



Nuevo Convenio Marco 2014



Seguro Colectivo de Vida

- Fallecimiento

POL 220130565

(Todas las POL deben ser nuevas e inscritas ante la SVS)

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

(cumplidos 85 años y 364 días, cesa la cobertura de vida)

- Pago de siniestros de Vida: entregados los antecedentes, en un plazo no superior a 15 días, se responde o liquida.

Designación de **Beneficiarios**

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 luego enviado a Conosur.

- * En el caso de los hijos menores de edad, se aplica la Ley que indica como responsable al Tutor Legal.
- * En caso de no tener Designación de Beneficiarios, operará bajo el sistema de la Ley de Herencia.

Exclusiones **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**

- 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.

- **Deducible:**

- | | |
|--|--------|
| <input type="checkbox"/> Titular Solo: | 0.5 UF |
| <input type="checkbox"/> Titular con una carga: | 1.0 UF |
| <input type="checkbox"/> Titular con dos o más cargas: | 1.5 UF |

Cuadro de Beneficios de Salud

COBERTURAS SALUD	% BONO	% VÍA REEMBOLSO	TOPE POR EVENTO	TOPE ANUAL UF
GASTOS AMBULATORIOS				
Consultas Médicas	70%	50%	UF 0,5	UF10
Exámenes y Procedimientos	60%	40%	sin tope	UF15
Cirugía Ambulatoria (incluye Cirugía Laser con Dioptrias igual o superior a 5)	60%	60%	sin tope	UF40
Medicamentos Ambulatorios Genéricos	80%	80%	UF15 anual por persona	
Medicamentos Ambulatorios de Marca	40%	40%		
PSIQUIATRIA Y/O PSICOLOGÍA				
Consulta Psiquiátrica y/o Psicológica	50%	50%	UF 0,5	UF10
Hospitalización Psiquiátrica	50%	50%		UF15
OTROS GASTOS AMBULATORIOS				
Óptica (incluye marcos, cristales y lentes de contactos)	70%	70%	UF3 anual por persona	
Prótesis y Órtesis (incluye audífonos y silla de ruedas)	70%	70%	UF15 anual por persona	
GASTOS HOSPITALARIOS				
Día Cama hasta 30 días	80%	80%	UF5	30 días
Día Cama exceso 30 días	70%	70%	UF4	sin tope
Servicios Hospitalarios y Honorarios Médicos Quirúrgicos (Derecho a Pabellón - Cirugía Dental por Accidente - Ambulancia Terrestre, Servicio de Enfermería, Medicamentos e Insumos)	50%	50%	sin tope	sin tope
MATERNIDAD				
Parto Normal	50%	50%		UF15
Cesárea	50%	50%		UF20
Aborto no Voluntario	50%	50%		UF10
SIN COBERTURA - NO CODIFICADOS				
GASTOS NO CODIFICADOS POR ISAPRE O FONASA	50%	50%		UF15
GASTOS SIN BONIFICACION ISAPRE O FONASA SERÁN CANCELADOS AL 50% DEL ITEM RESPECTIVO				
MONTO MAXIMO A REEMBOLSAR AL AÑO			UF 400 POR PERSONA	

Seguro Catastrófico

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 BONIFICACION ISAPRE O FONASA SERÁN CANCELADOS AL 50% DEL ITEM RESPECTIVO		
DEDUCIBLE ANUAL		UF 25
MONTO ANUAL POR GRUPO FAMILIAR		UF 2000

Llenado del Formulario



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 impresa)

Fecha de Atención

Fecha de inicio de Síntomas
que originaron la consulta

Fecha que se le diagnosticó
por primera vez la enfermedad

Diagnóstico o
Diagnósticos

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: _____

Firma y timbre del
Médico

En caso de accidente, indicar

Fecha de Atención

Fecha Diagnóstico

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 NO 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.

Llenado del **Formulario**

- El Formulario se obtiene en:
 - Su propia institución en papel.
 - En la intranet de la institución.
 - En www.mproliquidadores.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, solo el documento de Atención de Urgencia.
- Solo en casos excepcionales se podrá entregar un **Certificado Médico** para reemplazar la declaración del Médico Tratante.

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.

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

- **Control Ginecológico**: consulta médica, exámen papanicolau, antimicóticos, 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.

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 del Sistema Previsional:

Si su sistema Previsional (Isapre – Fonasa – Capredena) 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**”.

