



Santander®

Es el momento



Seguro Complementario Pyme-Empresas

El seguro complementario de salud para empresas en una opción invaluable para mejorar el bienestar de los trabajadores.

Este tipo de seguro proporciona una cobertura adicional que complementa los servicios de salud básicos, asegurando que los trabajadores tengan acceso a una atención médica de calidad sin preocupaciones financieras adicionales.

Contrata desde

UF 4,485

Valor mensual por un mínimo de 5 asegurados

*Precio plan básico, sin dental.

Desde UF 0,8970 precio por asegurado.

Planes y Coberturas

	Plan 1	Plan 2	Plan 1	Plan 2
Fallecimiento	UF 200	UF 300	UF 200	UF 300
Muerte Accidental	UF 200	UF 300	UF 200	UF 300
Invalidez Accidental	UF 200	UF 300	UF 200	UF 300
Complementario	UF 150/ 50% LE*, 60% UC CHRISTUS	UF 300/ 70 % LE, 80% UC CHRISTUS	UF 150/ 50% LE, 60% UC CHRISTUS	UF 300/ 70% LE, 80% UC CHRISTUS
Catastrófico	UF 500	UF 1.000	UF 500	UF 1.000
Dental	UF 10/ 40% LE*, 50% UC CHRISTUS	UF 20/ 50% LE*, 60% UC CHRISTUS	Sin Dental	Sin Dental
Prima Bruta por trabajador	UF 1,0537	UF 1,3408	UF 0,8970	UF 1,1890
Prima Bruta por trabajador + 1 carga**	UF 1,7908	UF 2,2648	UF 1,5119	UF 2,0057
Prima Bruta por trabajador + 2 o más cargas	UF 2,5278	UF 3,1887	UF 2,1468	UF 2,8223

*LE: Libre elección

(**)Cargas:

Cargas Legales: Sobrinos y Nietos (Exceptuando Padres)

Cónyuge o Conviviente Civil y Conviviente No Civil con hijos en común.

Hijos, Hijos del Cónyuge o Conviviente Civil, Hijos de Conviviente No Civil (Sólo si existen hijos en común)

REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

Podrán ser asegurados, todas las personas naturales que mantienen un vínculo laboral o contrato de trabajo con la empresa contratante del Seguro, siempre que cumplan con lo siguiente:

Cobertura de Vida

Podrán ser asegurados del Seguro Colectivo de Vida y sus Cláusulas adicionales de Fallecimiento Accidental e Invalidez Accidental las personas naturales que mantienen un vínculo laboral o contrato de trabajo con la empresa contratante del Seguro, siempre que cumplan con los requisitos de asegurabilidad establecidos.

Cobertura	Edades Máximas Ingreso	Edades Máximas Permanencia
Fallecimiento	64 años y 364 días	74 años y 364 días
Adicional: Fallecimiento Accidental	64 años y 364 días	69 años y 364 días
Adicional: Invalidez Accidental	64 años y 364 días	69 años y 364 días

Cobertura de Salud

(Complementario, Dental y Catastrófico)

Podrán ser asegurados del Seguro Colectivo de Salud, las personas naturales que mantienen un vínculo laboral o contrato de trabajo con la empresa contratante del Seguro, así como también sus asegurados dependientes, siempre que cumplan con los requisitos de asegurabilidad establecidos.

Otros requisitos de asegurabilidad

Empresas con mínimo de 5 y máximo de 100 trabajadores.

Estar afiliado a algún sistema previsional de salud: Isapre o Fonasa B, C o D.

En caso de que los asegurados superen la edad de permanencia indicada en el cuadro de requisitos de edad estos serán excluidos en el momento de la renovación siguiente de la póliza.

Para incorporación de asegurados no se requiere la firma de una declaración personal de salud (DPS), ni proceso de suscripción de los riesgos.

Asegurado Residiendo fuera de Chile

Los funcionarios incorporados (Chilenos o extranjeros) no deben superar el 5% residiendo fuera de Chile y/o más de 20 trabajadores extranjeros o chilenos residiendo en cualquier país fuera de Chile.

INCORPORACIÓN NUEVOS ASEGURADOS

Podrán incorporarse nuevos asegurados al seguro, todas las personas naturales que mantienen un vínculo laboral o contrato de trabajo con la empresa contratante del Seguro, siempre que cumplan con los requisitos de asegurabilidad establecidos en la presente propuesta.

Estos deberán ser informados a la compañía entregando información fidedigna que sea requerida para su respectiva incorporación.

Esta incorporación comienza a regir desde la fecha indicada en el respectivo certificado individual y su duración es hasta la fecha de término de la póliza colectiva siempre y cuando se mantenga el vínculo laboral y la póliza se encuentre vigente.

Cobertura	Edades Máximas Ingreso	Edades Máximas Permanencia
Titular / Cónyuge o Conviviente Civil y Conviviente No Civil con hijos en común.	64 años y 364 días	64 años y 364 días
**Hijos, Hijos del Cónyuge o Conviviente Civil, Hijos de Conviviente No Civil (Sólo si existen hijos en común).	23 años y 364 días	23 años y 364 días
Cargas Legales: Sobrinos y Nietos (Exceptuando Padres)		
Cargas Duplos***	Sin edad Máximo de Ingreso	Mientras se mantenga vínculo contractual

**Siempre y cuando sean estudiantes a tiempo completo en un establecimiento educacional reconocido por la autoridad pertinente y que vivan a expensas del asegurado titular.

Edad mínima de ingreso titular y cónyuge/conviviente 18 años.

***Se considera cargas duplos a toda persona que por causas hereditarias o adquiridas, carece de dos tercios o más de sus funciones corporales o mentales, lo que impide un desarrollo normal de sus actividades diarias.

LAS COBERTURAS QUE PODRÁ OTORGAR LA COMPAÑÍA DE SEGUROS SON LAS QUE SE INDICAN A CONTINUACIÓN:

Detalle de coberturas Seguro Complementario de Salud Colectivo

Seguro Complementario de Salud Colectivo, Libre Elección y cobertura con Red de prestadores preferentes incluido Red Salud UC CHRISTUS, exceptuando San Carlos de Apoquindo.

Ofrece a las empresas la posibilidad de brindar a sus trabajadores un complemento al sistema de salud (ISAPRE/FONASA). Reembolsa los gastos médicos en los que incurra el asegurado trabajador en atenciones ambulatorias, hospitalaria y en servicios de urgencia. Proporciona una mayor cobertura médica para los trabajadores y sus familias (cargas), mejorando así su bienestar y calidad de vida. Protección para trabajador y sus familias (cargas).

