

BASES DE LICITACIÓN PÚBLICA 2022
“SEGUROS DE VIDA Y SALUD FUNDACIÓN PRODEMU”

Contenido

I.	CONSIDERACIONES GENERALES.....	2
1.	Objeto.....	2
2.	Llamado a Compañías de Seguro	2
3.	Antecedentes de la licitación	3
4.	Contacto	3
II.	CONDICIONES DE LA LICITACIÓN.....	3
III.	LAS OFERTAS.....	19
IV.	EVALUACIÓN DE OFERTAS.....	20
V.	CALENDARIO DEL PROCESO DE LICITACION	20
VI.	CONFIDENCIALIDAD	20
VII.	LEY, JURISDICCIÓN Y COMPETENCIA.....	21
	ANEXO N°1.....	22
	ANEXO N° 2.....	23
	ANEXO N° 3.....	24

I. CONSIDERACIONES GENERALES

1. Objeto

Las presentes bases de licitación regulan los términos y condiciones que FUNDACIÓN PRODEMU, ha fijado para licitar el **servicio** de sus seguros de Vida, Salud, Dental y Gasto Médico Mayor para Trabajadoras y Trabajadores de FUNDACIÓN PRODEMU para sus distintos convenios, durante el periodo comprendido entre el 01 de julio de 2022 y el 30 de junio de 2023.

La Corredora de Seguros HOWDEN PATAGONIA, asesorará y coordinará la participación y presentación de las Compañías de Seguros de Vida.

FUNDACIÓN PRODEMU se reserva la facultad de modificar unilateralmente las presentes Bases en cualquier tiempo, sin necesidad de aceptación o de aviso previo a los participantes.

Estas bases de licitación, como también toda la información a la que los participantes tengan acceso, es de carácter confidencial y los participantes no podrán divulgarla de forma alguna sin previo consentimiento escrito de FUNDACIÓN PRODEMU y la utilizarán exclusivamente para evaluar la cartera de seguros licitada.

La participación en la licitación también será confidencial. La obligación de confidencialidad obliga al oferente incluso con posterioridad al término de la Licitación una vez, que se firma y entrega el “Acuerdo de Confidencialidad” (Anexo 1), la cual está establecida a favor de FUNDACIÓN PRODEMU, quien podrá perseguir el pago de las indemnizaciones que correspondan por los perjuicios que el no cumplimiento acarree a la Institución o a sus colaboradores. Los participantes, en el evento de no adjudicarse la presente licitación, estarán obligados a devolver, destruir y/o borrar toda la información a la que tuvieron acceso durante el período de examen de la cartera.

2. Llamado a Compañías de Seguros

Fundación PRODEMU, a través de su Dirección de Personas, con la asesoría de la Corredora HOWDEN PATAGONIA, llama a licitación a todas las Compañías de Seguros que cumplan con los requisitos que más adelante se señalan, quienes podrán tener acceso a los antecedentes necesarios para efectuar una oferta basada en atención a los requerimientos de las presentes bases de licitación, incluidos sus anexos. Las presentes Bases de la Licitación serán enviadas a las compañías de seguros vía correo electrónico.

Las compañías que confirmen su participación serán consideradas para el envío de los antecedentes respectivos, que permitan formular sus ofertas.

En el punto III “Las Ofertas” de estas bases se detallan los documentos de respaldo a la oferta a presentar por la Compañía de Seguros, entre ellos la Carta de Aceptación, la cual corresponde a la manifestación de interés de participar en la presente licitación.

Las bases serán publicadas en la página web de Fundación Prodemu, www.prodemu.cl

3. Antecedentes de la licitación

A las compañías que confirmen su participación, se les entregarán los siguientes antecedentes:

- a) Nómina de asegurados y cargas vigentes a la fecha.
- b) Datos de siniestralidad de la Fundación actualizados al mes de abril 2022.
- c) Sábana de gastos de los últimos 12 meses hasta abril 2022.
- d) Detalle de las coberturas vigentes

4. Contacto

El personal designado para la administración de la presente licitación es Nicolás Avendaño R. representante de la corredora HOWDEN PATAGONIA y su correo de contacto es: navendano@howdenpatagonia.cl Todas las consultas aclaraciones, así como en la presentación de las ofertas, también deberá mantenerse en copia a la Sra. Josefina Mendoza, representante del contratante a su mail jmendoza@prodemu.cl

II. CONDICIONES DE LA LICITACIÓN

Las condiciones mínimas de cotización que se desean se cumplan por las Compañías de Seguros son:

- Mantener plan de cobertura vigente
- Mantener valor de la prima actual

Las condiciones mínimas de operación que deberá cumplir la Compañía de Seguros:

Llevar el control y análisis de la cobranza de primas y de la facturación de estas, efectuada por la aseguradora.

- Facilitar a FUNDACIÓN PRODEMU el proceso de liquidación de siniestros complejos, es decir, siniestros de especial importancia que no correspondan al día a día. Se entiende por siniestros complejos aquellos siniestros que por razones de contraloría médica requieren de mayores antecedentes para su tramitación, tales como: IMT (informe

médico tratante) y cartola de prestaciones de Isapre o Fonasa, y resultados de exámenes que dieron origen a la patología.

1. ASEGURADOS

Para estos efectos se considerarán como tal a las personas naturales que habiendo solicitado su incorporación a la póliza, hayan sido aceptados por la compañía de seguros, cumpliendo con los requisitos de asegurabilidad, y se encuentren incorporados en las nóminas vigentes de asegurados que las partes mantendrán en su poder.

Son asegurados titulares las personas naturales que sean personal activo y dependiente del contratante o vinculado a éste que han sido aceptados por la Compañía.

