

NUEVO CONVENIO MARCO 2021-2022

PLAN 2



Seguro Colectivo de **Vida**

Seguro Colectivo de Vida



Capital asegurado Fallecimiento:

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
Mayor de 85 años	UF 1



ENTREGADOS LOS
ANTECEDENTES

Pago de siniestros
de Vida



Plazo no superior
a 15 días



Se responde o
liquida

Designación de Beneficiarios

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS SEGURO DE VIDA GRUPAL

IDENTIFICACIÓN ASEGURADO

R.U.T.: _____ Nombre: _____

IDENTIFICACIÓN PÓLIZA

Empleador: _____ Póliza: _____

Nombre Beneficiarios	Fec. Nacimiento	Parentesco	%

Cada Titular, deberá llenar el formulario de “Designación de Beneficiarios” de puño y letra, indicando el (los) nombre (s) y porcentaje (s) que asigna. El original debe ser entregado al Servicio de Bienestar y subir a la web.

Seguro de Vida

Si el fallecimiento del asegurado titular fuere causado por, entre otras:



Suicidio (durante el primer año de vigencia del asegurado en la póliza).



Acto delictivo cometido, en calidad de autor o cómplice, por un beneficiario o quien pudiere reclamar indemnización.



Participación en una actividad o deporte riesgoso. Estos son aquellos que acentúan el riesgo o implican medidas de protección o seguridad para realizarlos. Por ejemplo: manejo de explosivos, minería subterránea, trabajos en altura o líneas de alta tensión, inmersión submarina, piloto civil, paracaidismo, montañismo, alas delta, benji, parapente, carreras de auto y moto, entre otros.

Seguro Complementario de **Salud y Catastrófico**

Seguro Complementario de Salud y Catastrófico

- ✓ Cubre todas las enfermedades Preexistentes.
- ✓ Sin límite de edad.
- ✓ Cubre al titular y sus cargas legales.
- ✓ Cobertura por persona de 400 UF Anual.
- ✓ Monto anual del Seguro Catastrófico: 2.000 UF por grupo familiar asegurado.



Deducibles

- | | |
|---------------------------------|--------|
| • Titular solo: | 0.5 UF |
| • Titular con una carga: | 0.5 UF |
| • Titular con dos o más cargas: | 0.5 UF |
| • Catastrófico: | 25 UF |

Cuadro de Beneficios de Salud

Ítem	Plan complementario de salud		
	%Reembolso		Otros
Reembolso para gastos sin cobertura Isapre o FONASA	47,5% del ítem respectivo	Depende del ítem respectivo	Sin Tope
Reembolso para gastos no codificados	47,5% del ítem respectivo	Sin Tope por Evento	UF 14,25 (tope anual)
GASTOS AMBULATORIOS	% Reembolso	Tope Prest. UF	Tope Anual
Consultas médicas: pago vía reembolso	47,5	UF 0.48 por sesión	Uf 9,5
Consultas Médicas: pago vía bono (FONASA o Isapre)	66,5	UF 0.48 por sesión	
Exámenes y procedimientos: pago vía reembolso	38	s/tope	UF 14,25
Exámenes y procedimientos: pago vía bono (FONASA o Isapre)	57	s/tope	
Cirugía ambulatoria	57	s/tope	UF 38
Medicamentos genéricos o bioequivalentes.	76	s/tope	UF 14,25
Medicamentos de marca	38	s/tope	
PSIQUIATRÍA/PSICOLOGÍA	% Reembolso	Tope Prest. UF	Tope Anual
Consulta	47,5	UF 0.48 por sesión	UF 9,5
Hospitalización	47,5	s/tope	UF 14,25
OTROS GASTOS AMBULATORIOS	% Reembolso	Tope Prest. UF	Tope Anual
Óptica (incluyendo marcos)	57	s/tope	UF 2,85
Prótesis y órtesis (incluyendo audífonos y silla de ruedas)	66,5	s/tope	UF 14,25
GASTOS HOSPITALARIOS	% Reembolso	Tope Prest. UF	Tope Anual
Día cama hasta 30 días	76	UF 4,75 diarias	30 días
Exceso día cama	66,5	UF 3,8 diarias	s/tope
Honorarios médicos y servicios hospitalarios	47,5	s/tope	
MATERNIDAD	% Reembolso	Tope Prest. UF	Tope Anual
Parto Normal	47,5	s/tope	UF 14,25
Cesárea	47,5	s/tope	UF 19
Aborto no provocado	47,5	s/tope	UF 9,5
Monto máximo reembolso	Por asegurado		
COBERTURA GES/AUGE/CAEC			
La Compañía oferente deberá dar cobertura de un 80%, del valor del deducible o co-pago a pagar por el asegurado, como consecuencia del uso del beneficio contemplado en las prestaciones cubiertas en el Plan AUGE/ GES o CAEC, siempre que se acojan correctamente y en forma completa a las canastas definidas en este según cada patología.			
Monto asegurado máximo	UF 400		

