



# CATÁLOGO DE CONVENIOS Y BENEFICIOS

2019



Ministerio de  
las Culturas,  
las Artes y  
el Patrimonio

Gobierno de Chile

## Contenido

¿Qué es el Servicio de Bienestar de la Subsecretaría de las Culturas y las Artes y cuál es su finalidad? .....	2
El Servicio de Bienestar comenzó a operar el 1 de julio del 2011 .....	2
¿Cómo afiliarse al Servicio de Bienestar? .....	3
ASPECTOS IMPORTANTES DE LA AFILIACIÓN .....	3
¿Quiénes pueden afiliarse al Servicio? .....	3
¿Cuáles son los descuentos que realizará el Servicio de Bienestar? .....	3
Beneficios para los afiliados al Servicio de Bienestar .....	4
PLATAFORMA DEL SERVICIO DE BIENESTAR .....	6
Otro beneficio es el “Seguro Complementario de Salud BCI” .....	7
APLICACIÓN MÓVIL BCI .....	8
Contacto .....	9
Solicitud de afiliación al Servicio de Bienestar .....	10
SOLICITUD REEMBOLSO SEGURO BCI .....	11

## ¿Qué es el Servicio de Bienestar de la Subsecretaría de las Culturas y las Artes y cuál es su finalidad?

### EL SERVICIO DE BIENESTAR COMENZÓ A OPERAR EL 1 DE JULIO DEL 2011

El objetivo del Servicio de Bienestar es proporcionar a sus afiliados/as y causantes de asignación familiar, en la medida que sus recursos lo permitan, prestaciones sociales y asistenciales y además, prestaciones determinadas en el Reglamento General y Particular, con el propósito de contribuir al mejoramiento de su calidad de vida.

Nuestra misión es contribuir a mejorar las condiciones de vida de los/as funcionarios/as afiliados/as al Servicio y de sus cargas familiares, en la medida que sus recursos lo permitan, mediante un conjunto de programas, operaciones, actividades y beneficios encaminados a fomentar una mejor calidad de vida del/la afiliado/a y buscando protegerlo a él/ella y su familia de eventuales contingencias y de siniestros imprevistos. Con este fin proporciona ayuda social, médica, económica y cultural – recreativa. Se orienta a la calidad en la entrega de sus servicios a través de la capacitación constante del personal, el uso de tecnologías de vanguardia y la optimización de los recursos.

Nuestra visión es lograr ser un apoyo concreto y efectivo en materias de seguridad y protección social de los/as funcionarios/as afiliados/as al Servicio de Bienestar de la Subsecretaría de las Culturas y las Artes garantizando calidad de atención, promoviendo la participación activa de la comunidad, integrando los valores de igualdad, respeto a los derechos de las personas, la diversidad cultural y solidaridad.

## ¿Cómo afiliarse al Servicio de Bienestar?

Para afiliarse, es necesario completar la Solicitud de Afiliación que se encuentra adjunta al final del catálogo o en el siguiente link: [Formulario afiliación](#), la cual debe enviarse al Servicio de Bienestar Plaza Sotomayor #233, Valparaíso, con copia al siguiente correo: [diego.krause@cultura.gob.cl](mailto:diego.krause@cultura.gob.cl)

## ASPECTOS IMPORTANTES DE LA AFILIACIÓN

### ¿QUIÉNES PUEDEN AFILIARSE AL SERVICIO?

Pueden afiliarse todos los funcionarios que cumplan con la condición de ser planta o contrata y contratados bajo la modalidad de Código del Trabajo y aquellos que hayan jubilado siendo funcionarios de dicha institución. Los afiliados que dejen de ser funcionarios y que deseen seguir perteneciendo al Servicio de Bienestar como jubilados, podrán manifestarlo por escrito y, desde esa oportunidad y hasta que adquieran dicha calidad, se mantendrán en suspenso sus derechos como afiliados, los que se ejercerán plenamente a contar desde la fecha a partir de la cual se conceda la jubilación, pudiendo percibir retroactivamente los beneficios que correspondan, siempre que efectúen la cotización retroactiva por el período en que se mantuvieron en suspenso sus derechos.

