

BASES DE LICITACIÓN N° 90002625

**SEGUROS DE VIDA, COMPLEMENTARIO DE SALUD,
DENTAL Y CATASTRÓFICO
PARA FUNCIONARIOS**

**BANCO CENTRAL DE CHILE
GERENCIA DE GESTIÓN CONTABLE Y PLANIFICACIÓN**

ABRIL 2022

BASES DE LICITACIÓN

1. Introducción

Mediante el presente proceso de Licitación, el Banco Central de Chile requiere contratar en forma conjunta un Seguro de Vida Colectivo, un Seguro Complementario de Salud, un Seguro Catastrófico y un Seguro Dental, para sus funcionarios.

En adelante, el Seguro de Vida Colectivo, el Seguro Complementario de Salud; el Seguro Catastrófico y el Seguro Dental se denominarán como “los Seguros”. Por otra parte, las Compañías de Seguros interesadas en participar en este proceso se mencionarán indistintamente como la “Compañía” o las “Compañías” y el Banco Central de Chile, como el “Banco”.

Para el presente Proceso de Licitación, podrán presentar Ofertas únicamente las compañías de seguros que tengan **una clasificación de riesgo A o superior al 31 de diciembre de 2021**, y que además se encuentren constituidas y operando en forma efectiva en el mercado nacional, a lo menos desde el 01 de enero del año 2015.

Las presentes Bases de Licitación contienen las condiciones técnicas, administrativas, legales y económicas, bajo las cuales será contratada por el Banco la provisión de los Seguros, así también como las formalidades que las Compañías deberán cumplir al presentar sus ofertas.

Para adjudicar esta Licitación, a una Compañía, las Ofertas recibidas se evaluarán considerando los antecedentes contenidos en la misma, tanto en sus aspectos técnicos como económicos, y será resuelta de acuerdo con los criterios que se indican en el numeral “Evaluación de Ofertas” de estas Bases.

La adjudicación será total a una Compañía, lo que incluye el total de los Seguros vigentes y la opción de contratación de los seguros alternativos y de productos individuales, conforme la evaluación e interés de estos últimos por parte del Banco y de sus funcionarios.

La adjudicación total de los Seguros será formalizada por parte del Banco mediante carta de adjudicación y la Compañía adjudicada tendrá 3 días hábiles a partir de la fecha de emisión de la carta de adjudicación para emitir los certificados de vigencia correspondientes a cada póliza.

Las Compañías interesados en participar en este proceso de Licitación deberán comunicarlo, dentro del plazo indicado para estos efectos en el Calendario de Actividades, a los correos electrónicos cortiz@bcentral.cl y licitaciones@bcentral.cl, indicando en el Asunto: **“90002625 Licitación Seguros de Vida, Salud, Dental y Catastrófico”** e indicando Razón Social, RUT y domicilio de la Compañía, además del nombre, teléfono y correo electrónico de la persona de contacto.

Forman parte integrante de estas Bases de Licitación, los siguientes documentos:

- Anexo A: Calendario de Actividades.
- Anexo B: Especificaciones Técnicas.
- Anexo C: Formularios para la Presentación de la Oferta

2. Estudio de Antecedentes

La Compañía será responsable del estudio de los antecedentes, de los requerimientos contenidos en éstos y de la valorización de cada uno de los elementos que conforman su propuesta por los Seguros. Cualquier omisión o error por parte de la Compañía respecto de dicho análisis y evaluación, así como de la valorización u otros elementos de su Oferta, no le eximirá de la obligación de proveer los Seguros conforme las tarifas y dentro de los plazos de su propuesta, y de acuerdo con las especificaciones técnicas señaladas en estas Bases de Licitación.

3. Calendario de actividades

El proceso de Licitación se ajustará al calendario de actividades señaladas en el **Anexo A**, adjunto a las presentes Bases.

4. Consultas y aclaraciones

Corresponderá a las Compañías efectuar y solicitar, en las fechas señaladas en el **Anexo A** de las Bases, las preguntas u observaciones correspondientes a este proceso de Licitación, como asimismo, respecto de posibles inconsistencias, omisiones u errores en las Bases y en sus Anexos.

Asimismo, en esta instancia corresponderá a las Compañías manifestar cualquier condición o situación adicional o distinta de lo establecido por el Banco en estas Bases, instancia en la cual el Banco se pronunciará respecto del planteamiento efectuado.

Las consultas de las Compañías sólo deberán formularse por correo electrónico al Encargado del Proceso de Licitación Edgardo Navarro S. a cortiz@bcentral.cl, con copia a licitaciones@bcentral.cl, haciendo referencia en el Asunto a: “**90002625 Licitación Seguros de Vida, Salud, Dental y Catastrófico, Consultas**”.

El Banco publicará en su sitio Web todas las preguntas, observaciones, respuestas y aclaraciones, dentro del plazo indicado en el Calendario de Actividades, sin indicar el autor de las preguntas u observaciones formuladas. Asimismo, el Encargado del Proceso enviará, mediante correo electrónico, el o los documentos a todas las Compañías que hayan manifestado su interés en participar en esta Licitación.

Para todos los efectos, el o los documentos de aclaraciones y respuestas a preguntas u observaciones que el Banco comunique formarán parte integral de las Bases de Licitación.

5. Contactos durante la Licitación

El Banco no podrá tener contacto con las Compañías, salvo a través del mecanismo de las preguntas y respuestas, que pudiese requerirse durante la evaluación técnica y que hubiesen sido previstas en estas Bases.

6. Plazo y forma de presentación de las ofertas

Las Propuestas y antecedentes solicitados en este proceso se deberán enviar al e-mail cortiz@bcentral.cl, con copia a licitaciones@bcentral.cl, hasta la fecha señalada para tal efecto en el Anexo A, Calendario de Actividades, en la forma señalada en el Anexo C de estas Bases.

Si por cualquier motivo la Compañía que haya manifestado su interés en participar de este proceso, decidiera no presentar una oferta, deberá enviar una comunicación de excusa indicando esta situación y el motivo de su desistimiento. En caso contrario, el Banco se reserva el derecho de no considerar a la Compañía en futuros Procesos de Compras.

6.1 Propuesta a presentar por la Compañía

Todos los antecedentes solicitados en las presentes Bases, en los Anexos y en los Formularios, se considerarán de carácter obligatorio y formarán parte de la evaluación de las Propuestas.

Deberá contener los antecedentes que se señalan a continuación en formato digital PDF o similar.

6.1.1 Antecedentes de la Compañía

- a. Nombre o Razón Social.
- b. Nombre de Fantasía.
- c. RUT.
- d. Dirección comercial.
- e. Nombre, correo electrónico y teléfono del contacto comercial.
- f. En caso de optar por forma de pago “Transferencia bancaria”, la Compañía deberá indicar, además, el nombre del banco y número de cuenta corriente bancaria. Este antecedente no será necesario si ya se encuentra ingresado en los registros del Banco.

La Compañía manifiesta que se encuentra en conocimiento y cumpliendo las obligaciones de índole tributaria que le son aplicables. A tal efecto, el Banco podrá solicitar a la Compañía la documentación que acredite que se encuentra al día en el cumplimiento de dichas obligaciones.

6.1.2 Declaraciones

La Compañía deberá incluir en su Oferta, las siguientes declaraciones, utilizando para ello, los siguientes formularios que se adjuntan en la Sección N°1 del Anexo C de las presentes Bases, firmados por el Representante Legal de la Compañía., los cuales no deberán ser modificados:

- a. Declaración de Constitución y Estructura vigente de la Sociedad.
- b. Declaración de Conflicto de Intereses.
- c. Declaración de Confidencialidad.
- d. Declaración de No Registrar Saldos Insolutos de Remuneraciones ni Cotizaciones de Seguridad Social.
- e. Declaración de no estar Condenado a la Prohibición de Celebrar Actos y Contratos con el Estado.

6.1.3 Descripción de la Propuesta Técnica

La Compañía deberá realizar una descripción técnica de su propuesta, tal que permita al Banco entender cómo la Compañía cumplirá con todos los requerimientos señalados en el Anexo B de estas Bases de Licitación.

En su propuesta la Compañía deberá incluir, a lo menos, las propuestas técnicas específicas para lo siguiente:

Seguros Vigentes:

- a. Vida Base UF 1.000
- b. Vida Mejorado 1 UF 3.000
- c. Vida Mejorado 2 UF 5.000
- d. Salud Base
- e. Salud Mejorado 1
- f. Salud Mejorado 2
- g. Salud Desvinculados
- h. Dental Base
- i. Dental Mejorado
- j. Catastrófico Base
- k. Catastrófico Mejorado

Seguros Alternativos

- a. Vida Mejorado 3 UF 8.000

Productos Individuales

- a. Propuestos por las compañías participantes



Los Seguros Alternativos y los Productos Individuales podrán ser contratados por el Banco con la Compañía adjudicataria, conforme su evaluación particular y el interés de los funcionarios del Banco.

6.2 Oferta Económica

La Oferta Económica contendrá solo los valores en Unidades de Fomento (UF) de los Seguros de acuerdo con lo establecido en los Formularios y archivo Excel, contenidos en la **Sección N°2 del Anexo C**.

La Oferta económica deberá ser Pura y Simple, de tal manera que sólo se indique el precio ofertado por los Seguros, más el impuesto que corresponda, considerando estrictamente el formato presentado por el Banco, sin incorporar observaciones o condiciones adicionales respecto de la oferta presentada.

La Oferta económica deberá tener una validez mínima de 90 días corridos.

La Oferta económica debe considerar el total de lo requerido para la cabal prestación de los Seguros, según lo señalado en las presentes Bases de Licitación y conforme se estipula en el Anexo B. El Banco no considerará como válidas aquellas ofertas que no cumplan con estas exigencias.

Los precios ofertados deberán comprender todo impuesto, derecho, arancel, permiso, comisión, remuneración, estipendio u honorario y, en general, toda suma o gasto que sea necesaria para proveer los Seguros al Banco, de forma tal que ninguna otra suma deba ser pagada por el Banco por el suministro de los Seguros a que este proceso de Licitación se refiere.

7. Modificaciones a las Bases de Licitación

El Banco podrá, por cualquier causa y hasta antes del vencimiento del plazo para la presentación de Ofertas, modificar las Bases de Licitación, las Especificaciones Técnicas y los Anexos, lo cual deberá ser informado mediante correo electrónico a las Compañías y mediante su publicación en el sitio Web del Banco.

8. Apertura de ofertas

La apertura de las Ofertas se llevará a cabo en dos instancias:

La apertura de las Ofertas será de carácter privado y se realizará en la fecha indicada en el Calendario de Actividades, con la presencia del Abogado Jefe de Servicios Legales del Banco o quien este designe, del Gerente de Gestión Contable y Planificación o quien este designe, del Gerente de Personas, o quien este designe o su representante y el Encargado del Proceso de Licitación.



En dicha oportunidad se verificará la entrega de los antecedentes solicitados, levantándose un Acta que será suscrita por los funcionarios del Banco.

Las Compañías que hayan dado cumplimiento a los requisitos exigidos por el Banco para presentar la oferta técnica, serán evaluadas técnicamente.

Efectuada la evaluación de los antecedentes de las ofertas técnicas, el Banco determinará las Compañías técnicamente elegibles, los cuales serán considerados para la etapa de evaluación económica.

El Banco comunicará a las Compañías cuyas propuestas no sean consideradas técnicamente elegibles.

9. Errores u omisiones detectados durante la apertura de las Ofertas

El Encargado del Proceso de Compras podrá solicitar a las Compañías que salven errores u omisiones formales, siempre y cuando las rectificaciones de dichos vicios u omisiones no les confieran a esas Compañías una situación de privilegio respecto de los demás competidores, esto es, en tanto no se afecten los principios de estricta sujeción a las bases y de igualdad de los Oferentes.

El Banco podrá permitir la presentación de certificaciones o antecedentes que las Compañías hayan omitido incluir al momento de efectuar la Oferta, siempre que dichas certificaciones o antecedentes se hayan producido u obtenido con anterioridad al vencimiento del plazo para presentar Ofertas o se refieran a situaciones no mutables entre el vencimiento del plazo para presentar Ofertas y el periodo de evaluación técnico.

10. Evaluación de Ofertas

10.1. Admisibilidad Requisitos Formales

Luego de efectuada la apertura de las Ofertas Técnicas, el Encargado del Proceso de Licitación evaluará los antecedentes que constituyen cada una de las ofertas y declarará como **inadmisibles** las que no cumplan con los requisitos formales mínimos establecidos a continuación:

Descripción antecedente
Declaración sobre Estructura vigente de la Sociedad
Declaración de Conflicto de Intereses
Declaración de Confidencialidad
Declaración de no estar Condenado a la Prohibición de Celebrar Actos y Contratos con el Estado.
Declaración de No Registrar Saldos Insolutos de Remuneraciones ni Cotizaciones de Seguridad Social.

Propuesta Técnico - Económica

10.2. Comisión Evaluadora

Las Ofertas que hayan sido declaradas como admisibles por el Encargado del Proceso de Licitación serán examinadas por una Comisión Evaluadora designada para esta Licitación, la que estará conformada por:

- i. Gerente de Personas
- ii. Jefe de Departamento Calidad de Vida y Analítica de Personas
- iii. Profesional del Departamento Calidad de Vida y Analítica de Personas

Esta Comisión contará con la asesoría del Corredor de Seguros de Vida del Banco, en aquellos aspectos técnicos que le correspondan emitiendo un informe técnico que será tomado en consideración por la Comisión Evaluadora para realizar su evaluación.

10.3. Evaluación Técnica

La Evaluación Técnica se llevará a cabo en base a la documentación presentada por cada Compañía y se evaluarán los factores que se detallan a continuación, a los cuales se les definirá una escala cuantitativa de 0 a 100 puntos.

