual, más el impuesto al valor agregado (IVA).

El pago se realizará a mes vencido, dentro de los 30 días corridos, contados desde la recepción total y conforme del servicio, nómina electrónica de afiliados y de la correspondiente factura, al valor de la unidad de fomento vigente al último día del mes en cobro

El pago de la prima correspondiente al primer y último mes de vigencia de la póliza se realizará en forma proporcional a los días en que fue efectivamente prestado el servicio.

El valor de la prima en U.F., se mantendrá fijo durante todo el periodo de vigencia del contrato, por lo tanto, no estará afecto a reajustes, disminuciones o aumentos.

En ampliación del artículo número 14 de las Condiciones Generales de esta póliza de Seguro Colectivo Complementario de Salud, se establece lo siguiente:

- La Compañía mantendrá la información de los asegurados titulares y cargas actualizada y en las condiciones que informe el Contratante y que la póliza lo permita, adjuntando la información completa con cada cobranza para la revisión por parte del Contratante.
- Se deja constancia que la cobranza de las primas se efectuará en función de los movimientos y/o modificaciones a las características de los asegurados vigentes, por consiguiente, las diferencias que se generen se reflejarán en la cobranza del mes siguiente.

15. MODALIDAD DE PAGO DE LA PRIMA

La modalidad de pago de esta prima es contributiva, bajo el siguiente esquema:

Contribución de prima del Contratante	100%
Contribución de prima Asegurados Titulares	0%

16. PERÍODO DE GRACIA

Para el pago de la prima, esta póliza concede un plazo máximo de gracia de 30 días, el cual será contado a partir del primer día del mes de cobertura no pagado.

17. LIQUIDACIÓN DE LA COBERTURA DE UN ASEGURADO

La Compañía indemnizará al asegurado, de acuerdo con el "Plan de Cobertura" que se incluye en esta póliza y que es parte integrante de este Contrato, una vez que se cumplan todos los requisitos que se mencionan en esta póliza mediante su reembolso.

En el caso de reembolsos diferidos, el beneficiario deberá cumplir con las siguientes condiciones:

- a) El plazo de aviso del siniestro se contará desde la fecha de emisión del documento que da cuenta del gasto de cargo del asegurado cuyo reembolso se requiera, independiente de la fecha de la prestación que lo origina, pero siempre que ésta ocurra durante la vigencia de la póliza. El plazo máximo para presentar los documentos a bonificar se describe a continuación:

Gastos Ambulatorios	:	121	Días corridos desde la fecha de emisión del bono u otro documento.
Gastos Hospitalarios	:	121	Días corridos desde la fecha de Facturación.

- b) Si el asegurado tuviese derecho a recibir reembolsos de alguna Isapre, Fonasa, seguro previsional de salud, obligatorio o voluntario que deba concurrir al pago, o el de cualquier otra persona jurídica o institución que haya debido contribuir a él, deberá hacer uso de ellos previamente. En dichos casos, deberá presentar fotocopias de las boletas o facturas y originales de los documentos comprobatorios de los beneficios ya recibidos.
- c) A los programas médicos por hospitalizaciones, intervenciones o procedimientos de diagnósticos y terapéuticos no quirúrgicos, deberán adjuntarse los correspondientes bonos del Sistema Previsional de Salud (copia original afiliado). Adicionalmente, en los casos que Vida Cámara S.A. estime conveniente, podrá solicitar al asegurado toda la información adicional que requiera para la correcta evaluación del beneficio.
- d) Las facturas por gastos hospitalarios y/o intervenciones deberán presentarse con su respectiva pre-factura y/o con el detalle completo de las prestaciones recibidas, más epicrisis con diagnóstico y protocolo operatorio en caso de tratarse de una cirugía.

- e) En el caso de reembolsos diferidos, una vez recepcionados los documentos y chequeada la correcta presentación de éstos, se procederá a la respectiva liquidación. Los pagos de reembolsos que corresponda realizar serán otorgados mediante depósito en la cuenta bancaria del asegurado titular o pagado a través de Servipag, o cualquier otra modalidad que establezca Vida Cámara S.A. acordada por el Contratante.