* **Fonasa y Capredena no siempre timbran el documento.**

Gastos no codificados:

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

Plazo

Plazo de Presentación de gastos: 90 días corridos desde la fecha de prestación.
Para los gastos Hospitalarios, se considerará la fecha de pago indicada en los documentos contables.

Apelaciones: deberán realizarse en un plazo no superior a 60 días corridos, desde la fecha de la liquidación.

Pago de siniestros de salud:

- Se realizará en un máximo de **7 días hábiles** desde la fecha de recepción de los gastos en la compañía.
- Todos los gastos presentados cuyo pago supere el \$1.000.000 es enviado a contraloría médica de BCI y es resuelto en **15 días hábiles**.

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 de laboratorio y RX.

Procedimientos Automáticos

Banmedica

BONO DE ATENCION AMBULATORIA

158347470

Fecha Emisión : 08/06/2009 Hora : 19:02
 Afiliado :
 Beneficiario :
 DIRECCION :

Convenio : 13.537 Clinica Indisa
 Plan/Grupo Ingreso : BVIDA6
 Edad :

Prestación	H	I	Cant.	Valor Total	Bonificación Financiadore	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 ING : 10.017



Saldo copago del Beneficiario : 4.293

PROFESIONAL / INSTITUCION : 96.631.140-1
 MEDICO TRATANTE : EDUARDO MENDEZ PARRAGUEZ

Indisa Diagnostico
 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**

- En Farmacias SB con su Cédula de Identidad e indicando convenio Pharma Benefits 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.



No existe franquicia ni cobro por comprar en Salco Brand

Exclusiones

El Seguro Complementario de Salud no reembolsa ningún gasto que sea consecuencia o provenga de tratamientos:

- Estéticos, plásticos, dentales, ortopédicos con fines de embellecimiento, ni sus consecuencias.
- Por adicción a drogas, alcoholismo, tabaquismo, causado por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares.
- 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, empíricos, recetario magistral, iriología, reflexología y de medicina alternativa.

Exclusiones

- Dentales, como cualquier tipo de cirugía maxilofacial, salvo la necesaria a raíz de un accidente ocurrido durante la vigencia del asegurado en la póliza y siempre que se haya contratado la cobertura correspondiente.
- Con remedios o vacunas solo para prevención, no esenciales o necesarios para el diagnóstico de una incapacidad.
- Visitas médicas, exámenes, medicamentos, remedios o vacunas para el solo efecto preventivo (vitaminas).
- Hospitalizaciones para fines de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o asilamiento.
- Estudios de diagnóstico, tratamientos y procedimientos que tengan relación con problemas de esterilidad, fertilidad e infertilidad, sus complicaciones o consecuencias. Cualquier método anticonceptivo.

Exclusiones

- Alimentos o sustitutos alimenticios, aunque sea con fines terapéuticos.
- Cremas, lociones faciales, jabones, champú, filtros solares, medias antiembólicas o para tratamiento de várices que no incorporan un principio activo.
- Negligencia, imprudencia o culpa grave. Como el manejo en estado de ebriedad o cruce irresponsable de calles.
- Hospitalización domiciliaria, atención de enfermera particular fuera del recinto hospitalario.
- Gastos por acompañantes, mientras el asegurado se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comida y similares.
- Lesión o enfermedad surgida de la ocupación del asegurado, cubierta por la legislación de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.

Exclusiones

- Insumos Ambulatorios no asociados a una cirugía.
- Adquisición o arriendo de equipos como: camas médicas, ventiladores mecánicos, máquinas para la apnea.
- 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.
- Criopreservación. Compra de células madre, sangre, hemoderivados y cualquier otro tejido u órgano.

Seguro Colectivo **Dental**

- Se contrata en forma Colectiva por el Bienestar o institución.
- Es opcional para el Servicio, no para las personas.
- El valor de la prima es por cada titular sin importar el n^o de cargas.
- No tiene deducible.
- No tiene carencias.
- Requiere de un formulario especial para efectuar el cobro. Al igual que el formulario de salud, éste debe ser completado por el dentista.