Tabla N°1 Factores a evaluar*

Condiciones de Servicio	10%
Condiciones Generales (Transversales)	20%
Condiciones Vigentes por Cobertura	25%
Propuestas renovables (Tabla de Ajustes)	20%
Condiciones nuevas solicitadas	15%
Condiciones de Aspectos cualitativos (Propuestas de Valor)	10%
Total	100%

(*) En esta tabla se resumen los Factores de Evaluación que están detallados en el Anexo “Condiciones de Licitación 90002625”.

Las ofertas serán evaluadas de acuerdo con los factores antes indicados.

El puntaje total de la evaluación técnica por Compañía se obtendrá del informe técnico del Corredor de Seguros, el que será tomado en consideración por la Comisión Evaluadora en su evaluación técnica, en base a la ponderación y los puntajes indicados en la tabla respectiva.

Las ofertas calificarán técnicamente cuanto obtengan un puntaje total de la Evaluación Técnica igual o superior a 80 puntos (sobre un máximo de 100), según calificación que se efectuará a cada oferta, y que no haya obtenido ningún puntaje promedio individual, menor a 80 puntos en las siguientes Condiciones del Factor Continuidad de Cobertura, indicados en las Especificaciones Técnicas de cada póliza.

Adicionalmente la Compañía debe cumplir con la condición excluyente de **Continuidad de Cobertura** indicada en el numeral 3.5 de las Especificaciones Técnicas, que señala que la compañía oferente debe Mantener la continuidad de cobertura en lo que respecta al estado de salud de estos asegurados, de acuerdo con las condiciones en que se encontraban vigentes en el seguro anterior.

10.4. Evaluación Económica

La Evaluación Económica será efectuada por el Encargado del Proceso de Compras, de conformidad a los siguientes criterios:

- a) Sólo serán consideradas las Ofertas Económicas presentadas por las Compañías considerados como Técnicamente Elegibles.
- b) Para efectos de obtener el Puntaje de la Evaluación Económica de cada Oferta, se determinará un Precio Comparativo Final por Compañía aplicando el siguiente procedimiento:

b.1 Determinación de precio bruto comparativo por tipo de seguro

Se calcula:

Ctmp: Costo Total mensual del Plan

Cbm: Costo Banco mensual y

Cfm: Costo Funcionario mensual

Para ello:

	Vida	Otros
Ctmp =	$(N \times Cp \times tp) + I$	$(N * tp) + I$
Cbm =	$(N \times Cpb * tpb) + I$	$(N * tpb) + I$
Cfm =	Ctmp - Cbm	

Donde:

N: Número de funcionarios de la póliza

Cp: Capital de póliza

Tp: Tasa o/oo de la póliza

Cpb: Capital del Plan base de la póliza

Tpb: Tasa o/oo del Plan base de la póliza

I: IVA correspondiente

Con lo anterior:

Precio bruto Comparativo mensual por tipo de seguro:

$$P_{cm} = 0,8 * C_{bm} + 0,2 C_{fm}$$

b.2 Determinación precios comparativos anual año 1 (P_{ca1})

$$P_{ca1} = P_{cm} * 12$$

b.3 Determinación Siniestralidad proyectada año 1

b.4 Se aplica tabla de ajuste ofertada por la Compañía, para determinar el porcentaje (%) de reajuste de tarifa

Se debe considerar que las tablas de ajustes se aplicarán a los seguros Salud, Dental y Catastrófico de manera conjunta, por su parte el seguro de Vida se ajustará conforme lo ofertado para esta póliza.

b.5 Se determina Precio comparativo año 2

$$P_{ca2} = P_{ca1} * (1 + \% \text{ de ajuste según tabla})$$

b.6 Se determina el Precio comparativo final

$$P_{cf} = P_{ca1} + P_{ca2}$$

Con lo anterior para cada Compañía se tiene:

P_{cfpc} : Precio Comparativo final por Compañía

$$P_{cfpc} = P_{cfV} + P_{cfS} + P_{cfD} + P_{cfC}$$

Donde:

P_{cfV} : Precio Comparativo final Vida

P_{cfS} : Precio Comparativo final Salud

P_{cfD} : Precio Comparativo final Dental

P_{cfC} : Precio Comparativo final Catastrófico

b. Se determina el Puntaje Económico Final por Compañía (P_{tjefpc}) equivalente base 100

c.1 Se determina el Precio comparativo final por compañía mínimo y se le asigna el puntaje 100

$$P_{cfpcmin} = 100$$

c.2 Puntaje económico Final por Compañía

$$Ptjeefpc = 100 - (100 * (Pcfpc - Pcfpcmin) / Pcfpcmin)$$

c. Puntaje criterio precio – calidad

$$PtjPC = Ptjeefpc * 0,6 + Ptjetpc * 0,4$$

Donde:

PtjPC: Puntaje criterio precio - calidad por Compañía

Ptjetpc: Puntaje evaluación técnica por Compañía

Ptjeefpc: Puntaje evaluación económica final por compañía

10.5. Resolución de la licitación:

La licitación será adjudicada en forma total a la Compañía que obtenga el mayor puntaje criterio precio-calidad (Ptjpc)

10.6. Resolución de empates

Si en la evaluación de las Ofertas se produjera un empate entre dos o más Compañías respecto de sus puntajes criterio precio-calidad (Ptjpc), se adjudicará la Licitación a la Compañía empatada que haya obtenido el mayor puntaje en la evaluación técnica. En caso que se mantenga la situación de empate, se establece como segundo mecanismo de desempate, la adjudicación a la Compañía que haya obtenido el mejor puntaje en el factor Continuidad de Cobertura de la Evaluación Técnica.

10.7. Informe Final

El Encargado del Proceso de Compras deberá consolidar en un solo Informe Final las Evaluaciones Técnica y Económica, junto con la Propuesta de Adjudicación, la que deberá ser firmada por todos los integrantes de la Comisión, el Gerente General y el Gerente de Gestión Contable y Planificación.

11. Adjudicación de la Licitación

El Banco aceptará la Propuesta de Adjudicación presentada, o declarará desierto el Proceso de Licitación, esto último cuando no se presenten ofertas elegibles o cuando éstas no resulten convenientes a sus intereses, con sujeción a lo previsto en las presentes Bases, sin derecho de las Compañías a entablar acción o reclamo por indemnizaciones, retribuciones o compensaciones de ninguna especie.

El Banco publicará en su página Web los resultados de los Procesos de Licitación y comunicará mediante correo electrónico a cada una de las Compañías técnicamente elegibles el resultado de la Licitación, en la fecha señalada para ello en el Anexo A de estas Bases.

12. Desistimiento

Si comunicada la adjudicación de la Licitación, el adjudicatario desistiera de formalizar el Seguro, se le impedirá participar nuevamente en Procesos de Licitación del Banco, salvo que justificare, a plena satisfacción del Banco, los motivos de su desistimiento.

En este evento, el Banco podrá adjudicar la Licitación al Proveedor que le seguía en el puntaje precio calidad o realizar nuevamente un Proceso de Licitación si lo estima conveniente.

Si la comunicación de adjudicación de la Licitación no se le enviara en la fecha máxima establecida para ello en el Anexo “Calendario de Actividades”, el adjudicatario tendrá derecho a desistirse y retirar los antecedentes, documentos y garantías presentados, sin cargo para el Banco, siendo éste el único efecto legal de la referida falta de comunicación de aceptación de la propuesta.

13. Publicidad de aspectos de la Licitación, de los Proveedores, de las ofertas recibidas y de las Pólizas de Seguro

Por el solo hecho de participar en la Licitación, las Compañías declaran que aceptan y autorizan al Banco para divulgar, en todo o en parte, los términos y condiciones de esta Licitación, acerca de la individualización de los participantes, las ofertas recibidas y de las Pólizas de Seguros que se generen, conforme sea pertinente y los criterios en razón de los cuales fue seleccionada una determinada oferta, en la medida que ello se contemple como parte de los requerimientos de su política de transparencia institucional o que ello se le demande o requiera de conformidad con cualquier norma legal, como asimismo a petición del Ministerio de Hacienda y del Congreso Nacional.

En caso que un tercero solicite información proporcionada por la Compañía al Banco vinculada con esta Licitación y que no haya sido divulgada por el Banco, este último notificará a la Compañía tal requerimiento en los términos y para los efectos de lo dispuesto en el artículo 20 de la Ley N° 20.285, siempre que se refiera a antecedentes que puedan afectar derechos de la Compañía.

Finalmente, las partes dejan constancia que el Banco Central de Chile se rige por el principio de transparencia en el ejercicio de la función pública en los términos del artículo 65 bis de la Ley Orgánica Constitucional que lo rige, por lo que resolverá las peticiones de información que se formulen sobre antecedentes de la Compañía relativos a estos Seguros, en los términos establecidos en esa legislación.

14. Gastos y demás desembolsos

Todos los gastos, derechos, impuestos y demás desembolsos en que incurran las Compañías con motivo de los términos, documentos y pólizas contemplados en las presentes Bases o a que de cualquier forma dé origen la Licitación, serán de cargo exclusivo de las Compañías y/o de la adjudicataria, según corresponda.

15. Cesión

El Proveedor y/o adjudicatario, según corresponda, no podrá ceder o transferir, sea total o parcial, los derechos y obligaciones que nacen con ocasión de esta Licitación y de las Pólizas de Seguro que se suscriban, salvo autorización expresa del Banco.

BANCO CENTRAL DE CHILE

27

ANEXO A CALENDARIO DE ACTIVIDADES

SEGUROS DE VIDA, COMPLEMENTARIO DE SALUD, DENTAL Y CATASTRÓFICO PARA FUNCIONARIOS

El proceso de Licitación contemplado en las presentes Bases se ajustará al siguiente calendario de actividades:

ACTIVIDADES	FECHAS (Plazos máximos)
Publicación de las Bases de Licitación	08/04/2022
Comunicación de interés de los Proveedores en participar de este proceso	14/04/2022
Recepción de consultas u observaciones	14/4/2022
Publicación de respuestas a consultas u observaciones	20/04/2022
Presentación de Ofertas Técnico-Económicas*	29/04/2022 Hasta las 12:00 Hrs.
Apertura de Ofertas Técnico-Económicas	29/04/2022
Comunicación de la Resolución de la Licitación	09/05/2022
Envío de Certificado de Cobertura al Banco	16/05/2022
Envío de Pólizas de Seguros	23/05/2022

*Cualquier modificación a este Calendario será comunicado a todos los participantes vía correo electrónico.



ANEXO B ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

SEGUROS DE VIDA, COMPLEMENTARIO DE SALUD, DENTAL Y CATASTRÓFICO PARA FUNCIONARIOS

1. Situación Actual del Banco Central

- Actualmente el Banco posee aproximadamente 670* trabajadores.

c	Plan Base	Plan Mejorado 1	Plan Mejorado2	Plan Desvinculados
T+0	162	74	7	2
T+1	65	58	13	3
T+2 o más	135	142	17	4
Total asegurados	362	274	37	9

Dental	Plan Base	Plan Mejorado
T+0	123	119
T+1	45	9
T+2 o más	104	189
Total asegurados	272	317

Catastrófico	Plan Base	Plan Mejorado
T+0	162	79
T+1	67	67
T+2 o más	128	163
Total asegurados	357	309

Vida	Plan Base	Plan Mejorado 1	Plan Mejorado2
Titulares	575	60	36
Total asegurados	575	60	36

* Datos Banco a febrero de 2022

- **Actualmente el Banco posee:**
 - **Seguro de Salud:**
 - El Banco financia el 100% en Plan Base. Existen dos Planes adicionales: Mejorado 1 y Mejorado 2, con contribución en ambos casos del trabajador.
 - Pueden ingresar al Seguro sólo los trabajadores con contrato a plazo indefinido.
 - **Seguro Dental:**
 - Para todos los trabajadores en modalidad Base sin costo y Mejorado con aporte del trabajador.
 - Pueden ingresar al Seguro sólo los trabajadores con contrato a plazo indefinido.
 - **Seguro de Vida:**
 - El Banco financia el 100% de un Seguro de Vida Base, con capital asegurado de UF 1000.
 - Los trabajadores tienen la opción de mejorar las coberturas del seguro pagando un adicional. Las coberturas a las que pueden optar son:
 - UF 3.000
 - UF 5.000
 - Pueden ingresar al Seguro sólo los trabajadores con contrato a plazo indefinido.
 - **Seguro Catastrófico**
 - El Banco financia el 100% en Plan Base. Existen dos Planes adicionales: Mejorado 1 y Mejorado 2, con contribución del trabajador.
 - Pueden ingresar al Seguro sólo los trabajadores con contrato a plazo indefinido.
- **En la Nómina de Asegurados Vigentes que se adjunta a estas Bases y que es parte de las mismas, se puede identificar los respectivos planes que cada trabajador mantiene vigente. Es importante destacar que los planes mejorados son voluntarios y financiados por los funcionarios del Banco.**

2. Condiciones Actuales:

- El Modelo de Salud que el Banco Central tiene implementado consiste en **un Modelo Flexible** compuesto de un Plan Base financiado 100% por el Banco y un Plan Mejorado en donde el trabajador tiene la opción de acceder pagando un adicional.