Adicionalmente, tendrán la calidad de asegurados dependientes del titular de esta póliza, el grupo familiar del asegurado titular, según el siguiente detalle:

	Asegurados dependientes:
•	Cónyuge o Conviviente Civil
•	Conviviente No Civil con hijos en común
•	Hijos inscritos al momento del ingreso del asegurado titular a la póliza. En caso de recién nacidos el plazo de inscripción es dentro de los treinta (30) días siguientes al nacimiento para que tengan cobertura desde el día de su nacimiento; de lo contrario, su vigencia comenzará el primer día del tercer mes siguiente a aquel en que se aceptó su solicitud de incorporación. Los hijos se encontrarán asegurados hasta la fecha indicada en requisitos de asegurabilidad siempre y cuando sean solteros y se encuentren estudiando.
•	Hijos del o la cónyuge o conviviente civil. Estos se encontrarán asegurados hasta la fecha indicada en requisitos de asegurabilidad siempre y cuando sean solteros y se encuentren estudiando.
•	Hijos del o la conviviente no civil, siempre y cuando existan hijos en común. Estos se encontrarán asegurados hasta la fecha indicada en requisitos de asegurabilidad siempre y cuando sean solteros y se encuentren estudiando.
•	Cargas duplo, entendiéndose por ellos los hijos con discapacidad determinada por una Caja de Compensación y que sean carga legal del Asegurado titular, Cónyuge o Conviviente con hijos en común. Estos se encontrarán cubiertos sólo si son inscritos dentro de los treinta (30) días siguientes al nacimiento. De lo contrario, estos tendrán una carencia de sesenta (60) días desde la fecha de incorporación a la póliza.
•	Cargas Legales (exceptuando padres), sólo si son inscritos dentro de los treinta (30) días siguientes al nacimiento. De lo contrario, estos tendrán una carencia de sesenta (60) días desde la fecha de incorporación a la póliza. Estos se encontrarán asegurados hasta los 24 años y 364 días siempre y cuando sean solteros y se encuentren estudiando.

Las categorías de cónyuge, conviviente civil y conviviente no civil son excluyentes entre sí; por ello en cada grupo familiar sólo podrá permanecer vigente una de estas tipologías.

2. VIGENCIA DE LAS COBERTURAS DE CADA ASEGURADO

Los nuevos asegurados titulares ingresarán al presente seguro colectivo, sólo una vez evaluada su Solicitud de Incorporación y aceptado su ingreso por la compañía. En estos casos la cobertura se iniciará el primer día del mes siguiente al de su aceptación e incorporación al presente seguro.

Cabe destacar que nuevos trabajadores de Fundación Prodemu, pueden acceder a suscribir el seguro una vez que cumplan el período interno de carencia que va de 4 a 6 meses desde su incorporación a la Fundación.

3. PAGO DE PRIMA, FACTURACIÓN Y COBRANZA

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

RUT Facturación:	72.101.000-7	Nombre:	FUNDACION PARA LA PROMOCION Y DESARROLLO DE LA MUJER
Dirección:	AGUSTINAS 1389	Ciudad:	SANTIAGO
Comuna:	SANTIAGO	Tipo Facturación y Cobranza	Mes vencido
Periodicidad de Pago:	Mensual	Forma de Pago:	Contado
Día de Pago:	10	Moneda de Prima:	U.F.
Rubro / Giro:	SERVICIO DE DESARROLLO SOCIAL		

4. MODALIDAD DE PAGO DE LA PRIMA

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

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

5. SEGURO COLECTIVO DE VIDA CONDICIONES PARTICULARES

COBERTURAS

Cobertura	Registro SVS	Capital Asegurado (UF)
Fallecimiento	POL 220131792	200
Muerte Accidental	CAD 220130941	200
Invalidez Total y Permanente 2/3	CAD 220130945	200

6. BENEFICIARIOS

El Asegurado al momento de consentir su ingreso al seguro, deberá designar los beneficiarios para las coberturas de Fallecimiento, pudiendo con posterioridad modificarlos según lo establecido en el Artículo 11 de las Condiciones Generales de esta Póliza.

7. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

a. Requisitos de Ingreso y Permanencia

	Edad de Ingreso	Edad Máxima Ingreso	Edad de Permanencia
Fallecimiento	18 años	73 años y 364 días	74 años y 364 días
Muerte Accidental	18 años	63 años y 364 días	69 años y 364 días
Invalidez Total y Permanente 2/3	18 años	63 años y 364 días	64 años y 364 días

b. Tabla de Requisitos de Asegurabilidad

Capital Asegurado (UF)	Hasta 55 años	Entre 56 y 64 años
0- UF 200	Sol. Incorporación	Sol. Incorporación

8. Otras Condiciones.

a) La Solicitud de Incorporación deberá ser completada por el asegurado titular, suscribiendo además el consentimiento de aceptación de ingreso a esta póliza.

b) Tanto para los asegurados que no cuenten con continuidad de cobertura o aquellos que no hubieren estado incorporados en coberturas de vida de la póliza anteriormente contratada por el contratante, como para las nuevas incorporaciones, se aplicará durante los primeros 6 meses de vigencia, una reducción del 75% del capital asegurado en fallecimiento y adicionales si correspondiere, en caso de que el siniestro sea a consecuencia o por causa de una de las siguientes enfermedades:

- Cáncer o Tumores de cualquier naturaleza
- Insuficiencia renal crónica
- Bypass Aortocoronario
- Marcapasos
- Insuficiencia Cardíaca
- Infarto al Miocardio
- Accidente Vascular Encefálico
- Angioplastia
- Trasplantes

9. PREEXISTENCIAS

Este seguro cubre el fallecimiento y los riesgos asociados a las coberturas adicionales, en caso de que hubiesen sido contratadas, producto de enfermedades o dolencias preexistentes.