GASTOS AMBULATORIOS	SEGURO SALUD ACTUAL		
	Libre Elección (%) Plan 1 – Plan 2	Cobertura Red Prestadores Preferente - Red UC CHRISTUS, excepción de San Carlos Apoquindo (%) Plan 1 – Plan 2	Tope Máximo (UF)
Consulta Médica	50% / 70%	60%/80%	1 por consulta
Exámenes de Laboratorio	50% / 70%	60%/80%	Sin tope
Exámenes Radiológicos	50% / 70%	60%/80%	Sin tope
Procedimientos de Diagnósticos	50% / 70%	60%/80%	Sin tope
Cirugía Ambulatoria	50% / 70%	60%/80%	Sin tope
Estudio Preventivo de Mama	50% / 70%	60%/80%	1 anual
Estudio Preventivo de Próstata	50% / 70%	60%/80%	1 anual
Medicamentos Marca*	50% / 70%	60%/80%	40 anual
Medicamentos Genéricos*	100%	100%	Sin tope

GASTOS HOSPITALARIOS	Libre Elección (%) Plan 1 – Plan 2	Cobertura Red Prestadores Preferente - Red UC CHRISTUS, excepción de San Carlos Apoquindo (%) Plan 1 – Plan 2	Tope Máximo (UF)
Día Cama (incluye UTI/UCI)	50% / 70%	60%/80%	3 diario
Día Cama Acompañante	50% / 70%	60%/80%	3 diario
Home Care	50% / 70%	60%/80%	2 diario
Honorarios Médicos Quirúrgicos	50% / 70%	60%/80%	Sin tope
Servicios Hospitalarios	50% / 70%	60%/80%	Sin tope
Gastos Donante Vivo (Trasplante)	100%	100%	40 anual
Gastos Donantes Post Mortem (Trasplante)	100%	100%	40 anual
Enfermera Profesional (Universitaria)	50% / 70%	60%/80%	10 anual
Ambulancia Terrestre (50 km Radio Urbano)	50% / 70%	60%/80%	10 anual
Ambulancia Aérea	50% / 70%	60%/80%	10 anual
Cirugía Plástica / Reparadora por Accidente	50% / 70%	60%/80%	10 anual
Cirugía Maxilofacial por Accidente	50% / 70%	60%/80%	10 anual
Cirugía Maxilofacial por Enfermedad	50% / 70%	60%/80%	15 anual
Cirugía de Reducción Mamaria	50% / 70%	60%/80%	15 anual
Cirugía Rinolaringología	50% / 70%	60%/80%	15 anual
GASTOS POR MATERNIDAD	Libre Elección (%) Plan 1 – Plan 2	Cobertura Red Prestadores Preferente - Red UC CHRISTUS, excepción de San Carlos Apoquindo (%) Plan 1 – Plan 2	Tope Máximo (UF)
Aborto No Provocado	100%	100%	20 por evento
Parto Normal	100%	100%	20 por evento
Cesárea	100%	100%	30 por evento
Parto Múltiple	50% / 70%	60%/80%	Adicional según tipo de parto
Complicaciones del Embarazo / Parto	100%	100%	Sin tope
Tratamiento de Fertilidad	50% / 70%	60%/80%	10 anual
Tratamiento de Esterilidad	50% / 70%	60%/80%	10 anual
GASTOS POR TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO Y/O PSICOLÓGICO	Libre Elección (%) Plan 1 – Plan 2	Cobertura Red Prestadores Preferente - Red UC CHRISTUS, excepción de San Carlos Apoquindo (%) Plan 1 – Plan 2	Tope Máximo (UF)
Psiquiatría, Psicología y Psicopedagogía	50% / 70%	60%/80%	0,5 por sesión - 20 anual
Hospitalización Psiquiátrica	50% / 70%	60%/80%	20 anual
OTROS BENEFICIOS	Libre Elección (%) Plan 1 – Plan 2	Cobertura Red Prestadores Preferente - Red UC CHRISTUS, excepción de San Carlos Apoquindo (%) Plan 1 – Plan 2	Tope Máximo (UF)
Kinesiología y Fonoaudiología (UF 0,50 por sesión)	50% / 70%	60%/80%	30 UF anual
Prótesis y Ortesis	50% / 70%	60%/80%	10 UF anual
Óptica (Cristales y Marcos)	50% / 70%	60%/80%	3 UF anual
Cirugía Ocular Laser – Lasik	50% / 70%	60%/80%	5 UF anual por ojo
Cirugía Ocular	50% / 70%	60%/80%	5 UF anual por ojo
Aparatos Auditivos	50% / 70%	60%/80%	5 UF anual
Cirugía por Obesidad Mórbida (IMC mayor o igual 40)	50% / 70%	60%/80%	10 UF anual
Nutricionista	50% / 70%	60%/80%	0,5 UF por consulta - 10 UF anual
Material de Yeso	50% / 70%	60%/80%	Sin tope
Hormonas del Crecimiento	50% / 70%	60%/80%	10 UF anual
Rehabilitación / Terapia Ocupacional	50% / 70%	60%/80%	1 UF por sesión
Malformaciones Congénitas	50% / 70%	60%/80%	10 UF anual
Cobertura Ambulatoria GES	100%	100%	Sin tope
Cobertura Hospitalaria GES	100%	100%	Sin tope
Cobertura Deducible CAEC	100%	100%	Sin tope

**Excepto San Carlos de Apoquindo la cual tiene cobertura como LE (Libre elección).

*Incluye cáncer, infartos, malformaciones, esclerosis múltiple, diabetes, patologías autoinmunes, hipertensión, etc.

1. Beneficiarios

Para el seguro complementario de Salud, el reembolso de los gastos cubiertos por el seguro se efectuará al asegurado titular de la póliza. En caso de que el asegurado titular se encuentre incapacitado de recibir el reembolso de los gastos cubiertos por el Seguro Complementario de Salud, éste se hará a quien acredite haberse hecho cargo de los gastos o en su defecto a sus herederos legales.

2. Aviso de siniestros

Para el caso de la cobertura Complementaria de Salud, salvo caso fortuito o fuerza mayor, el Asegurado deberá presentar a la Compañía de Seguros tan pronto sea posible o dentro de un plazo máximo de 60 días corridos, contados desde la fecha que se efectuó la atención Médica, toda la documentación que acredite el gasto.