- Los trabajadores deberán optar por las combinaciones que desee:
 - Contrata las coberturas mejoradas del Seguro de Vida, financiando el diferencial, entre Plan Base y Mejorado.
 - Contrata las coberturas mejoradas del Seguro de Salud, financiando el diferencial, entre Plan Base y Mejorado.
 - Contrata las coberturas mejoradas del Seguro Dental, financiando el diferencial, entre Plan Base y Mejorado.
 - Contrata las coberturas mejoradas del Seguro Catastrófico, financiando el diferencial, entre Plan Base y Mejorado
 - Contratar combinaciones Planes mejorados con planes base
- La elección de los planes por parte del asegurado puede variar en cada periodo de renovación considerando las distintas combinaciones a elección del propio asegurado según sus necesidades.
- A lo menos se debe tener cobertura de Vida plan base, no pueden haber asegurados sin coberturas.
- Se solicita cotizar los planes exactamente a las coberturas enviadas.
- La Compañía debe considerar continuidad de cobertura, sin restricción de ningún tipo a toda y cada una de las condiciones de Salud vigentes actualmente.
- A los Seguros ingresan el titular, cargas legales o no legales (cónyuge e hijos hasta 24 años) y convivientes legales y nietos que sean cargas legales.
- La vigencia de los seguros será a contar del **1 de junio de 2022**, , esto será independiente que se haya realizado en forma completa el enrolamiento, ya que se entenderá que las poblaciones de cada póliza serán aquellas que Banco haya informado.
- Dado que a la fecha existen beneficios vigentes, en ningún caso la propuesta puede significar menoscabo de las condiciones actuales.
- El plazo de validez de las cotizaciones, deberá ser de 90 días corridos a contar de la fecha de recepción de su entrega.
- Para efectos del análisis de las ofertas, se podrá solicitar a los oferentes cualquier información adicional que permita aclarar alguno de los puntos incluidos en su oferta.
- Es imprescindible que la Compañía presente todos los antecedentes ya señalados.
- Cada Compañía debe indicar claramente las coberturas, exclusiones, condiciones especiales y servicios incluidos en la propuesta.

3. Condiciones Particulares Seguros

- Comisión corredor:
 - ✓ Vida : 10%
 - ✓ Salud : 5,5%
 - ✓ Dental : 9,5%
 - ✓ Catastrófica : 10%

3.1 Seguro de Vida

1. Este seguro considera a los trabajadores del Banco con contrato indefinido vigente, los miembros del Consejo y un grupo de vigilantes que portan armas.

Condiciones especiales pólizas de seguros vigentes - Carácter excluyente						
Condición	Ítem	Descripción				
1	Condición de carácter excluyente: Requisitos de asegurabilidad (Tabla exigencias médicas)	Hasta UF 1.000 = FREE COVER UF 1.001 a UF 8.000 = S.S.C. FREE COVER: cobertura a todo evento S.S.C. : Formulario "Solicitud de Seguro Colectivo".				
2	Condición de carácter excluyente: Requisitos de asegurabilidad (Tabla exigencias médicas)	Free Cover: Asegurado que se encuentra dentro de este rango de capital, no requerirá de evaluación médica alguna para ingresar a la póliza. Lo anterior aplica también a asegurados que venían de traspaso desde la anterior Compañía Aseguradora.				
3	Requisitos de asegurabilidad (Tabla exigencias médicas)	La validez de la S.S.C y D.E.S, es de 60 días y de los exámenes 4 meses, por lo tanto, si dichos documentos superan el plazo indicado, el requisito deberá ser actualizado				
4	Requisitos de asegurabilidad (Tabla exigencias médicas)	Para los aumentos de capital (conforme a periodicidad establecida en Art.3 condiciones particulares) para dar cumplimiento a las exigencias señaladas, se tomarán las modificaciones de capital que sean igual o mayor a UF 1.000, sin perjuicio a lo señalado, todo asegurado que producto del aumento de capital por tabla de requisitos cambia de tramo de exigencia, independiente del monto del aumento de capital, deberá cumplir con el requisito establecido en ésta.				
5	Requisitos de asegurabilidad (Tabla exigencias médicas)	Cumpliendo los requisitos de asegurabilidad y aprobada la solicitud por el asegurador y el contratante o asegurado en su caso, en los plazos establecidos en las condiciones generales, es decir, a los 30 días siguientes de la fecha que califica como asegurado o de la fecha de la solicitud de modificación del capital asegurado, la vigencia para el asegurado o aumento de capital regirá a contar del primer día del mismo mes, si la				

		solicitud fue informada antes del día 20 del mismo mes y si la solicitud fue en una fecha posterior, la vigencia registrá a contar del primer día del mes siguiente.
6	Requisitos de asegurabilidad (Tabla exigencias médicas)	El Asegurador se reserva el derecho de solicitar mayores antecedentes en aquellos casos que estime necesario y conveniente para la aceptación del asegurable, tales como antecedentes médicos (Exámenes, IMT, Ficha Clínica, etc.) u otros antecedentes para acreditar los requisitos de asegurabilidad y el interés asegurable
7	Cobertura especial	Esta póliza otorga cobertura para los riesgos de lesión o muerte de todos los funcionarios en caso de atraco o asalto a mano armada, de acuerdo con los requerimientos legales establecidos en el artículo 16 del decreto N° 315 de fecha 13-03-1981 del Ministerio del Interior que reglamenta el D.L. 3607 de 1981.



Condiciones generales pólizas de seguros vigentes		
Condición	Ítem	Descripción
1	Asegurados	a) Asegurado titular: Trabajadores vinculados a la empresa contratante, mediante un contrato de trabajo a tiempo indefinido y que figuran como tal, en la nómina de asegurados que forma parte de la presente póliza.
2	Beneficiarios	Serán beneficiarios del presente seguro: a) Vida, el designado por el asegurado titular en la solicitud de ingreso, a falta de éste, se procederá de acuerdo a lo señalado en el Condicionado General de la Póliza. b) Muerte Accidental, el designado por el asegurado titular en la solicitud de ingreso, a falta de éste, se procederá de acuerdo a lo señalado en el Condicionado General de la Póliza. c) Desmembramiento, el propio asegurado. d) Pago Anticipado del Capital Asegurado en caso de Invalidez Dos Tercios, el propio asegurado
3	Coberturas aseguradas	La (s) cobertura (s) amparada (s) bajo este contrato, es (son) la (s) siguiente (s): a) Seguro Colectivo de Vida. (Vida, cobertura básica). b) Cláusula Adicional por Muerte Accidental (MA, cobertura adicional). c) Cláusula Amplia de Incapacidad Parcial y Permanente por Accidente, (Desm., cobertura adicional). d) Cláusula Pago Anticipado del Capital Asegurado en caso de Invalidez Dos Tercios (ITP 2/3, cobertura adicional)
4	Capitales asegurados	a. Vida Base UF 1.000 b. Vida Mejorado 1 UF 3.000 c. Vida Mejorado 2 UF 5.000
5	Edades ingreso y permanencia	Fallecimiento: 65 años ingreso - 99 años permanencia Muerte Accidental: 65 años ingreso - 99 años permanencia Invalidez Accidental: 65 años ingreso - 99 años permanencia ITP 2/3: 65 años ingreso - 65 años permanencia
6	Edades ingreso y permanencia	La exclusión de asegurados por cumplimiento de la edad máxima de permanencia en la póliza se realizará una vez al año, con motivo de la renovación.
7	Cobertura excepcional	Todo asegurable que no cumpla con lo establecido en la tabla de requisitos de asegurabilidad, será incorporado con cobertura únicamente en los adicionales que cubran eventos por accidente (Muerte Accidental y Desmembramiento), con el capital asegurado en dichas coberturas y hasta un límite máximo de capital de UF 1.000, excluyéndose toda cobertura que ampare él o los eventos causados por enfermedad.
8	Cobertura excepcional	La vigencia de la cobertura es a partir del primer día del mes siguiente a la fecha que califica como asegurado.

9	Cobertura excepcional	En caso de haber coberturas pendientes por otorgar, en forma excepcional, se cubrirán de acuerdo con lo establecido originalmente, siempre y cuando se cumplan los requisitos de asegurabilidad en un plazo que no exceda de los 60 días, contados desde la fecha que se califica como asegurado, cobrándose las primas retroactivas respectivas.
10	Cobertura excepcional	Si el proceso termina posterior al plazo señalado, la vigencia registrará partir de la fecha que dicho proceso termine, contemplando en esta situación, si los plazos de validez de los documentos se han vencido, la obligación de actualizar las exigencias de asegurabilidad.
11	Cobertura excepcional	En el evento que el asegurado definitivamente no cumpla con la evaluación exigida, éste seguirá asegurado bajo esta "cobertura excepcional", es decir, sólo por eventos causados por accidentes.
12	Procedimiento para la aceptación de resoluciones en los asegurados	incorporación, deberá ser aceptada por escrito por parte del asegurado de la póliza, exceptuando de esta definición, las condiciones aceptadas por el contratante en punto "Para asegurados dependientes".
13	Facultativos	Podrá ser sometido cualquier asegurado que no cumpla con los requisitos de asegurabilidad, definidos en la tabla de asegurabilidad, siendo facultad de la aseguradora su aceptación, rechazo o restricción de la solicitud
14	Pago de siniestros	La compañía independiente de la antigüedad de los asegurados, se reserva el derecho de solicitar la información necesaria, que permita evaluar y definir la procedencia de una indemnización por las coberturas que da cuenta la presente póliza. El plazo de presentación de siniestros, se rige por lo estipulado en el Condicionado General y el plazo de Liquidación de siniestro se rige por el presente contrato.
15	Carencia	Esta póliza no considera período de carencia

3.2 Seguro de Salud

Condiciones generales pólizas de seguros vigentes		
Condición	Ítem	Descripción
2	Asegurados	a) Asegurado titular: Trabajadores vinculados a la empresa contratante, mediante un contrato de trabajo a tiempo indefinido y que figuran como tal, en la nómina de asegurados que forma parte de la presente póliza. b) Asegurados Dependientes: Dependientes, que cumpliendo con los requisitos de asegurabilidad, sean: 1 Cónyuge ó Conviviente, que se encuentre registrada o no como carga por el asegurado titular en su empresa. 1 Hijos, que se encuentren registrados o no como carga por el asegurado titular en su empresa. 1 Nietos: que sean carga legal del titular, sujeto a la aprobación facultativa del caso por parte del asegurador. 1 Cargas Duplo Hijos: que presenten condiciones particulares en su estado de salud que obligan al asegurado titular a tenerlo bajo su dependencia económica y que sea carga legal. Su permanencia deberá ser requerida por escrito a la compañía.
3	Actividad de los asegurados	Respecto de la actividad de los asegurados titulares en la empresa contratante, de acuerdo a lo informado por este último, según lo señalado en el Artículo 11° de las condiciones generales de la póliza, se declara que la actividad desarrollada por los trabajadores asegurados considera el riesgo Administrativo. En consecuencia, cualquier actividad distinta a lo declarado por el contratante y que declare el asegurado, deberá ser evaluada y aprobada por la aseguradora.
4	Coberturas aseguradas	La (s) cobertura (s) amparada (s) bajo este contrato, es (son) la (s) siguiente (s): a) SALUD, cobertura básica, (Seguro Colectivo para Gastos de Salud). La cobertura se describe en el "Cuadro de Beneficios", el cual comprende el detalle de las prestaciones cubiertas, los porcentajes de reembolso, los límites o topes por prestación o por evento, el deducible, la bonificación mínima de la institución previsional, el monto máximo de reembolso y el período de acumulación para los topes o límites. Por último, tratándose de los porcentajes de reembolso, estos podrán asociarse a la existencia o no de reembolso de la Institución de Salud Previsional o a uno o más instituciones o prestadores médicos.
5	Planes de cobertura	Salud Base - Tope UF 350 por persona. Salud Mejorado 1 - Tope UF 500 por persona. Salud Mejorado 2 - Tope UF 500 por persona. Salud Desvinculados - Tope UF 200 por persona.

6	Edades ingreso y permanencia	Titular Menor de 65 años - Cumpliendo los 71 años Cónyuge Menor de 65 años - Cumpliendo los 71 años Hijo Solteros Desde que nacen y hasta menores de 24 años - Cumpliendo los 25 años, si son estudiantes de tiempo completo y dependan económicamente del Titular Nieto Menor de 24 años - Cumpliendo los 25 años Carga Duplo Menor de 65 años - Cumpliendo los 71 años Conviviente Menor de 65 años - Cumpliendo los 71 años
7	Edades ingreso y permanencia	La acreditación de la condición de estudiantes de los hijos será responsabilidad del Contratante, quien deberá solicitar los certificados de estudio según corresponda, los que quedarán en su poder como antecedente de respaldo. La Compañía podrá solicitar estos documentos en cualquier momento, durante la vigencia de la póliza. La exclusión de los hijos será al 31 de diciembre de cada año.
8	Edades ingreso y permanencia	La exclusión de los demás asegurados por cumplimiento de la edad máxima de permanencia, se realizará una vez al año, con motivo de la renovación.
9	Cobertura excepcional	Todo asegurable que no cumpla con lo establecido en la tabla de requisitos de asegurabilidad, será incorporado al plan requerido, contemplando un límite de monto máximo de reembolso anual de UF10. La vigencia de ésta cobertura será a partir del primer día del mes siguiente de la fecha que califica como asegurado. • En caso de haber coberturas pendientes por otorgar, en forma excepcional, se cubrirán de acuerdo a lo establecido originalmente, siempre y cuando se cumplan los requisitos de asegurabilidad en un plazo que no exceda de los 60 días, contados desde la fecha que se califica como asegurado, cobrándose las primas retroactivas respectivas. • Si el proceso termina posterior al plazo señalado, la vigencia regirá partir de la fecha que dicho proceso termine, contemplando en esta situación, si los plazos de validez de los documentos se han vencido, la obligación de actualizar las exigencias de asegurabilidad. En el evento que el asegurado definitivamente no cumpla con la evaluación exigida, éste seguirá asegurado bajo esta "cobertura excepcional".
10	Pago de siniestros	En el Artículo 17 numeral 2) letra b) "pago de la indemnización al asegurado", La compañía aseguradora reembolsará los gastos médicos efectivamente incurridos por el asegurado y de cargo de la aseguradora, o bien, a opción de la aseguradora, reembolsará directamente al prestador los servicios médicos por dichos gastos, siempre en complemento de lo que cubra su sistema de salud previsional y sólo si corresponden a prestaciones contenidas en el Cuadro de Beneficios incluido en las condiciones particulares de la póliza.