Cuadro de Beneficios de Salud



COBERTURA CATASTRÓFICO	% Con Cobertura Isapre/Fonasa	TOPE ANUAL UF
GASTOS AMBULATORIOS		
Consultas Médicas	100%	sin tope
Exámenes	100%	sin tope
Medicamentos	50%	sin tope
Drogas antineoplásicas	80%	sin tope
Procedimientos	100%	sin tope
GASTOS HOSPITALARIOS		
Día Cama	100%	sin tope
Día cama UTI/ Intermedio	100%	sin tope
Honorarios Médicos	100%	sin tope
Derecho a pabellón	100%	sin tope
Cirugía dental por accidente	100%	sin tope
Servicio de Ajmbulancia (50 kms)	100%	sin tope
Medicamentos - Insumos	100%	sin tope
Servicio de Enfermería	100%	sin tope
Servicios Hospitalarios (otros gastos)	100%	sin tope
GASTOS SIN BONIFICACIÓN ISAPRE O FONASA SERÁN CANCELADOS AL 50% DEL ÍTEM RESPECTIVO		
DEDUCIBLE ANUAL		UF 25
MONTO ANUAL POR GRUPO FAMILIAR		UF 2000

El Formulario Sólo se solicita si el gasto es denunciando por el Bienestar



SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS

DECLARACIÓN DEL MÉDICO (Uso exclusivo del Médico)

Agradecemos proporcionar los siguientes antecedentes para que su paciente acceda al beneficio de salud:
 Nombre completo del paciente: _____ Edad: _____

Diagnóstico principal, tratamiento y pronóstico (Letra imprenta) _____

_____	Fecha de Atención	_____
_____	Fecha de inicio de Síntomas que originaron la consulta	_____
_____	Fecha que se le diagnosticó por primera vez la enfermedad	_____

Tratamiento e Indicaciones Médicas
 Tratamiento Prolongado o a permanencia SI NO Período de tratamiento _____
 Detallar tipo de tratamiento: _____

En caso de accidente, indicar
 Tipo de Accidente: LABORAL OTROS Fecha de Atención _____
 Breve descripción del accidente: _____

En caso de Embarazo:
 Fecha probable fecundación: _____ Fecha Diagnóstico _____
 FFPP: _____

Nombre del Médico: _____ RUT: _____
 Especialidad del Médico: _____ Fono: _____ Firma: _____

DECLARACIÓN DEL ASEGURADO

Nombre del Asegurado Titular: _____	RUT: _____
Nombre del paciente o Beneficiario: _____	Isapre: _____
Síntomas que originaron la visita al médico: _____	
¿Es continuación de tratamiento? En caso afirmativo, indicar: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N° de Liquidación _____ Diagnóstico Anterior _____	

Por este medio certifico que los datos aportados son verdaderos. Autorizo a los médicos y/o instituciones a entregar todos los antecedentes patológicos, o copias de sus archivos, tanto del suscrito como de sus dependientes.

CANTIDAD DE DOCUMENTOS						
Bonos/Orden At.	Reembolsos	Boleta Farmacia	Recetas	Programas	Otras	Total
Total Gastos Solicitados: _____ (Gastos efectivamente incurrido por el asegurado)			Fecha _____	Firma _____		

DECLARACIÓN DEL CONTRATANTE

Nombre o Razón Social Contratante: _____	RUT: _____
Nombre del Funcionario: _____	Fecha: _____
Certifico que el asegurado titular antes señalado es empleado de la empresa. Que su seguro estaba vigente al momento de ocurrir la enfermedad o accidente, al igual que sus dependientes.	
Firma _____	

1. Siempre debe completar el Formulario.
2. Un Formulario por cada paciente.
3. Indicar en el Formulario, diagnóstico (s).
4. Firma y timbre del Médico.

