

# 5/50

Seguro complementario para PYMES

Seguro Complementario de Salud Colectivo para trabajadores de empresas de entre 5 y 50 empleados

## Estás a un paso de entregar el beneficio más valorado por los trabajadores en Chile

\* Estudio Mercer Marsh Beneficios 2018 sobre beneficios laborales.

### CONOCE LAS COBERTURAS QUE INCLUYE NUESTRO SEGURO



**BENEFICIO HOSPITALIZACIÓN**



**BENEFICIO MATERNIDAD**



**BENEFICIO MEDICAMENTOS AMBULATORIOS**



**BENEFICIOS AMBULATORIOS**



**BENEFICIOS SALUD MENTAL**



**BENEFICIOS ESPECIALES**

### CARACTERÍSTICAS DEL PRODUCTO

- Producto cubre preexistencias en las condiciones establecidas en la póliza.
- Permite ingreso de las siguientes cargas: Cónyuge o conviviente civil, conviviente no civil con hijos en común, hijos, hijos del o la cónyuge o conviviente civil e hijos del o la conviviente no civil, siempre y cuando existan hijos en común.
- Permite renovación automática según los términos descritos en la póliza.
- Las restantes condiciones de cobertura serán descritas en la Propuesta Comercial correspondiente.
- Bonificación Mínima del Sistema Previsional de Salud (BMI) del 60% para los siguientes prestadores de salud: Clínica Alemana de Santiago, Clínica las Condes, UC CHRISTUS, Clínica Universidad de los Andes y Clínica MEDS. En estos casos, si el aporte del sistema de salud previsional es menor al 60% del valor de la prestación cuyo reembolso se solicita, el reembolso de la compañía se aplicará sobre el 40% del valor real de la prestación, monto sobre el cual se aplicarán los porcentajes, topes y deducibles del plan contratado. Se exceptúan los deducibles por prestaciones GES/CAEC.

### REQUISITOS DE INGRESO

- Empresas que tengan entre 5 y 50 titulares
- Empresas sin seguro complementario de salud vigente
- Adhesión mínima del 80% de los trabajadores de la empresa\*
- Requisitos de aseguridad demográfica:

Cobertura	Edad mínima de ingreso	Edad máxima de ingreso	Edad de permanencia
Titular	18 años	64 años y 364 días	65 años y 364 días
Cónyuge o conviviente civil o conviviente no civil con hijos en común	18 años	64 años y 364 días	65 años y 364 días
Hijos	Desde el día de su nacimiento	23 años y 364 días	23 años y 364 días

(\*) En caso de que sean solo 5 titulares la adhesión debe ser del 100%

# PLAN COBERTURA SALUD

	Cobertura	% Reembolso	Tope Prestación Personal UF	Tope Anual Cobertura UF	Tipo Tope
<b>BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN</b> 	Día cama hospitalización	80%	2,00 UF		Personal
	Día cama UTI/UCI	80%	4,00 UF		Personal
	Servicios Hospitalarios	50%			Sin Tope
	Honorarios Médicos	50%			Sin Tope
	Cirugía Ambulatoria	50%			Sin Tope
<b>BENEFICIOS DE MATERNIDAD</b> 	Parto Normal	100%	9,00 UF		Personal
	Cesárea	100%	9,00 UF		Personal
	Complicaciones Embarazo	80%	2,00 UF		Personal
	Aborto No Voluntario	80%	2,00 UF		Personal
<b>BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS</b> 	Medicamentos Ambulatorios no Genéricos ni Bioequivalentes	50%		15,00 UF	Personal
	Medicamentos Ambulatorios Inmunosupresores o Inmunomoduladores	50%			
	Medicamentos Ambulatorios Antineoplásicos	50%			
	Medicamentos Ambulatorios Genéricos y Bioequivalentes	80%			
<b>BENEFICIOS AMBULATORIOS</b> 	Consultas Médicas	50%	0,50 UF		Personal
	Exámenes de Laboratorio	50%			Sin Tope
	Exámenes de Imagenología, Radiografías, Ultrasonografías y Medicina Nuclear	50%			Sin Tope
	Procedimientos de Diagnóstico y Terapéuticos no Quirúrgicos	50%		44,85 UF	Personal
<b>BENEFICIOS DE SALUD MENTAL</b> 	Gastos Ambulatorios por Consultas de Psiquiatría y/o Psicología	80%	0,50 UF	30,00 UF	Personal
	Gastos Hospitalarios	80%		30,00 UF	Personal
<b>BENEFICIOS ESPECIALES</b> 	Gastos por Óptica	50%		4,00 UF	Personal
	Audífonos	50%		20,00 UF	Personal
	Prótesis y Órtesis	50%		20,00 UF	Personal
	Servicios de Ambulancia Terrestre	50%		44,85 UF	Personal
	Fonoaudiología	80%	0,13 UF		Personal
	Terapia Ocupacional	80%	0,09 UF		Personal
<b>TOPE ANUAL COBERTURA EN UF</b>	350,00 UF				