11	Plazo aviso siniestro	Plazo para la presentación de o los siniestros: El plazo máximo para la presentación de los gastos Ambulatorios, ante la Compañía, es de 60 días contados desde la fecha de la prestación, para gastos Hospitalarios, serán de hasta 120 contados desde la fecha de la prestación. En caso de término de la póliza en Vida Security Previsión S.A., automáticamente rige lo establecido en las condiciones generales.
12	Cobertura extranjero	GASTO EN EL EXTRANJERO: La cobertura rige para gastos de urgencia y para otros gastos que sean aprobados previamente por la aseguradora, en ambos casos, la Compañía considerará como mínimo un 50% de aporte o reembolso Isapre/ Fonasa, aplicando el plan de beneficios del seguro sobre, el exceso de porcentaje señalado. Para efectos de gastos sin cobertura ISAPRE, también procede lo indicado, y el reembolso del excedente será reembolsado bajo la cobertura señalada para esta modalidad
13	Beneficios especiales	Las preexistencias declaradas, serán liberadas luego de 13 meses de vigencia ininterrumpida del asegurado en la póliza (día último del mes 13), para las coberturas de Salud, Catastrófico.

Definiciones generales de las coberturas		
Condición	Ítem	Descripción
1	Deducible cobertura AUGE O GES Y CAEC	Deducible cobertura AUGE O GES Y CAEC: 100% reembolso del deducible que aplique el sistema institucional (ISAPRE O FONASA) al cual el asegurado se encuentre afiliado. Esta cobertura no se encuentra sujeta a cargo del deducible del plan de seguro. Se entiende por el deducible aplicado por la institución de salud (ISAPRE O FONASA), el monto corresponde a UF126, el cual es el equivalente a la cantidad de 30 (treinta) veces la cotización de salud pactada por cada beneficiario que lo utilice, con un mínimo de UF60 para cada enfermedad catastrófica o diagnóstico. Todos los excedentes no cubiertos por AUGE O GES Y CAEC y que no correspondan al deducible aplicado por la institución de salud (ISAPRE O FONASA), serán reembolsados según las condiciones, porcentajes, topes y deducibles del presente plan de seguro.
2	Maternidad	Beneficio Maternidad, se otorgará cobertura conforme a lo establecido en Cuadro de Beneficios para todos aquellos casos de embarazos preexistentes que ingresen a una póliza, sea titular o cónyuge de un titular. Esta nueva condición INCLUYE los gastos ambulatorios durante del embarazo y los gastos de la maternidad cubiertos en los eventos parto normal, parto con cesárea, aborto no voluntario y partos múltiples, patología congénita del recién nacido, así como las complicaciones del embarazo y/o parto en estos casos señalados.

3	Prestadores Preferentes	PRESTADORES PREFERENTES, Se otorga mayor porcentaje de bonificación a exámenes de laboratorio y RX, como también tratamientos de Kinesiología realizados en la Red Integradora y Megasalud y en Óptica Schilling para gastos de marcos y cristales ópticos.
4	Otras definiciones	Complicaciones del Embarazo y Parto: Son todas aquellas complicaciones que se asocian a un embarazo fisiológico y que pueden ocurrir tanto durante el propio embarazo, como en el evento mismo del parto o cesárea, tales como, diabetes gestacional, placenta previa, embarazo ectópico, hiperémesis, hemorragia, hipertensión embarazo prolongado, y en el momento del parto, puede que el este no comience cuando se rompen las membranas que contienen al feto (rotura prematura de las membranas), o bien puede empezar antes de las 37 semanas de embarazo (parto pre término) o más de 2 semanas después de la fecha estimada de parto (embarazo post término, así mismo, se añaden en ocasiones problemas o trastornos médicos de la madre (pelvis estrecha), o el feto, un desarrollo del parto lento o una posición anormal del feto(distocias), excesiva hemorragia vaginal y una frecuencia cardíaca anormal del feto, prolapso del cordón umbilical, doble circular del cordón, cuello cervical incompetente, cesárea, etc. Se bonificarán los gastos de las complicaciones mencionadas, sólo bajo este ítem de cobertura que deriven o no en un parto, cuando este ítem se encuentra habilitado y con cobertura, considerando que se bonificarán todos los excesos no cubiertos por el ítem respectivo (parto normal, cesárea o aborto).
5	Otras definiciones	Plantillas Ortopédicas: Misma definición de Ortesis: Comprende todos los gastos derivados de aparatos que ayudan a recuperar una función, no es supletorio (no supe) si no que es complementario u órgano o parte del mismo y los gastos provenientes de la adquisición de dispositivos ortopédicos que auxilian parcial o totalmente las funciones de un miembro con incapacidad física o invalidez. Bajo este beneficio, se excluye la cobertura de zapatos ortopédicos, plantillas, medias para várices y todas aquellas prestaciones utilizadas con fines estéticos de embellecimiento. Es aquel aparato que supe la función de una extremidad u órgano, siempre que esta sea discapacitante para la vida del paciente.

6	I-med	SOLICITUDES REQUERIDAS A TRAVÉS DE IMED Rige para las coberturas ambulatorias efectuadas únicamente bajo el sistema de bonos y definidas en forma general como se detalla más adelante, todo lo cual se encontrará sujeto a las condiciones pactadas y definidas en el respectivo Cuadro de Beneficios de la póliza. Condiciones: • Hasta un monto máximo de cobertura de UF7 por solicitud. • Si en base de datos en poder la Compañía el asegurado se encuentra informado con su respectivo RUT. • Cuando el prestador tenga convenio vigente tanto con la Isapre/Fonasa en la cual se encuentra afiliado el asegurado, como con IMed. • Cuando el sistema de IMed para la póliza se encuentre activo y vigente en la póliza. • El prestador médico como la compañía no serán responsables de alguna transacción que no pueda ser realizada, y para cualquier efecto, el asegurado siempre tendrá derecho a solicitar la cobertura que da cuenta su póliza, presentando sus gastos a la compañía a través de su empleador.
7	Farmacia convenio 3 cadenas	SOLICITUDES REQUERIDAS A TRAVÉS DEL CONVENIO DE FARMACIA: CRUZ VERDE, PHARMA BENEFITS (Salco Brand) Y ABF (Fasa). Rige para la cobertura de medicamentos ambulatorios, lo cual se encontrará sujeto a las condiciones pactadas y definidas en el respectivo Cuadro de Beneficios de la póliza. Condiciones: • Hasta un monto máximo de cobertura de UF4 por solicitud. • Si en base de datos en poder la Compañía el asegurado se encuentra informado con su respectivo RUT. • Cuando el convenio para la póliza se encuentre activo y vigente en la póliza. • La farmacia como la compañía no serán responsables de alguna transacción que no pueda ser realizada, y para cualquier efecto, el asegurado siempre tendrá derecho a solicitar la cobertura que da cuenta su póliza, presentando sus gastos a la compañía a través de su empleador.

Condiciones especiales		
Condición	Ítem	Descripción
1	Plan Base	Para las prestaciones hospitalarias. Si el reembolso de la Isapre o Fonasa es menor a 50%, el reembolso del seguro complementario será de un 40%. Si la bonificación de Isapre o Fonasa es mayor o igual a un 50% y menor a un 70%, el reembolso del seguro complementario será de un 65%. Si la bonificación de la Isapre o Fonasa es mayor o igual a un 70%, el reembolso del seguro complementario será de un 90%. Para las prestaciones hospitalarias en Clínicas de Alto Costo (Clínicas Las Condes Clínica Alemana Clínicas UC). PÓLIZA 283.062 (Poliza espejo plan Base) Si el reembolso de la Isapre o Fonasa es menor a 60%, el reembolso del seguro complementario será de un 40%. Si la bonificación de Isapre o Fonasa es mayor o igual a un 60% y menor a un 80%, el reembolso del seguro complementario será de un 65%. Si la bonificación de la Isapre o Fonasa es mayor o igual a un 80%, el reembolso del seguro complementario será de un 90%
2	Plan Mejorado 1	Para las prestaciones hospitalarias. Si el reembolso de la Isapre o Fonasa es menor a 50%, el reembolso del seguro complementario será de un 40%. Si la bonificación de Isapre o Fonasa es mayor o igual a un 50% y menor a un 70%, el reembolso del seguro complementario será de un 65%. Si la bonificación de la Isapre o Fonasa es mayor o igual a un 70%, el reembolso del seguro complementario será de un 90%. Para las prestaciones hospitalarias en Clínicas de Alto Costo (Clínicas Las Condes Clínica Alemana Clínicas UC). PÓLIZA 283.065 (Poliza espejo plan Mejorado 1) Si el reembolso de la Isapre o Fonasa es menor a 60%, el reembolso del seguro complementario será de un 40%. Si la bonificación de Isapre o Fonasa es mayor o igual a un 60% y menor a un 80%, el reembolso del seguro complementario será de un 65%. Si la bonificación de la Isapre o Fonasa es mayor o igual a un 80%, el reembolso del seguro complementario será de un 90%

3	Plan Mejorado 2	Para las prestaciones hospitalarias. Si el reembolso de la Isapre o Fonasa es menor a 50%, el reembolso del seguro complementario será de un 40%. Si la bonificación de Isapre o Fonasa es mayor o igual a un 50% y menor a un 70%, el reembolso del seguro complementario será de un 65%. Si la bonificación de la Isapre o Fonasa es mayor o igual a un 70%, el reembolso del seguro complementario será de un 90%. Para las prestaciones hospitalarias en Clínicas de Alto Costo (Clínicas Las Condes Clínica Alemana Clínicas UC). PÓLIZA 283.066 (Poliza espejo plan Mejorado 2) Si el reembolso de la Isapre o Fonasa es menor a 60%, el reembolso del seguro complementario será de un 40%. Si la bonificación de Isapre o Fonasa es mayor o igual a un 60% y menor a un 80%, el reembolso del seguro complementario será de un 65%. Si la bonificación de la Isapre o Fonasa es mayor o igual a un 80%, el reembolso del seguro complementario será de un 90%
4	Condición especial asegurado Plan Mejorado 1	Se otorga por excepción comercial condición especial para el titular Diego Ballivian Rut, 9.221.746-9 y su cónyuge Carolina Werner Rut, 12.138.176-1 otorgando UF 100 para cada uno en los gastos (ambulatorios y Hospitalarios) relacionados a preexistencias declaradas con retroactividad, desde el inicio de la vigencia (01.06.2021). Este tope de UF 100 forma parte del tope de UF 500 del plan de salud, no es adicional. Este monto será evaluable y podrá ser aumentado presentando los requerimientos solicitados para evaluación médica en periodo de inter-vigencia, tanto para el titular como para su cónyuge.
5	Condición especial asegurado Plan Mejorado 2	
6	Plan Desvinculados	Para las prestaciones hospitalarias. Si el reembolso de la Isapre o Fonasa es menor a 50%, el reembolso del seguro complementario será de un 40%. Si la bonificación de Isapre o Fonasa es mayor o igual a un 50% y menor a un 70%, el reembolso del seguro complementario será de un 65%. Si la bonificación de la Isapre o Fonasa es mayor o igual a un 70%, el reembolso del seguro complementario será de un 90%. Para las prestaciones hospitalarias en Clínicas de Alto Costo (Clínicas Las Condes Clínica Alemana Clínicas UC). PÓLIZA 283.067 (Poliza espejo plan Desvinculados) Si el reembolso de la Isapre o Fonasa es menor a 60%, el reembolso del seguro complementario será de un 40%. Si la bonificación de Isapre o Fonasa es mayor o igual a un 60% y menor a un 80%, el reembolso del seguro complementario será de un 65%.

		Si la bonificación de la Isapre o Fonasa es mayor o igual a un 80%, el reembolso del seguro complementario será de un 90%
7	Recetas	Las recetas de medicamentos de carácter permanentes son visadas con una duración de un año.

3.3 Seguro Dental

Condiciones generales pólizas de seguros vigentes		
Condición	Ítem	Descripción
1	Asegurados	a) Asegurado titular: Trabajadores vinculados a la empresa contratante, mediante un contrato de trabajo a tiempo indefinido y que figuran como tal, en la nómina de asegurados que forma parte de la presente póliza. b) Asegurados Dependientes: Dependientes, que cumpliendo con los requisitos de asegurabilidad, sean: 1 Cónyuge ó Conviviente, que se encuentre registrada o no como carga por el asegurado titular en su empresa. 1 Hijos, que se encuentren registrados o no como carga por el asegurado titular en su empresa. 1 Nietos: que sean carga legal del titular, sujeto a la aprobación facultativa del caso por parte del asegurador. 1 Cargas Duplo Hijos: que presenten condiciones particulares en su estado de salud que obligan al asegurado titular a tenerlo bajo su dependencia económica y que sea carga legal. Su permanencia deberá ser requerida por escrito a la compañía.
2	Coberturas aseguradas	a) DENTAL, cobertura adicional, (Cláusula de Gastos Dentales). La cobertura se describe en el "Cuadro de Beneficios", el cual comprende el detalle de las prestaciones cubiertas, los porcentajes de reembolso, los límites o topes por prestación o por evento, el deducible, la bonificación mínima de la institución previsional, el monto máximo de reembolso y el período de acumulación para los topes o límites. Por último, tratándose de los porcentajes de reembolso, estos podrán asociarse a la existencia o no de reembolso de la Institución de Salud Previsional o a uno o más instituciones o prestadores médicos.
3	Planes de cobertura	Dental Base - Tope plan UF 10 por persona y UF 30 por grupo familiar. Dental Mejorado - Tope plan UF 15 por persona y UF 45 por grupo familiar.

