

ACION



Universidad de Magallanes  
**Bienestar**  
del Personal



SEGURO COLECTIVO  
VIDA, SALUD Y CATASTROFICO

CONVENIO MARCO



## CARACTERÍSTICAS

- Un **Plan Controlado**, asegura largo plazo.
- Solo se paga por **Titular**, sin número de cargas legales.
- Un Seguro de Salud **Sin Límites de Edad**.
- Un Seguro de Salud y base de Vida **Sin Preexistencias**.
- Con cobertura nacional.
- Con libre disponibilidad de uso en prestadores médicos.
- Para los trabajadores de Fonasa e Isapres.
- **Complementario a otros seguros**. (tanto Salud como Vida).
- Con un reajuste por siniestralidad **conocido**.



## SEGURO COLECTIVO DE VIDA

### Cobertura para todos:

Fallecimiento POL 2 92 098

### Capital asegurado

Hasta los 74 años UF 50

Desde los 75 años y hasta los 79 años UF 20

Desde los 80 y hasta los 85 años UF 15

Edad tope de ingreso

No hay

Edad tope de cobertura

85 años



## EXCLUSIONES SEGURO VIDA

Si el fallecimiento del asegurado fuere causado por:

- Suicidio.
- **Pena de muerte** o por participación en cualquier acto delictivo.
- **Acto delictivo** cometido, en calidad de autor o cómplice, por un beneficiario o por quien pudiere reclamar la cantidad asegurada o la indemnización.
- **Guerra**, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad interior del Estado.
- Realización de una actividad o **deporte riesgoso**, que las partes hayan acordado excluir de la cobertura, al no aceptar el contratante un recargo de prima. De dicha exclusión deberá dejarse constancia detallada en las Condiciones Particulares de la póliza.
- Fisión nuclear o **contaminación radioactiva**. (no por causa de la ocupación laboral).



### DECLARACION DE BENEFICIARIOS

Cada Titular debe llenar la Declaración de Beneficiarios indicando el(los) nombre(s) y porcentaje(s) que se asigna. Se llena en forma voluntaria y el original debe ser entregado al Bienestar y este a ConoSur.

### ANTECEDENTES NECESARIOS PARA EL RECLAMO DE SINIESTROS

Todo reclamo de un siniestro cubierto por esta póliza, deberá notificarse por escrito a la Compañía dentro de los **30 días** siguientes al hecho que lo motiva. Asimismo, el reclamante deberá presentar a la Compañía todos los antecedentes relativos al siniestro dentro de los **60 días** contados desde igual fecha.

Adicionalmente, el contratante deberá remitir a la Compañía los siguientes documentos:

- Fotocopia del carné de identidad
- Certificado de defunción del asegurado
- Parte Policial (si corresponde)
- Formulario de Reclamo de Siniestros emitido por la Compañía.
- Fotocopia del carné de identidad de el o los beneficiarios (si corresponde)
- Cualquier otra información que la Compañía precise para liquidar adecuadamente el siniestro que se está reclamando



## SEGURO COMPLEMENTARIO DE SALUD Y CATASTRÓFICO

- Sin declaración de Pre-existencias.
- Sin restricción de edad para la cobertura.
- Asegurado y sus cargas legales.
- Monto Seguro Salud: **400 UF** anual por beneficiario
- Monto Seguro Catastrófico: **5.000 UF** por grupo familiar.



## SEGURO DE SALUD

MONTO ANUAL MÁXIMO POR PERSONA : UF 400

COBERTURAS	Reembolso / pago particular	% Bonificación Bono	Tope por evento	Tope UF anual
<b>GASTOS AMBULATORIOS</b>				
Consultas Médicas	50%	70%	UF 0,5	UF 10
Exámenes y Procedimientos	40%	60%	Sin tope	UF 15
Cirugía Ambulatoria	60%	60%	Sin tope	UF 50
Medicamentos Ambulatorios Genéricos	80%	80%		UF 15
Medicamentos Ambulatorios de Marca	40%	40%		
<b>PSIQUIATRIA y/o PSICOLOGÍA</b>				
Consulta	50%	50%	UF 0,5	UF 10
Hospitalización	50%	50%		UF 15
<b>OTROS GASTOS AMBULATORIOS</b>				
Óptica (excluye marcos)	70%	70%		UF 3
Prótesis y Ortesis (incluye audífonos)	70%	70%		UF 15



