

POLIZA DE SEGUROS COLECTIVOS N°12618 Y N° 12619

CUADRO DE BENEFICIOS

COMPañÍA ASEGURADORA

Nombre :Compañía de Seguros de Vida Consorcio Nacional de Seguros S.A.

Rut :99.012.000-5

Dirección Casa Matriz :El Bosque Sur N°180, Las Condes Santiago

BENEFICIOS DE COBERTURA.

1. Cobertura Salud Complementaria

Para efectos de reembolsos del seguro complementario de salud, el Personal No Afecto a Dipreca y sus cargas adheridas al seguro se regirán de acuerdo al siguiente cuadro de beneficios:

BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN	% Reembolso	Tope Diario UF	Tope UF
Día Cama Hospitalario	50% 70% 90%	UF 2	Sin Tope
Servicios Hospitalarios (Día Cama UTI/UCI, Sals de Urgencia, Derecho de Pabellón, Exámenes de Lab. E Imágenes, Ultrasonografía y Medicina Nuclear, Procedimientos Especiales, Equipos, Insumos y Medicamentos)	50% 70% 90%		Sin Tope
Honorarios Médicos Quirúrgicos	50% 70% 90%		Sin Tope
Hospitalización Domiciliaria	50% 70% 90%	UF 2	Sin Tope
Cirugía Reparadora por Accidente	50% 70% 90%		UF 15 anual
Servicio Privado de Enfermería	50% 70% 90%		UF 10 Anual
Ambulancia Terrestre (Radio 50 km)	80%		UF 20 Anual
Gasto Donante Vivo	100%		UF 30 anual
Gasto Donante Post Mortem	100%		UF 20 Anual
Cobertura GES y CAEC	100%		Sin Tope
BENEFICIO DE MATERNIDAD	% Reembolso	Tope Diario UF	Tope UF
Parto Normal	50% 70% 90%		UF 15 por evento
Parto por Cesárea	50% 70% 90%		UF 20 por evento
Aborto Involuntario	50% 70% 90%		UF 10 por evento
Complicaciones del Embarazo	Bajo Ítem Hospitalario		
Complicaciones del Parto			
Tratamiento de Fertilidad	50% 70% 90%		UF 15 por evento
BENEFICIO AMBULATORIO	% Reembolso	Tope Diario UF	Tope UF
Consulta Médica	50% 70% 90%		UF 0,5 por consulta
Exámenes de Laboratorio e Imogeneología, Ultrasonido y Medicina Nuclear	50% 70% 90%		UF 20 anual
Procedimientos de Diagnóstico y Terapéuticos	50% 70% 90%		UF 60 anual
Estudio Preventivo de la Mama	50% 70% 90%		UF 1 anual
Estudio Preventivo de la Próstata (Ecografía y APE / >= 40	50% 70%		UF 1 anual

años)	90%		
Kinesiología (Incluye Terapia Ocupacional)	50% 70% 90%		UF 20 anual
Fonoaudiología	50% 70% 90%		UF 20 Anual
Cirugía Ambulatoria	50% 70% 90%		Sin Tope
Cobertura GES y CAEC	100%		Sin Tope
BENEFICIO DE MEDICAMENTOS	% Reembolso	Tope Prest. UF	Tope UF
Medicamentos Ambulatorios (Marca, Genéricos, Oncológicos, Inmunosupresores o Inmunomoduladores) - CONVENIO CRUZ VERDE	50%		UF 15 anual tope anual
Medicamentos Ambulatorios Genéricos	100%		
BENEFICIO SALUD MENTAL	% Reembolso	Tope por Consulta. UF	Tope UF
Consulta Psiquiatra	50% 70% 90%	UF 0,5	UF10 Anual
Consulta Psicologo	50% 70% 90%	UF 0,5	
Psicopedagogía	50% 70% 90%	UF 0,5	
Hospitalización Psiquiátrica	50% 70% 90%	-	
BENEFICIOSADICIONALES	% Reembolso	Tope Prest. UF	Tope UF
Prótesis, Ortesis y Plantillas Ortopédicas	60%		UF 50 Anual
Aparatos Auditivos			
Gastos Opticos	60%	UF 10 Anual	
CirugiaLásik Ocular (mayor o igual a 5 dioptrías)		UF 20 Anual	
Tratamiento Obesidad Morbida (Medicamentos, Gs. Ambulatorios, Gs. Hospitalarios)	50% 70% 90%		UF 10 Anual
Material de Yeso	50% 70% 90%		Sin Tope
MONTOMÁXIMOANUALPORPERSONA		UF300	