4	Edades ingreso y permanencia	Titular Menor de 65 años - Cumpliendo los 71 años Cónyuge Menor de 65 años - Cumpliendo los 71 años Hijo Solteros Desde que nacen y hasta menores de 24 años - Cumpliendo los 25 años, si son estudiantes de tiempo completo y dependan económicamente del Titular Nieto Menor de 24 años - Cumpliendo los 25 años Carga Duplo Menor de 65 años - Cumpliendo los 71 años Conviviente Menor de 65 años -Cumpliendo los 71 años
5	Edades ingreso y permanencia	La acreditación de la condición de estudiantes de los hijos será responsabilidad del Contratante, quien deberá solicitar los certificados de estudio según corresponda, los que quedarán en su poder como antecedente de respaldo. La Compañía podrá solicitar estos documentos en cualquier momento, durante la vigencia de la póliza. La exclusión de los hijos será al 31 de diciembre de cada año.
6	Edades ingreso y permanencia	La exclusión de los demás asegurados por cumplimiento de la edad máxima de permanencia, se realizará una vez al año, con motivo de la renovación.
7	Arancel Dental	Arancel UCO: arancel recomendado del Colegio de Cirujano Dentistas de Chile actualizado al año 2021
8	Carencia	Primeros 6 meses de vigencia del asegurado, cobertura solo por accidente. Aplica a coberturas de Prótesis, Implantes y Ortodoncia.
9	Arancel	Prestador Preferente: RED SALUD, REDENTAL y UNO SALUD

3.4 Seguro Catastrófico

Condiciones generales pólizas de seguros vigentes		
Condición	Ítem	Descripción
1	Asegurados	a) Asegurado titular: Trabajadores vinculados a la empresa contratante, mediante un contrato de trabajo a tiempo indefinido y que figuran como tal, en la nómina de asegurados que forma parte de la presente póliza. b) Asegurados Dependientes: Dependientes, que cumpliendo con los requisitos de asegurabilidad, sean: 1 Cónyuge ó Conviviente, que se encuentre registrada o no como carga por el asegurado titular en su empresa. 1 Hijos, que se encuentren registrados o no como carga por el asegurado titular en su empresa. 1 Nietos: que sean carga legal del titular, sujeto a la aprobación facultativa del caso por parte del asegurador. 1 Cargas Duplo Hijos: que presenten condiciones particulares en su estado de salud que obligan al asegurado titular a tenerlo bajo su dependencia económica y que sea carga legal. Su permanencia deberá ser requerida por escrito a la compañía.
2	Coberturas aseguradas	a) CATASTRÓFICO, cobertura adicional, (Seguro Colectivo para Gastos de Salud). La cobertura se describe en el "Cuadro de Beneficios", el cual comprende el detalle de las prestaciones cubiertas, los porcentajes de reembolso, los límites o topes por prestación o por evento, el deducible, la bonificación mínima de la institución previsional, el monto máximo de reembolso y el período de acumulación para los topes o límites. Por último, tratándose de los porcentajes de reembolso, estos podrán asociarse a la existencia o no de reembolso de la Institución de Salud Previsional o a uno o más instituciones o prestadores médicos.
3	Planes de cobertura	Catastrófico Base - Tope plan UF 3000 Catastrófico Mejorado - Tope plan UF 5000
4	Beneficios especiales	Las preexistencias declaradas, serán liberadas luego de 13 meses de vigencia ininterrumpida del asegurado en la póliza (día último del mes 13), para las coberturas de Salud, Catastrófico

5	Edades ingreso y permanencia	Titular Menor de 65 años - Cumpliendo los 71 años Cónyuge Menor de 65 años - Cumpliendo los 71 años Hijo Solteros Desde que nacen y hasta menores de 24 años - Cumpliendo los 25 años, si son estudiantes de tiempo completo y dependan económicamente del Titular Nieto Menor de 24 años - Cumpliendo los 25 años Carga Duplo Menor de 65 años - Cumpliendo los 71 años Conviviente Menor de 65 años -Cumpliendo los 71 años
6	Edades ingreso y permanencia	La acreditación de la condición de estudiantes de los hijos será responsabilidad del Contratante, quien deberá solicitar los certificados de estudio según corresponda, los que quedarán en su poder como antecedente de respaldo. La Compañía podrá solicitar estos documentos en cualquier momento, durante la vigencia de la póliza. La exclusión de los hijos será al 31 de diciembre de cada año.
7	Edades ingreso y permanencia	La exclusión de los demás asegurados por cumplimiento de la edad máxima de permanencia, se realizará una vez al año, con motivo de la renovación.
8	Otras definiciones	Complicaciones del Embarazo y Parto: Son todas aquellas complicaciones que se asocian a un embarazo fisiológico y que pueden ocurrir tanto durante el propio embarazo, como en el evento mismo del parto o cesárea, tales como, diabetes gestacional, placenta previa, embarazo ectópico, hiperémesis, hemorragia, hipertensión embarazo prolongado, y en el momento del parto, puede que el este no comience cuando se rompen las membranas que contienen al feto (rotura prematura de las membranas), o bien puede empezar antes de las 37 semanas de embarazo (parto pre término) o más de 2 semanas después de la fecha estimada de parto (embarazo pos término, así mismo, se añaden en ocasiones problemas o trastornos médicos de la madre (pelvis estrecha), o el feto, un desarrollo del parto lento o una posición anormal del feto(distocias), excesiva hemorragia vaginal y una frecuencia cardíaca anormal del feto, prolapso del cordón umbilical, doble circular del cordón, cuello cervical incompetente, cesárea, etc. Se bonificarán los gastos de las complicaciones mencionadas, sólo bajo éste ítem de cobertura que deriven o no en un parto, cuando este ítem se encuentra habilitado y con cobertura, considerando que se bonificarán todos los excesos no cubiertos por el ítem respectivo (parto normal, cesárea o aborto).

9	Otras definiciones	Deducible cobertura AUGES O GES Y CAEC: 100% reembolso del deducible que aplique el sistema institucional (ISAPRE O FONASA) al cual el asegurado se encuentre afiliado. Esta cobertura no se encuentra sujeta a cargo del deducible del plan de seguro. Se entiende por el deducible aplicado por la institución de salud (ISAPRE O FONASA), el monto corresponde a UF126, el cual es el equivalente a la cantidad de 30 (treinta) veces la cotización de salud pactada por cada beneficiario que lo utilice, con un mínimo de UF60 para cada enfermedad catastrófica o diagnóstico. Todos los excedentes no cubiertos por AUGES O GES Y CAEC y que no correspondan al deducible aplicado por la institución de salud (ISAPRE O FONASA), serán reembolsados según las condiciones, porcentajes, toques y deducibles del presente plan de seguro.
10	Cobertura extranjero	La cobertura rige para gastos de urgencia y para otros gastos que sean aprobados previamente por la aseguradora, en ambos casos, la Compañía considerará como mínimo un 50% de aporte o reembolso Isapre/ Fonasa, aplicando el plan de beneficios del seguro sobre, el exceso de porcentaje señalado. Para efectos de gastos sin cobertura ISAPRE, también procede lo indicado, y el reembolso del excedente será reembolsado bajo la cobertura señalada para esta modalidad.
11	Activación Seguro Catastrófico Base	El presente seguro opera en exceso de Isapre/Fonasa y se activará una vez consumido el tope anual del respectivo Seguro de Salud en el cual se encuentre vigente el asegurado (Plan Base de UF 350). *En ningún caso tendrán cobertura los copagos de los gastos ya reembolsados por el seguro de salud. *Se considera para la acumulación del límite máximo de reembolso del seguro de salud, todos los reembolsos del beneficiario durante el año de vigencia del contrato.
12	Activación Seguro Catastrófico Mejorado	El presente seguro opera en exceso de Isapre/Fonasa y se activará una vez consumido el deducible de UF 100 por persona y un mismo evento.El presente seguro opera en exceso de Isapre/Fonasa y se activará una vez consumido el tope anual del respectivo Seguro deSalud en el cual se encuentre vigente el asegurado*En ningún caso tendrán cobertura los copagos de los gastos ya reembolsados por el seguro de salud.*Se considera para la acumulación del límite máximo de reembolso del seguro de salud, todos los reembolsos del beneficiario durante el año de vigencia del contrato.

3.5 Aplicables a todo el programa

Condiciones especiales pólizas de seguros vigentes - Carácter excluyente		
Condición	Ítem	Descripción
1	Continuidad de cobertura	Mantiene la continuidad de cobertura en lo que respecta al estado de salud de estos asegurados, de acuerdo a las condiciones en que se encontraban vigentes en el seguro anterior.

Condiciones operativas pólizas de seguros vigentes		
Condición	Ítem	Descripción
1	Nuevos asegurados y modificaciones de capitales	Deberán estar en buenas condiciones de salud al momento de ingresar a la póliza y deberán ser incorporados a la póliza en la fecha que califican para ello, suscribiendo su incorporación en los plazos establecidos en las condiciones generales de la póliza.
2	Nuevos asegurados y modificaciones de capitales	Vencido el plazo señalado, el asegurado no podrá ingresar a la póliza y deberá esperar un nuevo período de inscripción a la siguiente renovación de la póliza
3	Nuevos asegurados y modificaciones de capitales - Salud	Todo nuevo asegurado, deberá completar el formulario de inscripción al seguro, es decir una Solicitud de Seguro Colectivo (S.S.C.), o excepcionalmente según lo requiera el asegurador para casos especiales a evaluar, una "Declaración Especial de Salud". (D.E.S.) • La validez de la S.S.C y D.E.S, es de 60 días, por lo tanto, si dichos documentos superan el plazo indicado, el requisito deberá ser actualizado.
4	Nuevos asegurados y modificaciones de capitales - Salud	Cumpliendo los requisitos de asegurabilidad y aprobada la solicitud por el asegurador y el contratante o asegurado en su caso, en los plazos establecidos en las condiciones generales, es decir a los 30 días siguientes a la fecha que califica como asegurado, la vigencia para el asegurado regirá a contar del primer día del mes siguiente.
5	Nuevos asegurados y modificaciones de capitales - Vida	Tanto un nuevo asegurado, como un aumento de capital en un asegurado vigente, independiente del cumplimiento original, para su evaluación deberá completar los documentos establecidos en la tabla de requisitos de asegurabilidad que se define a continuación, donde para los aumentos de capital adicionalmente se debe contemplar lo siguiente: " Todo aumento de capital que afecte a uno o más asegurados que no se encuentre contemplado en estructura de planes, grupos, roles u otros, detallados en el Artículo 3 "Montos asegurados y Tasas" deberá contar con

		autorización previa por parte de la aseguradora, por considerarse cambio en el riesgo asegurado".
6	Financiamiento de la prima	Contributoriedad en el pago de la prima: "No Contributorio" financiada en un 100% por la "Empresa Contratante" el Plan Base, y la diferencia a los demás planes será de cargo del asegurado Titular
7	Temas operativos	Periodicidad de pago: Mensual Vencida
8	Temas operativos	Movimientos de asegurados: Las incorporaciones de asegurados deberán ser remitidos por el contratante en los plazos señalados en la presente póliza, y las exclusiones deberán ser informadas hasta el día 20 de cada período mensual, para que su prima no sea considerada en la cobranza a emitir por el asegurador. Con todo, las exclusiones, solamente pueden corresponder a una fecha de término que se aplicará conforme a la fecha de Recepción de la respectiva Notificación a la Compañía
9	Temas operativos	Día de emisión de la cobranza: dentro de los primeros 5 días del mes siguiente al período en cobro.
10	Temas operativos	Forma de emisión de la cobranza: El documento de cobro, será emitido por la aseguradora, a nivel de empresas
11	Temas operativos	Día de pago de la prima: hasta el día 10 del mes siguiente al período de cobertura
12	Temas operativos	Forma de pago de la prima: El contratante abonará el monto del importe de la prima, directamente a en las oficinas del contratante
13	Temas operativos	Emisión de factura: Posteriormente con el envío de la cobranza, la compañía deberá emitir la factura respectiva, utilizando para efectos de cambio de la moneda de la póliza, el valor de cambio del día 9 del mes inmediatamente siguiente del período de cobertura.
14	Temas operativos	Período máximo para el pago de la prima (de gracia): 60 días contados desde la fecha de inicio de la cobertura mensual no pagada, vencido el plazo citado, la póliza queda nula y sin efecto según lo señalado en las condiciones generales de la póliza.