3. Condiciones especiales al cuadro de coberturas

- En aquellos casos en que el asegurado no este afiliado a un sistema previsional de salud, privado o estatal, no tendrá cobertura por el presente seguro.
- En aquellos casos en que las prestaciones cubiertas por el seguro no sean reembolsadas por la institución de salud previsional del asegurado, no se encuentran codificadas en el Arancel Fonasa o se encuentren contractualmente excluidas de cobertura por dichas instituciones, se considerará como monto afecto al seguro el 50% del valor de la prestación, aplicándose sobre este valor el porcentaje de reembolso de acuerdo al cuadro de beneficios señalados, a excepción de los ítems Medicamentos Ambulatorios, Óptica y Salud Mental.
- Bonificación Mínima de Institución de Salud Previsional: Esta cobertura considera que en aquellos casos en que las prestaciones efectuadas por los asegurados tengan un reembolso por la Institución de Salud Previsional inferior al cincuenta por ciento (50%), se considerará como gastos efectivamente incurridos por el asegurado, el cincuenta por ciento (50%) del costo total de la prestación, monto sobre el cual se aplicará el porcentaje de cobertura estipulado en el cuadro de beneficios señalado anteriormente. Lo anterior no será válido para reembolsos de medicamentos ambulatorios, óptica y atenciones de psicología.
- La cobertura Psicopedagogía está incluida en la prestación de Psiquiatría-Psicología, ajustada los topes definidos para dicha prestación. Para evaluar el pago de la Psicopedagogía el asegurado debe ser derivado de un médico tratante.
- Hospitalización Domiciliaria [Home Care] se pagará bajo las siguientes condiciones: Debe tener cobertura por parte de la Isapre o Fonasa del Asegurado y debe ser indicada expresamente por el médico tratante.
- Día Cama, considera UTI/UCI.
- La cobertura para CAEC y GES considera sólo la bonificación del copago del deducible máximo legal. Si los copagos superan dicho monto, éstos serán bonificados de acuerdo con el cuadro de coberturas.
- Cobertura en el Exterior: Cubre prestaciones con los mismos beneficios del plan complementario de salud y para los tratamientos y hospitalizaciones realizadas en el extranjero por derivación médica, siempre y cuando éstas no se puedan realizar en el país, y sólo después de cubiertos los gastos por la Institución de Salud Previsional del asegurado.
- El servicio de Enfermera Universitaria será cubierto siempre que éste sea prescrito por el médico tratante.
- Se cubrirá la Cirugía Oftalmológica para vicios de refracción (Miopía, Astigmatismo e Hipermetropía), con un máximo de 2 (dos) eventos quirúrgicos por asegurado (Uno por cada globo ocular), con porcentaje y tope descrito en el plan.
- La cobertura se otorgará sólo a aquellos asegurados cuyo informe oftalmológico revele 5 ó más dioptrías y en todos los casos, se solicitará la historia clínica del paciente, para la evaluación del reembolso de los gastos. De igual forma, la Compañía se reserva el derecho de solicitar mayores antecedentes y/o citar al asegurado a una contraloría oftalmológica, con un profesional designado por la aseguradora.
- Cirugía Óptica: Bajo esta cobertura se bonificarán todos los casos de Cirugía Ocular que no corresponden a diagnóstico de defectos de refracción (Miopía, Hipermetropía, Astigmatismo y Presbicia).
- Este seguro tendrá cobertura de Obesidad Mórbida siempre y cuando el IMC sea igual o superior a 40.
- Para el reembolso de medicamentos ambulatorios opera bajo el convenio que Zurich Chile Seguros de Vida S.A., mantiene con Farmacias Salcobrand, Ahumada y Cruz Verde.

- Este seguro cubre preexistencias, donde el tope del plan por beneficiario es el indicado en la presente propuesta y no requiere Declaración Personal de Salud (DPS).
- En caso de que una persona se incorpore al seguro embarazada, la cobertura de los gastos por concepto de maternidad se pagará en base a novenos, contados desde la fecha de incorporación de la asegurada a la póliza (vigencia inicial). El monto corresponderá al monto de la cobertura de maternidad asignada en el cuadro de beneficios de salud del seguro, dividido por la cantidad de meses que la asegurada haya estado vigente el seguro, contados desde su incorporación hasta el nacimiento del recién nacido.
- Día Cama Acompañante: Se otorga cobertura al acompañante durante una hospitalización de un menor de 14 años. Los gastos se liquidarán bajo la cobertura N°709, con tope de 5 días, siempre que sea cubierto previamente por el sistema previsional de salud del asegurado (Isapre o Fonasa).
- Las prestaciones de Kinesiología y Fonoaudiología tendrán cobertura en los términos antes señalados, siempre y cuando hayan sido reembolsadas por la Isapre.
En caso de que la institución previsional no reembolse dichas prestaciones, se considerará como monto afecto al seguro el 50% (cincuenta por ciento) del valor de la prestación, aplicándose sobre este valor el porcentaje de reembolso de acuerdo con el cuadro de coberturas señalado.
- El monto máximo de reembolso anual por persona prevalecerá por sobre los topes anuales señalados en las coberturas.
- Este seguro colectivo de salud considera un tope anual especificado en tope máximo por asegurado especificado anteriormente. No considera deducible.
- **Se considerarán no válidas aquellas exclusiones definidas en el POL320240115 Artículo 8, letra a, b, g.i, g.ii, g.iii, g.v.**

DETALLE DE COBERTURAS DE VIDA COLECTIVO

Proporciona protección financiera a los trabajadores y sus beneficiarios en caso de fallecimiento (natural o accidental) o invalidez accidental del asegurado titular. Ofrece una suma asegurada que puede ayudar a cubrir gastos funerarios, deudas pendientes y proporcionar estabilidad financiera a los familiares en momentos difíciles. Protección exclusivo asegurado titular (trabajador).

Vida	Plan 1	Plan 2
Fallecimiento	200 UF	300 UF
Fallecimiento Accidental*		
Invalidez Accidental		

*Se paga el doble para Fallecimiento accidental, es decir, 400UF o 600UF según el plan contratado.
Este capital es individual por asegurado.

Una vez que la PYME contratante ha cargado los asegurados, se envía un correo a cada asegurado para aceptación de vida, para que el asegurado (trabajador) acepte su inclusión en la póliza colectiva de vida contratada por la compañía.

1. Beneficiarios

Para cobertura de fallecimiento natural y accidental, el capital asegurado será pagado a los beneficiarios designados por el asegurado en un solo pago, una vez acreditado el fallecimiento del asegurado y siempre que el seguro se encuentre vigente. Sin embargo, el asegurado podrá efectuar la designación específica de beneficiarios en la página web de la compañía líder, una vez se encuentre incorporado dentro de la póliza. Caso de no existir designación de beneficiarios se considerarán los herederos legales.

