



TU

Guía de uso y consultas

SEGURO COMPLEMENTARIO DE SALUD

COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA
CONSORCIO NACIONAL DE SEGUROS S.A.

SEGURO

PREVISION

AHORRO

CREDITO





DESDE 1916, CONSORCIO ES UNA COMPAÑIA LIDER EN SERVICIOS FINANCIEROS DE EXCELENCIA.

CONSORCIO, FUNDADO EN 1916, COMENZO SOLO COMO UNA COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA, TRANSFORMANDOSE A FINES DEL AÑO 1999 EN UNA ENTIDAD CON CAPITALES 100% CHILENOS.

COMO RESULTADO DE ESTA GESTION, INCORPORO UNA AMPLIA GAMA DE PRODUCTOS Y SERVICIOS PARA SATISFACER INTEGRAMENTE LAS NECESIDADES FINANCIERAS DE SUS CLIENTES SUSTENTANDO SU OFERTA EN LOS 4 PILARES, SEGUROS, PREVISION, AHORRO Y CREDITOS.

HOY EN DIA, CONSORCIO POSEE COBERTURA GEOGRAFICA NACIONAL Y UNA LARGA TRAYECTORIA EN CHILE.

ACTUALMENTE ADMINISTRA UN FONDO DE MAS DE US\$8.500 MILLONES A TRAVES DE SUS FILIALES, EMPLEANDO A MAS DE 2.500 PERSONAS.

EL DESARROLLO DE NUESTRO NEGOCIO, ES EL RESULTADO DE LA CONFIANZA Y CRECIMIENTO DE NUESTROS CLIENTES.

ESTA GUIA

TE AYUDARA A ENCONTRAR

RESPUESTAS A LAS DUDAS

MAS FRECUENTES SOBRE

LAS CARACTERISTICAS,

CONCEPTOS, BENEFICIOS

Y FUNCIONAMIENTO

DEL SEGURO COMPLEMENTARIO DE SALUD.





1

¿QUE ES EL SEGURO COMPLEMENTARIO DE SALUD DE CONSORCIO?

Pensando en ti y tu familia, Consorcio tiene a tu disposición diversos planes de Seguros Complementarios de Salud que pueden ser contratados a través de tu empleador, asociación gremial o sindicato al que te encuentres afiliado.

Según el plan contratado por tu empresa, Consorcio reembolsará un porcentaje de aquellos gastos médicos incurridos por el asegurado no cubiertos por el Sistema Previsional de Salud (Isapre o Fonasa). Una vez efectuado un gasto médico, es prioritario y obligatorio que antes de hacer uso de este seguro se hayan solicitado todos los reembolsos correspondientes del sistema previsional u otros seguros o planes que posea el asegurado.

2

¿QUE PERSONAS PUEDEN INGRESAR A ESTE SEGURO?

Pueden ingresar a este seguro los trabajadores activos o afiliados que mantienen vínculo contractual con la empresa, asociación gremial o el sindicato contratante, pasando a ser el asegurado titular. Este podrá incorporar además a su cónyuge e hijos, los cuales deben ser señalados expresamente, haciendo llegar a Consorcio todos los antecedentes requeridos en la solicitud correspondiente.

Es requisito para ingresar al seguro, que el titular y su cónyuge sean menores a 65 años de edad. Los hijos deben ser menores de 18 años de edad o menores de 24 años de edad en el caso de estudiantes a tiempo completo, solteros y dependientes económicamente del titular, lo que debe ser acreditado con el certificado de estudio correspondiente. Cabe destacar que según el plan contratado por tu empresa, estos límites de edad podrán variar.

Durante la vigencia del contrato sólo podrán incorporarse los nuevos trabajadores de la empresa con su cónyuge e hijos, con notificación expresa y previa aceptación de parte de la compañía aseguradora o bien nuevos dependientes (hijos recién nacidos y cónyuges por matrimonio recién contraído).



3

¿COMO SE INGRESA AL SEGURO COMPLEMENTARIO DE SALUD?

Para ingresar al seguro, cada asegurado titular deberá completar el formulario de solicitud de incorporación con todos los antecedentes requeridos tanto para él como para su grupo familiar, junto con la firma y timbre de la empresa contratante. Además, deberá completar en forma clara y precisa la sección de Declaración de Salud, indicando si él o algún miembro de su grupo familiar, conoce, padece o ha padecido de alguna enfermedad o dolencia. La omisión o falsedad de datos o información, facultará a Consorcio para rechazar el pago de siniestros, excluir de la póliza al asegurado o a alguno de sus dependientes según corresponda, o para rescindir la totalidad del contrato.