Condiciones generales pólizas de seguros vigentes		
Condición	Ítem	Descripción
1	Condiciones generales (POL -CAD)	a) Vida Básica POL 220131391 b) Cláusula Adicional por Muerte Accidental CAD 320131537 c) Cláusula Amplia de Incapacidad Parcial y Permanente por Accidente CAD 320131536 d) Adicional Cláusula Pago Anticipado del Capital Asegurado en Caso de Invalidez Dos Tercios(2/3) CAD 320131547 e) Seguro Colectivo Para Gastos de Salud POL 320190104 f) Seguro Colectivo para Gastos de Salud por Extensión de

		Cobertura del Seguro para Gastos Catastróficos POL 320190104 g)Cláusula de Gastos Dentales CAD 320131535
1	Autorización para solicitar información confidencial	El Asegurado en la propuesta o solicitud de incorporación al seguro declara que acepta y autoriza a la Compañía de Seguros o a la persona que actúe en su representación, a solicitar a cualquier médico, enfermera, psicólogo, Clínica, Hospital, Laboratorio Clínico, Fondo Nacional de Salud (Fonasa), Isapre, Compañía de Seguros u otra institución pública o privada, información relativa a su estado de salud y cualquier documento asociado, a vía de ejemplo, y sin ser restrictivos en su enumeración, copia del parte policial y relato de los hechos, ficha médica completa, epicrisis, cartola histórica detallada de gastos médicos en su institución de salud, liberando tanto a instituciones como profesionales del secreto profesional y de faltas a la Ley N°19.628 sobre Protección de Datos de carácter personal, Ley N°20.584 sobre confidencialidad y secreto médico, del Código de Ética del Colegio Médico de Chile y Ley N° 16.744, sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales y otras.
2	Requisitos para la mantención del Contrato	En caso que se modifique el mínimo de asegurados de este Holding, es decir, el equivalente al 85% de los asegurados titulares con un mínimo de 569 Titulares, la compañía podrá revisar las condiciones de la póliza proponiendo las modificaciones necesarias para el manejo de ésta. De no lograr acuerdo entre las partes y aun cumpliéndose con el pago de las primas pactadas en el presente contrato, la compañía podrá poner término anticipado a la póliza. Conjuntamente con esto la presente póliza se mantendrá vigente en la medida que las demás pólizas del Holding, permanezca vigente en la Cía.
3	Vigencia de la póliza	Este seguro se mantendrá vigente mientras las primas de cada asegurado incluido, se encuentren pagadas y se cumpla con los requisitos básicos para la mantención del contrato, según se señala en artículo anterior y se renovará automáticamente por nuevos períodos anuales, salvo aviso por escrito en contrario, dado por cualquiera de las partes con 30 días de anticipación a la fecha de vencimiento del contrato. Asimismo, en caso de modificación de las condiciones del contrato en la renovación, el asegurador deberá remitir su propuesta antes de los 30 días del término del contrato. En caso de término de la vigencia del contrato, sea

		anticipada o no, cesará toda responsabilidad de la compañía aseguradora sobre los riesgos que asume y ésta no tendrá obligación alguna respecto de los siniestros que ocurran con posterioridad a esa fecha. Esta póliza contempla una vigencia de dos años desde el 01/06/2019 al 31/05/2021, con opción de vigencia a 3 años.
4	Comunicación entre las partes	Cualquier comunicación, declaración o notificación que haya de hacerse entre la Compañía y el Contratante, el asegurado o sus beneficiarios con motivo de esta póliza, deberá realizarse por correo electrónico, registrado para estos efectos en las Condiciones Particulares o certificados correspondientes, según sea el caso, la cual se entenderá como recibida al día hábil siguiente de haberse enviado éstas, independientemente de la fecha en que el contratante, asegurado o beneficiario haya dado lectura al mismo. Asimismo, el contratante, asegurado y beneficiario serán responsables por la privacidad de este medio de comunicación, siendo de su exclusiva responsabilidad, la revisión, lectura y administración de los documentos enviados o su posible delegación a un tercero.
5	Unidad monetaria	Tanto los montos asegurados como las primas se reajustarán de acuerdo a la variación que experimente la Unidad de Fomento.
6	Responsabilidades	Del Contratante: El contratante asume las responsabilidades que emanen de su actuación como contratante del presente seguro colectivo. De la Compañía y el Intermediario : La compañía y el Intermediario (en su caso), no podrán eximirse de sus obligaciones de asesoría, respecto de los asegurados individualmente considerados en la póliza respectiva. Del asegurado: Por su parte, el asegurado que suscribe la propuesta o solicitud de ingreso a la póliza, declara expresamente que ha recibido oportuna y adecuadamente asesoría de parte de la Compañía Aseguradora, respecto de las coberturas y condiciones del contrato de seguro.
7	Retracto	El asegurado podrá retractarse de la contratación del presente seguro sin necesidad de expresión de causa, dentro del plazo de 35 días corridos contados desde la fecha en que el asegurado firme la solicitud de incorporación al seguro. Para estos efectos, deberá expresar su voluntad de retractarse a través de comunicación escrita dirigida a la compañía aseguradora o a través del mismo medio en que contrató el seguro.



8	Cláusula de error u omisión	La incorporación debe formalizarse a través del formulario de incorporación "solicitud de seguro colectivo". De detectarse la falta de un asegurado, se entenderá que se trató de un error administrativo, que no invalida la cobertura de dicho asegurado. En este caso el asegurado será incorporado desde la fecha solicitada por el contratante, con un máximo de hasta 90 días de retroactividad, procediéndose al cobro de la prima retroactiva según corresponda.
9	Procedimiento para la aceptación de resoluciones en los asegurados	Toda restricción o limitación de cobertura distinta de lo aceptado por el asegurado en su solicitud de incorporación, deberá ser informada por el asegurador mediante carta o en el certificado de su cobertura, y el asegurado deberá dar su consentimiento a las mismas mediante declaración especial firmada por él. Sin perjuicio a esto, no será necesario su consentimiento mediante declaración especial firmada por él, cuando se trate de un seguro contratado por su empleador o por un servicio de bienestar y donde la prima sea pagado íntegramente por alguno de estos. Los documentos señalados en este inciso, formaran parte integrante de la póliza.

Condiciones especiales		
Condición	Ítem	Descripción
1	Cláusula de devolución por experiencia favorable	Se liquidará la DEF en conjunto con todas las pólizas pertenecientes al Holding N° 283.054. Después de 150 días de terminado cada período de cobertura (Año Póliza) la compañía procederá a efectuar el cálculo de la siguiente fórmula, la cual considera todas las coberturas y pólizas del grupo en forma conjunta, Vida Salud Dental Catastrófico: En caso de renovación en nuestra Cía.: $D: 30\% \times (PSGASN)$ En caso de no renovación en nuestra Cía.: $D: 5\% \times (PSGASN)$ DONDE: D = Devolución a la Empresa Contratante por Siniestralidad Favorable. P = Prima Neta pagada por el período anual de la póliza. S = Siniestros ocurridos en el período y siniestros en proceso de liquidación GA = Gastos de Administración equivalentes a un 21% de la prima pagada. SN = Saldos Negativos de períodos anteriores.

2	Cláusula de devolución por experiencia favorable	En caso que el resultado de (PSGASN) sea positivo, se aplicará el porcentaje de devolución y la suma resultante será pagada a la Empresa Contratante, mediante dos cheques emitidos a su favor, cuyos valores serán equivalentes a la proporción de los aportes de primas que efectúa el contratante y empleados respectivamente, donde el monto de la devolución correspondiente a los empleados, será destinado a otorgar beneficios a su favor, cuya entrega a estos, será exclusiva responsabilidad del contratante, liberando a la compañía de cualquier responsabilidad del destino final del monto pagado. En caso contrario, es decir, que el resultado de (PSGASN) sea negativo, el 100% de dicho monto formará parte de SN para la liquidación del periodo siguiente. Pagada la DEF, implica el más amplio y completo finiquito de todo derecho y/o reclamo que se derive de siniestros ocurridos dentro del período de liquidación antes mencionados.
3	Conversión del seguro colectivo a un seguro individual - Vida	Los asegurados que por motivo distinto de lo señalado en numeral punto 9, se excluyeren del presente seguro colectivo porque han dejado de pertenecer a la entidad contratante, tendrán la opción a contratar en la compañía "Seguros Vida Security Previsión S.A.", un seguro de Vida individual sin necesidad de exigencias médicas o de asegurabilidad, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones: 1. Que al momento de su incorporación a la presente póliza de Seguro Colectivo de Vida y a la opción de conversión, haya sido menor de 55 años. 2. Que, al momento de solicitar esta conversión, el asegurado debe tener al menos tres (3) años de vigencia ininterrumpida con la cobertura de seguro colectivo de Vida y con este beneficio vigente. 3. Que el ingreso del asegurado en la póliza de seguro colectivo no haya sido bajo condiciones excepcionales y o bajo tarificación como riesgo agravado. 4. La conversión es solamente una opción del asegurado titular o trabajador directo dependiente de la entidad contratante.

4	Conversión del seguro colectivo a un seguro individual - Vida	5. La conversión sólo aplica para la cobertura de seguro de Vida (sin adicionales) y cuando dicha cobertura se encuentre en vigencia en el producto individual de la aseguradora al momento de solicitar la conversión. Será facultad de la aseguradora ofrecer la cobertura de Muerte Accidental. 6. Para el asegurado que solicita la conversión, el capital asegurado del seguro individual, no podrá ser superior al último capital asegurado registrado en la póliza del presente seguro colectivo, con un monto máximo asegurable en la nueva póliza individual de UF 2.500 u otro según sea lo establecido para dicho producto en vigencia en la póliza individual. 7. La conversión es un beneficio que contempla la opción de una sola póliza de seguro individual limitada a lo señalado. 8. Una vez ejercido el derecho de conversión, el asegurado ya no podrá percibir el beneficio alguno emanado de la póliza de seguro colectivo de vida. 9. Este beneficio no regirá para el asegurado que: - l Al momento de solicitar la conversión, la edad sea de 60 o más años. - l Que haya estado ausente de su trabajo por enfermedad durante el mes inmediatamente anterior a su salida de póliza. - l Que la desvinculación del seguro colectivo sea por causa de enfermedad cualquiera sea ésta, o discapacidad, o jubilación. - l Fraude o falta de probidad. - l Cuando la desvinculación obedezca a un retiro masivo de asegurados, o por término de una filial del grupo asegurado, o por término de la presente póliza.
5	Conversión del seguro colectivo a un seguro individual - Vida	10. El asegurado, deberá hacer su solicitud de conversión por escrito y pagar la prima correspondiente al seguro individual, dentro de un plazo de treinta (30) días contados desde la fecha de término de su desvinculación con la entidad contratante. 11. La prima del seguro individual y sus condiciones particulares de asegurabilidad será lo que corresponda al producto " Vida" anual y renovable en las pólizas de seguros individuales, que tenga en vigencia la aseguradora al momento de la conversión, considerando para su determinación la edad del asegurado, su actividad y monto asegurado, en dicha oportunidad.

6	Conversión del seguro colectivo a un seguro individual - Catastrófico	Los asegurados que por motivo distinto de lo señalado en numeral 8, se excluyeren del presente seguro colectivo porque han dejado de pertenecer a la entidad contratante, tendrán la opción a contratar en la compañía "Seguros Vida Security Previsión S.A.", un seguro Catastrófico individual sin necesidad de exigencias médicas o de asegurabilidad, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones: 1. Que al momento de su incorporación en la póliza de Seguro Colectivo de Salud y a la opción de conversión, haya sido menor de 55 años en el caso del titular y su cónyuge, y menor de 21 años en el caso de los hijos. 2. Que, al momento de solicitar esta conversión, el asegurado debe tener al menos tres (3) años de vigencia ininterrumpida con la cobertura de seguro colectivo catastrófica y con este beneficio vigente. 3. Que el ingreso del asegurado y su grupo familiar en la póliza de seguro colectivo no haya sido bajo condiciones excepcionales y o bajo tarificación como riesgo agravado.
7	Conversión del seguro colectivo a un seguro individual - Catastrófico	4. La conversión es solamente una opción del asegurado titular o trabajador directo dependiente de la entidad contratante, y sólo adicionalmente, dicho asegurado podrá incorporar también a su grupo familiar vigente en esta póliza de seguro colectivo, contemplando para efectos del plan individual, únicamente a su cónyuge e hijos. 5. La conversión sólo aplica para la cobertura de seguro Catastrófico siempre y cuando dicha cobertura se encuentre en vigencia en el producto individual de la aseguradora al momento de solicitar la conversión. 6. Para el asegurado que solicita la conversión, el monto máximo de reembolso asegurado del seguro individual, no podrá ser de ningún modo superior al último monto de reembolso asegurado establecido en la presente póliza para la cobertura de seguro colectivo Catastrófico, con un monto máximo asegurable en la nueva póliza individual, según sea lo establecido para dicho producto en vigencia en la póliza individual. La conversión es un beneficio que contempla la opción de una sola póliza de seguro individual limitada a lo señalado. 7. Una vez ejercido el derecho de conversión, el asegurado ya no podrá percibir el beneficio alguno emanado de la póliza de seguro colectivo de vida.

8	Conversión del seguro colectivo a un seguro individual - Catastrófico	8. Este beneficio no regirá para el asegurado que: - Al momento de solicitar la conversión, la edad sea de 60 o más años para titular y su cónyuge, y de 24 o más años para los hijos. - Que haya estado ausente de su trabajo por enfermedad durante el mes inmediatamente anterior a su salida de póliza. - Que la desvinculación del seguro colectivo sea por causa de enfermedad, cualquiera sea ésta, o discapacidad, o jubilación. - Fraude o falta de probidad. - Cuando la desvinculación obedezca a un retiro masivo de asegurados, o por término de una filial del grupo asegurado, o por término de la presente póliza. 9. El asegurado, deberá hacer su solicitud de conversión por escrito y pagar la prima correspondiente al seguro individual, dentro de un plazo de treinta (30) días contados desde la fecha de término de su desvinculación con la entidad contratante. 10. La prima del seguro individual y sus condiciones particulares de asegurabilidad será lo que corresponda al producto Catastrófico anual y renovable en las pólizas de seguros individuales, que tenga en vigencia la aseguradora al momento de la conversión, considerando para su determinación la edad del asegurado, su actividad y monto asegurado, en dicha oportunidad.
---	--	--

Nota: En archivos anexos, se adjuntan en formato Excel los planes vigentes y alternativos para las respectivas coberturas.

3.6 Tabla de ajuste:

- Conforme los Seguros podrán ser renovados automáticamente por igual período, con un máximo de hasta 2 renovaciones las Compañías deberán completar la tabla de ajuste siguiente e indicar la forma de cálculo de la siniestralidad anual. Esta tabla de ajuste se aplicará en forma conjunta a las pólizas Salud; Dental y Catastrófico.
- La Tabla de ajuste será aplicada a cada renovación anual de pólizas de manera conjunta a las pólizas Salud, Dental y Catastrófico.
- Para la Póliza de Vida la Compañía deberá señalar cual es la modalidad de ajuste en este caso.