Las bonificaciones podrán pagarse a nombre del Contratante, sólo si el Asegurado ha autorizado expresamente y por escrito dicha circunstancia, mediante la suscripción del formulario destinado a estos efectos u por otro documento autorizado por el asegurado.

f) Cobertura de Medicamentos Ambulatorios

La cobertura de Medicamentos Ambulatorios podrá efectuarse mediante su reembolso diferido o en línea en farmacias en convenio.

Para efectuar la provisión del medicamento al asegurado, la compañía celebrará convenios con entidades farmacéuticas, para otorgar esta modalidad de pago, se deberán cumplir los siguientes requisitos

- a. El convenio se encuentre vigente al momento en que éste sea requerido
- b. Que el servicio en línea se encuentre disponible por parte del establecimiento respectivo
- c. Que exista el stock de los medicamentos requeridos
- d. Que el asegurado pague a entidad farmacéutica el monto correspondiente al copago según plan contratado y/o deducible del medicamento.

Para estos efectos el deducible del medicamento corresponderá al porcentaje que no es objeto de reembolso según el plan de reembolso aplicable al beneficio de medicamentos.

1. Bajo la cobertura del Beneficio Medicamentos Ambulatorios la compañía cubrirá los gastos y costos incurridos por concepto de medicamentos recetados exclusivamente en forma ambulatoria por un médico.
2. Se requerirá receta original con nombre completo del paciente, fecha, nombre de los o el medicamento, dosis y duración del tratamiento, nombre, RUT y firma del profesional. La vigencia de la receta será de treinta (30) días corridos, contados desde la fecha de su emisión. En caso de reembolso diferido, además se requerirá que la boleta de la farmacia registre el detalle de los medicamentos adquiridos.

La Compañía cubrirá la dosis de medicamentos indicada en la receta médica sólo por la cantidad correspondiente al tratamiento. Para los casos de medicamentos indicados por períodos superiores a un mes, la Compañía cubrirá por cada mes solamente las dosis correspondientes a 30 días de tratamiento.

3. Para el caso de reembolsos diferidos, que involucren recetas retenidas en la farmacia, será necesario presentar fotocopia de ésta timbrada por el establecimiento, con indicación de haber sido retenida.
4. Recetas a permanencia o por tratamientos prolongados:
 - a. En el caso de reembolsos diferidos, se deberá presentar siempre fotografía de la receta original, a la que se adjuntará la boleta de la farmacia con el detalle de los medicamentos y su timbre correspondiente
 - b. En el caso de provisión de medicamentos, se deberá presentar en la primera ocasión el original de la receta, la cual quedará en el establecimiento de entrega del medicamento. El respectivo establecimiento entregará una copia de la receta para ser presentada en la siguiente dispensación de medicamentos.
 - c. Las recetas a permanencia o por tratamiento prolongado, será necesario renovarla cada ciento ochenta (180) días.

Sin el cumplimiento de los requisitos señalados en este artículo, la Compañía Aseguradora no estará obligada a otorgar la cobertura correspondiente

Plazos de pago:

- El plazo de pago de las solicitudes de reembolso es de 5 (cinco) días hábiles.
- El plazo de pago de gastos relacionados con el ítem de hospitalización es de 6 (seis) días hábiles.
- El plazo de pago de beneficios que exceden 1 millón de pesos es de 10 días hábiles.

Plazo de presentación y disconformidad:

- El plazo de presentación de solicitudes de reembolso a la compañía de seguros es de 121 días corridos.
- El plazo del asegurado para presentar su disconformidad de la liquidación de gastos médicos es de 100 días corridos

18. OTRAS CONDICIONES - COBERTURA COMPLEMENTARIA DE SALUD:

Las condiciones particulares de la póliza consideran las siguientes condiciones adicionales de cobertura:

1	<p>Vigencia 24 meses</p> <p>Esta póliza contempla 24 meses de vigencia en los siguientes periodos.</p> <p>1ra vigencia: 05 mayo 2025 al 04 mayo 2026</p> <p>2da vigencia: 05 mayo 2026 al 04 mayo 2027</p> <p>Manteniendo las mismas primas, coberturas y condiciones</p>
---	---