Este seguro no cubre el fallecimiento ni los riesgos asociados a las coberturas adicionales, en caso de que hubiesen sido contratadas, producto de enfermedades o dolencias preexistentes, así como a consecuencia de la práctica de deportes riesgosos y actividades expresamente excluidas en las condiciones generales y cláusulas respectivas de la póliza.

10. EXCLUSIONES DE LA COBERTURA

Las exclusiones contempladas en esta Póliza, para la cobertura de Fallecimiento corresponden a las establecidas en el Artículo 6 de las Condiciones Generales inscritas en la SVS bajo el código POL 220131792.

Para la cobertura de Muerte Accidental, rigen además las exclusiones establecidas en el Artículo 4 de la Cláusula Adicional inscrita en la SVS bajo el código CAD 220130941.

Para la cobertura de Invalidez Accidental, rigen además las exclusiones establecidas en el Artículo 3 de la Cláusula Adicional inscrita en la SVS bajo el código CAD 220130942.

Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente Dos Tercios, rigen además las exclusiones establecidas en el Artículo 3 de la Cláusula Adicional inscrita en la SVS bajo el código CAD 220130945.

Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente 80 %, rigen además las exclusiones establecidas en el Artículo 3 de la Cláusula Adicional inscrita en la SVS bajo el código CAD 220130948.

11. SEGURO COMPLEMENTARIO DE SALUD, DENTAL y AMPLIADO CATASTRÓFICO

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

Las coberturas de salud y ampliado catastrófico, cubren las preexistencias de nuevos asegurados y cargas.

Para los casos que a continuación se indican, los términos de cobertura se ajustarán a lo siguiente:

1. En aquellos casos en que el asegurado no esté afiliado a un sistema de Salud previsional, privado o estatal, y las prestaciones o gastos reclamados se encuentren tipificadas en el Arancel Fonasa, se aplicará una rebaja del 50% al porcentaje de reembolso establecido en el Plan de Reembolsos, siempre y cuando las prestaciones tengan cobertura por la póliza.

2. En aquellos casos en que el asegurado este afiliado a un sistema de Salud previsional, privado o estatal, y las prestaciones o gastos reclamados se encuentren tipificadas en el Arancel Fonasa vigente a la fecha de la prestación, y no cuenten con bonificación, aporte y/o reembolso mayor que cero (0) en tales instituciones, independiente de la causa que lo provoque, se aplicará una rebaja de 50% al porcentaje de reembolso establecido en el Plan de Reembolsos, con excepción de medicamentos ambulatorios, y Gastos por Óptica.
3. Gastos médicos incurridos en el extranjero:
 - a. Los gastos médicos incurridos en el extranjero tendrán cobertura por esta póliza sólo en caso de Atención de Urgencia Vital y siempre que el Sistema de Salud Previsional del asegurado haya reembolsado dichas prestaciones.

Se entenderá por Atención de Urgencia Vital, todo estado de salud que corresponda a una situación en la cual existe un peligro inmediato, real potencial para la vida del asegurado, o riesgo de secuelas graves permanentes, si no recibe atención calificada sin demora.
 - b. En estos casos los porcentajes de reembolso establecidos en el Plan de Reembolsos se reducirán en 50%.
4. La Compañía realizará la clasificación de las prestaciones de salud cubiertas por esta póliza en conformidad a las definiciones y rubros de prestaciones contenidas en las Normas Técnicas Administrativas del Arancel Fonasa vigente a la fecha de la respectiva prestación.

12. DEDUCIBLE

El deducible por asegurado se aplicará a un máximo de tres asegurados por grupo familiar.

Deducible por Grupo Familiar	Aplica Sobre Prestaciones Salud
Titular Solo	0,5UF
Titular + 1 Carga(s)	1,0UF
Titular + 2 Cargas o más	1,5UF
Periodo Acumulación:	Vigencia de la póliza

Este deducible no aplicará a las Cargas Especiales Padres en caso que sean considerados como asegurados de esta Póliza.

13. CARENCIA

Para las carteras con continuidad de cobertura o aquellas en que la presente póliza constituya una renovación de un seguro anterior contratado con esta Compañía por las mismas coberturas, no se les aplicará Carencia alguna. Sin embargo, las nuevas aseguradas titulares, cónyuges, convivientes civiles o convivientes no civiles con hijos en común que sean incorporadas durante la vigencia de ésta póliza, se les aplicará una Carencia de noventa (90) días para la Cobertura de Maternidad.

14. VIGENCIA DE LAS COBERTURAS DE CADA ASEGURADO

Los nuevos asegurados titulares o dependientes ingresarán al presente seguro colectivo, sólo una vez evaluada su Solicitud de Incorporación y aceptado su ingreso por Vida Cámara S.A. En estos casos la cobertura se iniciará el primer día del mes siguiente al de su aceptación e incorporación al presente seguro.

15. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

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

Asegurado	Edad mínima de Ingreso	Edad máxima de Ingreso	Edad Máxima de Permanencia
Titular	18 años	Sin Tope	Sin Tope
Cónyuge o conviviente civil o conviviente no civil con hijos en común	18 años	Sin Tope	Sin Tope
Hijos	Desde el día de nacimiento	23 años y 364 días	24 años y 364 días
Cargas duplo	Desde el día de nacimiento	Sin Tope	Sin Tope
Cargas Legales, exceptuando Padres	Desde el día de nacimiento	23 años y 364 días	24 años y 364 días

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

Los asegurados que cumplan la edad máxima de permanencia durante la póliza tendrán cobertura hasta el último día del mes en que cumplan dicha edad.

La edad máxima de ingreso no será exigible respecto de asegurados que provengan de carteras

traspasadas de otros seguros, a quienes se les aplicará únicamente la edad máxima de permanencia.

16. EXCLUSIONES DE LA COBERTURA

Las exclusiones contempladas en esta Póliza corresponden a las establecidas en el Artículo 8 de las Condiciones Generales inscritas en la SVS bajo el código POL 320131486.

