

DEDUCIBLE FAMILIAR	Monto
Titular solo	UF 0,5
Titular con una carga	UF 1,0
Titular con dos o mas cargas	UF 1,5

(**) Para las prestaciones prótesis fijas y removibles, implante dental y ortodoncia, se considera un período de carencia de 6 meses.

(*) Incluye antibióticos, antiinflamatorios, analgésicos y relajantes musculares, que sean recetados por el cirujano-dentista exclusivamente para el tratamiento dental.

Capitales Asegurados

Vida y Adicionales

COBERTURAS	Capital UF
Fallecimiento	24 Rentas
Muerte Accidental	24 Rentas
Invalidez Accidental	24 Rentas
Invalidez Total y Permanente 2/3	24 Rentas

Requisitos de Asegurabilidad

Vida y Adicionales

COBERTURAS	Edad Máxima Ingreso	Edad Máxima Permanencia
Fallecimiento	64 años y 364 días	Cumpliendo 70 años
Muerte Accidental	64 años y 364 días	Cumpliendo 65 años
Invalidez Accidental	64 años y 364 días	Cumpliendo 65 años
Invalidez Total y Permanente 2/3	64 años y 364 días	Cumpliendo 65 años

Salud y Ampliado

ASEGURADOS	Edad Máxima Ingreso	Edad Máxima Permanencia
Titular	64 años y 364 días	Cumpliendo 66 años
Cónyuge	64 años y 364 días	Cumpliendo 66 años
Hijos	23 años y 364 días	Cumpliendo 24 años

(*) Los hijos podrán ingresar al seguro desde el momento de su nacimiento siempre que el parto se encuentre cubierto por esta póliza. En caso contrario, la fecha de ingreso será desde los 14 días de vida.

(**) Los dependientes hijos estarán cubiertos hasta los 24 años, siempre y cuando sean solteros y estudiantes a tiempo completo

Información Relevante

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

Complementario de Salud y Salud Ampliado: Descritas en el artículo N° 6 Condiciones Generales (POL 3 2022 0180).

Muerte Accidental: Detalladas en el artículo N° 3 de la Cláusula Adicional (CAD 3 2013 0167).

Invalidez Accidental: Detalladas en el artículo N° 3 de la Cláusula Adicional (CAD 3 2013 0193).

Invalidez Total y Permanente 2/3: Detalladas en el artículo N° 3 de la Cláusula Adicional (CAD 3 2013 0165).

Cobertura Cuota Mortuoria: No aplican exclusiones para esta Cláusula Adicional (CAD 2 2014 0205).

El riesgo es cubierto por MetLife Chile Seguros de Vida S.A. y se rige por las Condiciones Generales depositadas en la CMF. Intermedia Mercer Marsh Beneficios, quien es Mercer Corredores de Seguros, RUT 78.734.410-0 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 Cruz Verde, Salcobrand y Ahumada, la entrega de los descuentos correspondientes en su red de farmacias.

La vigencia de la póliza se extiende desde el 01 de Mayo del 2023 al 30 de Abril del 2024.



Seguro Complementario Salud – Plan de Beneficios

BENEFICIOS HOSPITALARIOS	Reembolso (%)	Tope por Prestación, Diarios- Evento (UF)	Tope Anual (UF)
Día cama hospitalización	80%	UF 4	Sin tope
Día cama UTI/UCI	80%	UF 5	Sin tope
Servicios hospitalarios	80%	-	Sin tope
Honorarios médicos quirúrgicos	80%	-	Sin tope
Gasto donante vivo	100%	-	UF 30
Gasto donante post mortem	100%	-	UF 30
Servicio de ambulancia terrestre	80%	UF 20	Sin tope
GES/CAEC	100%	-	Sin tope

MATERNIDAD	Reembolso (%)	Tope por Prestación, Diarios- Evento (UF)	Tope Anual (UF)
Parto normal	100%	UF 25	Sin tope
Cesárea	100%	UF 30	Sin tope
Complicaciones embarazo	100%	UF 40	Sin tope
Complicaciones del parto	100%	UF 40	Sin tope
Aborto involuntario y/o Interrupción voluntaria del embarazo en casos autorizados por ley	100%	UF 10	Sin tope

BENEFICIOS AMBULATORIOS	Reembolso (%)	Tope por Prestación, Diarios- Evento (UF)	Tope Anual (UF)
Cirugía ambulatoria	70%	-	UF 60
Consultas médicas	70%	UF 1	Sin Tope
Exámenes de laboratorio	70%	-	Sin Tope
Exámenes de imagenología, radiografía, ultrasonografía y medicina nuclear	70%	-	Sin Tope
Procedimientos de diagnóstico y terapéuticos no quirúrgicos	70%	-	Sin Tope

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS	Reembolso (%)	Tope por Prestación, Diarios- Evento (UF)	Tope Anual (UF)
Medicamentos ambulatorios no genéricos ni bioequivalentes	70%	-	UF 20
Medicamentos ambulatorios inmunosupresores o inmunomoduladores	70%	-	
Medicamentos ambulatorios antineoplásicos.	70%	-	
Medicamentos ambulatorios bioequivalentes	70%	-	
Medicamentos ambulatorios genéricos	100%	-	Sin Tope

SALUD MENTAL	Reembolso (%)	Tope por Prestación, Diarios- Evento (UF)	Tope Anual (UF)
Consulta / sesión psicología/psiquiatría, psicopedagogía	70%	UF 1	UF 20
Psicología/psiquiatría hospitalaria	70%	-	