2	<p>Cobertura Medicamentos Biológicos e Inmunoterapias</p> <p>Este seguro cubre el tratamiento de enfermedades con medicina biológica, que tengan cobertura en Isapre o Fonasa, previa presentación de diagnóstico e informe médico que fundamente su uso y corresponda la cobertura.</p> <p>Estos reembolsos deberán considerar los porcentajes y topes establecidos en la tabla de beneficios en el ítem de medicamentos o procedimientos (del ítem ambulatorio) u hospitalario según corresponda.</p> <p>Aquellos gastos que no tienen coberturas en el sistema de salud del afiliado, sea que no estén codificados o sean sin cobertura, se pagarán sólo al 50% de lo que indica el porcentaje de cobertura del ítem respectivo (vía reembolso).</p>
3	<p>Aquellos gastos que no tienen coberturas en el sistema de salud del afiliado, sea que no estén codificados o sean sin cobertura, se pagarán sólo al 50% de lo que indica el porcentaje de cobertura del ítem respectivo (vía reembolso). Los gastos del ítem ópticas de Fonasa, mantienen el 50% de bonificación.</p>
4	<p>Se reembolsarán los gastos de los asegurados, que teniendo cobertura en el seguro, sean pagados por medio del uso de sus excedentes en la Isapre</p>
5	<p>Estarán amparadas bajo la continuidad de cobertura las patologías cubiertas de asegurados que hubieren estado vigentes en la póliza previa al traspaso a Vida Cámara, en la medida que éstas cumplan con las condiciones de cobertura establecidas en esta póliza y, además, no constituyan una exclusión expresa del condicionado general que aplica.</p>
6	<p>Anticonceptivos para patologías específicas (Ovarios Poliquísticos, Amenorreas, etc.), serán evaluados con exámenes hormonales, ecografías ginecológicas e informe médico.</p>
7	<p>Cobertura Covid-19</p> <p>Se incorpora la cobertura de gastos médicos originados o que sean consecuencia de Covid-19, en los siguientes términos y condiciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> Las prestaciones médicas ambulatorias y hospitalarias requeridas para el tratamiento de Covid19 serán reembolsadas según los porcentajes y topes establecidos en el Plan de Reembolso, de acuerdo con el tipo de atención recibida por el asegurado. En caso de que las prestaciones no reciban reembolso del sistema de salud previsional del asegurado, independiente de la causa que lo provoque, se aplicará una rebaja del 50% del ítem respectivo al porcentaje de bonificación establecido en el Plan de Reembolsos, con excepción de los medicamentos ambulatorios. Se reembolsarán las prestaciones médicas ambulatorias y hospitalarias no incluidas en el Arancel Fonasa siempre que éstas sean necesarias para el diagnóstico y/o tratamiento de la patología Covid-19, en los siguientes términos: <ol style="list-style-type: none"> Las prestaciones ambulatorias y hospitalarias serán reembolsadas según los porcentajes y topes establecidos en el Plan de Reembolso. En caso de que estas prestaciones, por cualquier causa, no reciban reembolso del sistema de salud previsional del asegurado, se aplicará el factor de descuento señalado en el número 2 anterior.

