



**INVITACIÓN  
CORREDOR DE SEGUROS  
RENOVACIÓN PÓLIZA  
SEGURO DE SALUD COMPLEMENTARIO  
Y VIDA**

**JULIO 2023**

# INVITACIÓN CORREDOR DE SEGUROS RENOVACIÓN PÓLIZA SEGURO DE SALUD COMPLEMENTARIO Y VIDA

## 1. Alcance

La presente invitación a las empresas de corredores de seguros establece los alcances e información requerida por el Colegio de Cirujano Dentistas de Chile A.G. para la renovación de la póliza de seguro de salud complementario y vida que actualmente posee nuestra institución y que beneficia todos sus miembros colegiados y trabajadores.

Los seguros a proponer son:

- **Seguro Complementario de Salud**  
Para la misma póliza actual o mejores condiciones.
- **Seguro de Vida**  
Para la misma póliza actual o mejores condiciones.

## 2. Definiciones

- Empresa que invita : **Colegio de Cirujano Dentistas de Chile A.G.**  
RUT : 82.955.00-3  
Dirección : Av. Santa María 1990 – Providencia, Santiago  
Giro : Asociación Gremial
- Corredor de Seguros Participante: Corredor invitado que enviará su oferta según lo estime apropiado, además de los requerimientos del Colegio de Dentistas de Chile A.G.
- Corredor Adjudicado: Corredor finalmente seleccionado en este proceso, que intermediará, supervisará y administrará la póliza de seguro de salud complementario para sus miembros y trabajadores, durante toda la fecha de vigencia, además de otras que el colegio desee estudiar, modificar o contratar a futuro.

### **3. Plazo de la Renovación:**

El colegio desea analizar la renovación del seguro de salud y vida para un período de 1 o 2 años; en este sentido, la propuesta del corredor para la renovación de la póliza podrá incorporar una o ambas opciones, según las condiciones de renovación que consigan con la aseguradora. La decisión de renovación por alguno de los plazos mencionados será de exclusiva decisión del Colegio.

### **4. Información Entregada por el Colegio**

El colegio brindará la siguiente información para el estudio de la propuesta:

0. Bases Licitación
1. Póliza Vigente con SURA
2. Plan de Cobertura Vigente
3. Informe de Siniestralidad
4. Sábana de Gastos Salud.
5. Siniestros Vida
6. Anexos Editables – Excel
7. Anexos Editables – Word
8. Carta de Presentación ante Compañías Aseguradoras

### **5. Preguntas Aclaratorias por Parte del Corredor**

El corredor podrá hacer preguntas, aclaración a dudas o ampliación de información al correo [gerencia@colegiodentistas.cl](mailto:gerencia@colegiodentistas.cl) o vía telefónica al gerente del colegio, hasta antes de la fecha de presentación de la propuesta. Las respuestas podrán ser entregadas por escrito o de forma verbal.

### **6. Documentos que deben adjuntar a la propuesta.**

#### **En relación a la propuesta:**

- Propuesta de renovación de seguro de salud complementario
- Propuestas adicionales o complementarias no consideradas en la actual póliza.

#### **Anexos:**

- Anexo 1: Identificación y Antecedentes de la Corredora
- Anexo 2: Aceptación de los términos y compromiso de cumplimiento en caso de adjudicación.
- Anexo 3: Confidencialidad de la Información
- Anexo 4: Cuadro Resumen Propuesta

### **7. Recepción de la propuesta**

La propuesta de renovación de póliza podrá ser entregada hasta las 24:00 hrs del día **25 de agosto del 2023**

## 8. Presentación de la propuesta

El Colegio programará para la semana del **28 de agosto al 01 de septiembre** la presentación de las propuestas con las corredoras invitadas, previa coordinación de reunión con el corredor.

## 9. Definición de Compañías Aseguradoras a Cotizar

El Colegio se reserva el derecho de asignar la o las compañías aseguradoras con las cuales el corredor invitado puede cotizar, de modo de que estas últimas no entren en conflicto con el resto de los corredores invitados.

## 10. Adjudicación

La adjudicación será definida por el Colegio de Dentistas, en las instancias que sus estatutos le brindan para esta toma de decisión, esto es; la Mesa Directiva y/o el Honorable Consejo Nacional.

El colegio se reserva el derecho de determinar a un único corredor para el próximo período de renovación de seguros

La fecha de adjudicación será el día **05 de septiembre del 2023**. El resultado será informado por escrito a cada uno de los corredores invitados

## 11. Compromiso de cumplimiento.

La corredora invitada deberá entregar una carta compromiso de cumplimiento fiel a la propuesta presentada, la cual se encuentra como Anexo N° 2.

