

## Requisitos de Asegurabilidad

### Cobertura Vida

| COBERTURAS    | Edad Máxima de Ingreso       | Edad Máxima de Permanencia     |
|---------------|------------------------------|--------------------------------|
| Fallecimiento | Hasta los 69 años y 364 días | Mientras sea trabajador activo |

### Cobertura Complementario de Salud y Dental

| ASEGURADOS | Edad Máxima de Ingreso       | Edad Máxima de Permanencia                   |
|------------|------------------------------|----------------------------------------------|
| Titular    | Sin límite de edad           | Mientras sea trabajador activo               |
| Cónyuge    | Hasta los 64 años, inclusive | Hasta que el asegurado sea trabajador activo |
| Hijos (*)  | Hasta los 24 años, inclusive | Hasta los 24 años, inclusive (*)             |

(\*) Los hijos, estarán cubiertos hasta el 31 de Diciembre del año en que cumplan los 24 años y que tengan la calidad de carga familiar acreditada en Caja de Compensación Los Andes.

## 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:** Detalladas en el artículo N° 3 Condiciones Generales (POL 2 2013 0163).

**Complementario de Salud:** Detalladas en el artículo N° 6 Condiciones Generales (POL 3 2020 0069).

**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. Intermedia Benefits Corredores de Seguros Ltda. Rut: 76.069.648-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 Salcobrand la entrega de los descuentos correspondientes en su red de farmacias.

Este documento es de carácter meramente informativo acerca de las coberturas y características del Seguro Complementario de Salud y Vida y no constituye póliza de seguro.

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

## Plan de Seguros Colectivos

# Banmédica



## Seguro Complementario de Salud – Plan de Beneficios

| HOSPITALARIOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Reembolso (%) Bono | Tope Diario (UF) | Tope Anual (UF) |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------------|-----------------|
| Día Cama                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 80%                | -                | Sin Tope        |
| Honorarios médicos quirúrgicos, servicios hospitalarios, incluye: día cama UTI/Intermedio, derecho a exámenes, salas de urgencia, exámenes de laboratorio y radiología, procedimientos especiales, equipos, medicamentos e insumos, cirugía dental por accidente, servicio privado de enfermería servicio de ambulancia terrestre | 80%                | -                | Sin Tope        |
| Deducibles GES y CAEC                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 100%               | -                | Sin Tope        |

| AMBULATORIOS                                 | Reembolso (%) | Tope por Prestación (UF) | Tope Anual (UF)         |
|----------------------------------------------|---------------|--------------------------|-------------------------|
| Medicamentos de marca                        | 45%           | -                        | UF 7 por grupo familiar |
| Medicamentos genéricos                       | 100%          | -                        | Sin Tope                |
| Consulta médica                              | 60%           | UF 0.6                   | Sin Tope                |
| Exámenes                                     | 60%           | -                        | Sin Tope                |
| Radiografías                                 | 60%           | -                        | Sin Tope                |
| Cirugía ambulatoria                          | 80%           | -                        | Sin Tope                |
| Procedimientos de diagnóstico y terapéuticos | 60%           | -                        | Sin Tope                |
| Kinesiología                                 | 60%           | -                        | Sin Tope                |
| Fonoaudiología - nutricionista               | 60%           | -                        | Sin Tope                |
| Yeso                                         | 60%           | -                        | Sin Tope                |

| MATERNIDAD                  | Reembolso (%) | Tope por Prestación (UF) | Tope Anual (UF) |
|-----------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|
| Parto normal                | 80%           | -                        | Sin Tope        |
| Cesárea                     | 80%           | -                        | Sin Tope        |
| Aborto no provocado         | 80%           | -                        | Sin Tope        |
| Complicaciones del embarazo | 80%           | -                        | Sin Tope        |

| SALUD MENTAL                                      | Reembolso (%) | Tope por Prestación (UF) | Tope Anual (UF) |
|---------------------------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|
| Consultas psicología, psiquiatría, psicopedagogía | 60%           | -                        | Sin Tope        |
| Hospitalización                                   | 80%           | -                        | Sin Tope        |