Para cobertura de Invalidez Accidental, el beneficiario será el propio asegurado.

2. Aviso de siniestros

Ocurrido un siniestro cubierto por la póliza de Vida, salvo caso fortuito o fuerza mayor, se deberá avisar a la Compañía tan pronto sea posible o dentro de un plazo de 30 días corridos, contados desde la fecha en que ocurrió el siniestro, junto con lo cual los beneficiarios deberán acreditar su calidad de tales y presentar toda la documentación requerida por la Compañía.

Sin perjuicio de que la compañía se reserva del derecho de solicitar mayores antecedentes en caso de que los estime necesarios y conveniente.

En caso de que la indemnización pagada corresponda al 100% del monto asegurado por el Seguro de Vida en cualquier que sea las coberturas (Fallecimiento, Fallecimiento Accidental, Invalidez Accidental), en este caso, se producirá el término anticipado de la póliza principal y de todas las coberturas adicionales contratadas.

DETALLE COBERTURAS CATASTRÓFICO COLECTIVO

Cobertura para cubrir gastos médicos adicionales y se activa al llegar al tope del seguro de salud. Ayuda a mitigar los impactos financieros significativos que pueden surgir en tales circunstancias, asegurando la protección para trabajadores y sus familias (cargas).

Catastrófico	Plan 1	Plan 2
Capital Asegurado	500 UF	1000 UF

- Aplica la misma tabla de salud para catastrófico, pero con una cobertura de 100%.
- La cobertura de extensión catastrófica va a operar una vez que el asegurado haya consumido el tope de capital establecido en la tabla de coberturas del complementario de salud.
- Este capital es individual por asegurado.

DETALLE COBERTURAS DENTAL (OPCIONAL)

Cubre una variedad de servicios dentales. Promueve la salud bucal y contribuye al bienestar general de los trabajadores, proporcionando acceso a cuidados dentales preventivos y tratamientos necesarios. Protección para trabajador y sus familias (cargas).

DENTAL BÁSICA	SEGURO DENTAL (SELECCIONABLE)	
	Libre Elección (%) Plan 1 – Plan 2	Preferente (%) Plan 1 – Plan 2
Radiología Intraoral	40% - 50%	50% - 60%
Higienización o Limpieza		
Endodoncia		
Odontopediatria		
Operatoria Dental sin Laboratorio		
Cirugía Bucal Simple		
DENTAL ESPECIALIDAD	Libre Elección (%) Plan 1 – Plan 2	Preferente (%) Plan 1 – Plan 2
Radiología Oral	40% - 50%	50% - 60%
Operatoria Dental Completa		
Periodoncia		
Cirugía Bucal Completa		
Disfunción		
Prótesis Fija *Periodo Carencia 6 meses		
Prótesis Removable *Periodo Carencia 6 meses		
Implantes Dentales *Periodo Carencia 6 meses		
Medicamentos (Incluye antibióticos, antiinflamatorios, analgésicos y relajantes musculares que sean recetados por el cirujano dentista exclusivamente para el tratamiento dental)		
Laboratorio Dental		
DENTAL ORTODONCIA	Libre Elección (%) Plan 1 – Plan 2	Preferente (%) Plan 1 – Plan 2
Ortodoncia *Periodo Carencia 6 meses	40% - 50%	50% - 60%

1.Beneficiarios

Para el seguro Dental, el reembolso de los gastos cubiertos por el seguro se efectuará al asegurado titular de la póliza. En caso de que el asegurado titular se encuentre incapacitado de recibir el reembolso de los gastos cubiertos por el Seguro Dental, éste se hará a quien acredite haberse hecho cargo de los gastos o en su defecto a sus herederos legales.

2. Aviso de Siniestros

Para el caso de la cobertura Dental, salvo caso fortuito o fuerza mayor, el Asegurado deberá presentar a la Compañía de Seguros tan pronto sea posible o dentro de un plazo máximo de 60 días corridos, contados desde la fecha que se efectuó la atención Médica, toda la documentación que acredite el gasto.

Sin perjuicio de que la compañía se reserva del derecho de solicitar mayores antecedentes en caso de que los estime necesarios y conveniente.

Prestadores preferentes Complementario salud y dental

- Prestador preferente UC en todas las prestaciones médicas, excepción San Carlos de Apoquindo.

- Prestadores preferentes Red Salud Santiago, Iquique, Elqui; clínica Vespucio, clínica Chillan y Bupa Antofagasta con cobertura del 100% solo en gastos hospitalarios (tope póliza) Día cama medicina o cirugía, Honorarios médicos quirúrgicos, Servicios hospitalarios, médicos del staff y prestadores con bono. Excluye maternidad.

Prestadores preferentes

100% cobertura en hospitalizaciones (tope póliza).

Día cama medicina o cirugía, honorarios médicos quirúrgicos, servicios hospitalarios. médicos del staff y prestadores con bono.

Excluye maternidad.



Prestadores preferentes (Clínica Dávila y Hospital Clínico Universidad de Chile)