## SEGURO DE SALUD

MONTO ANUAL MÁXIMO POR PERSONA : UF 400

COBERTURAS	Reembolso / pago particular	% Bonificación Bono	Tope por evento	Tope UF anual
<b>HOSPITALIZACION</b>				
Día cama hasta 30 días	80%	80%	UF 5	30 días
Día cama, exceso 30 días	70%	70%	UF 4	Sin tope
Honorarios Médicos y Servicios Hospitalarios (incluye Derecho a Pabellón, Cirugía Dental por Accidente, Ambulancia Terrestre, Servicio Enfermería, Medicamentos e Insumos)	60%	60%	UF 50	
	40%	40%		Sin tope
<b>MATERNIDAD</b>				
Parto Normal	50%	50%		UF 15 anual
Operación Cesárea	50%	50%		UF 20 anual
Aborto no voluntario	50%	50%		UF 10 anual
<b>DEDUCIBLE POR GRUPO FAMILIAR</b>				
Empleado solo		UF 0,5		
Empleado con una carga		UF 1,0		
Empleado con dos o más cargas		UF 1,5		

# SEGURO CATASTRÓFICO (Deducible de UF 100 por Grupo Familiar)



COBERTURAS	Sin Cobertura Isapre / Fonasa	% Bonificación con Isapre / Fonasa	Tope por evento	Tope UF anual
Consultas Médicas	50%	100%		Sin tope
Exámenes	50%	100%		Sin tope
Medicamentos	50%	50%		Sin tope
Drogas antineoplásicas	80%	80%		Sin tope
Procedimientos	50%	100%		Sin tope
<b>GASTOS HOSPITALARIOS</b>				
Día cama	50%	100%		Sin tope
Día cama UTI / Intermedio	50%	100%		Sin tope
Honorarios Médicos	50%	100%		Sin tope
Derecho a pabellón	50%	100%		Sin tope
Cirugía dental por accidente	50%	100%		Sin tope
Servicio Ambulancia (50 km.)	50%	100%		Sin tope
Medicamentos - Insumos	50%	100%		Sin tope
Servicio enfermería	50%	100%		Sin tope
Servicios hospitalarios (otros gastos)	50%	100%		Sin tope
<b>MONTO ANUAL POR GRUPO FAMILIAR</b>		<b>UF 5.000</b>		



## SEGURO DE SALUD Y CATASTRÓFICO

### ¿Cuáles son los pasos a seguir para utilizar mi beneficio de Seguro Complementario de Salud y Catastrófico, a través del Bienestar ?

Para solicitar el reembolso de Gastos Médicos, el Titular deberá completar **Formulario de Solicitud** de reembolso Gastos Médicos , y el Médico Tratante deberá consignar el DIAGNOSTICO y su firma y timbre.

#### Importante

En el formulario deberá informarse **el o los diagnósticos** indicados por el médico tratante, resultado de una atención médica.

Si hay una continuación de tratamiento debe indicarlo.

En caso de atención en URGENCIAS no se requiere de formulario ni firma del Médico.



Al formulario anterior se deben adjuntar los siguientes documentos de la Isapre o Fonasa.

• **Si usó bono:**

Bono original cliente, timbrado por la Isapre.

• **Si usó sistema de reembolso:**

Comprobante de reembolso (emitido por Isapre/Fonasa original cliente, no fotocopia) y fotocopia de boleta o factura.

• **Si cobró antes en otro seguro:**

Fotocopia simple de los papeles y Copia Original de Liquidación del otro Seguro.

**Para Medicamentos, debe adjuntar:**

- **Receta original**, con nombre del paciente, medicamentos, fecha y timbre del medico.
- **Boleta original** con el desglose de medicamentos.
- **Timbre** de la farmacia en receta y boleta.



### ¿Como se solicita un reembolso de medicamento con indicación a permanencia ?

**El primer reembolso sigue el mismo procedimiento que medicamentos no permanentes**, es decir, deberá enviar la Receta Médica original a la Compañía. En cobros sucesivos sólo deberá adjuntar a la boleta una **fotocopia de la receta timbrada por la farmacia**.

Las recetas a permanencia tiene una vigencia de **6 meses** contados desde la fecha de emisión. Al cabo de dicho período debe enviar una nueva receta médica.

### Gastos de farmacia Sin cobertura:

- Medicamentos con finalidad sólo preventiva, Homeopatía,
- Jabones y champús especiales,
- Filtros, lociones solares y cremas faciales,
- Anticonceptivos,
- Sustitutos alimenticios,
- Insumos ambulatorios no asociados a cirugía ambulatoria y,
- Tratamientos para adelgazar.