Condiciones Tablas de Ajuste por vigencias renovables		
Condición	Ítem	Descripción
1	Cláusula de revisión anual del contrato - Vida	Para la primera Renovación de Vida El contrato será renovado en igualdad de condiciones, independiente del resultado de siniestralidad. Para la segunda Renovación de Vida Al mes 12 del segundo año de vigencia anual de la póliza, se procederá a la revisión de la tarifa, basados en el resultado de siniestros de los últimos 23 meses de vigencia del contrato, y en el evento que el total de siniestros pagados y por pagar superen las UF 5.000, la tarifa para el siguiente año será ajustada en XX%. La revisión contempla la totalidad de seguros que contraten por el grupo licitado. Compañía debe indicar su propuesta renovable y % de ajuste.
2	Cláusula de revisión anual del contrato - Para la primera Renovación de Salud, Dental y Catastrófico	Al mes 12 de vigencia anual de la(s) póliza(s), se procederá a la revisión de la tarifa, basados en el resultado del contrato a la fecha de cierre de siniestros del mes 11. Según la siniestralidad de la cuenta, es decir siniestros / primas = siniestralidad, se calculará la prima necesaria para el siguiente período (año 2). Se considerará como siniestros, lo pagado y por pagar a la fecha de cierre más una reserva de un XX% sobre los siniestros, correspondiente a la reserva de siniestros ocurridos y no reportados. Compañía debe indicar su propuesta renovable y % de ajuste.
3	Cláusula de revisión anual del contrato - Para la segunda Renovación de Salud, Dental y Catastrófico	Al mes 12 del segundo año de vigencia anual de la(s) póliza(s), se procederá a la revisión de la tarifa, basados en el resultado del contrato a la fecha de cierre de siniestros del mes 11 de la cuenta, considerando para la revisión, los últimos 12 meses de vigencia del contrato. Se considerará como siniestros, lo pagado a la fecha de cierre más el cambio de la reserva por los siniestros ocurridos y no reportados, es decir, reserva año en curso menos reserva año anterior. Según la siniestralidad de la cuenta, es decir siniestros / primas = siniestralidad, se calculará la prima necesaria para el siguiente período. Compañía debe indicar su propuesta renovable y % de ajuste.

4	Cláusula de revisión anual del contrato - Para la segunda Renovación de Salud, Dental y Catastrófico	La siguiente tabla de ajuste aplica a ambos periodos de renovación - Compañía aseguradora debe proponer Tabla de Ajuste, en base comparativa y punto de equilibrio correspondiente a siniestralidad 80.0%-84.9% sin variación de primas. Se sugiere considerar tramos en base a 5 puntos.		
		Siniestralidad desde	Siniestralidad hasta	% Variación prima
		a menos	54.9%	
		55.0%	59.9%	
		60.0%	64.9%	
		65.0%	69.9%	
		70.0%	74.9%	
		75.0%	79.9%	
		80.0%	84.9%	0%
		85.0%	89.9%	
		90.0%	94.9%	
		95.0%	99.9%	
		100.0%	104.9%	
		105.0%	a más	

3.7 Condiciones de Servicio

Condiciones de servicio		
Condición	Requisito	Descripción
1	Ejecutivos	Ejecutivo In plant Compañía - Se requieren visitas presenciales 2 días a la semana, en horarios y días a convenir con Banco Central
2	Kit	Se requiere Kit de Bienvenida Digital para todos los asegurados del Banco Central.
3	Charlas	Se requiere apoyo de material y charlas 2 veces al año - Presencial/Virtual previa coordinación en conjunto al corredor.
4	Ferías de salud	Participación Ferias de Salud junto a proveedores - 1 vez al año - Coordinadas en conjunto al corredor y Banco Central
5	Información de Reembolsos	En el caso de los reembolsos on line, la compañía deberá hacer llegar al asegurado la liquidación del gasto que respalde el reembolso

Servicio

Condición	Ítem	Prestador
1	Plazo de liquidación de reembolsos	Salud 5 días hábiles desde la fecha de recepción de la solicitud y documentos de respaldo por parte de Aseguradora (canales on line) y 10 días hábiles como máximo para documentos físicos. Dental 10 días hábiles desde la fecha de recepción de la solicitud en la Cía. de Seguros, con todos los documentos predefinidos como necesarios. La liquidación es enviada vía e-mail a cada asegurado por Aseguradora. Vida 15 días hábiles desde la fecha de la documentación requerida en la compañía de seguros
2	Casos Especiales (Apelaciones Rechazos, coberturas especiales, reliquidaciones)	a) 5 días hábiles desde la fecha de recepción de la solicitud en la Cía. de Seguros Aseguradora, con todos los documentos predefinidos como necesarios para casos de menor complejidad. b) 7 días hábiles desde la fecha de recepción de la solicitud en la Cía. de Seguros Aseguradora, con todos los documentos predefinidos como necesarios para casos de mayor complejidad.
3	Solicitud requisitos asegurabilidad	10 días hábiles contados desde la recepción de la ficha de incorporación, compañía emitirá una carta con la solicitud de requerimientos para asegurabilidad.
4	Actualización capital	La actualización de capital debe realizarse en un plazo máximo de 10 días en los sistemas de la compañía aseguradora, para lo anterior, en caso que se requiera antecedentes adicionales de requisitos de asegurabilidad se deberán cumplir los plazos del punto 6 y este plazo de 10 días hábiles comenzará a regir desde la entrega de los antecedentes requeridos en la compañías de seguros
5	Resoluciones de cobertura	7 días hábiles contados desde la fecha de recepción de antecedentes médicos requeridos, la compañía deberá emitir carta indicando la resolución de cobertura
6	Plazo para la incorporación de nuevos titulares y cargas con declaración de patologías	Gestión de incorporación se realizará en los sistemas de la compañía en un plazo máximo de 5 días hábiles, para pronunciar si acepta la compañía. De seguros o rechaza la incorporación, desde la fecha de recepción de nuestras propuestas.
7	Emisión de pólizas	En no más de 7 días hábiles días una vez cerrado el negocio o renovado, con la entrega de la carta de cierre correspondiente.
8	Solicitud de Información Siniestros Vida y adicionales.	La compañía aseguradora en no más de 3 días hábiles una vez denunciado y enviado los antecedentes para pago de los siniestros, deberá indicar a Aon los antecedes faltantes para evaluar el siniestro.

9	Solicitud de antecedentes adicionales	Máximo 5 días hábiles una vez entregada toda la información necesaria por parte del cliente, solicitando e informando por la Cía. Aseguradora todos los antecedentes pendientes y/o requeridos.
10	Activación de nuevo asegurado en sitio web y entrega de su clave de acceso.	4 días hábiles tras activación como asegurado vigente en los sistemas de la compañía
11	Activación de nuevo beneficiario en sitio web	4 días hábiles desde la fecha de recepción de la solicitud en la Cía. de Seguros
12	Aseguradora creará manuales personalizados, Kit de Bienvenida.	En no más de 30 días una vez cerrado el negocio o renovado.

3.8 Nuevas Condiciones Solicitadas

Condiciones solicitadas y requeridas como base de este proceso de licitación		
Condición	Ítem	Descripción
1	Límites de edades - Vida	Ampliar límite de edad de ingreso para la cobertura de Vida según lo siguiente: Fallecimiento: 70 años ingreso - 99 años permanencia Muerte Accidental: 70 años ingreso - 99 años permanencia Invalidez Accidental: 70 años ingreso - 99 años permanencia ITP 2/3: 65 años ingreso - 65 años permanencia
2	Límites de edades - Salud, Dental, Catastrófico	Titular Menor de 70 años - Cumpliendo los 71 años Cónyuge Menor de 70 años - Cumpliendo los 71 años Hijo Solteros Desde que nacen y hasta menores de 24 años - Cumpliendo los 25 años, si son estudiantes de tiempo completo y dependen económicamente del Titular Nieta Menor de 24 años - Cumpliendo los 25 años Carga Duplo Menor de 70 años - Cumpliendo los 71 años Conviviente Menor de 70 años -Cumpliendo los 71 años
3	Grupo asegurados mayores - Salud y Dental	Crear grupo de asegurados mayores a 71 años otorgando coberturas restringidas en Salud y Dental sin cobertura Catastrófica con permanencia hasta los 75 años. Plan Salud Base/Mejorados con tope UF100 Plan Dental Base/Mejorados ídem condiciones actuales

- 4 Cupos estratégicos
- Se solicita contar con 5 cupos anuales estratégicos para casos especiales con preexistencias, límites de edad u otra causa (considerando todas las pólizas) las cuales se cubrirían de acuerdo al plan del trabajador.
Cupos no acumulables y los que no son utilizados no se traspasan al año siguiente.
Estos cupos no incluyen cobertura Catastrófica.
Beneficio Maternidad, se otorgará cobertura conforme a lo establecido en Cuadro de Beneficios para todos aquellos casos de embarazos preexistentes que ingresen a una póliza, sea
- 5 Cobertura recién nacidos - Otorgar cobertura a patologías congénitas
- titular o cónyuge de un titular.
Esta nueva condición INCLUYE los gastos ambulatorios durante del embarazo y los gastos de la maternidad cubiertos en los eventos parto normal, parto con cesárea, aborto no voluntario y partos múltiples, según corresponda en el Cuadro de Beneficios, **CUBRIENDO** patología congénita del recién nacido.
- 6 Cargas
- Se aceptará y dejará indicado en póliza:-La incorporación de cargas cónyuges, convivientes de cualquier tipo y parejas de AUC. Para la incorporación de cargas convivientes que no será requerido comprobantes u otros documentos que acrediten la calidad de conviviente ni el tiempo de convivencia.-La incorporación de niños en proceso de adopción, deben cumplir con ser carga médica del titular y vivir a expensas de él en la actualidad. -La incorporación de hijos de las parejas de convivientes para ser incluidos en el seguro como cargas. Todo esto previa aceptación del contratante de estas condiciones.

Condiciones solicitadas y requeridas como base de este proceso de licitación		
Condición	Ítem	Descripción
1	Plan Salud Base	1) Incorporar las siguientes coberturas: Bono PAD fonasa 100% con tope UF 55 Terapia ocupacional 60% con tope UF 15
2	Plan Salud Mejorado 1	1) Aumentar cobertura a Medicamentos Genéricos y Bioequivalentes Genéricos de 90% sin tope a 100% sin tope 2) Incorporar las siguientes coberturas: Bono PAD fonasa 100% con tope UF 55 Terapia ocupacional 80% con tope UF 15 Consulta Nutricionista 80% Bo/ 70% LE con tope UF 1 por sesión

3	Plan Salud Mejorado 2	1) Aumentar cobertura a Medicamentos Genéricos y Bioequivalentes Genéricos de 90% sin tope a 100% sin tope 2) Incorporar las siguientes coberturas: Bono PAD fonasa 100% con tope UF 55 Terapia ocupacional 80% con tope UF 20 Consulta Nutricionista 80% Bo/ 75% LE con tope UF 2 por sesión
4	Plan Salud Desvinculados	1) Incorporar las siguientes coberturas: Bono PAD fonasa 100% con tope UF 55
5	Plan Base, Mejorado 1, Mejorado 2	Se solicita otorgar cobertura a Medicamentos Homeopáticos. Se aplica siempre que haya un diagnóstico médico previo y receta para la compra y reembolso del mismo. Agregar como línea de prestación para los 3 planes indicados con cobertura 50% y tope UF5 anual.

Condiciones solicitadas y requeridas como base de este proceso de licitación		
Condición	Ítem	Descripción
1	Planes alternativos	Plan alternativo cobertura de Vida con capital UF8.000 como se presenta en archivo anexo Oferta Económica. Plan mantiene carácter voluntario, sin porcentaje de adhesión mínima para tarificación. La compañía debe dejar expresado en estas Bases si se requerirá por parte del asegurado completar algún formulario/DPS en caso de querer tomar la cobertura.

Condiciones solicitadas opcionales de este proceso de licitación		
Condición	Ítem	Descripción
1	Productos adicionales	Producto estándar con precio definido para ofrecer a los asegurados del Banco ya sea en áreas de asistencias/asesorías, escolaridad u otros. No debe exigir porcentaje de adherencia.

3.9 Planes a Cotizar

1) Planes Vigentes

- (a) Vida Base UF 1.000
- (b) Vida Mejorado 1 UF 3.000
- (c) Vida Mejorado 2 UF 5.000
- (d) Salud Base
- (e) Salud Mejorado 1
- (f) Salud Mejorado 2
- (g) Salud Desvinculados

- (h) Dental Base
- (i) Dental Mejorado
- (j) Catastrófico Base
- (k) Catastrófico Mejorado

- 2) Planes Alternativos Nuevos
- 3) Vida Mejorado 3 UF8.000
- 4) Productos Individuales

4. Condiciones de Cotización de los Seguros y de las Pólizas de Seguro

4.1 De los Seguros

- 4.1.1 Los Seguros deberán ser cotizados con una vigencia de 12 meses, y podrán ser renovados automáticamente por igual período, con un máximo de hasta 2 renovaciones. La renovación de la póliza operará en forma automática, a menos que el Banco comunique por escrito a la Compañía su intención de no renovar, con a lo menos 90 días de anticipación a la fecha de vencimiento del período anual que corresponda.

En su cotización, la Compañía deberá indicar las primas y tasas mensuales, que aplican para la vigencia anual, para cada uno de los seguros ofrecidos, salvo que la Compañía indique alguna disminución en el evento que el Banco opte por una renovación automática de los seguros.

