

Deducibles y Carencias

Los deducibles del Plan de Salud Complementario y del Plan de Seguro Dental son de aplicación individual cuyos montos por tipo de asegurado se detallan en el siguiente cuadro:

TRAMO CARGAS	Salud Complementario	Seguro Dental
Asegurado solo	UF 1	UF 0,5
Asegurado con un dependiente	UF 2	UF 1,0
Asegurado con dos o más dependientes	UF 3	UF 1,5

Los deducibles del Plan de Salud Complementario y del Plan de Seguro Dental, se aplican sobre los gastos efectivamente incurridos ya aplicados los porcentajes que se detallan en el plan de beneficios del Seguro Complementario de Salud y del Plan de Seguro Dental respectivamente. El Plan de Salud Complementario no aplica carencia.

Carencia Plan de Seguro Dental: los asegurados están afectos a una carencia de seis meses para prestaciones relacionadas con ortodoncia, prótesis fija, prótesis removible e implantes a partir de la vigencia inicial individual del asegurado (titular o carga) en la póliza. Durante dicho plazo no se cubrirán las prestaciones señaladas, aún cuando el asegurado esté vigente en la póliza.

El deducible del Plan de Salud Ampliado será el consumo del Plan de Salud que corresponde a UF 450 por asegurado y no aplica carencia. Este deducible debe ser consumido durante el año de vigencia de la póliza.

Requisitos de Asegurabilidad

Coberturas de Vida y Adicionales

COBERTURAS	Edad Máxima de Ingreso	Edad Máxima de Permanencia
Fallecimiento	Hasta los 69 años y 364 días	Cumpliendo los 70 años
Muerte accidental	Hasta los 64 años y 364 días	Cumpliendo los 70 años
Invalidez accidental	Hasta los 64 años y 364 días	Cumpliendo los 70 años
Invalidez total y permanente 2/3	Hasta los 64 años y 364 días	Cumpliendo los 65 años

Coberturas Complementario de Salud, Salud Ampliado y Dental

ASEGURADOS	Edad Máxima de Ingreso	Edad Máxima de Permanencia
Titular	Hasta los 64 años y 364 días	Cumpliendo los 66 años
Cónyuge	Hasta los 64 años y 364 días	Cumpliendo los 66 años
Hijos (*)	Hasta los 23 años y 364 días	Cumpliendo los 24 años

(*) Siempre que el parto haya sido cubierto por la póliza, podrán incorporarse al seguro desde el nacimiento. En caso contrario, sólo podrán incorporarse al seguro una vez transcurridos 14 días contados desde el nacimiento, previa evaluación de la compañía aseguradora.

(*) Los dependientes hijos estarán cubiertos hasta los 24 años de edad, siempre y cuando dependan económicamente del asegurado titular, sean solteros y estudiantes en alguna institución educacional, lo que deberá ser acreditado.

Información Relevante

Este seguro no cubre siniestros asociados a condiciones, dolencias o enfermedades preexistentes al inicio de la vigencia del asegurado en la póliza.

Designación de Beneficiarios: Es importante que Ud. haya entregado a la Compañía la designación de beneficiarios para que, en caso de su fallecimiento, el pago del capital a quien(es) Ud. designó sea expedito.

Exclusiones de Cobertura

Fallecimiento: descritas en el artículo N° 3 de las Condiciones Generales (POL 2 2013 0163).

Muerte Accidental: detalladas en el artículo N° 3 de la Cláusula Adicional (CAD 3 2013 0167).

Invalidez Accidental: descritas en el artículo N° 3 de la Cláusula Adicional (CAD 3 2013 0193).

Invalidez Total y Permanente 2/3: descritas en el artículo N° 3 de la Cláusula Adicional (CAD 3 2013 0165).

Complementario de Salud y Salud Ampliado: descritas en el artículo N° 6 de las Condiciones Generales (POL 3 2013 0223).

Dental: detalladas en el artículo N° 4 de las Cláusula Adicional (CAD 3 2013 0235).