La afiliación y desafiliación al Servicio de Bienestar serán siempre voluntarias y deberán ser solicitadas por escrito al Consejo Administrativo, el que deberá pronunciarse al respecto en la sesión ordinaria siguiente a la fecha de la solicitud.

### ¿CUÁLES SON LOS DESCUENTOS QUE REALIZARÁ EL SERVICIO DE BIENESTAR?

En cuanto a los porcentajes de afiliación, la cuota de incorporación es del 1.2%, y el aporte mensual del 1.7%, siendo ambos montos de la remuneración mensual imponible para pensiones. El monto puede estar sujeto a futuras modificaciones según previo acuerdo del Consejo Administrativo.

El afiliado mientras mantenga su calidad de tal no podrá eximirse por causa alguna de la obligación de cancelar sus cuotas y cumplir con sus demás compromisos para con el Servicio de Bienestar. La circunstancia de encontrarse el afiliado haciendo uso de feriado legal, de permiso con o sin goce de remuneraciones, de licencia médica o cumpliendo una comisión de servicios, no lo exime de las obligaciones de cumplir sus compromisos con el Servicio de Bienestar.

Los afiliados que dejen de pertenecer por cualquier causa al Servicio de Bienestar no tendrán derecho a solicitar la devolución de sus aportes.

## Beneficios para los afiliados al Servicio de Bienestar

El Servicio de Bienestar cuenta con beneficios propios y específicos para sus afiliados y se dividen en dos grandes áreas: Los Subsidios Sociales, y los Beneficios Facultativos.

Detalle	Monto	Antecedentes a presentar
Nacimiento o Adopción	\$40.000.-	Solicitud de Beneficios (web impresa) Tener antigüedad de 6 meses como afiliado/a. Certificado de Nacimiento o Adopción
Fallecimiento o Carga	\$50.000.-	Solicitud de Beneficios (web impresa) Tener antigüedad de 6 meses como afiliado/a. Certificado de defunción de la carga familiar.
Educación Pre-Básica Básica, Media y Superior	\$35.000.-	Solicitud de Beneficios (web impresa) Tener antigüedad de 6 meses como afiliado/a. Certificado de alumno regular en original, para el caso de carga familiar debe contar con resolución de carga actualizada.
Reembolso Homeopático y/o reembolso Dermatológico	\$50.000 Tope anual	Solicitud de Beneficios (web impresa) Boleta de cancelación en original y receta emitida por el médico tratante.
Ayuda por Catástrofe	\$500.000.- Monto máximo anual	Concretar cita con trabajadora Social Tener antigüedad de 6 meses como afiliado/a.
Becas de Estudios	\$500.000.- Monto máximo anual	Postular de acuerdo a reglamento interno de becas 2019. Tener antigüedad de 6 meses como afiliado/a.

SUBSIDIOS FACULTATIVOS		
Detalle	Monto	Antecedentes a presentar
Bono Cumpleaños	\$45.000.-	Tener antigüedad de 6 meses como afiliado/a. Bono automático no requiere solicitud.
Bono Feliz	\$20.000.-	Solicitud de Beneficios (web impresa), indicando el bono que desea contemplar. Tener antigüedad de 6 meses como afiliado/a.
Reembolso Calidad de Vida	\$20.000.- Tope Anual	Solicitud de Beneficios (web impresa) Tener antigüedad de 6 meses como afiliado/a. Documento tributario a nombre del titular o carga familiar autorizada (Rex) o llenar Formulario de solicitud con firma y timbre del lugar donde se realizó la compra.
Reembolso Dental	\$200.000.- Tope Anual Se reembolsa el 50% de lo presentado	Solicitud de Beneficios (web impresa) Boleta en original con nombre del titular o carga familiar autorizada (Rex) Presupuesto dental
Bono Navidad 2019	\$30.000.-	Tener antigüedad de 6 meses como afiliado/a. Bono automático no requiere solicitud.
Bono Matrimonio -Unión Civil	\$30.000.-	Solicitud de Beneficios (web impresa) Tener antigüedad de 6 meses como afiliado/a. Certificado de matrimonio-Unión civil
Atención Obstétrica carga hija	\$150.000.-	Solicitud de Beneficios (web impresa) Bono gastos médicos
Préstamo dental	\$165.000.- Monto único	Solicitud de Beneficios (web impresa) Tener antigüedad de 6 meses como afiliado/a. Carta dirigida a Jefatura Servicio de Bienestar indicando motivo. Se puede solicitar en 4-8 o 10 cuotas, requiere de 1 aval que debe ser afiliado. 3 últimas liquidaciones de sueldo, fotocopia cédula de identidad-titular y aval- Presupuesto dental
Préstamo de Auxilio	\$165.000.- Monto único	Solicitud de Beneficios (web impresa) Tener antigüedad de 6 meses como afiliado/a. Carta dirigida a Jefatura Servicio de Bienestar indicando motivo. Se puede solicitar en 4-8 o 10 cuotas, requiere de 1 aval que debe ser afiliado. 3 últimas liquidaciones de sueldo, fotocopia cédula de identidad-titular y aval-