## 12. Calendario de Fechas

Presentación Mesa Directiva (MD)	17-jul-23
Presentación Honorable Consejo Nacional (HCN)	25-jul-23
<b>Entrega de Invitación a participar en renovación de póliza</b>	<b>27-jul-23</b>
Aclaración de dudas - Entrega de respuestas.	28 Julio al 11 agosto
<b>Entrega y Recepción de Propuesta</b>	<b>25-ago-23</b>
Ronda de reuniones con corredores para aclaraciones o consultas	28 agosto a 1 septiembre
Presentación a MD	28-ago-23
Presentación a HCN para AJUDICACIÓN	05-sep-23
<b>Entrada en Vigencia</b>	<b>01-oct-23</b>

# ANEXO Nº 1

## IDENTIFICACIÓN Y ANTECEDENTES DE LA CORREDORA

### 1. Antecedentes Generales

Razón social	
RUT	
Dirección Comercial	
Comuna	
Nombre del o los representante(2) legal (es)	
Cédula de identidad	
Persona de Contacto	
Teléfono	
Correo electrónico	
Indicar posición de la corredora en el ranking de seguros de Vida y Salud (Indicar fuente)	
Colocaciones: indicar porcentualmente las colocaciones vigentes según área de desempeño en seguros (Colectivos, generales, otros)	
Experiencia: Indicar experiencia y fortalezas en manejo de pólizas de salud y vida. Resumir en no más de 3 puntos.	
Indicar principales clientes vigentes en pólizas de salud y vida.	
Indicar cantidad de asegurados vigentes, tanto en vida, salud como en generales.	
Indicar Nombre y experiencia de quien será responsable del manejo de la póliza. (Ejecutivo)	

## **ANEXO Nº 2**

# **ACEPTACIÓN DE LOS TÉRMINOS Y COMPROMISO DE CUMPLIMIENTO EN CASO DE ADJUDICACIÓN.**

Don/ña....., en representación de..... (Corredora de Seguros), declara expresamente, que conoce y acepta todas las condiciones estipuladas en la Invitación elaboradas por el Colegio de Dentistas, para la “Administración del Seguro Complementario de Salud y Vida”, así como en las aclaraciones y respuestas a las consultas emitidas por Colegio de Dentistas de Chile durante el proceso, especialmente en lo referente a sus características técnicas, planes de desarrollo y compromisos de confidencialidad.

El corredor de seguros individualizado, se compromete a dar fiel cumplimiento en la intermediación y administración de la póliza contratada durante toda la vigencia del contrato, velando en todo momento por el resguardo de los intereses de la orden.

Los valores y condiciones propuestas por el corredor de seguro, previo estudio y cotización con las empresas aseguradoras, será de carácter obligatorio al momento de la firma del convenio con el corredor, por cuanto todo ofrecimiento en la propuesta comercial podrá ser exigido por el Colegio de Dentistas mientras dure la vigencia de la póliza.

NOMBRE :  
CORREDOR DE SEGUROS :  
FIRMA :

En Santiago, a 00 de MES del 2023

## **ANEXO Nº 3**

# **CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN**

Don/ña....., en representación de..... (Corredora de Seguros), se compromete a emplear la información que el Colegio de Dentistas de Chile entregue en virtud del proceso antes señalado con el único objeto de construir, evaluar y plantear una propuesta. Acepta que no podrá bajo ninguna circunstancia, aun no habiéndose adjudicado dicho proceso, a emplear la información que se le entregue para otros fines distintos a los estipulados en las bases señaladas para este proceso.

A la vez, se compromete a custodiar en debida forma la información entregada por el Colegio de Dentistas de Chile y guardar estricto secreto de ella, quedándole expresamente prohibida su divulgación o transferencia total o parcial, por cualquier medio y a cualquier persona, natural o jurídica, sea o no relacionada, organismos públicos o privados, dentro y fuera de Chile, salvo lo estrictamente necesario para validar dicha información. Esta obligación se hace extensiva a todo el personal de la Compañía, sus empresas relacionadas, directores, socios y empleados.

Este acuerdo de confidencialidad de la información será obligatorio para los proponentes en forma indefinida, incluso más allá de la fecha de adjudicación del presente proceso.

Para el caso que esta información sea conocida por terceros no autorizados por El Colegio por culpa de uno de los oferentes en su obligación de confidencialidad y custodia, el Colegio podrá ejercer las acciones legales civiles y/o penales que correspondan, para resarcirse de los perjuicios que ello pueda ocasionar y perseguir la responsabilidad penal de los culpables.