Consideraciones a la Cobertura de salud

- 1.1 El porcentaje de reembolso del seguro dependerá de la aportación del sistema previsional al cual esté afiliado el asegurado. De esta forma, si el sistema previsional le aporta al asegurado un porcentaje igual o menor al 50% del gasto incurrido, el seguro aportará un 50% del copago no cubierto por el sistema previsional. Si el sistema previsional aporta al asegurado un porcentaje superior al 50%, pero menor o igual al 70% del gasto incurrido, el seguro aportará un 70% del copago no cubierto por el sistema previsional. Finalmente, si el sistema previsional aporta al asegurado un porcentaje superior al 70%, pero menor o igual al 90% del gasto incurrido, el seguro aportará un 90% del copago no cubierto por el sistema previsional.
- 1.2 En aquellos casos en que el asegurado esté afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, y las prestaciones o gastos reclamados no cuenten con bonificación, aporte y/o reembolso, por cualquier causa que sea, se cubrirá el 50% del valor facturado y al monto resultante se aplicarán los porcentajes y topes del plan contratado. Se exceptúa de este criterio Medicamentos Ambulatorios, Gastos Ópticos y Salud Mental.
- 1.3 Hospitalización Domiciliaria: Este beneficio se aplicará siempre que el Sistema de Salud Previsional lo cubra bajo las mismas condiciones de los gastos intrahospitalarios. También tendrán cobertura las atenciones ambulatorias de servicio privado de Enfermeras Profesionales o de auxiliares de enfermería, Material Desechable y cobertura de Tratamientos Farmacológicos Oncológicos durante su convalecencia siempre que hayan sido prescritos por el médico tratante.
- 1.4 Maternidad: Sin perjuicio de la cobertura de los beneficios de maternidad que señalan las Condiciones Generales y Particulares de las mismas, inscritas en el Registro de pólizas de la Comisión para el Mercado Financiero (CMF) bajo el código POL320180057, que se considerará parte integrante de este contrato, la Compañía aseguradora reembolsará los gastos de hospitalización en que incurra un hijo recién nacido del asegurado; luego del parto, sea este último normal, prematuro, cesárea, o cualquier otra forma médicamente viable, como consecuencia de cualquier patología que requiera de una hospitalización post-natal, hasta sus 60 primeros días de vida.
Para efectos de la aplicación de la disposición precedente, la fecha de nacimiento deberá estar comprendida dentro del período de vigencia de la póliza, y en particular del debido pago previo de la prima del padre o madre titular del seguro.
Respecto a los gastos vinculados al ítem Beneficios de Maternidad, estos sólo cubrirán al titular o a la carga considerada como cónyuge, no siendo aplicable para las hijas.
- 1.5 Obesidad mórbida: Considera IMC ≥ 40 . Para todos los efectos de esta póliza. Con relación al índice de masa corporal IMC 35 a 39,9, más co-morbilidades que afecten de manera severa la calidad de vida.
- 1.6 Las prestaciones de Kinesiología, Fonoaudiología y Psicología requieren derivación médica de un profesional de la especialidad (la vigencia máxima o duración de las derivaciones médicas será de 6 meses desde fecha de emisión).

