

Manual del Seguro

SEGURO CATASTRÓFICO COLECTIVO PARA TRABAJADORES BANCOESTADO

Vigencia: desde el 01 de abril 2021 al 31 de marzo 2022
N° de Póliza 340007697



ÍNDICE

I. CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO 3

1. Asegurados..... 3

2. Coberturas..... 3

3. Capitales Asegurados 4

4. Deducibles..... 4

5. Requisitos de Asegurabilidad 5

6. Exclusiones de Cobertura 5

II. Funcionamiento del Seguro 6

1. Pago de Beneficios 6

2. Donde presentar la documentación: 6

3. Consultas del Asegurado..... 7

4. Beneficios adicionales 7

I. CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO

1. Asegurados

Asegurado Titular:

Todos los trabajadores que se incorporen, que cumplan con las exigencias establecidas en los “Requisitos de Asegurabilidad”, que tengan contrato de trabajo vigente e indefinido, a tiempo completo con BancoEstado y que residan dentro del territorio nacional.

Asegurados Dependientes:

- a) Cónyuge o Conviviente civil (uno u otro) del Asegurado Titular (de hasta 70 años).
- b) Hijos del Asegurado Titular (de hasta 23 años, solteros y estudiantes a tiempo completo)

2. Coberturas

Las Prestaciones Catastróficas contratadas en esta póliza son las que se detallan en el siguiente Plan de Salud Catastrófico, donde se indican las prestaciones cubiertas y los porcentajes de reembolso. Se reembolsarán los gastos en conformidad al plan, una vez que el asegurado haya hecho uso de su Sistema Previsional de Salud (Isapre o Fonasa). Es criterio del cliente utilizar otros seguros que tuviera contratado previamente a la aplicación de este seguro catastrófico.

Gastos Ambulatorios	Reembolso (%)
Consulta Medica	100%
Exámenes de Laboratorio	100%
Exámenes Radiológicos	100%
Procedimientos de Diagnostico	100%
Procedimientos Quirúrgicos	100%
Medicamentos	50%
Kinesiología	100%
Gastos Hospitalarios	Reembolso (%)
Día Cama	100%
Día Cama UTI / Intermedio	100%
Honorarios Médicos Quirúrgicos	100%
Derecho a Pabellón	100%
Cirugía Dental por Accidente	100%
Servicio Privado de Enfermera	100%
Servicio de Ambulancia (radio 50 km)	100%

Importante

El deducible del **Plan de Salud Catastrófico** será equivalente a UF 126 por asegurado y por evento el cual se activará con la primera presentación de gastos. El evento tendrá una duración **máxima de 3 años**, y se define como Evento a todos los gastos asociados a un mismo diagnóstico.

- De los gastos no bonificados por el Sistema de Salud Previsional (ISAPRE o FONASA), se considerarán como gastos efectivamente incurridos el 50% de éstos, a los cuales se les aplicarán los porcentajes y topes del plan contratado.
- La Compañía aseguradora reembolsará sólo en la proporción y hasta el monto máximo señalado en el “Capital Asegurado”, sin perjuicio del deducible estipulado.
- Cubre los gastos médicos de cualquier evento originado por enfermedad o accidente.
- **Respecto a los gastos incurridos en el extranjero, se considerará el 50% de los gastos incurridos respecto de los beneficios Ambulatorio y de Hospitalización**, siempre que tengan cobertura de Isapre o Fonasa, monto sobre el cual se aplicarán los topes y porcentajes del plan contratado.
- Si los gastos incurridos en el extranjero no tienen cobertura del Sistema de Salud Previsional (Isapre o Fonasa), se considerará el 25% del gasto efectivo, monto sobre el cual se aplicarán los topes y porcentajes del plan contratado.
- No se cubrirán siniestros a causa de enfermedades diagnosticadas o conocidas en fecha anterior a la de ingreso de los asegurados en la póliza.

Definiciones

a) Evento: Todas las prestaciones hospitalarias o ambulatorias asociadas a un diagnóstico por enfermedad o accidente y sus consecuencias posteriores asociadas directamente al diagnóstico principal, con una duración **máxima de tres años** contados desde la fecha de pago del primer reembolso cubierto por esta Póliza. En caso que la enfermedad o accidente que dio origen a un evento objeto de reembolso se prolongue más allá del plazo indicado precedentemente, éste será considerado como un nuevo evento, reinstalándose el deducible y el capital asegurado.

b) Conforme lo establecido en el Art. 2° de las Condiciones Generales, se considerará como ampliación de la cobertura de Hospitalización, la hospitalización domiciliaria cuando ésta sea prescrita expresamente por el médico tratante y otorgada por una institución reconocida.

c) Para efectos señalados en el Art. 3°, N° 14 de las Condiciones Generales, se considerará como hospitalización, todos aquellos eventos que presten servicios de radioterapia, quimioterapia y diálisis, inclusive en forma ambulatoria, siempre y cuando se realicen en centros debidamente calificados.