NOMBRE :  
CORREDOR DE SEGUROS :  
FIRMA :

En Santiago, a 00 de MES del 2023

## ANEXO Nº 4

### CUADRO RESUMEN DE PROPUESTA

#### Vida

Ítem	Actual	Propuesto	Variación [%]
Valor prima mensual con IVA Renovación a 1 Año	UF 0,00663		
VIDA: Valor prima mensual con IVA Renovación 2 Años			

#### Salud

Item	Actual	Propuesto	Variación [%]
Valor prima mensual con IVA Renovación a 1 Año	UF 0,21599		
Valor prima mensual con IVA Renovación 2 Años			
Deducible Anual P/Asegurado	UF 1,00		

CONDICIONES ESPECIALES	CONDICIONES ACTUALES	PROPUESTA
CUBRE PREEXISTENCIAS PARA LOS NUEVOS ASEGURADOS	A partir del mes 13	
INGRESO DE NUEVOS ASEGURADOS	Grupos 1, 2, 3, 4, 5 y 6	
ASEGURADOS VIGENTES CAMBIAN DE TRAMO SEGÚN EDAD EN RENOVACIÓN	SÍ	
EJECUTIVA IN SITU TRES VECES POR SEMANA, JORNADA COMPLETA	NO	
SERVICIO DE ENFERMERA DOMICILIARIA EN CASO DE HOME CARE	Hospitalización domiciliaria	
ANTICONCEPTIVOS PARA PATOLOGÍAS ESPECÍFICAS	Se cubren previa evaluación de exámenes hormonales, eco ginecológicos e informe del médico tratante.	
Se cubren las Hormonas para tratamiento de la menopausia	SÍ	



Se cubren las Vitaminas y Minerales para mujeres embarazadas e hijos menores de 2 años	SÍ	
Se cubren los tratamientos de Psicopedagogía	SÍ	
Tope Reembolsos WEB	No	
Conservación del producto y/o materiales para la implantación posterior (por ejemplo: crio-conservación de la médula ósea)	Será pagado bajo ítem de Prótesis y Órtesis	
Se cubre Tratamientos de inmunoterapia	Sólo como tratamientos curativos y asociados a un historial médico	
Se reembolsarán los gastos de Óptica aun cuando vengan sin diagnóstico del médico en el Formulario de reembolso	No se requiere formulario de reembolso, solo basta con receta y boletas de gastos.	
Se otorga cobertura para los tratamientos de Acné cuando se trate de un tipo diagnosticado como severo	SÍ	
Se otorga cobertura para Controles y Exámenes Preventivos de Urología (ej. Antígeno Prostático)	SÍ	
FONDO DE LIBRE DISPOSICIÓN	UF 50	
Cubre Traslados Médicos por Accidente Traumático y en caso de Fallecimiento	Bajo prestación Ambulancia Terrestre	
DEF (Devolución Experiencia Favorable)	SÍ	
LIBERACIÓN FORMULARIO MEDICO (AMBULATORIO)	Para gastos ambulatorios hasta UF 3	
IMED	SÍ, sólo para prestaciones ambulatorias (Consultas Médicas, Exámenes de Laboratorio y Procedimientos Especiales)	
CONVENIOS FARMACIAS	CRUZ VERDE, AHUMADA Y SALCOBRAND	
BONIFICACIÓN MINIMA ISAPRE (BMI):	SÍ (55%)	
CONVENIOS DE AFINIDAD CON:	No	
CONVENIO VENTANILLA ÚNICA	Clínicas Indisa, Santa María, Dávila, Alemana, Universidad de los Andes, Las Condes, Valparaíso, UC San Carlos de Apoquindo	
COBERTURA EN EL EXTRANJERO ÍDEM PLAN	Siempre y cuando haya sido bonificado por la Institución Previsional, los gastos sean producto de una urgencia, emergencia o porque el tratamiento prescrito no exista dentro del territorio nacional	
EMPRESA QUE BONIFICA REEMBOLSOS	TRASSA	