- 1.7 Se entienden por gastos médicos de cirugía ambulatoria el costo que significa la intervención a un asegurado en un establecimiento hospitalario, servicio médico, clínico o consulta, por los mismos conceptos que la hospitalización, solo que sustituyendo el día cama hospitalización por un día cama en observación, recibido en forma previa o posterior a la intervención quirúrgica menor.
- 1.8 Los gastos por Cirugía Dental por Accidente estarán cubiertos según los porcentajes de atención ambulatoria, siempre y cuando sean por el tratamiento de lesiones provenientes de un accidente a los dientes naturales, efectuado por un médico cirujano maxilofacial u odontólogo, siempre que éste se realice dentro de los seis (6) meses siguientes al accidente. Lo anterior incluye todo tipo de exámenes dentales, extracciones, empastes, tratamiento dental en general y el reemplazo de las piezas dentales accidentadas. El accidente deberá ser certificado por la constancia policial respectiva y el porcentaje será según lo establecido en el cuadro de beneficios para los gastos de atenciones ambulatorias.
- 1.9 El gasto en material desechable empleado en la hospitalización, cirugía ambulatoria, cirugía dental por accidente o atención ambulatoria de un asegurado, será reembolsado por la Compañía aseguradora según los porcentajes y topes establecidos en el cuadro de beneficios.
- 1.10 Adicionalmente, los asegurados cuentan con convenio Farmacias Cruz Verde, el cual reembolsa en línea en cada una de las sucursales, considerando topes y porcentajes señalados anteriormente.

2.- Cobertura en el Extranjero

La Compañía aseguradora reembolsará los gastos en que incurran los asegurados en ocasión de prestaciones de salud recibidas en el extranjero, efectuadas o prescritas por un médico tratante o profesional de la salud. En caso de no contar con aporte del Sistema Previsional, se considerará como monto afecto el cincuenta por ciento (50%) del gasto incurrido y sobre el cual se aplicará un porcentaje de reembolso del cincuenta por ciento (50%), considerando los topes anuales y por evento establecidos en el cuadro de beneficios del punto anterior.

3.- Cobertura en caso de fallecimiento del asegurado titular:

En caso de fallecimiento del asegurado titular, la compañía pagará a los beneficiarios designados por el asegurado un valor de UF 250.- Este pago se hará indistintamente de la causa de fallecimiento del asegurado titular. En caso de no existir designación de beneficiarios se pagará a los herederos legales. El plazo para cursar el pago del siniestro será de 10 días hábiles contados desde la recepción de toda la documentación necesaria solicitada por la Compañía.

4.- Cobertura de Diálisis:

La Compañía aseguradora deberá reembolsar los gastos en que incurran los asegurados, con ocasión de las prestaciones de diálisis, que no requieran hospitalización y que sean prescritas por un médico tratante y necesarias para su tratamiento, y según el cuadro de beneficios establecido en el punto 1 de esta cláusula."

5.- Cobertura de Radioterapia:

La Compañía aseguradora deberá reembolsar los gastos en que incurran los asegurados, con ocasión de la prestación de radioterapia que sean prescritas por un médico tratante y necesarias para su tratamiento. El porcentaje de reembolso será un 50% del monto correspondiente a la prestación, con un tope anual de UF 10 por asegurado.

6.- Seguro Catastrófico:

Para efectos de reembolsos del seguro catastrófico el Personal No Afecto a Dipreca y sus cargas adheridas al seguro se registrarán por el siguiente cuadro de beneficios.



PRESTACIONES	COBERTURA	
	% Reembolso	Tope UF
BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN		
Día Cama Hospitalario	100%	Sin Tope
Servicios Hospitalarios (Día Cama UTI/UCI, Sals de Urgencia, Derecho de Pabellón, Exámenes de Lab. E Imágenes, Ultrasonografía y Medicina Nuclear, Procedimientos Especiales, Equipos, Insumos y Medicamentos)	100%	Sin Tope
Honorarios Médicos Quirúrgicos		
Ambulancia Terrestre (Radio 50 km)	100%	Sin Tope
BENEFICIO AMBULATORIO	% Reembolso	Tope UF
Consulta Médica	100%	Sin Tope
Exámenes de Laboratorio e Imagenología, Ultrasonido y Medicina Nuclear	100%	Sin Tope
Procedimientos de Diagnóstico y Terapéuticos	100%	Sin Tope
Kinesiología	100%	Sin Tope
Fonoaudiología	100%	Sin Tope
Cirugía Ambulatoria	100%	Sin Tope
BENEFICIO MEDICAMENTOS	% Reembolso	Tope UF
Medicamentos de Marca, Oncológicos e Inmunosupresores /Inmunomoduladores	50%	Sin Tope
Medicamentos Genéricos	100%	Sin Tope
BENEFICIOS ADICIONALES	% Reembolso	Tope UF
Prótesis y Ortesis	100%	Sin Tope
Tope Máximo Anual por Persona	UF 4.000	
Deducible Anual por Asegurado	UF 300 (Tope Máximo Anual Seguro Salud)	