El riesgo es cubierto por MetLife Chile Seguros de Vida S.A. y se rige por las Condiciones Generales depositadas en la CMF bajo los códigos POL 3 2013 0223. Intermedia Willis Towers Watson RUT 78.882.050-K que asume las responsabilidades sobre los seguros que intermedian. La presente información sólo representa un resumen de las coberturas, condiciones y no constituye póliza de Seguro. El detalle de las condiciones, términos y exclusiones, se encuentran en las Condiciones Generales antes mencionadas y en las Condiciones Particulares de la Póliza

Los Convenios no constituyen cobertura de Seguro, siendo responsabilidad exclusiva de Farmacias Cruz Verde la entrega de los descuentos correspondientes en su red de farmacias.

La vigencia de la póliza se extiende desde el 01 de Febrero de 2020 hasta el 31 de Enero de 2021.

Plan de Seguros Colectivos Convenio Amcham Plan 4



WillisTowers Watson



Seguro Complementario de Salud – Plan de Beneficios

GASTOS AMBULATORIOS	Reembolso (%)	Tope por Prestación (UF)	Tope Anual (UF)
Cirugía ambulatoria vía reembolso	80%	-	Sin Tope (*)
Consulta médica general vía bono	80%	-	Sin Tope (*)
Consulta médica general vía reembolso	80%	-	Sin Tope (*)
Exámenes de laboratorio vía bono	80%	-	Sin Tope (*)
Exámenes radiológicos vía bono	80%	-	Sin Tope (*)
Cirugía ambulatoria vía bono	80%	-	Sin Tope (*)
Procedimientos de diagnóstico y terapéutico vía bono	80%	-	Sin Tope (*)
Exámenes de laboratorio vía reembolso	80%	-	Sin Tope (*)
Exámenes radiológicos vía reembolso	80%	-	Sin Tope (*)
Procedimientos de diagnóstico y terapéutico vía reembolso	70%	-	Sin Tope (*)
Kinesiología y medicina física	80%	-	Sin Tope (*)
Medicamentos genéricos (**)	100%	-	Sin Tope (*)
Medicamentos de marcas (**)	70%	-	Sin Tope (*)

OTROS GASTOS HOSPITALARIOS	Reembolso (%)	Tope por Prestación (UF)	Tope Anual (UF)
Día cama medicina o cirugía	100%	UF 2 diario	Sin Tope (*)
Honorarios médicos quirúrgicos	90%	UF 60	Sin Tope (*)
Servicios hospitalarios	90%	-	Sin Tope (*)

MATERNIDAD	Reembolso (%)	Tope por Evento (UF)	Tope Anual (UF)
Parto normal	100%	UF 20	Sin Tope (*)
Cesárea	100%	UF 30	Sin Tope (*)
Aborto no provocado	100%	UF 10	Sin Tope (*)
Complicaciones del embarazo	80%	-	Sin Tope (*)

SALUD MENTAL	Reembolso (%)	Tope por Prestación (UF)	Tope Anual (UF)
Consultas o sesiones (psiquiatría, psicología y psicopedagogía)	80%	UF 1	10 sesiones
Hospitalización psiquiátrica	80%	-	

OTROS GASTOS	Reembolso (%)	Tope por Prestación (UF)	Tope Anual (UF)
Cristales, marcos y lentes de contacto	80%	-	UF 5
Prótesis y órtesis	80%	-	UF 10

Cobertura en el extranjero ídem plan

(*) Los topes de cada cobertura no podrán ser superiores al tope anual por asegurado detallado en el apartado "Capitales Asegurados" de este documento.

(**) Incluye medicamentos en Farmacia Cruz Verde con bonificación en línea, sin costo adicional. Tratándose de compras de medicamentos efectuadas en establecimientos distintos a Farmacias Cruz Verde, los comprobantes deberán ser enviados a la compañía para su evaluación y posterior reembolso si así corresponde. En ambos casos se aplicará el deducible estipulado en el condicionado particular.