17. PERÍODO DE GRACIA

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

18. LIQUIDACIÓN DE LA COBERTURA DE UN ASEGURADO

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

Gastos Ambulatorios	60 días	Días corridos desde la fecha de emisión del bono u otro documento
Gastos Hospitalarios	60 días	Días desde la fecha de Facturación.
Gastos reembolsados previamente en otra entidad	30 días	Días corridos desde la fecha de pago de la otra entidad aseguradora, bienestar, etc.

Respecto de lo anterior, se requiere que en esta oportunidad, el plazo de presentación de gastos hospitalarios como máximo sea de 60 días después de emitidos bonos o programas médicos de Fonasa o la Isapre respectiva.

19. Si el asegurado tuviese derecho a recibir reembolsos de alguna Isapre, Fonasa, Servicio de Bienestar, seguro previsional de salud, obligatorio o voluntario que deba concurrir al pago, o el de cualquier otra persona jurídica o institución que haya debido contribuir a él, deberá hacer uso de ellos previamente. En dichos casos, deberá presentar fotocopias de las boletas o facturas y originales de los documentos comprobatorios de los beneficios ya recibidos, más el formulario de Solicitud de Reembolso.
20. A los programas médicos por hospitalizaciones, intervenciones o procedimientos de diagnósticos y terapéuticos no quirúrgicos, deberán adjuntarse los correspondientes bonos del Sistema Previsional de Salud (copia original afiliado) y la Solicitud de Reembolsos llenada de puño y letra del médico tratante. Adicionalmente, en los casos que Vida Cámara S.A. estime conveniente, podrá solicitar al asegurado toda la información adicional que requiera para la correcta evaluación del beneficio.
21. Las facturas por gastos hospitalarios y/o intervenciones deberán presentarse con su respectiva prefactura y/o con el detalle completo de las prestaciones recibidas, más epicrisis con diagnóstico y protocolo operatorio en caso de tratarse de una cirugía.
22. En el caso de reembolsos diferidos, una vez recepcionados los documentos y chequeada la correcta presentación de éstos, se procederá a la respectiva liquidación. Los pagos de reembolsos que corresponda realizar serán otorgados mediante depósito en la cuenta bancaria del asegurado titular o pagado a través de Servipag, o cualquier otra modalidad que establezca Vida Cámara S.A. acordada por el Contratante.

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

23. Cobertura de Medicamentos Ambulatorios

La cobertura de Medicamentos Ambulatorios podrá efectuarse mediante su reembolso diferido o mediante su pago directo o en especie.

Para efectuar el pago directo o en especie la compañía podrá facultativamente celebrar convenios con las entidades farmacéuticas; siendo condición para otorgar esta modalidad de pago el que dichos convenios se encuentren vigentes al momento en que éste sea requerido, y el servicio se encuentre disponible por parte del establecimiento respectivo. Lo anterior, no obsta a que se solicite el reembolso diferido del gasto incurrido en el medicamento.

Actualmente la farmacia de convenio con reembolso en línea es SALCOBRAND.

1. Bajo la cobertura del Beneficio Medicamentos Ambulatorios la compañía cubrirá los gastos incurridos por concepto de medicamentos recetados exclusivamente en forma ambulatoria por un médico, en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsual o bienestar u otro seguro o convenio, de acuerdo con los porcentajes y límites de reembolsos o pago definidos.
2. Se requerirá receta original con nombre completo del paciente, fecha, nombre de los o el medicamento, dosis y duración del tratamiento, nombre, RUT y firma del profesional. La vigencia de la receta será de treinta (30) días corridos, contados desde la fecha de su emisión. En caso de reembolso diferido, además se requerirá que la boleta de la farmacia registre el detalle de los medicamentos adquiridos.

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

3. Para el caso de reembolsos diferidos, que involucren recetas retenidas en la farmacia, será necesario presentar fotocopia de ésta timbrada por el establecimiento, con indicación de haber sido retenida, junto al Formulario Solicitud de Reembolso de Gastos Médicos, debidamente completado, en los casos que corresponda.
4. Recetas a permanencia o por tratamientos prolongados:
 - a. En el caso de reembolsos diferidos, se deberá presentar en la primera ocasión el original de la receta. Para los siguientes reembolsos, se deberá presentar una fotocopia de la misma, a la que se adjuntará la boleta de la farmacia con el detalle de los medicamentos y su timbre correspondiente.
 - b. En el caso de pago o entrega en especie, se deberá presentar en la primera ocasión el original de la receta, la cual quedará en el establecimiento de entrega del medicamento. El respectivo establecimiento entregará una copia de la receta para ser presentada en la siguiente dispensación de medicamentos.

c. Las recetas a permanencia o por tratamiento prolongado, será necesario renovarla cada ciento ochenta (180) días.