Así mismo, los fármacos de la terapia del cáncer se cubrirán en un 100% sólo si corresponden a un tratamiento intrahospitalario y son comprados en el mismo hospital. Si el tratamiento es ambulatorio, la cobertura corresponderá al porcentaje indicado en el cuadro de beneficios indicado en la póliza como prestación ambulatoria. En caso de una situación especial, como sería la compra extrahospitalaria de tales fármacos, encontrándose el paciente recibiendo tratamiento hospitalario, la Compañía podrá determinar si corresponde el beneficio de la cobertura al 100%, siempre y cuando existan antecedentes que ameriten su evaluación.

En el caso la Diálisis, esta será cubierta bajo el ítem de procedimiento. Habitualmente las Diálisis se realizan en forma ambulatoria. Sin embargo, en el caso que se desarrolle de manera intrahospitalaria, mantendrá su porcentaje bajo el ítem de procedimiento descrito en el plan de beneficios de la póliza.

Ampliación de Beneficios Plan de Salud Catastrófico

a) Los gastos médicos "HOSPITALARIOS" relativos al **Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)**, serán cubiertos en un 100%; no así los gastos ambulatorios por esta enfermedad, los que se mantendrán excluidos de toda cobertura.

b) Los gastos médicos relativos a maternidad, se encuentran excluidos de esta póliza. No obstante lo anterior, cuando el embarazo ocurre dentro de la vigencia de esta póliza, la compañía otorgará cobertura a los gastos médicos provenientes de **complicaciones derivadas del embarazo**, tales como Inercia Uterina y Septicemia. **En ningún caso esta póliza, cubrirá gastos médicos provenientes de abortos, cesáreas o parto natural.** Al considerarse algún evento que sea diagnosticado como Complicación del Embarazo, nunca podrán incluirse los costos asociados al parto.

b) Respecto de lo dispuesto en el Art. 3, N° 3 de las Condiciones Generales de la póliza en análisis, esta Compañía considerará en calidad de asegurados, a los hijos desde el momento mismo de su nacimiento, no procediendo la exclusión relativa a los primeros 14 días de vida.

3. Capitales Asegurados

El Capital Asegurado se expresará en **Unidades de Fomento (UF)**.

Cobertura	Capital por Asegurado
Capital asegurado	UF 4.000

4. Deducibles

El deducible del **Plan de Salud Catastrófico** es de **UF 126** por Asegurado y por Evento. Se activará con la primera prestación de gastos. El evento tendrá una duración máxima de 3 años, **se define como Evento a todos los gastos asociados a un mismo diagnóstico.**

En caso de prestaciones reembolsadas de forma previa por los seguros catastróficos **GES y CAEC**, el deducible será de UF 50 por evento. Aquellas prestaciones que no estén dentro de canasta **GES y CAEC**, pero el asegurado si activó **GES y CAEC**, se considerará continuación de deducible activado.

No tiene carencias.

5. Requisitos de Asegurabilidad

Para los **nuevos ingresos**, las condiciones de asegurabilidad serán las siguientes:

Asegurados	Edad Máxima de Entrada	Edad de Término
Titular	Hasta los 64 años, inclusive	Cumpliendo los 70 años, mientras el titular mantenga contrato vigente con la empresa contratante.
Cónyuge o Conviviente Civil	Hasta los 64 años, inclusive	Cumpliendo los 70 años, mientras el titular mantenga contrato vigente con la empresa contratante.
Hijos (*)	Hasta los 23 años, inclusive	Cumpliendo los 24 años, siempre y cuando sean solteros y estudiantes a tiempo completo

(*) Siempre y cuando la madre haya estado cubierta en el embarazo, podrá incorporarse al seguro desde el nacimiento. En caso contrario, sólo podrá incorporarse al seguro una vez transcurridos 14 días contados desde el nacimiento, previa evaluación de la Compañía Aseguradora.