Sólo para hospitalizaciones programadas

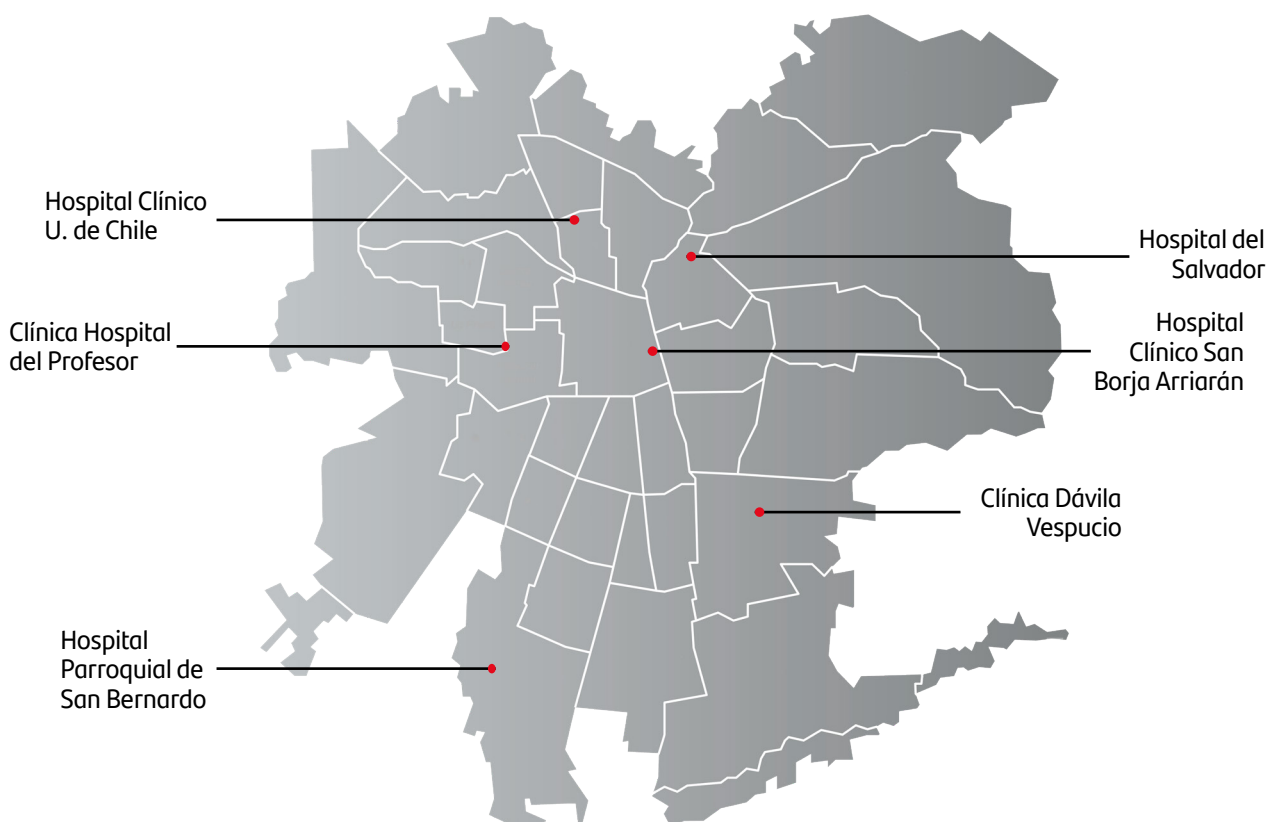
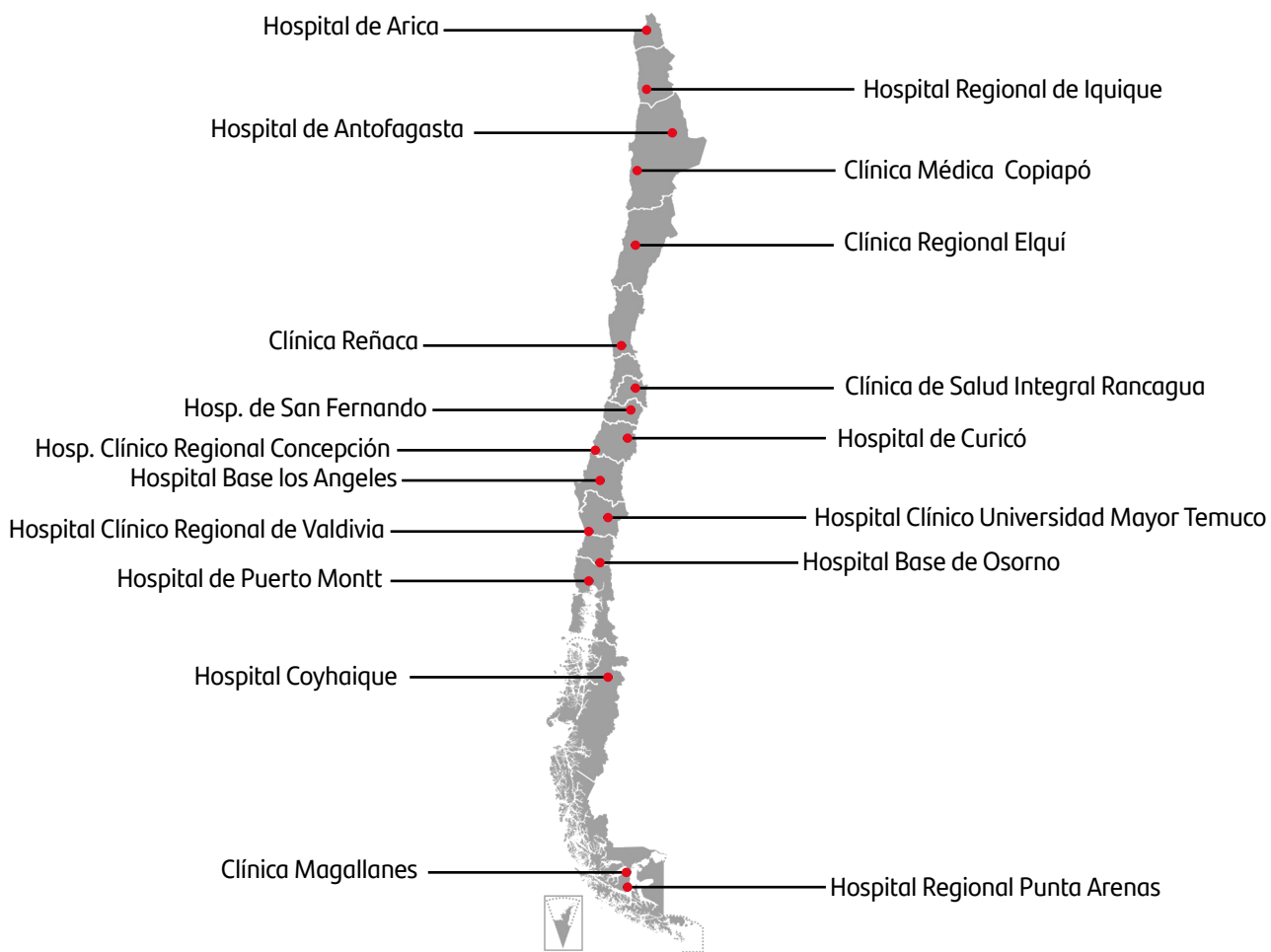
Prestaciones	Reembolso	Tope UF
Día de cama (Habitación doble)	100%	Sin tope
Honorarios médicos convenio con Clínica, Isapre o Fonasa	100%	Sin tope
Servicio hospitalarios	100%	Sin tope
Cesárea	100%	UF 30
Parto normal	100%	UF 20
Aborto no voluntario	100%	UF 10
Deducible año póliza	Sin deducible	
Máximo anual incluido en el tope de salud	UF 200 por asegurado	

Condiciones

- Solicitar carta de resguardo a lo menos con 5 días hábiles de anticipación a la cirugía.
- Cumplir con los requisitos estipulados en las Condiciones Particulares de la póliza.
- En Clínica Dávila: El asegurado debe atenderse en habitación doble y con médicos del staff.
- En Hospital Clínico Univ. de Chile: El asegurado debe atenderse en modalidad institucional (habitación pluripersonal) y con médicos de staff.
- Se cubrirá sólo patologías del convenio.
- Prestadores preferentes en Santiago y regiones con 10% de reembolso adicional en coberturas ambulatorias y hospitalarias, según cuadro adjunto.