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

20. OTRAS CONDICIONES DE COBERTURA:

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

•	Si la madre del recién nacido no está inscrita como carga dependiente, se entregará el reembolso solamente por aquellas prestaciones que haya recibido el recién nacido, en consecuencia, en este caso el parto no está incluido en el reembolso. Los gastos del recién nacido serán reembolsados aplicando el Beneficio de Hospitalización.
•	Cirugía Ocular: Se reembolsarán bajo el ítem Cirugía Ambulatoria del Beneficio de Hospitalización, las cirugías oculares que sean consecuencia de patologías diferentes de aquellas que se realicen para corregir vicios de refracción del asegurado.
•	Malformaciones Congénitas: Los gastos médicos derivados del tratamiento de malformaciones congénitas serán reembolsados durante la vigencia de esta póliza siempre que el asegurado haya sido incorporado a la póliza desde su nacimiento o tenga un mínimo de 5 años de permanencia ininterrumpida en Vida Cámara S.A.
•	Cirugía LASIK: Se reembolsarán de acuerdo con los porcentajes y topes indicados en el Plan de Reembolsos, las cirugías oculares LASIK para corregir vicios de refracción sin considerar una determinada pérdida de visión mínima por cada ojo, en los términos y condiciones establecidos en el condicionado general.
•	Bonificación Mínima Isapre: Si el aporte del sistema de salud previsual del asegurado es menor al 50% del valor de la prestación cuyo reembolso se solicita, el reembolso de la compañía se aplicará sobre el 50% del valor real de la prestación, monto sobre el cual se aplicarán los porcentajes, topes y deducibles del plan contratado. Se exceptúan los medicamentos ambulatorios, gastos ópticos.
•	Copagos cancelados con Excedentes: Se levanta la exclusión del artículo número 8 letra y) de la POL 3 2013 1486, por lo que se dará cobertura a los gastos que fueron reembolsados por el fondo de los excedentes de cotizaciones del sistema de Isapre al cual pertenece el asegurado.

- Ingreso de Asegurados.
Por solicitud expresa del contratante, podrán ingresar a la póliza los(as) hijos/as del asegurado titular, siempre y cuando tenga la calidad de carga familiar reconocida ante la Caja de Compensación Los Andes.

24. COBERTURA DENTAL

- a. Esta cláusula adicional, reembolsa como complemento al Sistema Previsional de Salud, los gastos dentales razonables y acostumbrados que haya incurrido efectivamente cada asegurado titular, cónyuge, conviviente civil, conviviente no civil con hijos en común e hijos, a consecuencia de enfermedad o accidente de origen odontológico cubierta por este contrato de seguros y ocurrida durante la permanencia del asegurado en la póliza.

La Compañía de Seguros considera como gasto razonable y acostumbrado aquel que no exceda el 100% del valor asignado para esa prestación en el arancel de referencia del Colegio de Cirujano. Dentistas de Chile A.G.

En el caso de que el gasto dental reclamado exceda al tope de la prestación del arancel estipulado en el párrafo anterior, los porcentajes de reembolso se aplicarán sobre dicho tope.

Los términos, proporciones, límites y condiciones de cobertura se encuentran definidos en el "Plan de Reembolsos Dental", detallado en el anexo: Cuadro de Condiciones y Características de la Póliza Plan de Reembolsos DENTAL.

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

- Gastos en el Extranjero:
 - Respecto de los gastos incurridos en el extranjero, los asegurados podrán informarse de los prestadores asociados a la póliza mediante consulta al Call Center de la Compañía en el número 600 320 07 00.
 - En estos casos, los porcentajes de reembolso a aplicar serán los indicados en el "Plan de Reembolso Dental".
- Edad límite para la Cobertura de Ortodoncia: **SIN LÍMITE**

- b. Deducibles: De acuerdo a la cotización aceptada por el Contratante, esta póliza NO considera aplicación de deducible(s) en la cobertura dental.
- c. Carencia: Para la actual población asegurada con continuidad de cobertura o aquellas en que la presente póliza constituya una renovación de un seguro anterior contratado con esta Compañía por las mismas coberturas, no se les aplicará Carencia alguna. Sin embargo, los nuevos asegurados (titulares y cargas) que sean incorporados durante la vigencia de esta póliza, se les aplicará una Carencia de ciento ochenta (180) días para la Cobertura de Ortodoncia, Prótesis Fijas y removibles.
- d. Preexistencias: Este seguro cubre preexistencias.
- e. Exclusiones de la Cobertura: Las exclusiones contempladas en esta Cobertura, corresponden a las establecidas en el Artículo 4 de la Cláusula Adicional inscrita en el Depósito de Pólizas de la SVS bajo el código CAD 320131487.

6. Liquidación de la Cobertura Dental:

a) El plazo de aviso del siniestro será el mismo que el indicado para gastos ambulatorios señalados en la letra (a) del Artículo 17 de estas Condiciones Particulares.

b) Constituye requisito para cualquier reembolso de gasto dental por parte de la Compañía.

- Entregar a la Compañía de seguros el presupuesto detallado y el formulario de reembolso dental, que la Compañía de seguros proporcionará para estos efectos, con la información que en él se indique, completada de puño y letra del cirujano-dentista tratante, indicando el detalle del tratamiento efectuado, números de piezas tratadas y tipo de tratamiento efectuado, fecha de ejecución, costo unitario y costo total. Se deben indicar los valores clínicos unitarios.

- La declaración del asegurado si el gasto cuya devolución se solicita estaba cubierto por otros seguros, sistemas o instituciones que otorguen beneficios médicos y al cual pertenezca el asegurado.

- La entrega a la Compañía de los originales extendidos a nombre del asegurado de los recibos, boletas y facturas cuando corresponda, copia de bonos, copia de órdenes de atención, copia de programas médicos u otros documentos que acrediten el gasto incurrido y su cancelación; como asimismo, en su caso, los que acrediten el pago o el reembolso de una parte de ellos por la entidad aseguradora, institución o entidad referidos en la letra anterior.

- Los antecedentes dentales y exámenes radiológicos que obren en poder del asegurado para efectos de determinar y verificar la efectividad de la prestación dental cuyo reembolso se solicita.

25. AMPLIACIÓN DE COBERTURA DE SALUD

1. Esta cobertura operará una vez consumido el tope de la cobertura de salud del "Plan de Reembolso", e indemnizará los gastos razonables y acostumbrados incurridos en exceso de la cobertura del Sistema de Salud Previsional del Asegurado, en los porcentajes y topes indicados en el "Plan de Reembolsos Ampliación de Cobertura de Salud".