1. Al ingresar a la póliza, todas las personas deberán estar en buenas condiciones de Salud (no podrán estar hospitalizados) y no se cubrirán preexistencias sin previa evaluación de la Compañía Aseguradora.
2. Los dependientes hijos estarán cubiertos hasta los 24 años, siempre y cuando sean solteros y estudiantes a tiempo completo.
3. Todos los asegurables deberán completar el formulario de "Solicitud de ingreso" al seguro, dentro de los 30 días siguientes a la fecha que califican para ingresar a la póliza.
4. Cualquier solicitante que no cumpla con los requisitos de asegurabilidad, podrá ser evaluado facultativamente por la Compañía, reservándose ésta, el derecho de aceptación o rechazo del caso.
5. La calidad de asegurado se perderá automáticamente en el caso que el trabajador deje de prestar servicios para la empresa Contratante, a contar de la fecha de término del Contrato de Trabajo.
8. En dichas circunstancias, pierde el derecho al beneficio del Seguro, el titular y sus cargas dependientes, sin perjuicio del reembolso por prestaciones efectuadas con anterioridad al término del contrato de trabajo.

6. Exclusiones de Cobertura

Son aplicables las exclusiones establecidas en el artículo N° 4 de las Condiciones Generales **POL 3 2013 0243**, que indican:

- a. Enfermedades psicológicas y psiquiátricas. Asimismo, no estará cubierta aquella hospitalización para fines de reposo o psiquiátricos.
- b. Curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamientos.
- c. Los tratamientos estéticos plásticos, dentales, ortopédicos y otros tratamientos que sean para fines de embellecimiento o para corregir malformaciones.
- d. Cirugía plástica o cosmética, a menos que sea necesitada por una lesión accidental que ocurra mientras el asegurado se encuentre amparado por la póliza.
- e. 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, sea que el asegurado haya estado enajenado mentalmente, en algún estado psicopático que altere la conciencia o en su sano juicio.
- e. f. Lesión o enfermedad causada por:
 - i. Guerra civil o internacional, sea que esta haya sido declarada o no, invasión y actividades u hostilidades de enemigos extranjeros.
 - ii. Participación activa del asegurado en rebelión, revolución, insurrección, poder militar, terrorismo, sabotaje, tumulto o conmoción contra el orden público, dentro o fuera del país.
 - iii. Participación del asegurado en actos que podrían ser calificados como delitos por la ley.
 - iv. Negligencia, imprudencia o culpa grave por parte del asegurado, incluyéndose toda lesión o enfermedad ocurrida a causa o con ocasión de su estado de ebriedad o efectos de las drogas.
 - v. Fusión y fisión nuclear o cualquier accidente nuclear.
- g. Todo tipo de exámenes dentales, extracciones, empastes y tratamiento dental en general.
- h. Cualquier tipo de órtesis.
- i. Medicamentos, remedios, drogas e insumos, con excepción de los prescritos bajo el Beneficio de Hospitalización establecido en el punto l. del Artículo 2º precedente. No se cubrirán recetas magistrales y remedios naturales.
- j. Tratamientos, visitas médicas, exámenes, medicamentos, remedios o vacunas para el sólo efecto preventivo, no inherente ni necesario para el diagnóstico de una incapacidad.
- k. La atención particular de enfermería fuera del hospital e intrahospitalaria
- l. Gastos por acompañantes, mientras el asegurado se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comida y similares.
- m. Lesión o enfermedad surgidas de la ocupación del asegurado, cubierta por la legislación de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.
- n. Maternidad, exceptuándose los gastos médicos asociados a complicaciones del embarazo.

- o. Enfermedades, padecimientos o malformaciones congénitas conocidas por el asegurado titular al momento de contratar esta póliza.
- p. Epidemias y Pandemias declaradas por la autoridad competente o por el organismo de salud mundial competente, respectivamente.
- q. No serán consideradas como diagnósticos que dan lugar a eventos con derecho a cobertura, para efectos de la presente póliza, la cirugía, tratamientos o gastos que se indican a continuación:
 - i. La obesidad con un IMC inferior a 40.
 - ii. La impotencia masculina.
 - iii. Fertilidad e infertilidad.
 - iv. Tallas bajas (cualquiera sea su origen), delgadez no patológica, gigantismo, ginecomastía, u otros similares.
 - v. Tratamientos anticonceptivos.
 - vi. Cirugía de reducción o aumento mamario.
 - vii. Adquisición o arriendo de equipos, tales como: sillas de rueda, camas médicas, ventiladores mecánicos, etc.
- r. Tratamientos efectuados a través de medios de medicina alternativa, tales como: acupuntura, iriología, reflexología, quiropraxia, etc.
- s. 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 de Salud Previsional, los cuales serán cubiertos siempre que exista un pronunciamiento de la compañía aseguradora y de Fonasa en ese sentido.
- t. Criopreservación. Compra de células madre, sangre, hemoderivados y cualquier otro tejido u órgano.
- u. Enfermedades, dolencias o situación de salud preexistentes.

II. Funcionamiento del Seguro

1. Pago de Beneficios

Plazo para denuncia de reembolsos.