4

¿QUE ES EL DEDUCIBLE Y LA CARENCIA?

Si el plan contratado por tu empresa lo contempla, deducible es un monto en UF que será de cargo del asegurado, aplicado anualmente y descontado en los primeros reembolsos solicitados, según las condiciones indicadas en el **Plan de Beneficios** de la póliza. Esto significa que una vez que el asegurado y/o grupo familiar han completado su deducible anual (año póliza), Consorcio reembolsará los gastos de acuerdo al plan contratado.

Carencia corresponde al período durante el cual el asegurado no tiene derecho a percibir los beneficios que otorga una cobertura en particular del seguro, definido en el **Plan de Beneficios** en la póliza.



5

¿QUE BENEFICIOS OFRECE EL SEGURO COMPLEMENTARIO DE SALUD?

Los beneficios, porcentajes de reembolsos y topes a los que puedes acceder, dependen del plan contratado por tu empresa y se especifican en el **Plan de Beneficios** de la póliza.

1) Beneficios Hospitalarios.

Consortio reembolsará un porcentaje de gastos no cubiertos por tu Isapre o Fonasa (copagos), según el plan contratado por tu empresa y que se originan producto de una hospitalización, entendiéndose como tal, que una persona se encuentre registrada como paciente de un hospital o clínica por prescripción médica y que utilice al menos un día completo de servicios.

- a) Días Cama Hospitalización: gasto por habitación, alimentación y atención general de enfermería, suministrada al asegurado durante su hospitalización.
- b) Servicios Hospitalarios: gastos por concepto de servicios del hospital o clínica no incluidos en la letra anterior, tales como salas de urgencia; derecho de pabellón; unidad de tratamiento intensivo; exámenes de laboratorio y radiología; procedimientos especiales; equipos, insumos y medicamentos; otros gastos suministrados al

asegurado durante su hospitalización y que hayan sido debidamente prescritos por el médico tratante como necesarios para el tratamiento de la incapacidad.

- c) Honorarios Médicos Quirúrgicos: los honorarios de profesionales médicos y arsenalera que hubieran intervenido en una operación quirúrgica al asegurado.
- d) Cirugía Dental por Accidente: el tratamiento de lesiones provenientes de un accidente a los dientes naturales, efectuado por un médico cirujano maxilofacial o un odontólogo, siempre que éstas se realicen dentro de los seis (6) meses siguientes al accidente y que este beneficio de hospitalización esté vigente. El tratamiento incluye todo tipo de exámenes dentales, extracciones, empastes, tratamiento dental en general, el reemplazo de dichas piezas dentales accidentadas.
- e) Servicio privado de enfermera profesional durante la hospitalización, siempre que haya sido prescrito por el médico tratante.
- f) Servicio de ambulancia para conducir al asegurado desde y hacia un hospital o clínica local, según las condiciones y el tope en UF establecido en la póliza.
- g) Hospitalización Domiciliaria: se otorgará esta cobertura siempre y cuando la prestación haya sido bonificada por la Isapre, según los porcentajes y topes del beneficio de Día Cama de Hospitalización.
- h) Cirugía Ambulatoria: en caso que un asegurado requiera cirugía sin ser hospitalizado (que no pernocte en el hospital o clínica), se cubrirán los gastos en que incurra por conceptos de Servicios Hospitalarios y Honorarios Médicos sólo en la proporción y hasta el monto máximo por cada incapacidad que se indique en las Condiciones Particulares de la póliza. La clasificación de la complejidad del mismo, estará determinada según la clasificación Fonasa para el tipo de pabellón utilizado.



II) Beneficios Ambulatorios.

Consortio reembolsará, un porcentaje de gastos no cubiertos por tu Isapre o Fonasa según el plan contratado por tu empresa, e incurridos por el asegurado a causa del tratamiento de una incapacidad que no requiere hospitalización, efectuadas o prescritas por un médico tratante, sólo en la proporción y hasta el monto máximo señalado para cada prestación en el **Plan de Beneficios** de la póliza.