- En aquellos casos en que el asegurado no esté afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, y las prestaciones o gastos reclamados se encuentren tipificadas en el Arancel Fonasa vigente a la fecha de la prestación, se aplicará una rebaja del 50% al porcentaje de reembolso establecido en el Plan de Reembolsos.

- En aquellos casos en que el asegurado este afiliado a un sistema de Salud previsional, privado o estatal, y las prestaciones o gastos reclamados se encuentren tipificadas en el Arancel Fonasa vigente a la fecha de la prestación, y no cuenten con bonificación, aporte y/o reembolso mayor que cero (0) en tales instituciones, independiente de la causa que lo provoque, se aplicará una rebaja de 50% al porcentaje de reembolso establecido en el Plan de Reembolsos, con excepción de medicamentos ambulatorios.

- Gastos médicos incurridos en el extranjero:
 - a. Los gastos médicos incurridos en el extranjero tendrán cobertura por esta póliza sólo en caso de Atención de Urgencia Vital y siempre que el Sistema de Salud Previsional del asegurado haya reembolsado dichas prestaciones.

Se entenderá por Atención de Urgencia Vital, todo estado de salud que corresponda a una situación en la cual existe un peligro inmediato, real potencial para la vida del asegurado, o riesgo de secuelas graves permanentes, si no recibe atención calificada sin demora.

- b. En estos casos los porcentajes reembolso establecidos en el Plan de Reembolsos se reducirán en 50%.

2. Asegurados:

La Ampliación de Cobertura de Salud sólo es aplicable al titular, cónyuge o conviviente civil, conviviente no civil con hijos en común e hijos del titular, del o la cónyuge o conviviente civil o conviviente no civil con hijos en común, siempre que cumplan con las condiciones de asegurabilidad establecidas para esta cobertura, las cuales se encuentran descritas en el siguiente punto.

3. Requisitos de Asegurabilidad:

Asegurado	Edad mínima de Ingreso	Edad máxima de Ingreso	Edad Permanencia
Titular	18 años	63 Años y 364 días	64 Años y 364 días
Cónyuge o conviviente civil o conviviente no civil con hijos en común	18 años	63 Años y 364 días	64 Años y 364 días
Hijos	Desde el 14avo día de nacimiento	23 años y 364 días	24 años y 364 días

La edad máxima de ingreso no será exigible respecto de asegurados que provengan de carteras traspasadas de otros seguros, a quienes se les aplicará únicamente la edad máxima de permanencia.

- 4. Liquidación de la Ampliación de Cobertura de un Asegurado: En lo referente a la liquidación de esta Ampliación de Cobertura, se aplicará lo establecido en el punto "LIQUIDACIÓN DE LA COBERTURA DE UN ASEGURADO" de estas Condiciones

Particulares.

- 5. Exclusiones de cobertura. Las exclusiones contempladas en esta cobertura corresponden a las establecidas en el Artículo 8 de las Condiciones Generales inscritas en la SVS bajo el código POL 320131486.

Cuadro de Condiciones y Características de la Póliza Plan de Reembolsos Salud

	Cobertura	Porcentaje Reembolso	Tope Prestación UF	Tope anual cobertura UF	Tipo Tope	BMI
BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN	Día Cama Hospitalización	80%	3UF		Personal	0,5
	Día Cama UTI/UCI	80%	6UF		Personal	0,5
	Servicios Hospitalarios	80%			Sin Tope	0,5
	Honorarios Médicos Quirúrgicos	80%			Sin Tope	0,5
	Cirugía Ambulatoria	80%			Sin Tope	0,5
BENEFICIOS DE MATERNIDAD	Parto Normal	100%	25UF		Personal	0,5
	Cesárea	100%	30UF		Personal	0,5
	Complicaciones del Embarazo	100%	30UF		Personal	0,5
	Aborto no voluntario	100%	15UF		Personal	0,5
BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS	Medicamentos Ambulatorios No Genéricos ni Bioequivalentes	40%		40UF	Personal	0
	Medicamentos Ambulatorios Inmunosupresores o Inmunomoduladores	40%			Personal	
	Medicamentos Ambulatorios Antineoplásicos.	40%			Personal	
	Medicamentos Ambulatorios Genéricos y Bioequivalentes	80%			Personal	
BENEFICIOS AMBULATORIO	Consultas Médicas	80%			Sin Tope	0,5
	Exámenes de Laboratorio	70%			Sin Tope	0,5
	Exámenes de Imagenología, Radiografía, Ultrasonografía y Medicina Nuclear	70%			Sin Tope	0,5
	Procedimientos de Diagnóstico y Terapéuticos No Quirúrgicos	70%		60UF	Personal	0,5
BENEFICIOS DE SALUD MENTAL	Gastos ambulatorios por consultas de Psiquiatría y/o Psicología	50%	1UF		Personal	0,5

	Gastos hospitalarios de Psiquiatría	50%		20UF	Personal	0,5
BENEFICIOS ESPECIALES	Gastos por Óptica	80%		3UF	Personal	0
	Audífonos	80%		3UF	Personal	0,5
	Prótesis y Órtesis	80%		15UF	Personal	0,5
	Servicio de Ambulancia Terrestre	50%		44,85UF	Personal	0,5
	Fonoaudiología	80%	0,13UF		Personal	0,5
	Terapia ocupacional	80%	0,09UF		Personal	0,5
	Cirugía Ocular LASIK sin restricción de dioptrías	80%			Sin Tope	0,5
Tope Anual Cobertura en UF				300UF		

