

además las razones por las cuales no obtiene el beneficio. De lo anterior se exceptúan los Medicamentos Ambulatorios, Prótesis y Órtesis, Gastos Ópticos, Psiquiatría y Psicología, en caso que alguna de éstas esté contratada.

### ❖ Vigencia y renovación

La vigencia de la póliza será anual y está sujeta a renovación por el lapso, condiciones y prima que autorice la Compañía.

### ❖ Exclusiones

Las principales exclusiones de este producto son las que se originen por:

- Tratamientos, visitas o consultas médicas, exámenes, medicamentos, remedios o vacunas para el solo efecto preventivo, no inherente o necesario para el diagnóstico de una incapacidad.
- Hospitalización, rehabilitación, consultas, exámenes y tratamientos por enfermedades psicológicas y/o psiquiátricas.
- Curas de reposo, hospitalizaciones para fines de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento.
- Cirugías y/o tratamientos médicos, estéticos, cosméticos, plásticos, reparadores, maxilofaciales, ortopédicos y otros tratamientos que sean con fines de embellecimiento, a menos que sean requeridos por una lesión accidental que ocurra mientras el asegurado se encuentre amparado por la póliza.
- Cirugías y/o tratamientos médicos, estéticos, cosméticos, plásticos, reparadores, maxilofaciales, ortopédicos y otros tratamientos que tengan por objetivo corregir malformaciones congénitas.
- Tratamientos por adicción a drogas, alcoholismo o tabaquismo y sus consecuencias, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), lesión, enfermedad o tratamientos causado por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares.
- Lesión o enfermedad causada por guerra, participación en rebelión, terrorismo, negligencias, imprudencias, actos delictivos, suicidios, lesiones auto inferidas o abortos provocados.
- Lesión o enfermedades surgidas de la ocupación del asegurado, cubierta por la legislación de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.
- 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 grave peligro la vida o integridad física de las personas.

El total de exclusiones correspondientes al riesgo que es cubierto por Compañía de Seguros de Vida Consorcio Nacional de Seguros S.A., se encuentran según las Condiciones Generales incorporadas al Depósito de Pólizas de la Superintendencia de Valores y Seguros bajo los códigos POL 320131719.



Julio 2017



NUEVO  
**Seguro**  
**Complementario**  
**de Salud Plus**

"Entrega a los asegurados y su grupo familiar una mayor protección"

**TU VIDA ES LO QUE NOS MUEVE**



f /ConsorcioCL @Consorcio\_CL You Tube /ConsorcioCL

Contáctanos en  
www.consorcio.cl

Llámanos al  
600 221 3000

## ❖ NUEVO SEGURO COMPLEMENTARIO DE SALUD PLUS

Nuevo Seguro Complementario de Salud Plus diseñado para entregar una mejor protección en gastos médicos y dentales a los trabajadores asegurados y a su grupo familiar, incorporando **cobertura de preexistencias**.

La póliza contratada dará cobertura al asegurado titular y a su Grupo Familiar, entendiendo por tales, su cónyuge o conviviente, hijos y **padres del asegurado titular**. Los trabajadores y su Grupo Familiar deben estar afiliados a un Sistema de Salud Previsional (Isapre o Fonasa).

### ❖ **Condiciones Generales y Adicionales asociados a este producto son:**

- PÓLIZA COLECTIVA COMPLEMENTARIO DE SALUD POL 320131719.

### ❖ **¿Qué personas pueden ingresar a este seguro?**

Pueden ingresar los trabajadores activos o afiliados que mantienen vínculo contractual con la empresa, asociación gremial o sindicato contratante. El trabajador, como asegurado titular, podrá incorporar además a su cónyuge o conviviente, hijos y padres del asegurado titular, de acuerdo a la siguiente tabla:

❖ Cobertura	❖ Edad mínima de ingreso	❖ Edad máxima de ingreso	❖ Edad Permanencia
Titular	18 años	Sin Tope	Sin Tope
Cónyuge o conviviente	18 años	Sin Tope	Sin Tope
Hijos <sup>(1)</sup>	Desde el día de nacimiento	23 años y 364 días	24 años y 364 días
Cargas duplo	Desde el día de nacimiento	Sin Tope	Sin Tope
Padres <sup>(2)</sup>	Sin Tope	Sin Tope	Sin Tope

(1) En caso de hijos estudiantes a tiempo completo, solteros y dependientes económicamente del titular.