## PLATAFORMA DEL SERVICIO DE BIENESTAR

Para acceder a estos beneficios después de estar afiliado al Servicio de Bienestar, es necesario ingresar a la plataforma especificando cual es el beneficio a solicitar, y enviarlo en original al equipo de Bienestar.

**OPCIONES**  
seleccione la opción a utilizar mediante el acceso directo

Inicio

- Cambiar Clave
- Salir



**REEMBOLSOS MEDICOS**  
solicitud de reembolso médico mediante formulario



**REEMBOLSOS DENTALES**  
solicitud de reembolso mediante formulario



**OTROS BENEFICIOS**  
solicitud de otros tipos de beneficios desde listado



**REEMBOLSO CALIDAD DE VIDA**  
solicitud de reembolso mediante formulario

© 2014 - CONSEJO NACIONAL DE LA CULTURA Y LAS ARTES

## Otro beneficio es el “Seguro Complementario de Salud BCI”



El Servicio de Bienestar cuenta también con un Seguro Complementario de Salud en convenio con BCI para sus afiliados. El procedimiento para hacer uso del seguro es el siguiente:

- Ir al médico con el formulario de salud, para su firma.
- Adjuntar antecedentes de respaldo de los gastos incurridos.
- Entregar el formulario de salud más antecedentes en la oficina de Bienestar, el plazo máximo de recepción por la Compañía de Seguro es de **90 días corridos**, desde la fecha de emisión de las boletas y/o bono.
- En el plazo de 10 a 15 días hábiles la persona recibe el reembolso en su cuenta o cheque a su

nombre.

- En caso de existir un rechazo por parte de la Aseguradora, el afiliado tiene **60 días** contados desde la fecha de emisión de la liquidación para presentar los documentos y/o antecedentes solicitados por la Compañía.

Es necesario completar el Formulario de reembolso para acceder al Seguro Complementario de Salud BCI y enviarlo al encargado del Seguro BCI del Servicio de Bienestar: [diego.krause@cultura.gob.cl](mailto:diego.krause@cultura.gob.cl).

## APLICACIÓN MÓVIL BCI

Es una herramienta móvil para IOS y Android, que permite solicitar el reembolso de “Gastos Médicos Ambulatorios de Bajo Costo”, con pocos clics, en forma segura y con una experiencia móvil de vanguardia, el monto tope es de **\$25.000.-**

Al ingresar solicitudes por esta aplicación se reduce el tiempo de espera para obtener su reembolso.

El proceso se lleva a cabo solamente con el celular.

Para descargarla debes ir [www.bcivida.cl/AplicaciónMovil](http://www.bcivida.cl/AplicaciónMovil) , a Google Play o Apps Store.



## Contacto

Para cualquier duda o consulta, por favor contáctese con el Equipo del Servicio de Bienestar:

	Yasna Sanhueza C	Jefa Servicio de Bienestar	Sotomayor #233, Valparaíso (32)2326006	<a href="mailto:yasna.sanhueza.c@cultura.gob.cl">yasna.sanhueza.c@cultura.gob.cl</a>
	Paola Rojas V	Profesional Área de Beneficios	Ahumada #48, 6to. piso Santiago (2)26189275	<a href="mailto:paola.rojas@cultura.gob.cl">paola.rojas@cultura.gob.cl</a>
	Diego Krause R	Contador y administrador seguro BCI	Sotomayor #233, Valparaíso (32)2326630	<a href="mailto:diego.krause@cultura.gob.cl">diego.krause@cultura.gob.cl</a>
	Evelyn Silva P	Encargada beneficios de Bienestar y convenios	Sotomayor #233, Valparaíso (32)2326630	<a href="mailto:evelyn.silva@cultura.gob.cl">evelyn.silva@cultura.gob.cl</a>
	Paula Arenas M	Encargada de Conciliación VFLP y Trabajadora Social	Sotomayor #233, Valparaíso (32)2326416	<a href="mailto:paula.arenas@cultura.gob.cl">paula.arenas@cultura.gob.cl</a>
	Janett Martel H	Trabajadora Social	Ahumada #48, 6to. piso Santiago (32)2326523	<a href="mailto:janett.martel@cultura.gob.cl">janett.martel@cultura.gob.cl</a>
	Johannes Vera V	Encargado de Sistema de Higiene, Seguridad y Mejoramiento de los Ambientes de Trabajo, SHSYMAT	Sotomayor #233, Valparaíso (32)2326411	<a href="mailto:johannes.vera@cultura.gob.cl">johannes.vera@cultura.gob.cl</a>
	Javier Cuadro C	Encargado de Ambientes Laborales	Sotomayor #233, Valparaíso (32)2326666	<a href="mailto:javier.cuadro@cultura.gob.cl">javier.cuadro@cultura.gob.cl</a>
	Pamela Morales A	Encargada Comunicaciones Internas	Ahumada #48, 6to. piso Santiago (2)26189065	<a href="mailto:pamela.morales@cultura.gob.cl">pamela.morales@cultura.gob.cl</a>
	Pamela Rojas R	Ingeniero en Prevención de Riesgos Laborales y Ambientales	Ahumada #48, 6to. piso Santiago (2)26189373	<a href="mailto:pamela.rojas@cultura.gob.cl">pamela.rojas@cultura.gob.cl</a>

## SOLICITUD DE AFILIACIÓN AL SERVICIO DE BIENESTAR



### SERVICIO DE BIENESTAR DE LA SUBSECRETARIA DE LAS CULTURAS Y LAS ARTES

SOLICITUD AFILIACION N° \_\_\_\_\_

FECHA SOLICITUD

#### ANTECEDENTES DEL / LA SOLICITANTE

Apellido Paterno Apellido Materno Nombres

FONASA  ISAPRE  ¿cuál? \_\_\_\_\_  
RUT Fecha de nacimiento Institución de Salud

Departamento / Dirección Regional Escalafón Grado Calidad Jurídica

Domicilio Laboral Comuna Ciudad

Cuenta Bancaria N° de cuenta Banco

Domicilio Particular Comuna Ciudad

Teléfono Particular Correo Electrónico

Declaro conocer y aceptar las normas reglamentarias que rigen al Servicio de Bienestar y solicito al Consejo Administrativo tenga a bien aceptar mi incorporación en calidad de afiliado/a, a contar de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Así mismo, autorizo al Servicio de Bienestar de acuerdo al Art. 6, letra a), b) y c) del REGLAMENTO DEL SERVICIO DE BIENESTAR DE LA SUBSECRETARIA DE LAS CULTURAS Y LAS ARTES, a efectuar los descuentos correspondientes.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE

## SOLICITUD REEMBOLSO SEGURO BCI



### SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS

#### DECLARACION DEL MEDICO (Uso exclusivo del Médico)

Agradeceremos 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 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: \_\_\_\_\_ FPP: \_\_\_\_\_

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_ R.U.T.: \_\_\_\_\_

Especialidad del Médico: \_\_\_\_\_ Fono: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

#### DECLARACION DEL ASEGURADO

Nombre del Asegurado Titular: \_\_\_\_\_ R.U.T.: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente o Beneficiario: \_\_\_\_\_ Isapre: \_\_\_\_\_

Síntomas que originaron la visita al médico: \_\_\_\_\_

¿Es continuación de tratamiento? En caso afirmativo, indicar: SI  NO  N° 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 incurridos por el asegurado.)

Fecha \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

#### DECLARACION DEL CONTRATANTE