Cuadro de Condiciones y Características Plan de Reembolso Dental

	Cobertura	Porcentaje Reembolso Convenio	Porcentaje Reembolso Libre Elección
DENTAL BASICA	Radiología Intraoral	50%	50%
	Higienización o Limpieza	50%	50%
	Endodoncia	50%	50%
	Odontopediatría	50%	50%
	Operatoria Dental sin Laboratorio	50%	50%
	Cirugía Bucal Simple	50%	50%
	Consulta Dental	50%	50%
DENTAL ESPECIALIDAD	Radiología Oral	50%	50%
	Operatoria Dental Completa	50%	50%
	Periodoncia	50%	50%
	Cirugía Bucal Completa	50%	50%
	Disfunción	50%	50%
	Prótesis Fija	50%	50%
	Prótesis Removible	50%	50%
	Implantes Dentales	50%	50%
	Laboratorio dental	50%	50%

ORTODONCIA	ORTODONCIA	50%	50%
Tope Anual Cobertura en UF		8UF	UF

Cuadro de Condiciones y Características de la Póliza Plan de Reembolsos Ampliación de Cobertura de Salud Ampliado

	Cobertura	Porcentaje Reembolso
BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN	Día Cama	100%
	Día Cama UCI/UTI	100%
	Servicios Hospitalarios	100%
	Honorarios Médicos Quirúrgicos	100%
	Cirugía Ambulatoria	100%
BENEFICIO AMBULATORIO	Consultas Médicas	100%
	Exámenes de Laboratorio	100%
	Exámenes de imagenología, Radiografías, Ultrasonografías y Medicina Nuclear	100%
	Procedimientos de Diagnóstico y Terapéuticos No Quirúrgicos	100%
BENEFICIO DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS	Medicamentos Ambulatorios Genéricos y Bioequivalentes	100%
	Medicamentos Ambulatorios No Genéricos ni Bioequivalentes	100%
	Medicamentos Ambulatorios Inmunosupresores o Inmunomoduladores	100%
	Medicamentos Ambulatorios Antineoplásicos.	100%
BENEFICIOS ESPECIALES	Servicio de Ambulancia Terrestre	100%
	Prótesis Implantada en Cirugía	100% hasta el 10% del tope anual
Tope Anual Cobertura en UF		300UF

26. Proporcionar a FUNDACIÓN PRODEMU acceso a conexión directa a las Plataformas WEB de la compañía de seguros, con el objetivo de obtener información de siniestros presentados y sus estatus (pagados, pendientes, rechazados). Informes de gestión, cobranzas, nominas, estructura de beneficios vigentes. Por otra parte, también se dispondrá de acceso para todos los asegurados al Sistema de Requerimientos Vía Web y Telefónica.

27. Apoyar en la organización de Ferias de Salud realizadas por FUNDACIÓN PRODEMU y todas las actividades preventivas.

28. Apoyar y asesorar en la licitación de colectivos de ISAPRES de salud para FUNDACIÓN PRODEMU.
29. Revisión de pre-facturas y cobranzas previas a la facturación final de acuerdo con los asegurados vigentes.

Una vez asignada la Licitación, el adjudicatario deberá establecer los canales de comunicación operativos para el control de los Seguros Licitados, se deberá establecer de acuerdo con el siguiente cuadro:

Ítem	Responsabilidades	Contacto
Control de Stock de asegurados (Vida + Salud)	<ul style="list-style-type: none"> - Recepción de Cargas mensuales (altas y bajas) - Control de pagos de primas y facturación - Control de Stock de siniestros - Control de pago de siniestros - Resolución de conflictos y reclamos 	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre - Mail - Teléfono directo

Además, el adjudicatario deberá ofrecer un plan de trabajo en términos de comunicación del buen uso del seguro y en favor de bajar la siniestralidad.

III. LAS OFERTAS

1. Oferta Técnica y Económica

Los participantes deberán presentar las ofertas a través de envío digital por correo electrónico a la persona de contacto indicada.

Los participantes deberán presentar en sus ofertas la confirmación de que cumplen con los requisitos establecidos en las presentes bases de licitación.

FUNDACIÓN PRODEMU se reserva el derecho a evaluar la situación del oferente y a solicitar, si así lo determina, la entrega del o de los documentos faltantes en un plazo no superior a las 24 horas contados desde la fecha del envío de la oferta. En caso de no cumplir con ese plazo, el proponente no pasará a la siguiente etapa.

Se tendrá por no presentadas las ofertas sujetas a condición o que pretendan modificar las cláusulas de las presentes bases y documentos anexos, y en general cualquier otra circunstancia que haga perder a la oferta su calidad de pura y simple.

IV. EVALUACIÓN DE OFERTAS

La evaluación de las ofertas se realizará independientemente por oferta presentada, esto es, se evaluarán primero las ofertas técnicas y posteriormente las ofertas económicas y FUNDACIÓN PRODEMU seleccionará la mejor alternativa para los seguros licitados, evaluando así entre ofertas bajo la misma modalidad.

V. CALENDARIO DEL PROCESO DE LICITACION

1. Con fecha **18 de mayo de 2022** se enviará a todas las compañías de seguros las presentes bases de licitación.
2. Aquellas compañías que confirmen su participación, con fecha máxima **20 de mayo 2022**, recibirán los antecedentes estadísticos y bases de datos para que elaboren sus propuestas.
3. Entre los días **23 y 24 de mayo de 2022** se recibirán consultas a las presentes bases de licitación.
4. Las respuestas a las consultas se entregarán el **26 de mayo de 2022**.
5. Las ofertas deberán presentarse el **01 de junio 2022**.
6. Con fecha **15 de junio de 2022**, FUNDACIÓN PRODEMU decidirá, si adjudica la Licitación a algún participante o la declara desierta, sin expresión de causa y sin derecho a reclamación, acción o indemnización alguna.

VI. CONFIDENCIALIDAD

Toda información proporcionada en las presentes bases tendrá el carácter de estrictamente confidencial, no pudiendo los participantes usarla con ningún otro fin distinto a los de esta licitación. La obligación de confidencialidad se encuentra expresamente determinada en la declaración firmada por los participantes.