8	Pago de Vitaminas y Minerales para mujeres embarazadas e hijos menores de 12 años (hasta 12 años y 364 días) y vitaminas en caso de enfermedades óseas, previa evaluación médica y presentación de exámenes clínicos
9	Complicaciones del embarazo: Corresponden a todas aquellas enfermedades o dolencias que estén directamente relacionadas o sean consecuencia directa del embarazo y cuya presencia u ocurrencia afecte gravemente el desarrollo normal de éste. Se considerarán bajo esta definición las siguientes enfermedades o dolencias: colestasia intrahepática del embarazo, placenta previa, placenta accreta, preeclampsia, eclampsia, hipertensión del embarazo, diabetes gestacional, incompetencia cervical, distocia del embarazo, infección huevo ovular, rotura prematura de membranas y amenaza de parto prematuro sin que haya terminado en parto, embarazo ectópico, entre otras.
10	Complicaciones del Parto: Corresponden a todas aquellas enfermedades o dolencias que estén directamente relacionadas o sean consecuencia directa del parto, talos como mala presentación del feto, desajustes del parto, corioamionitis y endometritis, ente otras.
11	Las prestaciones de Psicología, Kinesiología, Fonoaudiología y Psicopedagogía deben ser derivadas por un profesional médico, el cual deberá extender una orden médica no superior a 180 días desde la emisión, donde señale el diagnóstico, tipo de tratamiento y el número de sesiones. Además, este seguro contempla prestaciones de Nutricionista, que sean derivadas por un profesional médico y las cuales serán reembolsadas bajo porcentajes y topes del ítem plan de salud también con una vigencia máxima de 180 días desde la emisión del documento.
12	El procedimiento para la conservación de producto y/o materiales para la implantación posterior (por ejemplo: crioconservación de médula ósea) será cancelada bajo el ítem de Prótesis y Ortesis, siempre y cuando hubiera estado cubierto por su Isapre o Fonasa de lo contrario se considera el 50% de cobertura del ítem respectivo (vía reembolso)
13	Los tratamientos de inmunoterapia estarán cubiertos sólo como tratamiento curativo y al momento de reclamar la prestación se debe informar Diagnóstico y duración de tratamiento. siempre y cuando hubiera estado cubierto por su Isapre o Fonasa de lo contrario se considera el 50% de cobertura del ítem respectivo (vía reembolso)
14	<p>Los tratamientos para bajar de peso estarán cubiertos para el diagnóstico obesidad en los casos de asegurados que cuenten con Índice de Masa Corporal sobre 35 Kg/m² y que cuenten patologías asociadas, lo cual debe ser acompañado de exámenes e informe médico que lo corroboren</p> <p>Se pagarán los medicamentos para bajar de peso sólo en caso de diabetes diagnosticada, no cubrirá para resistencia a la insulina u otro diagnóstico y siempre y cuando exista informe y exámenes médicos que lo acrediten.</p> <p>La Cirugía por Obesidad Mórbida (IMC) tendrá cobertura con cargo al ítem Servicios Hospitalarios o al ítem específico si lo contempla el plan y siempre y cuando el asegurado presente un Índice de Masa Corporal mayor que 40 Kg/m² y la intervención se encuentre cubierta por su Isapre o Fonasa. El IMC bajo criterio de la Organización Mundial de la Salud (OMS). No obstante, lo anterior, en caso de asegurados cuyo IMC sea mayor o igual a 35 con patologías asociadas de acuerdo a</p>

	las patologías definidas en la norma ministerial, como hipertensión arterial, diabetes tipo 2, dislipidemia, apnea del sueño u osteoartritis de grandes articulaciones, los gastos serán sometidos a evaluación por parte de Contraloría Médica de Vida Cámara, a fin de determinar la procedencia de la cobertura
15	Los medicamentos asociados a otros tratamientos serán cubiertos siempre y cuando estos medicamentos sean coadyudantes del tratamiento primario y eviten efectos secundarios como, por ejemplo: Antiinflamatorios por algún diagnóstico que lo amerite junto con Omeprazol.
16	Serán reembolsados los gastos de Óptica, incluye: Marcos, Cristales, lentes (de contacto o de Sol con dioptría), la receta debe indicar diagnóstico del médico, su reembolso aplicará siempre y cuando hayan sido reembolsados en forma previa por su Sistema de Salud Previsional (excepto Fonasa para menores de 55 años, los afiliados a Fonasa desde los 55 años deben solicitar previamente el reembolso en dicha entidad). También se cubre el Control Preventivo Oftalmológico para niños mayores de 3 años.
17	Para los tratamientos de Acné cuando se trate de un tipo diagnosticado como severo se pagan todos los gastos asociados a la patología, previa presentación de informe médico que indique diagnóstico y tratamiento. (Se excluyen lociones, jabones y bloqueadores solares).
18	El servicio de traslado de ambulancia es para trasladar al asegurado desde y hacia un hospital, dentro de un radio de 50 kilómetros. El asegurado debe quedar hospitalizado.
19	Para cualquier extracción a la piel, se solicitará el resultado de biopsia, esto para descartar que haya sido con fines estéticos.
20	Las infiltraciones se cubren como procedimiento siempre y cuando hubiera estado cubierto por su Isapre o Fonasa de lo contrario se considera el 50% de cobertura del ítem respectivo (vía reembolso).
21	Se reembolsarán las prótesis y ortesis solo si están codificadas en arancel Fonasa, para ello es necesario que la receta indique el nombre de la prótesis u órtesis y/o el código respectivo. siempre y cuando hubiera estado cubierto por su Isapre o Fonasa de lo contrario se considera el 50% de cobertura del ítem respectivo (vía reembolso).
22	Las prestaciones médicas realizadas en el extranjero en las zonas limítrofes tendrán coberturas según el plan del reembolso.
23	El reembolso de medicamentos ambulatorios, sólo se efectuará si la boleta específica el nombre y valor de cada medicamento prescrito en la receta médica, además del correspondiente timbre de respaldo de la farmacia. Las recetas con medicamentos prescritos a permanencia tendrán una validez máxima de 6 meses. Los medicamentos ambulatorios cubiertos por este beneficio serán sólo aquellos que el asegurado deba consumir durante el periodo de vigencia de la póliza, de acuerdo con la dosis prescrita por el médico tratante y en ningún caso la dosis a reembolsar podrá ser superior a treinta (30) días de tratamiento a partir de la fecha de compra de los medicamentos.
24	El plazo para presentar los gastos de cobertura hospitalaria se contabilizará desde la fecha de emisión de los respectivos bonos y/o fecha de pago de dichos servicios, en lugar de considerar la fecha del evento.
25	No exigencia de declaración de salud, ni exámenes médicos: La compañía no exigirá declaración de salud, ni exámenes médicos de ningún tipo a las personas que se