OTROS BENEFICIOS ADICIONALES	Reembolso (%)	Tope por Prestación, Diarios- Evento (UF)	Tope Anual (UF)
Cristales, marcos y lentes de contactos	70%	UF 4	Sin tope
Prótesis y órtesis (incluye audífonos)	70%	UF 40	Sin tope
Aparatos auditivos	70%	UF 30	Sin tope
Bono PAD	100%	UF 90	Sin tope
Estudio preventivo urológico	100%	UF 1	Sin tope
Estudio preventivo de la mama	100%	UF 1	Sin tope
Disforia de genero	60%	UF 50	Sin tope
Cirugía ocular (lasik dioptria 3 o mas)	60%	UF 7 por ojo	UF 14
Día cama Home Care	100%	UF 5	Sin tope
Obesidad (estudio y tratamiento) imc 40 o 35 con patologías	80%	-	UF 40
Material de yeso	100%	-	Sin tope
Kinesiología y fonoaudiología	60%	-	UF 50
Consulta nutricionista	60%	UF 0,5	UF 10
Cirugía plástica o maxilofacial por accidente	60%	UF 50	Sin tope
Implante coclear	80%	-	UF 15
Cirugía reducción mamaria	80%	-	UF 15

Cobertura en Extranjero Ídem Plan

Monto Máximo Anual por Asegurado UF 500

DEDUCIBLE FAMILIAR	Monto
Trabajador Solo	UF 0,8
Trabajador con 1 carga	UF 1,6
Trabajador con 2 o más cargas	UF 2,4

(*) Los topes de cada cobertura no podrán ser superiores al tope anual por asegurado detallado en el Artículo del Condicionado Particular.

(**) Incluye bonificación de Medicamentos en línea de Farmacias Cruz Verde, Salcobrand y Ahumada.

(***) Cuando el gasto no tenga cobertura Isapre/Fonasa, la compañía bonificará según plan sobre el 50% del valor de la prestación. Lo anterior no será válido para reembolsos de los Medicamentos Ambulatorios, Gastos Ópticos y Salud Mental. Será obligación la presentación de los documentos debidamente timbrados y firmados por la Institución de Salud, acreditando que el gasto no es reembolsable.

(****) BMI: Si el aporte del Sistema de Salud Previsional es menor al 50%, el reembolso de la Compañía será sobre el 50% del costo directo de la prestación, monto sobre el cual se aplicarán los porcentajes, topes y deducibles del plan contratado. Se exceptúa de esta condición Medicamentos Ambulatorios, Gastos Ópticos y Salud Mental, en caso que alguna de éstas esté contratada.

(*****) BMI Clínicas Caras Clínicas Alemana, Las Condes, Los Andes, UC San Carlos Apoquindo: Si el aporte del sistema de Salud Previsional es menor al 40%, el reembolso de la compañía será calculado considerando que el Sistema de Salud Previsional reembolsó 40% del costo de la prestación, por lo que el copago del asegurado es del 60% monto sobre el cual se aplicarán los porcentajes, topes y deducibles del plan contratado. Se exceptúa de esta condición Medicamentos Ambulatorios, Gastos Ópticos y Salud Mental, en caso que alguna de éstas esté contratada.

(******) Plazo de presentación de Siniestros: 60 días

(******) Metlife Orienta

Seguro de Salud Ampliado – Plan de Beneficios

BENEFICIOS HOSPITALARIOS	Reembolso (%)	Tope por Prestaciones (UF)	Tope Anual (UF)
Día cama hasta 30 días	100%	-	Sin Tope
Exceso día cama (desde día 31)	100%	-	Sin Tope
Día cama UTI / UCI	100%	-	Sin Tope
Home Medical	100%	-	Sin Tope
Enfermera profesional	100%	-	Sin Tope
Servicios hospitalarios y HMQ	100%	-	Sin Tope

MATERNIDAD	Reembolso (%)	Tope por Prestaciones (UF)	Tope Anual (UF)
Complicaciones del Embarazo	100%	-	Sin Tope

BENEFICIOS AMBULATORIOS	Reembolso (%)	Tope por Prestaciones (UF)	Tope Anual (UF)
Cirugía ambulatoria	100%	-	Sin Tope
Consulta médica ambulatoria	100%	-	Sin Tope
Exámenes y procedimientos	100%	-	Sin Tope
Medicamentos ambulatorios	50%	-	Sin Tope
Psicología y psiquiatría amb/hosp.	100%	-	Sin Tope
Prótesis y órtesis (implantadas quirúrgicamente)	100%	-	UF 20
Kinesiología y fonoaudiología	100%	-	Sin Tope
Drogas oncológicas	100%	-	Sin Tope
Sin cobertura isapre o fonasa	50%	-	Sin Tope
Traslado en ambulancia	100%	-	Sin Tope
Yeso	100%	-	Sin Tope
Deducible GES/CAEC	100%	-	Sin Tope
Cirugía dental por accidente o enfermedad	100%	-	Sin Tope

Cobertura en el Extranjero 50% de Plan

Gastos no bonificables por un Sistema de Salud Previsional 50%

Deducible Anual por Beneficiario UF 500 de consumo del plan de salud

Monto Anual de Reembolso por Beneficiario UF 2.000

Plan Dental

COBERTURA	Reembolso Convenio (%)	Reembolso Libre Elección (%)	Tope Anual (UF)
Radiología intraoral, higienización o limpieza general, endodoncia, operatoria dental sin laboratorio, cirugía bucal simple, consulta dental, radiología oral, operatoria dental completa, periodoncia, cirugía bucal completa, disfunción, prótesis fija (**), prótesis removible (**), implantes dentales (**), laboratorio dental, medicamentos (*), ortodoncia (**)	50%	50%	UF 15