| BENEFICIOS ADICIONALES                                    | Reembolso (%) | Tope por Prestación (UF) | Tope Anual (UF) |
|-----------------------------------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|
| Prótesis y órtesis (incluye audífonos y plantillas)       | 60%           | -                        | Sin Tope        |
| Gastos ópticos (marcos, cristales y lentes de contacto)   | 60%           | -                        | Sin Tope        |
| Cirugía por vicios de refracción (con mínimo 3 dioptrías) | 60%           | -                        | UF 10 por ojo   |
| Hormonas del crecimiento y relacionadas                   | 60%           | -                        | UF 10           |
| Patologías o malformaciones congénitas                    | 80%           | -                        | UF 10           |

| TRASPLANTES                    | Reembolso (%) | Tope por Prestación (UF) | Tope Anual (UF) |
|--------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|
| Gastos del donante vivo        | 100%          | -                        | UF 20           |
| Gastos del donante post-mortem | 100%          | -                        | UF 20           |

**Cobertura en el extranjero sólo urgencia ídem plan de salud**

**Deducible anual por grupo familiar UF 0.5**

**Tope anual de reembolso por beneficiario UF 400**

\* Los gastos **no bonificados** por el sistema de salud previsional Isapre y/o Fonasa, se considerarán como **no bonificables** en el Complementario de Salud y Seguro Ampliado. Se exceptúan de este punto los medicamentos ambulatorios.

Asegurados no afiliados a un sistema de salud previsional no tendrán cobertura: 0.

El tope del seguro de salud es anual y es por asegurado. Este seguro opera en exceso de los gastos no bonificados por el sistema de salud previsional. Período de acumulación del deducible es sobre la base de año póliza. Para mayor detalle de exclusiones y coberturas se sugiere consultar las condiciones generales de la póliza (POL 320130223).



## Seguro Dental

| PRESTACIONES                                                                                                                                                                                                   | Reembolso (%) | Tope Anual (UF) |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-----------------|
| Consulta<br>Cirugía<br>Endodoncia<br>Laboratorio<br>Odontopediatría<br>Operativa bucal<br>Periodoncia<br>Medicamentos<br>Urgencia<br>Implantes<br>Ortodoncia<br>Prótesis<br>Radiografía dental (sin deducible) | 60%           | UF 15           |
|                                                                                                                                                                                                                | 100%          | Sin Tope        |

El deducible del Plan de Seguro Dental es de aplicación Individual, cuyo monto por tipo de asegurado se detalla en el siguiente cuadro:

| TRAMO CARGAS                           | Monto  |
|----------------------------------------|--------|
| Asegurado solo                         | UF 1.5 |
| Asegurado con carga legal              | UF 3.0 |
| Asegurado con dos o más cargas legales | UF 4.5 |

Para los titulares y cargas legales mayores de 18 años se excluye la cobertura por tratamientos de ortodoncias.

## Capitales Asegurados

### Vida

| COBERTURA     | Capital Rol General | Capital Rol Ventas |
|---------------|---------------------|--------------------|
| Fallecimiento | 24 Rentas           | UF 300             |

## Servicios en Línea para Asegurados a través de nuestra línea 600 390 3000

- Asesoría y solicitudes de requerimientos
- Solicitar estado de una liquidación de siniestros
- Estado de vigencia del asegurado

## Convenio Farmacia, Reembolso en Línea

(\*\*) Incluye medicamentos en Farmacias Salcobrand con bonificación en línea, sin costo adicional. Tratándose de compras de medicamentos efectuadas en establecimientos distintos a Farmacias Salcobrand, 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.



## Convenio de Asistencia Legal Chile

Para cualquier consulta legal o tramitación de posesión efectiva por fallecimiento del titular de la póliza, llame al 600 600 1616 y desde celulares al (02) 7874 000 en [www.legalchile.cl](http://www.legalchile.cl).



### Ejecutiva de Atención

Carolina Castillo M. Ejecutiva Seguros MetLife · Teléfono: +56 9 3918 5559

Correo: [segurocomplementario@banmedica.cl](mailto:segurocomplementario@banmedica.cl)