10% Cobertura adicional en prestaciones ambulatorias y hospitalarias

Gastos hospitalarios (Regiones y Santiago)



10% Cobertura adicional en prestaciones ambulatorias y hospitalarias

Gastos ambulatorios, consultas y exámenes (Regiones y Santiago)

Consulta y exámenes

- Avansalud (Santiago)
- Clínica Bicentenario (Santiago)
- Laboratorio Blanco (Santiago)
- Red Integramédica (Santiago y Regiones)
- Red Megasalud (Santiago y Regiones)
- Sonorad (Santiago y Regiones)

Convenio óptico y laboratorios

Place Vendome online con Imed

- 20% descuento en marcos y cristales.
- 12% descuento en lentes de sol.
- 10% descuento en lentes de contacto.
- Rembolso automatico I-Med para afiliados a Isapres Cruz Blanca, Consalud, Banmédica y Vida Tres

Laboratorio Blanco

- 30% exámenes y procedimiento (excepto en cardiológicos, electroencefalograma y medicina nuclear)
- % cardiologicos, electroencefalograma y medicina nuclear.

Convenios dentales

- Uno Salud Dental - 60% descuento sobre arancel base de Uno Salud Dental.
- Red Salud Dental - 60% descuento en todas las prestaciones dentales. Sin trámites para el asegurado.
- Centro Odontológico Padre Mariano - 60% de descuento en todas las prestaciones dentales. Y 10% adicional en las sedes Alcántara, Burgos, Tenderini y Alameda.

Beneficio IMED

Las compañías coaseguradoras contemplan, en caso de que el monto reclamado sea pagado inmediatamente sin sujetarse a la liquidación establecida en el D.S.1055, el beneficio adicional de reembolso automático a través de sistema de huella digital (administrado por I-MED) en los mismos porcentajes y topes del plan contratado para los siguientes gastos ambulatorios: Consulta General y Especializada, Exámenes de Laboratorio y Radiológicos, Kinesiología y Procedimientos Ambulatorios de baja complejidad.

Este beneficio puede ser utilizado en cualquiera de los Prestadores e Instituciones de salud que tengan el servicio habilitado. El aporte de la Compañía se efectuará una vez realizada la bonificación por el Sistema de Salud Previsional del asegurado.

Para acceder a este sistema de reembolso automático, la Compañía deberá contar con el RUT del asegurado titular y los de sus dependientes, los que deberán ser informados oportunamente a la Compañía.

Igualmente, en caso de no utilizar este beneficio el asegurado podrá solicitar a la Compañía el reembolso de los gastos producto de las atenciones médicas realizadas.

Ventanilla Única

Este convenio te permite agilizar el proceso de reembolso de las prestaciones hospitalarias, ya que el reembolso es directo entre la Isapre y Aseguradora, por lo asegurado solo pagara el valor correspondiente al copago.

VIGENCIA PÓLIZA COLECTIVA

La vigencia de la póliza colectiva será anual con renovación automática no garantizada.

VIGENCIA COBERTURA INDIVIDUAL

La vigencia de la cobertura individual de cada asegurado comenzará en la fecha señalada en el Certificado de Cobertura que se emita y se extenderá indefinidamente, hasta que se ponga fin a su relación laboral con el contratante o se ponga término a la póliza colectiva, lo que ocurra primero.

EXCLUSIONES

Para cobertura de Fallecimiento:

Este seguro no cubre el fallecimiento del asegurado cuando ésta se produce a consecuencia de, o por complicaciones de:

- a) Suicidio o muerte producida a consecuencia de lesiones auto inferidas. No obstante respecto de la cobertura que otorga esta póliza, la compañía de seguros pagará el capital asegurado a los beneficiarios, si el fallecimiento ocurriera como consecuencia de suicidio, siempre que hubiera transcurrido un (1) año completo e ininterrumpido desde la fecha de incorporación del asegurado o desde el aumento de capital asegurado. En este último caso el plazo se considerará sólo para el pago del incremento del capital asegurado.
- b) Pena de muerte o por participación del asegurado en cualquier acto delictivo, en calidad de autor, cómplice o encubridor.
- c) Negligencia, imprudencia o culpa grave por parte del asegurado, incluyéndose la muerte del asegurado a causa o con ocasión de su estado de ebriedad, o acto delictivo calificados como delito por la ley, cometido en calidad de autor o cómplice, por un beneficiario o quien pudiera reclamar el capital asegurado.
- d) Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no-declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad interior del Estado, ya sea, con participación directa o no del asegurado en estos actos.
- e) Realización de una actividad o deporte riesgoso, aún cuando se practique en forma esporádica, que pueda influir en la apreciación del riesgo, entendiéndose como tal aquellas en que se pone en peligro la vida o integridad física de las personas, que haya sido declarado por el contratante o por el asegurado, al momento de la suscripción de la solicitud de ingreso, y de la cual haya quedado constancia en las Condiciones Particulares.
- f) Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.

Para cobertura de Fallecimiento Accidental:

El presente adicional excluye de su cobertura y no cubre el fallecimiento del asegurado que ocurra a consecuencia de:

- a) Suicidio, cualquiera sea la época en que ocurra o por lesiones inferidas al asegurado por si mismo o por terceros con su consentimiento.
- b) La participación del asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
- c) La práctica de deportes riesgosos tales como: inmersión submarina, montañismo, alas delta, paracaidismo; carreras de caballos, automóviles, motocicletas y lanchas; y otros deportes riesgosos, que hayan sido declarados por el asegurado al momento de contratar el seguro o durante su vigencia y de las cuales haya quedado constancia en las Condiciones Particulares.
- d) La práctica o el desempeño de alguna actividad, profesión u oficio claramente riesgoso, que hayan sido declarados por el asegurado al momento de contratar el seguro o durante su vigencia y de las cuales haya quedado constancia en las Condiciones Particulares.
- e) Que el asegurado se encuentre en estado de ebriedad o bajo los efectos de drogas o alucinógenos. Estos estados deberán ser calificados por la autoridad competente.
- f) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.