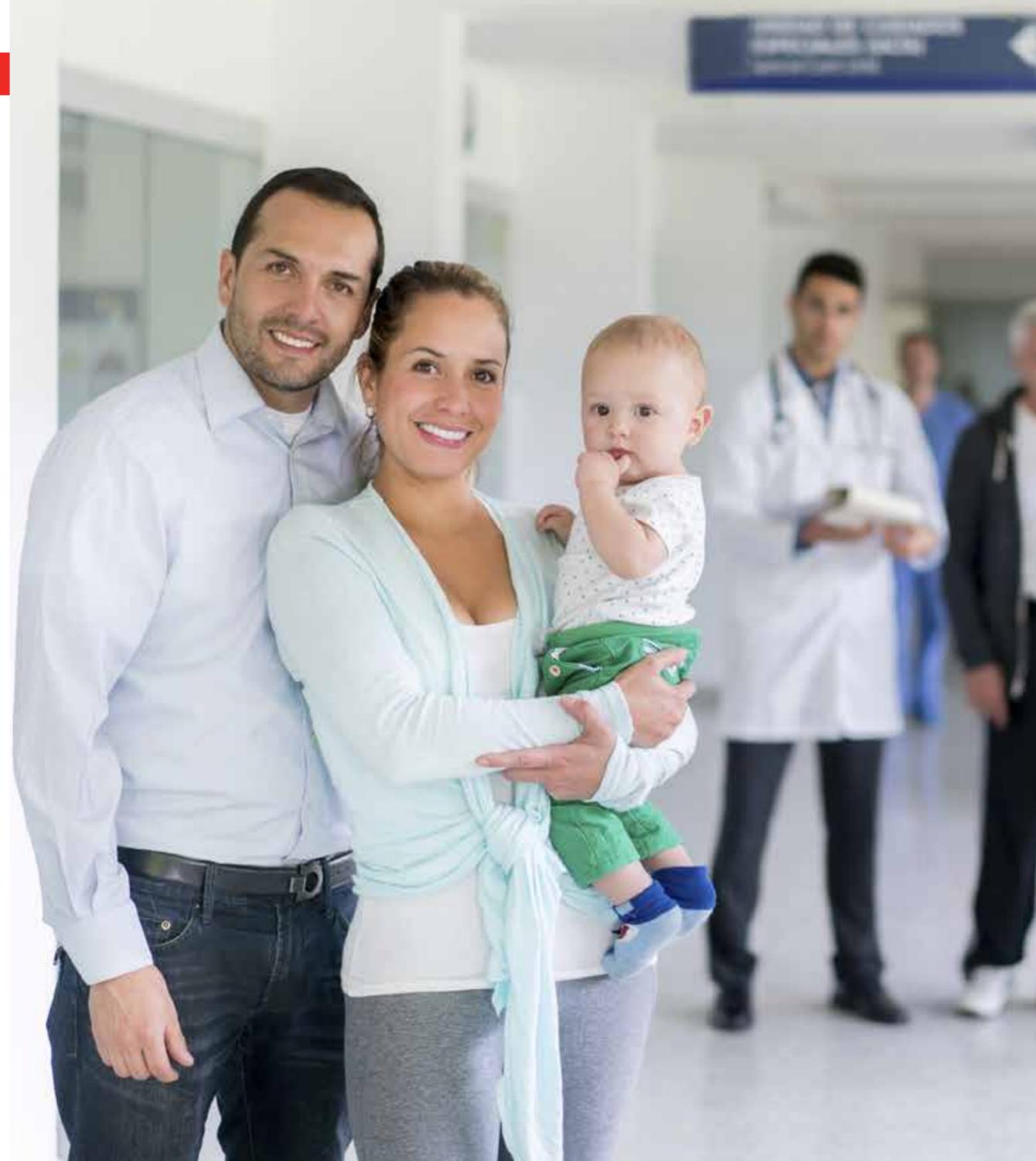
(2) La cobertura no se encuentra condicionada a que sean carga legal del titular.