VII. LEY, JURISDICCIÓN Y COMPETENCIA

La licitación se regirá por las leyes y reglamentación chilenas. Para todos los efectos del presente proceso de licitación las partes constituyen domicilio en la ciudad y comuna de Santiago y se someten a la competencia territorial de sus Tribunales Ordinarios de Justicia.

ANEXO N° 1

“Acuerdo de Confidencialidad”

Con relación al procedimiento de licitación, se define lo siguiente:

- (i) Toda la información, planos, dibujos, diseños, cálculos, especificaciones, reportes, informes diarios, instrucciones, manuales, procesos, sistemas de información, programas computacionales y cualquier otra información o documentación que no sea de dominio público (en adelante la “Información Confidencial”), entregada o facilitada por FUNDACIÓN PRODEMU al participante de esta licitación, por cualquier medio verbal, escrito o electrónico, es de propiedad de FUNDACION PRODEMU y deberá ser mantenida y tratada por el participante en forma confidencial y reservada.
- (ii) El participante sólo podrá disponer y utilizar la Información Confidencial para los fines de preparación de su oferta en la Licitación, quedándole prohibido usar y disponer de dicha Información Confidencial para otros fines y propósitos distintos o no relacionados con aquella. Del mismo modo, queda expresamente prohibido al participante, en la Licitación y en futuras licitaciones de FUNDACIÓN PRODEMU, usar y disponer de la Información Confidencial entregada, facilitada o conocida por el participante con motivo de la misma.
- (iii) El participante será el único responsable de la custodia y almacenamiento de la Información Confidencial, y limitará el acceso a dicha Información Confidencial a sus funcionarios, empleados y personal directamente relacionados con la preparación de la oferta, quedándole estrictamente prohibida la copia o reproducción de dicha Información Confidencial, cualquiera sea el medio empleado para ello y/o su entrega a personas distintas al personal y funcionarios mencionados precedentemente.
- (iv) La Información Confidencial que reciba deberá ser entregada a FUNDACIÓN PRODEMU al término del proceso de licitación, si así lo requiere FUNDACIÓN PRODEMU, o bien deberá ser destruida por el participante a requerimiento de FUNDACIÓN PRODEMU, debiendo el participante dar cuenta por escrito de tal destrucción.
- (v) La infracción al deber de confidencialidad de que trata esta cláusula por parte del participante facultará a FUNDACIÓN PRODEMU a excluir al participante de la Licitación, sin perjuicio del derecho a perseguir la responsabilidad legal que corresponda por dicha infracción.
- (vi) Todas las obligaciones estipuladas en esta cláusula mantendrán su vigencia y obligarán a los participantes incluso con posterioridad al término de la Licitación.

En señal de conformidad y aceptación de lo expresado precedentemente, firma esta Acta de Compromiso de Confidencialidad.

<Nombre Representante Legal del Proponente>

<Nombre empresa Proponente>

ANEXO N° 2

CARTA ACEPTACIÓN PLENA DE LAS BASES Y CONFLICTO DE INTERESES DECLARACIÓN JURADA SIMPLE

Yo, _____ Cédula Nacional
de Identidad N° _____ con domicilio en _____

_____ en representación de _____ RUT N°
_____ del mismo domicilio, declaro que no existe a nuestro respecto Conflicto de
Intereses en los términos señalados las Bases Administrativas de la licitación “DE PROGRAMA DE
SEGUROS DE VIDA, SALUD, DENTAL Y GASTO MEDICO MAYOR, PARA COLABORADORES
FUNDACIÓN PRODEMU” las que declaro conocer y aceptar, asumiendo desde ya las
responsabilidades consiguientes en caso de falsedad o inexactitud de esta Declaración y, en
particular, los efectos previstos en las referidas Bases.

Además, declara(n) y asegura(n), documentada y legalmente, que su representada es una empresa
legalmente constituida o reconocida y vigente en Chile; que son ellos personeros debidamente
investidos por aquella para suscribir el Contrato y que, por consiguiente, él será plenamente eficaz
y válido conforme al Derecho chileno.

Por lo tanto, estoy de acuerdo en que el FUNDACIÓN PRODEMU no está obligado a adjudicar la
licitación a la(s) oferta(s) económica(s) más baja(s) y que se reserva el derecho a adjudicar la
licitación a la(s) Persona(s) que más convenga(n) a sus intereses.

La presente declaración se entenderá aceptada con la sola presentación de la propuesta.

NOTA: Los representantes legales de los proveedores participantes no podrán tener vínculos de
matrimonio, parentesco por consanguinidad y por afinidad con los representantes legales de la
FUNDACIÓN PRODEMU. Las inhabilidades entre las mismas personas ya individualizadas se
extienden a todo vínculo comercial, sea en el caso de los socios, accionista o cualquier tipo de
participación alguna en la persona jurídica que participe en el proceso de licitación. En caso de que
exista tal vínculo, deberá expresarse cómo se produce tal vinculación. Sin perjuicio de lo anterior,
tal situación no necesariamente generará inhabilidad de la Empresa Concursante en la presente
Licitación, pues FUNDACIÓN PRODEMU analizará el vínculo o relación, caso a caso

NOMBRE Y FIRMA DEL OFERENTE

ANEXO N° 3

CONSULTAS

Ítem	Proveedor	Hoja	Párrafo	Pregunta	Respuesta

- Ítem: Corresponde al número que identifica la pregunta
- Proveedor: Nombre de la empresa que hace la pregunta
- Hoja: Indicar la hoja donde se encuentra el texto al que se refiere la pregunta
- Párrafo: Indicar el párrafo dentro de la hoja para identificar el texto al que se refiere la pregunta
- Pregunta: Plantear la pregunta o aclaración
- Respuesta: Respuesta que entregará FUNDACIÓN PRODEMU.