## CONOCE AQUÍ ALGUNAS DEFINICIONES DE CONCEPTOS DE COBERTURA DE SEGUROS:

**Cobertura:** Responsabilidad asumida por el asegurador por la cual se hace cargo, de acuerdo a los términos del contrato, de los riesgos de salud, y las consecuencias económicas derivadas del siniestro.

**Deducible:** Monto que en las pólizas se establece como cargo del asegurado, y no indemnizable por el asegurador.

**Preexistencia:** Aquellas enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata en su favor, que hayan sido diagnosticadas con anterioridad a la fecha de la suscripción de la propuesta de incorporación a la póliza.

**Reembolso:** Monto que la compañía de seguros devuelve del copago de la prestación de acuerdo a la póliza contratada.

**Tope por prestación:** Es el valor máximo que la compañía de seguros pagará o cubrirá por prestación durante el periodo de vigencia.

**Tope anual:** Es el valor máximo que la compañía de seguros pagará o cubrirá durante el periodo de vigencia de la póliza.

		Cobertura	
<b>DEDUCIBLE</b>	Por asegurado(*)	PLAN SALUD	
	Por Grupo Familiar	Titular Solo	1,00 UF
		Titular + 1 Carga	2,00 UF
		Titular + 2 Cargas o más	3,00 UF

(\*) El deducible por asegurado se aplicará a un máximo de 3 UF por grupo familiar.

Valor prima mensual por Titular (*)	
CATEGORÍA TITULAR	VALOR NETO UF
Titular Solo	0,95 UF
Titular + 1 Carga	1,08 UF
Titular + 2 Cargas o más	1,21 UF

(\*) Valores corresponden a precio de venta y podrían variar en renovación, tras término de vigencia anual.

# PLAN COBERTURA ADICIONAL DENTAL

	Cobertura	% Reembolso	% Reembolso Libre Elección
<b>DENTAL BÁSICA</b> 	Radiología Intraoral	40%	40%
	Higienización o Limpieza	40%	40%
	Endodoncia	40%	40%
	Odontopediatría	40%	40%
	Operatoria Dental sin Laboratorio	40%	40%
	Cirugía Bucal Simple	40%	40%
	Consulta Dental	40%	40%
<b>DENTAL ESPECIALIDAD</b> 	Radiología Oral	40%	40%
	Operatoria Dental Completa	40%	40%
	Periodoncia	40%	40%
	Cirugía Bucal Completa	40%	40%
	Disfunción	40%	40%
	Prótesis Fija	40%	40%
	Prótesis Removible	40%	40%
	Implantes Dentales	40%	40%
	Laboratorio Dental	40%	40%
<b>ORTODONCIA</b>	Ortodoncia	40%	40%
<b>TOPE ANUAL COBERTURA DENTAL EN UF</b>	8,00 UF		

<b>DEDUCIBLE</b>	Por asegurado (*)		Cobertura
			ADICIONAL DENTAL
Por Grupo Familiar	Titular Solo		0,50 UF
	Titular + 1 Carga		1,00 UF
	Titular + 2 Cargas o más		1,50 UF

(\*) El deducible por asegurado se aplicará a un máximo de 1,5 UF por grupo familiar.

Los términos del seguro se encuentran descritos bajo los códigos POL 320190080 y CAD 320180045 del Depósito de Pólizas de la Comisión para el Mercado Financiero y en sus respectivas condiciones particulares. Las exclusiones del seguro se encuentran descritas en el artículos 8 y 4 de las condiciones generales referidas respectivamente.