### ¿Se cubren chequeos preventivos?

No, este seguro sólo cubre prestaciones curativas.

Los únicos controles que tienen cobertura son :

- **CONTROL GINECOLÓGICO** :Consulta médica, examen papanicolau, antimicóticos, ecotomografía transvaginal.
- **CONTROL NIÑO SANO** : Consulta pediátrica hasta los 12 años, radiografía de cadera hasta los 5 meses de edad y vitaminas.

### ¿Se bonifican gastos que no tienen reembolso por la Isapre/Fonasa ?

Sí, el Seguro de Salud contempla bonificación para aquellos prestaciones médicas curativas que no tenga reembolso por Isapre o Fonasa.

Para solicitar el reembolso debe solicitar timbre de Isapre o Fonasa que indique: **“No bonificable”**.

En este caso la compañía asume que el 50% del gasto incurrido es de cargo del asegurado y sobre la diferencia se le bonifica la mitad del ítem respectivo en el Plan.



## SEGURO COMPLEMENTARIO DE SALUD

### EXCLUSIONES:

- Tratamientos, visitas médicas, exámenes, medicamentos, remedios o vacunas para el solo efecto preventivo, no inherente o necesarios para el diagnóstico de una incapacidad, a excepción de los gastos por control de niño sano y control ginecológico, que serán reembolsados de acuerdo a la cobertura.
- Hospitalizaciones para fines de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento.
- Los tratamientos estéticos plásticos, dentales, ortopédicos y otros tratamientos que sean para fines de embellecimiento o para corregir malformaciones producidas por enfermedades o accidentes anteriores a la fecha de vigencia de este contrato.
- Cirugía plástica o cosmética, a menos que sea necesitada por una lesión accidental que ocurra mientras el asegurado se encuentre amparado por la póliza y que se encuentre especificada en las Condiciones Particulares de la póliza contratada.
- Tratamientos por adicción a drogas o alcoholismo, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), lesión, enfermedad o tratamiento causado por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares.



## SEGURO COMPLEMENTARIO DE SALUD

### Exclusiones de Lesión o enfermedad causada por:

- Guerra civil o internacional, sea que ésta haya sido declarada o no, invasión y actividades u hostilidades de enemigos extranjeros.
- Participación activa del asegurado en rebelión, revolución, insurrección, poder militar, terrorismo, sabotaje, tumulto o conmoción contra el orden público, dentro o fuera del país.
- Participación del asegurado en actos calificados como delitos por la ley.
- Negligencia, imprudencia o culpa grave por parte del asegurado.
- Todo tipo de exámenes dentales, extracciones, empastes y tratamiento dental en general.
- Hechos deliberados que cometa el asegurado, tales como los intentos de suicidio, lesiones autoinferidas y abortos provocados.
- La atención particular de enfermera particular.
- Gastos por acompañantes, mientras el asegurado se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comida y similares.
- Lesión o enfermedad surgidas de la ocupación del asegurado, cubierta por la legislación de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.
- Epidemias oficialmente declaradas.



## SEGURO COMPLEMENTARIO DE SALUD

### No cubre los siguientes tratamientos:

- Tratamientos de infertilidad y/o esterilidad y anticonceptivos.
- Tratamientos por obesidad no mórbida.
- Tratamientos secundarios a patologías o complicaciones producto de cirugías con fines estéticos.
- Tratamientos para adelgazar.
- Gastos médicos en el extranjero.



## NUEVOS BENEFICIOS EXCLUSIVOS ING

1. **IMED**, desde el mes de mayo se implementará el sistema de reembolso automático por medio de la huella dactilar. En estos casos no se requiere de Solicitud de Reembolso firmada por el Médico.

1. **Asistencia Legal Telefónica** : todos los titulares tendrán acceso por medio de un número **600 XXX XXX** a recibir orientación legal. Dicho número se informará oportunamente.
2. **Asistencia la deceso**: todos los titulares tendrán **UF 20** adicionales para los gastos funebres propios de su deceso.

# DESCRIPCION OPERATIVA



Universidad de Magallanes  
Bienestar  
del Personal

Entregados en el Bienestar

Preingresados Sistema



Despachados a Compañía  
Oficinas de ING en todo Chile

Plazo 90 días



5 días hábiles