Para cobertura de Invalidez Accidental:

El presente adicional excluye de su cobertura la invalidez del asegurado que ocurra a consecuencia de:

- a) Intento de suicidio, cualquiera sea la época en que ocurra o por lesiones inferidas al asegurado por si mismo o por terceros con su consentimiento.
- b) La participación del asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.

c) La práctica de deportes riesgosos tales como: inmersión submarina, montañismo, alas delta, paracaidismo; carreras de caballos, automóviles, motocicletas y lanchas; y otros deportes riesgosos, que hayan sido declarados por el asegurado al momento de contratar el seguro o durante su vigencia y de las cuales haya quedado constancia en las Condiciones Particulares.

d) La práctica o el desempeño de alguna actividad, profesión u oficio claramente riesgoso, que hayan sido declarados por el asegurado al momento de contratar el seguro o durante su vigencia y de las cuales haya quedado constancia en las Condiciones Particulares.

e) Que el asegurado se encuentre en estado de ebriedad o bajo los efectos de drogas o alucinógenos. Estos estados deberán ser calificados por la autoridad competente.

f) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.

3.Exclusiones para cobertura de Salud:

Para la cobertura de Salud, este seguro considera como exclusiones:

- La hospitalización para fines de reposo, como asimismo la hospitalización, rehabilitación, consultas, exámenes y/o tratamientos por enfermedades psiquiátricas y/o psicológicas.

- Curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento.

- Cirugías y/o tratamientos estéticos, cosméticos, plásticos, reparadores, dentales, ortopédicos y otros tratamientos que sean para fines de embellecimiento o que tengan como finalidad corregir malformaciones producidas por enfermedades o accidentes anteriores a la fecha de vigencia inicial del asegurado en la póliza, a menos que sean requeridos por una lesión accidental que ocurra mientras el asegurado se encuentre amparado por la póliza. Tampoco estarán cubiertos los tratamientos secundarios a las cirugías indicadas.

- Tratamientos por adicción a drogas, alcoholismo o tabaquismo. Lesión, enfermedad o tratamiento causado por ingestión de alcohol, somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares, o hechos deliberados que cometa el asegurado, tales como los intentos de suicidio, lesiones auto infringidas y abortos provocados.

- Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), y/o cualquier otro cuadro producido favorecido por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) sus consecuencias y complicaciones.

- Los siguientes tratamientos, estudios o condiciones de salud:

- o La obesidad independientemente del grado de IMC del asegurado, sus tratamientos, consecuencias y complicaciones.

- o Cirugía de reducción mamaria por cualquier causa, aunque sean para fines terapéuticos.

- o Estudios y tratamientos por talla baja, gigantismo y todo tipo de hormonas del crecimiento, así como también Antagonistas LH y RH.

- o Esterilización quirúrgica femenina o masculina independiente de la causa por la cual se indique.

- o Tratamientos para adelgazar.

- Los siguientes insumos o gastos farmacéuticos no se cubrirán, aún cuando éstos sean con fines terapéuticos, ellos son:

- o Insumos ambulatorios.

- o Cualquier tipo de alimento o sustituto alimenticio, aunque tenga fines terapéuticos.

- o Homeopatías y/o Recetario Magistral.

- o Cremas, lociones faciales, jabones, shampoo, filtros solares, medias antiembólicas o para el tratamiento de várices que no incorporan un principio activo.

- Lesión o enfermedad causada por:

- o Guerra civil o internacional, sea que esta haya sido declarada o no, invasión y actividades u hostilidades de enemigos extranjeros.

- o Participación activa del asegurado en rebelión, revolución, insurrección, poder militar, terrorismo, sabotaje, tumulto o conmoción contra el orden público, dentro o fuera del país., así como también cualquier acción ejercida para controlar, evitar o suprimir actos del tipo señalado anteriormente.

- o Participación del asegurado en actos calificados como delitos por la ley.

- o Negligencia, imprudencia o culpa grave por parte del asegurado.

- o Estado de ebriedad o los efectos de drogas o alucinógenos en el asegurado. Estos estados deberán ser calificados por la autoridad competente.

- o Fusión y fisión o cualquier accidente nuclear.

- o Hechos deliberados que cometa el asegurado, tales como los intentos de suicidio, lesiones auto inferidas y abortos provocados.

- Todo tipo de exámenes dentales, extracciones, empastes, cirugías y/o tratamientos dentales en general, como también todo tipo de cirugía maxilofacial, a excepción de 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.

- Aparatos auditivos, lentes o anteojos ópticos y de contacto, prótesis, órtesis, miembros artificiales y suministro de aparatos o equipos médicos y/u ortopédicos, así como también la adquisición o arriendo de equipos, tales como: sillas de ruedas, camas médicas, ventiladores mecánicos, etc.

- Tratamientos, visitas médicas, exámenes, medicamentos, remedios o vacunas para el sólo efecto preventivo, no inherentes o necesarios para el diagnóstico de una incapacidad, a excepción de los gastos por control de niño sano y control ginecológico que serán reembolsados de acuerdo con la cobertura contratada de la póliza.
- Hospitalización domiciliaria, gastos por acompañantes mientras el asegurado se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comida y similares. La atención particular de enfermería fuera del recinto hospitalario, así como también se excluye la atención por auxiliar particular de enfermería intrahospitalaria o fuera del recinto hospitalario.
- Lesión o enfermedad surgida de la ocupación del asegurado, cubierta por la legislación de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.
- Epidemias o pandemias declaradas por la autoridad competente o por el organismo de salud mundial competente, respectivamente.
- Tratamientos, drogas o medicamentos que sean utilizados habitualmente como método anticonceptivo, aun cuando su prescripción se indique como necesaria para el tratamiento de otra enfermedad distinta a la de la anticoncepción. En estos se incluirán anticonceptivos tradicionales o de emergencia, anovulatorios, DIU, métodos de barrera, y otros de similares o de distintos principios.
- Tratamientos homeopáticos, iriología, reflexología y en general tratamientos médicos no tradicionales o experimentales, empíricos y también la medicina alternativa.
- Realización o participación en una actividad o deporte riesgoso, considerándose como tales aquellos que objetivamente constituyan una agravación del riesgo o se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos y que hayan sido declarados por el asegurado y de los cuales haya quedado constancia en las Condiciones Particulares. A vía de ejemplo, y sin que la enumeración sea taxativa o restrictiva, sino que meramente enunciativa, se considera actividad o deporte riesgoso el manejo de explosivos, la minería subterránea, los trabajos en altura o líneas de alta tensión, la inmersión submarina, el pilotaje civil, el paracaidismo, el montañismo, las alas delta, el benji, el parapente, las carreras de autos y motos, entre otros.
- Crio preservación, así como la compra de células madre, sangre, hemoderivados y cualquier otro tejido u órgano.
- Gastos de costo del asegurado que fueron reembolsados por el fondo de los excedentes de cotizaciones del sistema ISAPRE, al cual pertenece el asegurado.
- Gastos que no estén expresamente indicados en el Cuadro de Beneficios detallado en las Condiciones Particulares de la Póliza, como asimismo, gastos de exámenes y procedimientos a través de nuevas tecnologías no reconocidas por el sistema previsional de salud, los cuales para obtener la cobertura otorgada por esta póliza, deberán contar con la aprobación de la compañía de seguros.