	incorporen ya sea al inicio o durante la vigencia de la póliza.
26	Se dará cobertura dentro de Gastos Ambulatorios a controles preventivos ginecológicos que incluye consulta médica, examen Papanicolaou (PAP) antimicóticos, Ecotomografía transvaginal y mamografía.
27	Se dará cobertura dentro de Gastos Ambulatorios a Control del niño Sano incluye: Consulta médica, radiografía de cadera hasta los 5 meses y las vitaminas dentro Gastos de Medicamentos hasta los 12 años y 364 días.
28	Se otorga cobertura dentro de Gastos de Medicamentos a Hormona del crecimiento para hijos hasta los 10 años y 364 días de edad, previa evaluación médica, para lo cual, deberá aportar la siguiente información mínima: Informe del endocrinólogo infantil tratante, exámenes clínicos: Radiografía Edad Ósea, análisis de sangre para medirlos niveles hormonales y otros exámenes que determine el profesional.
29	Se deberá liquidar y bonificar parcialmente la cuenta hospitalaria, de forma que aquellos gastos que aún no hayan sido cancelados por el asegurado quedarán pendientes de pago hasta completar los documentos contables pertinentes, considerando este hecho como una forma de continuación de tratamiento
30	Todos los afiliados al Servicio de Bienestar de la Institución (activos y pasivos), deberán ser asegurados por la Compañía de Seguros de Vida Cámara S.A., sin ningún requisito previo, para este efecto, será suficiente la información que remita dicho servicio a Vida Cámara, mediante una nómina que la empresa entregará al inicio de vigencia de la(s) póliza(s), la que será actualizada dentro de los primeros veinte días corridos del mes siguiente al ingreso y egreso de afiliados al Servicio de Bienestar, según corresponda. No será exigible la declaración de salud, ni exámenes médicos de ningún tipo a las personas que se incorporen ya sea al inicio o durante la vigencia de la póliza
31	Informes mensuales Vida Cámara entregará en forma mensual los Informes que se detallan en el título V, punto 10 de las bases técnicas de la licitación pública
32	Se entrega cobertura a silla de ruedas y coche neurológico bajo el porcentaje y tope del ítem órtesis y prótesis del plan de reembolso.
33	Se dará cobertura bajo el ítem de cirugía ambulatoria, a todo tipo de cirugía ocular con una Dioptría 3 o superior, a lo menos en uno de los ojos, incluyendo el procedimiento laser.
34	En casos de Atención de Urgencia y telemedicina, bastara presentar a la compañía de seguros el comprobante de atención de urgencia emitido por el establecimiento (clínica, hospital, etc.) o comprobante que entregue el respectivo profesional médico, según corresponda.