6.1 El beneficio de cobertura adicional catastrófica es complementario al Sistema de Salud Previsional y al Seguro Complementario de Salud, en consecuencia el uso de éstos por parte de los asegurados es prioritario y obligatorio. En aquellos casos en que las prestaciones o gastos reclamados no cuenten con bonificación, aporte y/o reembolso, por cualquier causa que sea, se cubrirá el 50% del valor facturado y al monto resultante se aplicarán los porcentajes y topes del plan contratado.

6.2 Esta cobertura adicional catastrófica se activará sólo cuando el monto a pagar por el asegurado, o por cada una de sus cargas, después de utilizar su Sistema Previsional y el Seguro Complementario de Salud, sea mayor al deducible establecido para esta cobertura.



- a) Aquellos gastos causados por guerra, rebelión. Participación activa del asegurado en rebelión, revolución, insurrección, poder militar, terrorismo, tumulto o conmoción contra el orden público, dentro o fuera del país. Igualmente están excluidos los beneficios de este seguro en caso de participación del asegurado en actos calificados como delitos por la ley, negligencia o imprudencia o culpa grave por parte del asegurado.
- b) Lesiones o enfermedad como consecuencia directa e indirecta de los actos de servicio de los asegurados (producto del estado en servicio del asegurado) ya sea estando o no el asegurado en servicio.
- c) Los gastos originados por maternidad que no sean causados por la titular o por la cónyuge del asegurado titular.
- d) Estudios y tratamientos por talla baja, gigantismo y todo tipo de hormonas del crecimiento, así como también antagonistas, LH_YRH.
- e) Los siguientes insumos o gastos farmacéuticos no se cubrirán aunque éstos sean con fines terapéuticos: i. Insumos no asociados a una cirugía. ii. Cualquier tipo de alimento o sustitutos alimenticios, aunque sean con fines terapéuticos. iii. Homeopatía y/o recetario magistral, cremas, lociones faciales, jabones, shampoo, filtros solares, medias antiembólicas y otros insumos de uso personal.
- f) La adquisición o arriendo de equipos, tales como silla de ruedas, camas médicas, ventiladores mecánicos, etc. También se excluyen las prótesis y órtesis que no se encuentren incluidas en el arancel Fonasa.
- g) Tratamientos de iridología, reflexología y en general tratamientos médicos no tradicionales o experimentales, o de medicina alternativa. Igualmente se excluyen todos los gastos efectuados con nuevas tecnologías no reconocidas por el Ministerio de Salud, las cuales, para otorgar cobertura deberán contar con la aprobación de la compañía de seguros.
- h) Criopreservación. Compra de células madres, sangre, hemoderivados y cualquier otro tejido u órgano.
- i) Gastos de insumos utilizados o asociados a cirugía robótica.
- j) Gastos que no estén expresamente indicados en los beneficios detallados en las condiciones particulares de esta póliza y los gastos excluidos de las condiciones generales de este seguro.

Para la cobertura catastrófica la edad máxima de ingreso y permanencia del asegurado titular y sus cargas es hasta los setenta (70) años. Podrán incorporarse a la póliza los funcionarios Personal No Afecto y sus respectivas cargas, durante la vigencia de la misma, suscribiendo el formulario de Incorporación Seguro Colectivo y con notificación expresa del contratante, en cuyo caso la vigencia corresponderá a la indicada por el Contratante. Podrán excluirse asegurados con notificación expresa del contratante, en cuyo caso la vigencia corresponderá a la indicada por el mismo. Los Formularios de Incorporación deberán ser enviados a la dirección indicada por la Compañía Aseguradora."