III) Beneficio Maternidad.

Consortio reembolsará, un porcentaje de gastos incurridos y excedentes no cubiertos por tu Isapre o Fonasa según el plan contratado por tu empresa, provenientes de la atención del asegurado (titular o cónyuge) por hospitalización, exámenes de laboratorio, procedimientos especiales, derecho a pabellón, honorarios médicos y/o matrona, cualquiera sea el resultado del embarazo: parto, cesárea o aborto involuntario y los cuidados inmediatos del recién nacido (desde el parto hasta el día 4 inclusive). También están cubiertas por este beneficio las complicaciones del embarazo, enfermedades o patologías inherentes al embarazo que requieran de una hospitalización pre o postnatal.

Si la fecha de concepción es anterior al inicio de vigencia del seguro o a la incorporación de la asegurada, Consortio reembolsará los gastos en proporción a los meses de embarazo restantes definidos en base a novenos.

IV) Beneficio Dental.

En caso de que este beneficio fuese contratado por tu empresa, Consortio reembolsará el porcentaje y hasta los topes establecidos en la póliza, los gastos tales como atención de urgencia, controles periódicos, odontología general, ortodoncia, y terapia de todas las especialidades dentales realizadas por un odontólogo, así como los gastos de insumos y laboratorio. Existe una carencia, que se señala en la póliza, para tratamientos de prótesis y ortodoncia.

Adicionalmente, este Seguro Complementario de Salud contempla cobertura en el extranjero. Se reembolsarán los gastos incurridos en el extranjero, siempre y cuando hayan sido bonificados por la Institución Previsional a la cual el asegurado esté afiliado.

6

¿CUALES SON LAS PRESTACIONES QUE REQUIEREN DERIVACION MEDICA?

Si el siguiente listado de prestaciones está contenido en el plan contratado por tu empresa, será requisito para tu bonificación que sean derivadas por un profesional médico, el cual debe extender la correspondiente orden médica:

- Psicología.
- Tratamientos de Kinesiología.
- Fonoaudiología.
- Psicopedagogía.



7 ¿COMO SE SOLICITAN LOS REEMBOLSOS DE GASTOS MEDICOS?

Efectuado un gasto médico reembolsable en virtud de la presente póliza y luego de obtener el aporte correspondiente de la Isapre, Fonasa o cualquier otro beneficio de salud, debe presentarse la siguiente documentación dentro de los plazos establecidos para ello y definidos en el **Plan de Beneficios** de la póliza:

- Formulario de Solicitud Reembolso Gastos Médicos, el cual debe ser completado en su totalidad, incluyendo la Sección Declaración Médica que debe ser completada de puño y letra por el médico tratante.
- 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) timbrada por la farmacia, más la boleta original, la que debe identificar el o los medicamentos y su costo unitario, adjunto a las solicitudes de reembolso. En casos de que la receta sea a permanencia, se debe presentar fotocopia, indicando que es a permanencia, tendrá la validez que en ella se señala no pudiendo superar 6 meses desde la fecha de emisión. Asimismo si la receta es retenida, se debe presentar fotocopia con timbre de farmacia indicando “receta retenida”.

Ante una prestación 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 además las razones por las cuales no obtiene el beneficio. De lo anterior se exceptúan los medicamentos.



8

INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA “SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS”

a) Sección A. - Declaración Médica.

Esta sección debe ser completada de puño y letra por el médico tratante, indicando:

- Nombre del paciente y edad.
- Diagnóstico.
- En caso de embarazo: número de semanas.
- En caso de enfermedad: fecha en que se diagnosticó por primera vez.
- Tratamiento indicado.
- Nombre y Rut del profesional médico.
- Especialidad del profesional médico.
- Teléfono del profesional médico.
- Firma y fecha de presentación de la solicitud.
- Fecha de atención.

b) Sección B. - Declaración del asegurado.

Esta sección corresponde a datos del asegurado. Es esencial la veracidad en todos los datos registrados y que éstos se escriban con letra clara y legible. La responsabilidad de que esta sección esté completa será del asegurado y no de la persona encargada del seguro en la empresa contratante. Esta declaración debe contener lo siguiente:

- Rut del asegurado titular.
- Nombre del asegurado titular.
- Nombre del paciente (titular, cónyuge o hijo).
- Síntomas que originan la visita al médico (describir con palabras sencillas la dolencia o las causas que motivan la consulta médica. Por ejemplo: tos, fiebre, etc.)
- Fecha de presentación de la solicitud.
- Detalle de gastos médicos a reembolsar.
- Firma del asegurado.