El Formulario Sólo se solicita si el gasto es denunciando por el Bienestar



El Formulario se obtiene en:

- Su propia institución en papel.
- En la intranet de la institución.
- En www.conveniomarcobciseguros.cl



Si existe una continuación de tratamiento debe señalarlo en el formulario, mencionando el diagnóstico con su puño y letra.



En caso de atención de urgencia **NO** requiere la declaración del médico en el formulario, sólo el documento de Atención de Urgencia.



Solamente en casos excepcionales se podrá entregar un **Certificado Médico** para reemplazar la declaración del Médico Tratante.

Solicitud de Reembolsos por Aplicaciones (App y www.bcivida.cl)

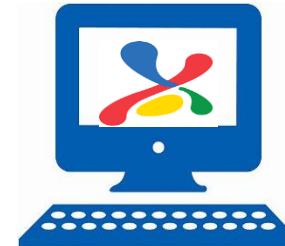
- ✓ Aplicación móvil (Iphone y Android), que permite solicitar el reembolso de “Gastos Médicos Ambulatorios”, con pocos clics, en forma segura y con una experiencia móvil de vanguardia, no se necesita formulario de reembolso ni diagnóstico para solicitar el reembolso.

Para esto debes:

Instalar la aplicación en tu celular.
Ingresar RUT y registrarse



- ✓ Para realizar un reembolso vía web Bci, debe ingresar a la página www.bcivida.cl, digitar su RUT y su clave. (No se necesita formulario de reembolso ni diagnóstico para solicitar el reembolso).



Procedimiento

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

- Si usó bono:** → Bono original copia cliente o afiliado.
- Si usó sistema de reembolso:** → Comprobante de reembolso (emitido por la Isapre/Fonasa) original cliente o afiliado, **no fotocopia** y fotocopia de boleta o factura.
- Si cobró antes en otro seguro:** → Original de la liquidación de reembolsos y fotocopia simple de todos los documentos presentados a la cía. de seguros.

Para Medicamentos:

Receta original, con nombre del paciente, medicamento, fecha y timbre del médico.

Boleta original, con el desglose de medicamentos (nombre y valor en \$) y timbre de la farmacia.

Procedimiento

MEDICAMENTOS CON INDICACIÓN A PERMANENCIA:

- ➔ Para efectuar el cobro de medicamentos permanentes, debe ingresar la receta médica original, con la boleta original.
- ➔ La compañía visará la receta y se la devolverá con una carta.
- ➔ En lo sucesivo el asegurado hace el cobro con fotocopia de la receta y original de la boleta.
- ➔ Las recetas médicas a permanencia tienen una duración de 6 meses, desde la fecha de emisión. Al cabo de este plazo debe enviar una nueva receta médica.



Procedimiento

GASTOS DE FARMACIA SIN COBERTURA:

- Medicamentos con finalidad solo preventiva, homeopatía, vitaminas, vacunas.
- Jabones y Champú especiales.
- Filtros, lociones solares y cremas faciales.
- Anticonceptivos.
- Alimentos o sustitutos alimenticios, aunque sean con fines terapéuticos.
- Insumos ambulatorios no asociados a cirugía ambulatoria.
- Tratamientos para adelgazar.

Otras Coberturas

Bonificación Mínima del sistema previsional de salud (BMI)

Las prestaciones deberán contar con una bonificación mínima del sistema de salud previsional del asegurado (FONASA/ISAPRE), la cual no puede ser inferior al 50%. En caso que no se cumpla con la bonificación mínima establecida, al valor de las prestaciones reembolsadas por el sistema de salud previsional se les aplicará el porcentaje establecido en las condiciones particulares para determinar el monto sobre el cual se aplicará la bonificación del seguro.

Cláusula BMI exigida en las Bases Técnicas de Licitación Art. 7 letra g

Otras Coberturas

Control Ginecológico: Consulta médica, examen papanicolau, ecotomografía transvaginal, mamografía.

Control niño sano: consulta pediátrica hasta los 12 años, radiografía de cadera hasta los 5 meses y vitaminas.