Efectuado un gasto médico reembolsable en virtud de la presente póliza, el asegurado deberá informarlo a la Compañía Aseguradora en un plazo máximo desde la fecha de la prestación y la fecha de presentación a la Compañía Aseguradora, no superior a los (90) **noventa días**, de lo contrario la Compañía no estará en la obligación de pagar el siniestro.

El cumplimiento extemporáneo de ésta obligación, salvo caso fortuito o fuerza mayor, hará perder los derechos del asegurado, liberando a la Compañía Aseguradora del pago de la indemnización que habría correspondido.

Para solicitar el reembolso de gastos del seguro catastrófico, el asegurado titular deberá completar la solicitud de reembolsos de gastos médicos e incluir los antecedentes solicitados. Se reembolsarán los gastos según lo estipulado en los planes, coberturas y porcentajes de las presentes condiciones particulares.

Antecedentes requeridos para pago de reembolsos médicos:

- a) La entrega oportuna a la Compañía Aseguradora del formulario proporcionado por ella, con la información que en él se indique.
- b) La declaración del asegurado si el gasto cuya devolución se solicita estaba cubierto por otros seguros, sistemas o instituciones que otorguen beneficios médicos y al cual pertenezca el asegurado.
- c) La entrega a la Compañía Aseguradora de los originales extendidos a nombre del asegurado de los recibos, boletas y facturas cuando corresponda, copia de bonos, copia de órdenes de atención, copia de programas médicos u otros documentos que acrediten el gasto incurrido y su cancelación; como asimismo, en su caso, los que acrediten el pago o el reembolso de parte de ellos por la entidad aseguradora, institución o entidad referidos en la letra anterior.

Con todo, la Compañía Aseguradora queda facultada para solicitar, a su voluntad, los documentos adicionales que estime del caso, a efectos de aclarar satisfactoriamente la ocurrencia de un siniestro y determinar su monto. Además, podrá practicar a su costa exámenes médicos al asegurado respecto del cual se refiera la solicitud de indemnización.

Sin el cumplimiento de dichos requisitos, la Compañía Aseguradora no estará obligada a efectuar reembolso alguno de gastos.

2. Donde presentar la documentación

Para reembolso de gastos ambulatorios: Se deberán presentar a través de la **web de MetLife (www.metlife.cl) (Reembolsos MetLife)** donde podrás ingresar hasta **27 documentos** en formato PDF y APP 4 documentos.

Para reembolsos de gastos hospitalarios: Deberán ser digitalizados formato PDF y enviados a la siguiente casilla: hospitalarios@metlife.cl

3. Consultas del Asegurado

Para cualquier consulta que posean los asegurados deberán ser canalizadas a través de la casilla becs-metlife@metlife.cl, en la cual un ejecutivo de MetLife se encargará de dar respuesta en un máximo de tiempo de 5 días hábiles o comprometiendo una fecha de solución a lo planteado de manera formal.

Adicionalmente existe un canal telefónico de atención +56 9 3419 9352, en el cual se podrán responder en línea consultas urgentes en horario de lunes a viernes de 09:00 a 14:00 hrs.

4. Beneficios adicionales

Convenio de asesoría legal

Los asegurados de vida y salud de MetLife podrán acceder a la atención profesional de los abogados de la empresa LegalChile S.A., expertos en más de cincuenta materias legales, en la atención de todas sus consultas legales y otros trámites incluidos en su plan. Así, de ahora en adelante, los asegurados que cuenten con este beneficio, no asumirán riesgos, costos ni tiempo en la búsqueda de un abogado al enfrentarse a un tema legal: disponen de acceso directo a profesionales las 24 horas del día, todos los días del año, y cuentan incluso con servicios a través de su propia página web.

I.- Servicios Incluidos

Consultas Legales – servicio de orientación legal en un número ilimitado de consultas telefónicas, vía fax o e-mail en:

Contratos: Compraventa, Arrendamiento, Transacción, otros.

Derecho Familia y Sucesorio: Adopción, Pensión Alimenticia, Conflictos Matrimoniales, otros.

Otras materias legales: Daños en choque, cobranzas, otros.

Posesión Efectiva – servicio presentación y tramitación de la posesión efectiva intestada del asegurado y que perite a sus herederos disponer de todos sus bienes. Realización de trámites como:

Presentación de solicitud y documentación

Tramitación de pago del arancel ante el registro Civil, cuando proceda

Confección de inventario

Cálculo de impuesto y tramitación de su pago, cuando proceda.

Inscripciones en Registro de Posesiones efectivas, Conservador de Bienes Raíces, registro Nacional de Vehículos Motorizados y otros.

II.- Exclusiones

a) Asuntos ocurridos antes de la entrada en vigencia del contrato.

b) Las asesorías efectuadas por abogados que no sean de Legal Chile.