4.Exclusiones para cobertura de Dental:

Para la cobertura Dental, este seguro considera como exclusiones:

- Lesiones auto inferidas por el asegurado o por terceros con su consentimiento cualquiera sea la época en que ocurra y cualquiera sea la causa que lo origine, aun cuando el asegurado hubiera actuado privado de razón.
- Lesión producida por participación en actos calificados como delitos por la Ley.
- Cualquier tratamiento a causa de intento de suicidio; lesiones o enfermedades producidas por actos de guerra, declarada o no, o a consecuencia de un motín, desórdenes populares, actos o atentados terroristas de cualquier naturaleza, riñas, huelga o conmoción civil.
- El reemplazo o pérdida de cualquier prótesis, a menos que ésta haya sido elaborada o instalada a lo menos 5 años antes del reemplazo y en opinión del odontólogo, no pueda restaurarse.
- Los empastes de oro o materiales empleados con fines cosméticos o de embellecimiento. El reemplazo de dentadura natural, excepto en el caso en que tales dentaduras sean necesarias para reemplazar piezas dentales extraídas mientras la persona se encuentre amparada por esta cobertura.
- Cualquier tratamiento correctivo de malformaciones genéticas o hereditarias y alteraciones del desarrollo musculo esquelético facial, secuelas de enfermedades, tratamientos defectuosos, iatrogenia o traumatismo.
- Cualquier gasto originado por otras terapias reembolsados por otra cobertura de la presente póliza.
- Cualquier gasto dental que tenga su origen en tratamientos no especificados en las coberturas que contempla este adicional.
- Gastos dentales que no estén expresamente indicados en el Cuadro de Beneficios detallado en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- Cualquier procedimiento dental realizado por Cirujanos-Dentistas no habilitados ni autorizados legalmente para practicar la odontología humana.
- Medicamentos, exceptuando antibióticos, analgésicos, antiinflamatorios y relajantes musculares que sean recetados por el cirujano dentista exclusivamente para el tratamiento dental.
- Cualquier tratamiento dental cuya finalidad sea de embellecimiento, estética o de carácter psicológico, o para corregir malformaciones producidas por enfermedades o accidentes anteriores a la fecha de inicio de vigencia de la cobertura del asegurado.
- Procedimientos de profilaxis realizadas dentro de los 6 meses siguientes de efectuado un procedimiento similar.
- El reemplazo o pérdida de cualquier prótesis, a menos que ésta haya sido elaborada o instalada a lo menos 5 años antes del reemplazo y en opinión del odontólogo, no pueda restaurarse.

- Los empastes de oro o materiales empleados con fines cosméticos o de embellecimiento. El reemplazo de dentadura natural, excepto en el caso en que tales dentaduras sean necesarias para reemplazar piezas dentales extraídas mientras la persona se encuentre amparada por esta cobertura.
- Cualquier tratamiento correctivo de malformaciones genéticas o hereditarias y alteraciones del desarrollo musculo esquelético facial, secuelas de enfermedades, tratamientos defectuosos, iatrogenia o traumatismo.
- Cualquier gasto originado por otras terapias reembolsados por otra cobertura de la presente póliza.
- Cualquier gasto dental que tenga su origen en tratamientos no especificados en las coberturas que contempla este adicional.
- Gastos dentales que no estén expresamente indicados en el Cuadro de Beneficios detallado en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- Cualquier procedimiento dental realizado por Cirujanos-Dentistas no habilitados ni autorizados legalmente para practicar la odontología humana.
- Medicamentos, exceptuando antibióticos, analgésicos, antiinflamatorios y relajantes musculares que sean recetados por el cirujano dentista exclusivamente para el tratamiento dental.
- Cualquier tratamiento dental cuya finalidad sea de embellecimiento, estética o de carácter psicológico, o para corregir malformaciones producidas por enfermedades o accidentes anteriores a la fecha de inicio de vigencia de la cobertura del asegurado.
- Procedimientos de profilaxis realizadas dentro de los 6 meses siguientes de efectuado un procedimiento similar.
- Lesiones o enfermedades producidas como consecuencia de epidemias oficialmente declaradas o fenómenos de la naturaleza declarados como catástrofe nacional, como también accidentes por experimentos de energía atómica o nuclear.
- Fluoraciones y otros tratamientos dentales preventivos.
- Los accidentes del trabajo previstos en la Ley 16.744 o en el texto legal que la reemplace y los accidentes del tránsito protegidos por la ley N° 18.490, Seguro Obligatorio de Accidentes Personales Causados por Circulación de Vehículos Motorizados o en el texto legal que la reemplace, hasta el monto que éstas cubran.

COASEGURO

La Compañía que asume el riesgo es Zurich Chile Seguros de Vida S.A. en coaseguro con Zurich Santander Seguros de Vida Chile S.A., de acuerdo a la siguiente proporción:

Compañía Aseguradora	RUT	% de participación
Zurich Chile Seguros de Vida S.A.	99.185.000-7	90
Zurich Santander Seguros de Vida Chile S.A.	76.590.840-K	10

Intermedia Santander Corredora de Seguros Limitada.

El detalle de las coberturas, características y exclusiones se encuentran en las condiciones generales depositadas en el registro de pólizas de la CMF, inscritas bajo los códigos POL320240117, POL320240115; POL320220124; CAD320130889; CAD320130888; POL220240116 .

La Compañía que asume el riesgo es Zurich Santander Seguros de Vida Chile S.A. en coaseguro con Zurich Chile Seguros de Vida S.A.. Intermedia Santander Corredora de Seguros Ltda. El detalle de las coberturas y exclusiones se encuentran señaladas en las condiciones generales depositadas en el registro de pólizas de la CMF bajo el código POL220240116 (CAD320130888 y CAD320130889) , POL320240115, POL320240117 y en las condiciones particulares. Póliza Colectiva. Para ingresar al seguro el pagador deberá ser cliente del Banco Santander al momento de contratar el seguro. Requisitos de contratación min de 5 trabajadores titulares y máximo de 100. Asegurados deben estar afiliados a Isapre o Fonasa B, C o D. Seguro de renovación anual no garantizada.