Durante la vigencia del contrato podrán incorporarse los nuevos trabajadores de la empresa con su respectivo grupo familiar (hijos recién nacidos y cónyuges por matrimonio recién contraído o conviviente) debiendo notificar de estos hechos a la compañía aseguradora.

### ❖ **Plan de beneficios padres :**

Tope anual de reembolso por Beneficiario	UF 100
Cobertura en el Extranjero (se reduce el Plan de Beneficios)	50%
Asegurados No afiliados a un Sistema de Salud Previsional (porcentaje de reembolso)	0%
Gastos No bonificables por un Sistema de Salud Previsional (se considera que se reembolsó)	50%

❖ BENEFICIO HOSPITALIZACIÓN	% Bono	% Libre Elección	Tope Prestación UF	Tope Anual UF
Día Cama	80%	80%	2	Sin Tope
Día Cama UTI/UCI	80%	80%	4	Sin Tope
Servicios Hospitalarios	50%	50%		Sin Tope



BENEFICIO AMBULATORIO	% Bono	% Libre Elección	Tope Prestación UF	Tope Anual UF
Consulta Médica	50%	50%	0,3	Sin Tope
Exámenes de Laboratorio	35%	35%		
Exámenes de Imagenología, ultrasonido y medicina nuclear	35%	35%		Sin Tope
Procedimientos de diagnósticos	35%	35%		
Procedimientos Terapéuticos (incluye los insumos ambulatorios no asociados a una cirugía)	35%	35%		60
Cirugía ambulatoria	50%	50%		Sin Tope

### ❖ **¿Cómo se solicitan los reembolsos de gastos médicos y/o dentales?**

Existen 3 canales para reembolsar los gastos médicos y/o dentales, para los cuales existe un plazo máximo de 60 días para ser presentados:

**1.- IMED:** los gastos médicos que correspondan a Consulta Médica General, Especialidades y Mental, Procedimientos de Diagnóstico, Exámenes, Fonoaudiología y Kinesiología, se bonificarán en línea (en las instituciones que tengan habilitadas el sistema IMED). Este gasto no debe ser presentado en la compañía, dado que ya se encontrará reembolsado.

**2.- Portal de Reembolso:** es posible solicitar reembolsos de gastos médicos, dentales ambulatorios y medicamentos sin formulario con copago máximo de 7 UF. La ruta de acceso directo es <https://www.consortio.cl/reembolso-medico> y el ingreso es mediante Rut y clave del asegurado titular.

**3.- Tradicional:** efectuado un gasto médico/dental reembolsable y luego de obtener el aporte correspondiente de la Isapre, Fonasa o cualquier otro beneficio de salud, debe presentarse la siguiente documentación:

- Formulario de Denuncio Reembolso Gastos Médicos o Dental completado solo por el asegurado: para gastos ambulatorios y hospitalarios Sección B del formulario, para gastos dentales Parte I del formulario.

- Adjuntar documentos originales extendidos a nombre del paciente, tales como facturas, copias del afiliado de bonos u órdenes de atención.

- Para los gastos de hospitalización se debe presentar el programa médico timbrado por Isapre o Fonasa, con originales de bonos si corresponde y otros comprobantes de gastos, tales como fotocopia de facturas y/o boletas, detalles de cuenta que incluyan medicamentos, días de hospitalización, procedimientos, cirugías, etc., fotocopias de boletas de honorarios médicos, prefacturas, etc.

- Para los gastos de farmacia ambulatoria se debe presentar la receta original a nombre del beneficiario (nombre y apellidos completos) timbradas por la farmacia, más la boleta original, la que se debe identificar el o los medicamentos y su costo unitario, adjunto a los Denuncios de Reembolso.

- Para recetas a permanencia o por tratamiento prolongado, se deberá presentar en la primera ocasión el original de la receta. Para las siguientes bonificaciones diferidas, se deberá presentar una fotocopia de la misma, a la que se adjuntará la boleta de la farmacia con el detalle de los medicamentos y su timbre correspondiente.

Ante una presentación no cubierta por la Isapre, pero cubierta por el Seguro Complementario de Salud, es requisito que se adjunte a la documentación requerida, la boleta original del gasto médico con timbre de la Isapre "No Bonificable", informando