35	<p>Servicios adicionales obligatorios</p> <p>Vida Cámara durante el periodo de vigencia del seguro contratado que abarca desde el 05-05-2025 al 04-05-2027, entregará servicios de reembolso en línea establecidos en el título V, punto 12, de las bases técnicas.</p> <p>Sistema I-MED:</p> <p>Esta póliza contempla el beneficio adicional de reembolso automático, a través de sistema de huella digital, administrado por I-MED S.A., en los mismos porcentajes y topes del plan contratado.</p> <p>En caso de no ser bonificada la prestación bajo modalidad IMED y que tenga cobertura por la póliza contratada, el asegurado deberá enviar el gasto por las plataformas disponibles por Vida Cámara para reembolso diferido (App, Web, WhatsApp)</p> <p>Farmacia en Línea:</p> <p>Esta póliza contempla el servicio de bonificación directa en la compra de medicamentos genéricos y de marca en Farmacias Salcobrand, Cruz Verde y Ahumada.</p>
36	<p>Multas:</p> <p>El seguro colectivo de vida y complementario de salud contratado, contempla eventualmente el cobro de multas, de acuerdo a lo establecido en el punto 28 de las bases administrativas de la licitación</p>
37	<p>Responsabilidad de compañía de seguros al termino de contrato: Al terminar los 24 meses de vigencia del contrato, se respetarán los 121 días corridos ofrecidos por la cía. de seguros para la presentación de siniestros y de solicitudes de disconformidad. Considerando la fecha de emisión de los bonos, boletas, cuentas clínicas y/o certificado de fallecimiento (título V, punto 7, de bases administrativas de licitación).</p>
38	<p>Se deja constancia que los plazos detallados en las condiciones particulares de esta póliza se sobreponen a los plazos indicados en las condiciones generales de la POL 320131698 y Anexo de Procedimiento de Liquidación de Siniestros.</p>
39	<p>Póliza contempla el reembolso de gastos por Cirugía Reconstructiva o Reparadora, cuando esta esté asociada a un Cáncer de Mama de acuerdo al ítem respectivo.</p>
40	<p>Cubre gastos médicos provenientes de enfermedades o malformaciones congénitas, las que se pagarán en el porcentaje y tope del ítem respectivo a la prestación según plan de reembolso</p>
41	<p>Se reembolsarán gastos provenientes de Recetas Magistrales siempre y cuando exista un diagnóstico médico y contenga un componente medicamentoso (compuesto químico activo). La receta médica debe señalar que se trata de un preparado magistral, identificación del profesional que prescribe, identificación del paciente, prescripción magistral y duración del tratamiento, firma y fecha.</p>
42	<p>Insumos:</p> <p>Los gastos de insumos para procedimientos ambulatorios o exámenes, se bonificarán al 50% del valor del ítem respectivo (vía reembolso)</p>
43	<p>La Compañía podrá solicitar documentos físicos para la correcta evaluación o aclaración de un gasto de ser necesario</p>

19. RESUMEN DE LAS CONDICIONES DEL SEGURO

En cumplimiento con lo dispuesto en la Circular N° 1935 del 5 de agosto de 2009, instruida por la Comisión para el Mercado Financiero, en el siguiente cuadro se resumen algunos antecedentes importantes que usted debe considerar, al momento de contratar este seguro:

- No contempla renovación garantizada
- Si cubre las preexistencias

20. CLAUSULA DE PREVALENCIA DE BASES

Las bases de la licitación pública ID. 553953-2-LR25, formarán parte integrante de la presente póliza de seguro de Salud, que se suscribe entre la Compañía de Seguros de Vida Cámara S.A. y la Junta Nacional de Jardines Infantiles y su contenido prevalecerá sobre dicha póliza.

21. CLAUSULA DE ERRORES U OMISIONES

Queda convenido que en caso de producirse cualquier variación o modificación de los registros relacionados con la materia asegurada cuya información, para su inclusión en la póliza, hubiera sido omitida involuntariamente o proporcionada erróneamente por el Servicio de Bienestar de la Institución, sea en forma total o parcial, tal variación o modificación será admitida para todos los efectos de cobertura, tanto si es posteriormente descubierta y comunicada por el Servicio de Bienestar, como si se comprueba con ocasión de un siniestro, de acuerdo al principio de buena fe.