Cuadro de Beneficios Dental

COBERTURA DENTAL	% BONIFICACION	TOPE ANUAL UF
Consultas	50%	sin tope
Radiología	50%	sin tope
Cirugía Dentomaxilar	50%	sin tope
Operatoria	50%	sin tope
Implaontología	50%	sin tope
Prótesis Fijas	50%	sin tope
Prótesis Removibles	50%	sin tope
Endodoncia o tratamiento conducto	50%	sin tope
Peridoncia	50%	sin tope
Odontopediatría	50%	sin tope
Urgencia	50%	sin tope
Ortodoncia	50%	sin tope
Prevención e Higiene	50%	sin tope
Laboratorio	50%	sin tope
Medicamentos	50%	sin tope
ESTE SEGURO NO CONTEMPLA DEDUCIBLE		
MONTO ANUAL POR GRUPO FAMILIAR UF12		
EN CASO DE EXISTIR APORTE ISAPRE, LA BONIFICACIÓN SERÁ DE UN 70%		

Seguro Colectivo Dental

SOLICITUD DE REEMBOLSO PARA GASTOS DENTALES



PARTE 1.- DECLARACIÓN DEL ASEGURADO

FOLIO N°

NOMBRE DEL PACIENTE	DIAGNÓSTICO PRECISO	FECHA DEL DIAGNÓSTICO
NOMBRE DE LA EMPRESA		INSTITUCIÓN SALUD PREVISIONAL
<input type="checkbox"/> FONASA <input type="checkbox"/> ISAPRE (nombre)		

Autorización: Yo, por la presente autorizo a cualquier Dentista, Médico, Hospital, Farmacia, Cía. de Seguros u otra Organización, a suministrar cualquier información relacionada con la historia dental, tratamiento o beneficios pagaderos por este reclamo a Contraloría Dental de Bci Seguros de Vida S.A., con el objeto de validar y determinar los beneficios a pagar por concepto de este reclamo.

FECHA

FIRMA ASEGURADO TITULAR

PARTE 2.- DEBE SER COMPLETADA POR EL ODONTÓLOGO

NOMBRE PROFESIONAL	RUT	TELÉFONO	FIRMA DEL PROFESIONAL
FECHA INICIO TRATAMIENTO	FECHA TÉRMINO TRATAMIENTO	¿CONTINUIDAD TRATAMIENTO? En caso (+) ratifique fecha	

DETALLE DEL TRATAMIENTO

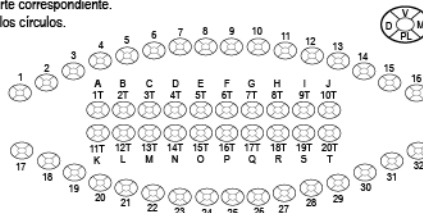
1.- TRATAMIENTO PIEZAS DENTARIAS, DETALLE TRATAMIENTO Y COMPLETAR DIAGRAMA

PRESTACIONES	PIEZAS N°	FECHA DE ATENCIÓN (DD/MM/AA)	VALOR UNITARIO	TOTAL
MONTO TOTAL				
CANTIDAD DE DOCUMENTOS				

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL DIAGRAMA

- Piezas Ausentes indicar con X. Piezas Extraídas indicar con E.
- Piezas Obturadas in dicar relleno en la parte correspondiente.
- Prótesis Fija o Removible, efectuar dibujo circundando los círculos.

M = Mesial
T = Triturante
D = Distal
P = Palatino
L = Lingual
V = Vestibular



Datos a completar por el Odontólogo

- Prestación
- N° de la (s) pieza (s) a tratar
- Fecha de Atención
- Valor Unitario
- Valor Total
- Total Presupuesto
- Tratamientos Prolongados: tipo de aparatos, fecha de instalación, fecha de primer control, duración total aprox., comentarios, valores clínicos, aparatos, controles mensuales, firma y timbre del odontólogo.

Descripción Operativa



Seguro de Vida **Voluntario Individual**

Capital de 200 uf x prima de 0,075 uf mes
Capital de 400 uf x prima de 0,15 uf mes

- Cada asegurado podrá contratar voluntariamente un Seguro de Vida.
- Es de costo de cada persona por medio de su Bienestar.
- Este Seguro es solo para el Titular.
- Los asegurados deben completar una DPS para optar a este seguro.
- La siniestralidad de estos seguros individuales no afectará al Grupo Total.
- La Cobertura se extiende hasta cumplidos 74 años y 364 días.
- Contempla 3 meses de carencia.
- No cubre enfermedades preexistentes.

- 1. Se contrata en el Servicio de Bienestar.**
- 2. Debe llenar Declaración Personal de Salud (DPS).**