Seguro Complementario de Salud – Plan de Beneficios para Prestadores Preferentes

GASTOS AMBULATORIOS	Reembolso (%)	Reembolso (%) Libre Elección	Tope Anual (UF)
Consulta médica general	80%	80%	Sin Tope (*)
Exámenes de laboratorio	80%	80%	Sin Tope (*)
Exámenes radiológicos	80%	80%	Sin Tope (*)
Procedimientos de diagnóstico	80%	80%	Sin Tope (*)
Cirugía ambulatoria	80%	80%	Sin Tope (*)

GASTOS HOSPITALARIOS	Reembolso (%)	Tope por Prestación (UF)	Tope Anual (UF)
Día cama medicina o cirugía	100%	-	Sin Tope (*)

OTROS GASTOS HOSPITALARIOS	Reembolso (%)	Tope por Evento (UF)	Tope Anual (UF)
Honorarios médicos quirúrgicos	100%	-	Sin Tope (*)
Servicios hospitalarios	100%	-	Sin Tope (*)

El tope anual por beneficiario para estas prestaciones en prestadores preferentes es de UF 300 y deben restarse de tope anual del plan principal del complementario de salud.

Las prestaciones de este plan para prestadores preferentes no están afectas a deducible.

Los prestadores Preferentes incluidos en este plan son los siguientes:

· Clínica Dávila · ACHS · Hospital Clínico de la U. de Chile · Clínica Alemana de Puerto Varas · Hospital Militar Antofagasta · Clínica Cordillera

Seguro de Salud Ampliado - Plan de Beneficios

HOSPITALIZACION	Reembolso (%)	Tope por Prestación (UF)	Tope Anual (UF)
Día cama	100%	-	Sin Tope (*)
Honorarios médicos quirúrgicos	100%	-	Sin Tope (*)
Servicios hospitalarios	100%	-	Sin Tope (*)

AMBULATORIOS	Reembolso (%)	Tope por Prestación (UF)	Tope Anual (UF)
Cirugía ambulatoria	100%	-	Sin Tope (*)
Consulta general	100%	-	Sin Tope (*)
Exámenes	100%	-	Sin Tope (*)
Fonoaudiología, kinesiología y medicina física	100%	-	Sin Tope (*)
Medicamentos	50%	-	Sin Tope (*)
Procedimientos	100%	-	Sin Tope (*)

Cobertura en el extranjero ídem plan

(*) Los topes de cada cobertura no podrán ser superiores al tope anual por asegurado detallado en el apartado "Capitales Asegurados" de este documento.

No bonificación Isapre o Fonasa: de los gastos no bonificados por el sistema de salud previsional, se considerarán como gastos efectivamente incurridos el 50% de éstos, sobre los cuales se aplicarán los porcentajes, topes y deducibles del plan contratado. Se exceptúan de este punto los medicamentos ambulatorios y los gastos ópticos. Para éstos últimos se exigirá timbre de no bonificable.

BMI: Si el aporte del sistema de salud previsional es menor al 50%, el reembolso de la compañía será sobre el 50% del costo directo de la prestación, monto sobre el cual se aplicarán los porcentajes, topes y deducibles del plan contratado. Se exceptúan los medicamentos ambulatorios.

Seguro Dental

PRESTACIONES	Reembolso Libre Elección (%)	Red Dental MetLife (%)	Tope Anual Individual (UF)	Tope Anual por Grupo Familiar (UF)
Odontopediatría	50%	60%	UF 15	UF 45
Endodoncia				
Operatoria				
Cirugía bucal				
Radiología oral				
Periodoncia				
Disfunción				
Prótesis fijas y removibles				
Implantes dentales				
Ortodoncia				
Laboratorio y medicamentos dentales asociado a las prestaciones				

Capitales Asegurados

Vida y Adicionales

COBERTURAS	Capital
Fallecimiento	UF 3.000
Muerte accidental	UF 3.000
Invalidez accidental	UF 3.000
Invalidez total y permanente 2/3	UF 3.000

Salud y Adicionales

COBERTURAS	Capital
Complementario de Salud	UF 450
Salud Ampliado	UF 10.000
Seguro Dental	UF 15 y UF 45 por grupo familiar