22. DOCUMENTOS INTEGRANTES DEL SEGURO

Forman parte integral de esta póliza, las bases de la licitación Id. 553953-2-LR25, contrato suscrito entre las partes de fecha 30 de abril de 2025, la oferta de Vida Cámara, las Condiciones Generales respectivas y las Condiciones Particulares.

23. COMUNICACIONES

Para los efectos de las comunicaciones a que alude el Artículo 22 de las Condiciones Generales, se fija como domicilio de los asegurados el domicilio de la Empresa Contratante.

24. 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 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 en que se atiende público, presencialmente, por correo postal, medios electrónicos, o telefónicamente, sin formalidades, en el horario normal de atención.

Recibida una presentación, consulta o reclamo, ésta deberá ser respondida en el plazo más breve posible, el que no podrá exceder de 20 días hábiles contados desde su recepción.

El interesado, en caso de disconformidad respecto de lo informado, o bien cuando exista demora injustificada de la respuesta, podrá recurrir a la Comisión para el Mercado Financiero, Área de Protección al Inversionista y Asegurado, cuyas oficinas se encuentran ubicadas en Av. Libertador Bernardo O'Higgins 1449 Piso 1°, Santiago, o a través del sitio web www.cmfchile.cl.

25. CÓDIGO DE AUTORREGULACIÓN

Compañía de Seguros Vida Cámara S.A. se encuentra adherida al Código de Autorregulación de las Compañías de Seguros y está sujeta al Compendio de Buenas Prácticas Corporativas, que contiene un conjunto de normas destinadas a promover una adecuada relación de las Compañías de seguros con sus clientes. Copia de este Compendio se encuentra en la página Web de la Asociación de Asegurados de Chile: 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 Vida Cámara S.A. o a través de la página Web www.ddachile.cl.

26. TERMINO ANTICIPADO

Las causales de termino anticipado del contrato, se encuentran establecidas en el contrato suscrito con fecha 30 de abril de 2025, entre la Junta Nacional de Jardines Infantiles y la Compañía de Seguros de Vida Cámara S.A., como también las indicadas en la cláusula vigesimoquinta de las bases administrativas, cuyo Código de licitación pública es ID: 553953-2- LR25.

27. SOLUCION DE CONFLICTOS

No rige el artículo 25 de la POL320131698, pues la competencia corresponde a los tribunales ordinarios de justicia, de acuerdo a lo establecido expresamente en la cláusula décimo primera del contrato.

28. CONTROL Y SUPERVISION DE GASTOS

La aseguradora deberá contar con un sistema de control y supervisión de gastos relacionados con el seguro a contratar de conformidad a lo establecido en el título V, punto 12, letra e) de las bases técnicas de la licitación pública

29. DOMICILIO

Para todos los efectos legales de la presente póliza, las partes fijan su domicilio en comuna y ciudad de Santiago.

Daniela Paz Triviño Millar
Firmado digitalmente por Daniela Paz Triviño Millar
Fecha: 2025.07.23 13:51:46 -04'00'
DANIELA TRIVIÑO MILLAR
VICEPRESIDENTA EJECUTIVA
JUNTA NACIONAL
DE JARDINES INFANTILES



Inaki Iturriaga Lombera
Gerente General
RUT: 15637609-4
Compañía De Seguros De Vida Cámara S.A.
Firmado el 10 de julio del 2025 a las 18:33 Hrs.

IÑAKI ITURRIAGA LOMBERA
REPRESENTANTE LEGAL
COMPAÑÍA DE SEGUROS
DE VIDA CAMARA S.A.



Francisco Domínguez Gutierrez
Gerente de Tecnología e Información
COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA CAMARA S.A.

FRANCISCO DOMINGUEZ GUTIERREZ
GERENTE DIGITAL Y OPERACIONES
COMPAÑÍA DE SEGUROS
DE VIDA CAMARA S.A.

Fecha de emisión: Santiago, 05 de mayo de 2025.