Gastos Médicos en el Extranjero: Se otorgará cobertura bajo la misma modalidad existente en el plan de beneficios , siempre que sean gastos efectuados en zonas fronterizas o en comisión de servicio del asegurado y cuando no estén cubiertos por la ley 16.744.

Según lo estipulan las bases técnicas N° 7 letra c indica: No aplicará esta cobertura especial, en aquellos casos en que el asegurado tenga o haya contratado un seguro de salud en el extranjero

Reembolso con Excedentes: Se hará efectivo el pago del siniestro cuyo copago sea realizado con los excedentes de Isapre, toda vez que el bono original, indique claramente el monto cancelado.

Gastos Sin Cobertura

Sin bonificación de Isapre:

Si su Isapre no otorga cobertura a alguna prestación, dicha institución deberá timbrar la boleta o factura como “**No Bonificable**”, en tal caso, el seguro pagará el 50% del ítem respectivo indicado en el plan de beneficios, esto, sobre la columna “**vía reembolso**”.

Gastos no codificados:

Todas aquellas prestaciones, que no hayan sido codificadas en el arancel Fonasa y que por defecto no tienen cobertura en su sistema previsional, ingresarán al ítem de “**Gastos no Codificados**”, por tanto serán cancelados al 50% de cobertura con un tope anual de UF 15 por persona.

Procedimientos Automáticos

En línea con la salud: A través de este sistema, el asegurado y sus cargas legales, vigentes en la póliza, accederán a la cobertura en línea, al momento de la compra del bono.

¿Cómo opera el Sistema IMED?

Para acceder al beneficio, todas las cargas deben estar ingresadas en la nómina del seguro con su propio N° de Rut, no bajo el Rut del Titular.



¿Qué cubre el sistema IMED?

- Consultas médicas y de urgencia.
- Exámenes médicos.


Procedimientos Automáticos



Banmedica **BONO DE ATENCION AMBULATORIA** **158347470**

Fecha Emisión : 08/06/2009 Hora : 19:02 Convenio : 13.537 Clinica Indisa
 Afiliado : Plan/Grupo Ingreso : BVIDA6
 Beneficiario : Edad :
 DIRECCION :

Prestación	H	I	Cant.	Valor Total	Bonificación Financidor	Aporte S.Complem.	Copago del Beneficiario
0101001 ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ADULTO	N		1	18.462	4.152	10.017	4.293
TOTALES				18.462	4.152	10.017	4.293

SEGURO COMPLEMENTARIO INC  : 10.017


Saldo copago del Beneficiario : 4.293

PROFESIONAL / INSTITUCION : 96.631.140-1 Indisa Diagnostico
 MEDICO TRATANTE : EDUARDO MENDEZ PARRAGUEZ Especialidad :CARDIOLOGIA ADULTOS

Firma Beneficiario Firma Profesional/Institución

EMISOR : 9.704.755-3 HORA : 19:03 VALIDO SOLO PARA LA FECHA DE EMISION

158347470



Procedimientos Automáticos

CONVENIO CON LAS CADENAS DE FARMACIAS

- Farmacias Salco Brand, Farmacias Cruz Verde y Farmacias Ahumada. Con su Cédula de Identidad y receta, accederá a los beneficios del Seguro de Salud en forma inmediata.
- Los Medicamentos de tipo permanente quedan inscritos en la Farmacia y los podrá retirar en la fecha estimada para Usted.



Algunas de las Principales Exclusiones, POL 320180044

EL SEGURO COMPLEMENTARIO DE SALUD NO REEMBOLSA NINGÚN GASTO QUE SEA CONSECUENCIA O PROVENGA DE TRATAMIENTOS:

- Estéticos, plásticos, dentales, con fines de embellecimiento, ni sus consecuencias.
- Por adicciones.
- Derivados de intentos de suicidio, lesiones auto-inferidas y abortos provocados.
- SIDA y/o cualquier otro cuadro producido o favorecido por el VIH, sus consecuencias y complicaciones.
- Para adelgazar. Por obesidad no mórbida, (índice de Masa Corporal inferior a 40).
- Homeopáticos, médicos no tradicionales o experimentales y de medicina alternativa.
- Alimentos o sustitutos alimenticios, aunque sea con fines terapéuticos.
- Cremas, lociones faciales, jabones, champú.
- Participación en una actividad o deporte riesgoso.

Fin