En caso de continuación de tratamiento y siempre que la enfermedad esté registrada en Consorcio, debe completarse esta primera sección indicando el número de la liquidación anterior y el diagnóstico. Este dato debe completarse cada vez que se presenten gastos médicos que tengan relación con alguna solicitud presentada anteriormente, y que se refiera al mismo tratamiento, para evitar así el posterior rechazo por no contener la Declaración Médica.

En caso de tratarse de un accidente de tránsito, los gastos médicos deberán ser presentados en primera instancia a la Compañía Aseguradora donde el vehículo tenga vigente la póliza contratada para el Seguro Automotriz Obligatorio (S.O.A.P.). Posteriormente, si existiesen excedentes no cubiertos, remitir estos gastos con el reembolso de la Compañía de Seguros (S.O.A.P.) a la Isapre. Una vez obtenidos los reembolsos de la Isapre se debe enviar a Consorcio la liquidación original de la Isapre. Existirá bonificación siempre y cuando haya quedado un excedente no cubierto por los beneficios anteriores.

Los accidentes del trabajo o trayecto, no tienen cobertura de este seguro.

9 ERRORES MAS FRECUENTES

- Presentación de la Solicitud Reembolso Gastos Médicos fuera de plazo y descrito en el Plan de Beneficios de la póliza, hará perder los derechos del asegurado, liberando a Consorcio del pago de la indemnización que habría correspondido.
- Solicitud Reembolso Gastos Médicos incompleta (falta de firma del médico, diagnósticos, fecha de diagnóstico, sin firmas).
- Solicitud Reembolso Gastos Médicos de prestaciones o productos NO cubiertos por el Plan de Beneficios de la póliza.
- Gastos médicos sin formulario Solicitud Reembolso Gastos Médicos.
- Presentación de gastos sin antes haber sido reembolsados por Sistema Previsional de Salud del asegurado (se exceptúa medicamentos), y cualquier otro beneficio de salud que tenga contratado el asegurado.
- Boletas de medicamentos sin receta original.
- Hospitalizaciones sin detalle de cuenta.



10 GASTOS NO CUBIERTOS POR ESTE SEGURO

Este seguro no cubre ninguno de los beneficios estipulados, cuando se originen por:

- La hospitalización para fines de reposo o psiquiátricos.
- Curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento.
- Los tratamientos estéticos plásticos, dentales, ortopédicos y otros tratamientos que sean para fines de embellecimiento o para corregir malformaciones producidas por enfermedades o accidentes anteriores a la fecha de vigencia de este contrato.
- Cirugía plástica o cosmética, a menos que sea necesitada por una lesión accidental que ocurra mientras el asegurado se encuentre amparado por la póliza, y en caso de que estén específicamente contratados por su empresa.
- Tratamientos por adicción a drogas o alcoholismo, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), lesión, enfermedad o tratamiento 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 autoinferidas o abortos provocados.
- Toda cobertura que no se encuentra expresamente contratada.
- Todo tipo de exámenes dentales, extracciones, empastes y tratamiento dental en general, salvo en caso de que estén específicamente contratados por tu empresa.
- Aparatos auditivos, lentes o anteojos ópticos, prótesis, órtesis, miembros artificiales y suministro de aparatos o equipos ortopédicos. La compañía aseguradora sólo reembolsará uno o más de estos elementos en la medida que estén expresamente indicados en la cobertura de Beneficios Ambulatorios, salvo en caso de que estén específicamente contratados por tu empresa.
- Tratamientos, visitas médicas, exámenes, medicamentos, remedios o vacunas, sólo como efecto preventivo, no inherente 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 a la cobertura, salvo en caso de que estén específicamente contratados por tu empresa.
- La atención particular de enfermería fuera del recinto hospitalario, salvo en caso de que estén específicamente contratados por tu empresa.
- Gastos por acompañantes, mientras el asegurado se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comida y similares.
- Lesión o enfermedades surgidas de la ocupación del asegurado, cubierta por la legislación de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.
- Incapacidades preexistentes.
- Epidemias oficialmente declaradas.