ANEXO CUADROS DE CONDICIONES Y CARACTERÍSTICAS DE LA PÓLIZA

Plan de Reembolso Complementario de Salud MOD8WY

	Cobertura	% de Reembolso	Tope Prestación UF	Tope Anual Cobertura UF	Tipo Tope
GASTOS POR HOSPITALIZACIÓN	Día Cama hasta 30 días	80%	4,00 UF por día	Sin tope	Personal
	Día Cama desde día 31	50%	4,00 UF por día	Sin tope	Personal
	Servicios Hospitalarios (Incluye Derecho a Pabellón, Cirugía Dental por Accidente, Ambulancia Terrestre, Servicio de enfermería, Medicamentos e Insumos), Honorarios Médicos Quirúrgicos y Día Cama UTI /UCI. Libre Elección	40%	Sin Tope	Sin Tope	Personal
	Servicios Hospitalarios (Incluye Derecho a Pabellón, Cirugía Dental por Accidente, Ambulancia Terrestre, Servicio de enfermería, Medicamentos e Insumos), Honorarios Médicos Quirúrgicos y Día Cama UTI /UCI con Bono	45%	Sin Tope		
GASTOS POR MATERNIDAD	Parto Normal Libre Elección	30%	15 UF por Evento	Sin Tope	Personal
	Parto Normal Con Bono	45%			
	Parto Cesárea Libre Elección	30%	20 UF por Evento		
	Parto Cesárea con Bono	45%			
	Complicaciones del embarazo y Complicaciones del parto Libre Elección	30%	Sin Tope		
	Complicaciones del embarazo y Complicaciones del parto con Bono	45%	Sin Tope		
	Aborto no voluntario Libre Elección	30%	10 UF por Evento		
	Aborto no voluntario Con Bono	45%			
GASTOS POR MEDICAMENTOS	Medicamentos Ambulatorio, incluye Genéricos, Bioequivalentes y de Marca	45%		14,00 UF	Personal
GASTOS POR AMBULATORIO	Consultas Médicas Libre Elección	40%	0,40 UF	10,00 UF	Personal
	Consultas Médicas Con Bono	60%	0,40 UF		
	Exámenes de Laboratorio y Rayos Procedimientos, Tratamiento de Kinesiología Libre Elección	40%		12,00 UF	Personal
	Exámenes de Laboratorio y Rayos, Procedimientos , Tratamiento de Kinesiología con Bono	54%			
	Cirugía Ambulatoria e insumos, incluye Cirugía Laser con Dioptría igual o mayor a 3 y Cirugía Ocular No Laser	50%		50,00 UF	Personal
	Insumos Ambulatorios	50% (del Item Respectivo)		Sin Tope	Personal

GASTOS POR SALUD MENTAL	Consulta y Tratamiento Psiquiátrico y/o Psicológico, Psicopedagógico, Fonoaudiológico y Nutricionista. Libre Elección.	40%	0,40 UF	8,00 UF	Personal
	Consulta y Tratamiento Psiquiátrico y/o Psicológico, Psicopedagógico, Fonoaudiológico y Nutricionista con Bono	50%	0,40 UF		
	Hospitalización Psiquiátrica y/o Psicológica Libre Elección.	40%		10,00 UF	Personal
	Hospitalización Psiquiátrica y/o Psicológica Con bono	45%			

GASTOS ADICIONALES	Prótesis y Órtesis (incluye audífonos, silla de ruedas y coche neurológico)	60%		15,00 UF	Personal
	Óptica (incluye marcos, cristales, y lentes de contacto)	50%		5,00 UF	Personal
	Gastos no codificados o sin cobertura por isapre o fonasa. (ítem ópticas FONASA mantiene 50% de reembolso).	50% (del ítem respectivo)		10,00 UF	Personal
	Copago Bono Pad	50%		Sin Tope	Personal
	GES/CAEC Hospitalización	50%		Sin Tope	Personal
	GES/CAEC Ambulatorio	50%		Sin Tope	Personal

Tope Anual Cobertura en UF	300,00 UF
-----------------------------------	-----------

ANEXO

(Circular Nº 2106 Comisión para el Mercado Financiero)

PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACIÓN 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 de denuncia, a excepción de:

- a) Siniestros que correspondan a seguros individuales sobre riesgo 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. IMPUGNACIÓN DE 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.