La Compañía podrá informar aumentos respecto de las primas y tasas originalmente cotizadas, para lo cual deberá comunicarlo mediante carta dirigida al Gerente de Gestión Contable y Planificación, con a lo menos 90 días corridos de anticipación al vencimiento del período anual, adjuntando los Informes de Siniestralidad correspondientes a dicho periodo. Respecto de este aumento, el Banco” podrá manifestar su disconformidad, lo que deberá hacer por escrito dentro de los 20 días hábiles bancarios siguientes a la recepción de la carta de la Compañía, la que podrá presentar una última reconsideración de sus condiciones a más tardar 10 días hábiles bancarios después de la comunicación de “el Banco”. En este último caso, el Banco dentro de los 5 días hábiles bancarios siguientes informará su decisión de renovación o no de la póliza para el próximo período.

Sin perjuicio de lo anterior y para las renovaciones de las pólizas Salud, Dental y Catastrófico registrá, para ambas renovaciones, la Tabla de Ajuste presentada en su oferta por la compañía adjudicataria de la Licitación.



- 4.1.2 Las ofertas deberán presentarse en forma individual para cada opción o seguro a que se indica en el Anexo C “Formatos”, sin perjuicio que la adjudicación de la licitación será por el conjunto total de los seguros base cotizados.

Se deberán indicar tasas y primas, tanto netas como brutas, expresadas en Unidades de Fomento (UF), de acuerdo con los con los formularios de la Sección N°2 Anexo C, que se adjunta a la presentes Bases y considerando las coberturas, deducibles y condiciones particulares señaladas en las presentes Bases de Licitación, no siendo posible cotizar otras alternativas. Cada Aseguradora deberá enviar impresa su oferta por cada cobertura.

- 4.1.3 La vigencia de los seguros será a contar del **01 de junio de 2022**, esto será independiente que se haya realizado en forma completa el enrolamiento, ya que se entenderá que las poblaciones de cada póliza serán aquellas que el Banco haya informado.
- 4.1.4 Una vez adjudicada la Licitación, la Compañía adjudicataria deberá presentar, en un plazo de 3 días hábiles a partir de la fecha de emisión de la carta de adjudicación un Certificado de Cobertura por las pólizas contratadas.
- 4.1.5 Tanto las pólizas como sus endosos posteriores deberán ser emitidos en un plazo máximo de 10 días hábiles bancarios, contados desde la fecha en que les sean solicitados.

4.2 De las Pólizas de Seguros

- 4.2.1 Durante la vigencia de la póliza, el Banco podrá efectuar prórrogas, modificaciones, incorporaciones o disminuciones, propias de los movimientos de personal que le afecten, a todas y cada una de las pólizas de seguros, manteniéndose las condiciones originalmente cotizadas, con las excepciones del caso indicadas en cada póliza.
- 4.2.2 En el evento que alguna de las partes (asegurado o asegurador) ponga término anticipado a la vigencia de la póliza, dicho término no podrá comenzar a regir antes de 90 días corridos desde la notificación escrita de esta comunicación, la cual deberá ser entregada en el domicilio comercial de la parte que corresponda.
- 4.2.3 En el evento de que por razones fortuitas o involuntarias se incurra en algún error u omisión en los registros internos o bien en la información proporcionada a la Compañía, no se verá afectada de modo alguno la cobertura respecto de los seguros involucrados en este error u omisión.
- 4.2.4 Deberá regir cláusula de rehabilitación automática para todos los seguros involucrados.

- 4.2.5 Las presentes bases y sus aclaraciones servirán de antecedente y referente para la interpretación de la póliza en caso de dudas, controversias o ambigüedades acerca de su texto, como así mismo de las ofertas de cotización que presenten las Compañías de Seguros.

**ANEXO C
SECCIÓN N°1: FORMULARIOS**

**FORMULARIO N°1
ANTECEDENTES DE LA EMPRESA Y SU ESTRUCTURA VIGENTE DE
SOCIEDAD**

I. ANTECEDENTES DE LA SOCIEDAD ⁽¹⁾			
RAZÓN SOCIAL:			
RUT EMPRESA:			
NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA			
CARGO REPRESENTANTE LEGAL EN LA EMPRESA			
ESCRITURA DE PODERES REPRESENTANTE LEGAL			
NOTARIA DE		FECHA	

II. SOCIOS O ACCIONISTAS PRINCIPALES ⁽²⁾			
RUT	NOMBRES		PARTICIPACIÓN (= / > 10%)

- (1) La Empresa se obliga a informar al Banco de toda modificación a la información contenida en este Formulario, en un plazo no superior a 30 días corridos desde la fecha de publicación en el Diario Oficial.
- (2) Se entenderá por "Socios o Accionistas Principales" a aquéllos que individualmente sean dueños o tengan igual o más de un 10% de participación de los derechos societarios, vigentes a la fecha de suscripción del presente Formulario.

III. PAGO MEDIANTE TRANSFERENCIA BANCARIA	
NOTA: Este antecedente no será necesario si el Proveedor ya se encuentra ingresado en los registros del Banco, con opción de pago vía transferencia bancaria.	
N° CUENTA CORRIENTE DE LA EMPRESA (NOTA : No se aceptan cuentas RUT o cuentas VISTA.)	
BANCO	

FIRMA
| |
REPRESENTANTE LEGAL
| |

Santiago, | | de | | de 20 | |

FORMULARIO N°2 DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

El Proveedor deberá declarar si tiene o no tiene conflicto de intereses para participar en esta Cotización o para prestar o proveer los Productos y/o Servicios a contratar. Se entiende que configura tal conflicto la existencia de otros intereses comprometidos en la provisión o prestación de los Productos y/o Servicios objeto de la presente Cotización, diversos de la ejecución íntegra y cabal del mismo o, en su caso, si el Proveedor tuviere personas dependientes relacionadas con el Banco.

La veracidad y exactitud de la declaración será considerada por el Banco una condición esencial y determinante en la participación del Proveedor en la presente Cotización, motivo de exclusión del Proveedor del proceso de evaluación de ofertas correspondiente y, en su caso, facultará al Banco para exigir la resolución inmediata del contrato que se celebre, todo lo cual es sin perjuicio de que el Proveedor se obliga a asumir las responsabilidades legales y contractuales consecuentes, en caso de inexactitud, falsedad u omisiones de tal declaración.

Se entiende que existe dicho conflicto respecto del Proveedor en toda negociación, acto, contrato u operación en que sea parte, tenga interés, intervenga o tenga cualquier otra forma de participación, algún funcionario del Banco, su cónyuge, conviviente civil o sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad inclusive (esto es, abuelos, padres, hermanos, hijos y nietos, y suegros, yernos/nueras y cuñados), como asimismo, las sociedades o empresas en las cuales este sea director, gerente, apoderado, o dueño directo o a través de otras personas naturales o jurídicas de un 5% o más de su capital o las sociedades o empresas en las que alguna de las personas antes mencionadas, sea director o dueño directo o indirecto del 5% o más de su capital; y las personas por quien el funcionario del Banco actúe como representante, asesor o consultor. La presente declaración deberá extenderse al personal dependiente del Proveedor, contratado bajo cualquier modalidad, incluido honorarios, a las personas en régimen de subcontratación y a aquellas en calidad de servicios transitorios. Asimismo, constituye tal especie de conflicto cualquier otra situación, de la cual tenga conocimiento el Proveedor que pueda influir en la decisión del Banco sobre la adjudicación de esta Cotización.

En caso de que exista conflicto de intereses el Proveedor podrá optar igualmente por participar en esta Cotización, declarando por escrito dicha situación al momento de presentar su oferta. Lo anterior, es sin perjuicio de la obligación del Proveedor de informar por escrito al Banco, tan pronto tuviere conocimiento de ello, de cualquier situación sobreviniente constitutiva de conflicto de intereses en los términos ya relacionados, que se origine con posterioridad a la declaración antedicha.

Conforme a lo señalado en los párrafos precedentes, el Proveedor deberá responder marcando uno de los siguientes recuadros, según corresponda:

NO	☐	El Proveedor declara NO tener conflictos de intereses.
SI	☐	El Proveedor declara tener conflictos de intereses. (SÍ)

En este caso especificar en el siguiente recuadro la naturaleza del conflicto de intereses:

FIRMA

|
REPRESENTANTE LEGAL
|

Santiago, | | de | | de 20 | |

FORMULARIO N°3 DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

El Proveedor asume como obligación la de mantener y resguardar la confidencialidad de la “Información Reservada o Altamente Sensible” que les sea proporcionada por el Banco. Por consiguiente, queda expresamente establecido que todos los documentos e información proporcionada al Proveedor o de la que tome conocimiento, con ocasión del Proceso de Compras o de la ejecución del Contrato o Pedido de Compra no pueden ser divulgados a terceros en ninguna forma.

Asimismo, el Proveedor se obliga a usar dicha información sólo para los fines previstos en el Proceso de Compras o en el Contrato o Pedido de Compras respectivo, y a no imprimir, transferir, transmitir o grabar mediante cualquier medio, difundir o darle publicidad.

El Proveedor asume dichas obligaciones en el carácter de condiciones esenciales para su participación en el Proceso de Compras y para la suscripción o emisión y vigencia del Contrato o Pedido de Compras respectivo.

Dicha obligación se extiende a su personal dependiente contratado bajo cualquier modalidad, incluido honorarios, a las personas en régimen de subcontratación y a aquellas en calidad de servicios transitorios. Al efecto el Proveedor se obliga a poner en conocimiento de todos ellos de la existencia del deber de confidencialidad en los términos aquí señalados y velar por su cumplimiento ya sea mediante los correspondientes contratos o la suscripción de acuerdos de confidencialidad con aquellos, según corresponda.

El Proveedor declara tener conocimiento que “Información Reservada o Altamente Sensible” del Banco Central de Chile, significa cualquier documento, material de trabajo, iniciativas, datos o cualquier otro antecedente o información que diga relación, ya sea con las operaciones, actos, contratos, negocios, investigaciones o proyectos del Banco y, en general, con todas aquellas materias a que se refiere la presente contratación.

El Banco se reserva el derecho de solicitar al Proveedor la destrucción de la documentación que tenga el carácter de “Reservada o Altamente Sensible”, lo que deberá ser certificado por un apoderado del Proveedor con facultades suficientes para ello.

Esta obligación subsistirá entre las partes, aún después de finalizada la prestación o provisión de los productos y/o servicios y por un plazo de 3 años contado desde dicha fecha, salvo que tal información haya sido calificada, catalogada y entregada al Proveedor por el Banco como “Información Altamente Sensible”, en cuyo caso la obligación de confidencialidad subsistirá de manera indefinida.

FIRMA

REPRESENTANTE LEGAL

Santiago, | de | de 20 |

FORMULARIO
DECLARACIÓN JURADA DE NO REGISTRAR SALDOS INSOLUTOS DE
REMUNERACIONES NI COTIZACIONES DE SEGURIDAD SOCIAL

Declaro bajo juramento que a la fecha de presentación de la Oferta mi representada se encuentra al día en el cumplimiento de sus obligaciones laborales y sociales y que no registra saldos insolutos de remuneraciones o cotizaciones de seguridad social con los trabajadores que se desempeñarán en la ejecución del contrato a suscribir con el Banco Central de Chile.

El Proveedor se obliga a informar al Banco de toda modificación a la información contenida en esta Declaración, en un plazo no superior a 30 días corridos desde ocurrido el evento.

FIRMA

REPRESENTANTE LEGAL

Santiago, [] de [] de 20[]



ANEXO C

SECCIÓN N°2: FORMATO DE PRESENTACIÓN OFERTA ECONÓMICA

a. Primas por pólizas (resumen):

VIDA	Cantidad	Capital UF	Capital	Vigente	
	Asegurados	Asegurado Indiv	Asegurado Total UF	Tasas Netas o/oo	Primas Mensual (UF)
Fallecimiento	N° asegurados	Capital individual	Capital total	Tasa compañía	UF 0.00
Muerte Accidental	N° asegurados	Capital individual	Capital total	Tasa compañía	UF 0.00
Invalidez Accidental	N° asegurados	Capital individual	Capital total	Tasa compañía	UF 0.00
Invalidez 2/3	N° asegurados	Capital individual	Capital total	Tasa compañía	UF 0.00
TOTAL NETO					UF 0.00
IVA					UF 0.00
PRIMA BRUTA TOTAL MENSUAL					UF 0.00

SALUD - DENTAL - CATASTRÓFICO	Cantidad	Compañía	
	Asegurados	Primas Indiv	Prima Total
E+0	N° asegurados	Prima compañía	UF 0.00
E+1	N° asegurados	Prima compañía	UF 0.00
E+2	N° asegurados	Prima compañía	UF 0.00
TOTAL NETO	0		UF 0.00
IVA			UF 0.00
PRIMA BRUTA TOTAL MENSUAL			UF 0.00

*Estas tablas corresponden al resumen de los cuadros de precios que las compañías deben presentar como su oferta económica en el correspondiente archivo Excel que se adjunta como parte integrante del Anexo C, sección 2.

b. Tabla de ajustes:

Siniestralidad desde	Siniestralidad hasta	% Variación prima
a menos	54.9%	
55.0%	59.9%	
60.0%	64.9%	
65.0%	69.9%	
70.0%	74.9%	
75.0%	79.9%	
80.0%	84.9%	0%
85.0%	89.9%	
90.0%	94.9%	
95.0%	99.9%	
100.0%	104.9%	
105.0%	a más	

La compañía debe completar la tabla de ajuste precedente indicando el rango de equilibrio de esta tabla.

La anterior Tabla de ajuste será aplicada a cada renovación anual de pólizas de manera conjunta a las pólizas Salud, Dental y Catastrófico

Las compañías deberán señalar la modalidad, si corresponde, de incremento o descuento respecto de la póliza Vida.

Tabla de ajuste Vida	
Criterio	Incremento o descuentos