## CUADRO COMPARATIVO DE COBERTURA

ITEMS DE COBERTURA	CONDICIONES ACTUALES		PROPUESTA	
	% Bonificación	Tope Máximo	% Bonificación	Tope Máximo
<b>GASTOS AMBULATORIOS</b>				
Consultas Médicas	50%	UF 0,5 /Evento		
Exámenes de Laboratorio	40%	UF 30 anual		
Exámenes de Imagenología, ultrasonido y medicina nuclear				
Procedimientos de diagnósticos				
Procedimientos Terapéuticos (Incluye yeso)				
Cirugía ambulatoria	50%	Tope Plan		
Cobertura GES / CAEC	100%	Tope Plan		
<b>MEDICAMENTOS</b>	% Bonificación	Tope Máximo	% Bonificación	Tope Máximo
Medicamentos Ambulatorios No Genéricos	30%	UF 5 Anual		
Medicamentos Ambulatorios Genéricos	60%	Tope Plan		
<b>GASTOS DE HOSPITALIZACION</b>	% Bonificación	Tope Máximo	% Bonificación	Tope Máximo
Día Cama los primeros 30 días	60%	UF 2 diario		
Día Cama desde el día 31 en adelante	60%	UF 2 diario		
Día Cama UTI-UCI	60%	UF 5 diario		
Servicios Hospitalarios	60%	UF 30 por evento		
Sala Urgencia				
Derecho de Pabellón				
Examen de Laboratorio e Imágenes				
Ultrasonografía y Medicina Nuclear				
Procedimientos Especiales, Equipos				
Insumos y Medicamentos				
Otros prescritos por Médico Tratante.				
Honorarios Médicos-Quirúrgicos	60%	UF 30 por evento		
Servicio Privado de Enfermera	60%	UF 2 anual		
Cobertura GES y CAEC	100%	Tope Plan		
Septoplastia / Rinoplastia	60%	UF 15 anual		
<b>GASTOS POR MATERNIDAD (Todos los Gastos)</b>	% Bonificación	Tope Máximo	% Bonificación	Tope Máximo
Parto Normal	60%	UF 15 anual		
Cesárea	60%	UF 20 anual		
Aborto Involuntario	60%	UF 8 anual		
Complicaciones del Embarazo	60%	UF 10 anual		
Parto múltiple	50% adicional al tope de Parto Normal o Cesárea			

<b>SALUD MENTAL</b>	<b>% Bonificación</b>	<b>Tope Máximo</b>	<b>% Bonificación</b>	<b>Tope Máximo</b>
Gastos Ambulatorios	50%	UF 1 por evento y UF 10 anual		
Consulta Psiquiatría, Psicología y Psicopedagogía				
Gastos Hospitalarios		Tope Plan		
<b>OTROS BENEFICIOS</b>	<b>% Bonificación</b>	<b>Tope Máximo</b>	<b>% Bonificación</b>	<b>Tope Máximo</b>
Gastos por Óptica	50%	UF 4 anual		
Cirugía para la corrección de vicios o defectos de refracción (mayor o igual a 5 dioptrías)	50%	UF 5 anual		
Prótesis y Órtesis	50%	UF 10 anual		
Aparatos Auditivos	60%	UF 5 anual		
Servicio de Ambulancia Terrestre (Radio 50 kms)	80%	UF 5 anual		
Servicio Ambulancia Area	80%	UF 2 anual		
Día Cama Acompañante hijo menor 14 años	100%	UF 2, máximo 5 días al año		
Hospitalización domiciliaria	60%	UF 2, máximo 30 días al año		
Servicio de Enfermera Domiciliaria en caso de HOME CARE	60%	UF 2, máximo 30 días al año		
Fonoaudiología	50%	UF 20 anual (Combinados)		
Kinesioterapia	50%			
Nutricionista	50%			
Gasto Trasplante Donante Vivo	100%	UF 30 anual		
Gasto Trasplante Donante Post Mortem	100%	UF 30 anual		
Tratamiento Obesidad Mórbida	60%	UF 30 anual		
Medicamentos				
Gastos Ambulatorios				
Gastos Hospitalarios				
Cirugía reducción mamaria	60%	UF 15 anual		
Tratamiento de Esterilidad, Fertilidad e Infertilidad	80%	UF 10 anual		

<b>LIMITE REEMBOLSO ANUAL POR GRUPO DE BENEFICIARIOS</b>	<b>Actual</b>	<b>Propuesto</b>
Grupo 1 Plan 24 a 65 años	UF 300	
Grupo 2 Plan 66 a 70 años	UF 200	
Grupo 3 Plan 71 a 80 años	UF 150	
Grupo 4 Plan 81 a 95 años	UF 100	
Grupo 5 Plan Especial 96 a 100 años	UF 50	
Grupo 6 Plan Especial 70 años a 100 años	UF 20	
Grupo Especial administrado por la empresa contratante para casos especiales o rechazados, para cubrir preexistencias	UF 5	