



SEGURO COMPLEMENTARIO DE SALUD PARA TRABAJADORES DE BANCOESTADO MICROEMPRESAS S.A.

Asegurador: Zurich Chile Seguros de Vida S.A.

Intermediario: BancoEstado Corredores de Seguros S.A.

Vigencia: 01/07/2025 al 30/06/2026

I. CARACTERÍSTICAS DEL SEGUO COMPLEMENTARIO DE SALUD

Es un seguro colectivo de salud que contrata BancoEstado Microempresa, en adelante BEME, para todos sus Trabajadores. Por otro lado, de forma voluntaria, el trabajador bajo su costo podrá contratar el seguro de salud para sus dependientes, los que podrán ser su cónyuge o pareja y sus hijos en común o no.

El seguro de salud cubrirá los gastos médicos en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional (Isapre o Fonasa), de bienestar u otro seguro o convenio del cliente, de acuerdo a los porcentajes y límites de reembolso o pago señalados para cada prestación.

II. COBERTURAS

Todas las coberturas se pagarán siempre que el siniestro ocurra dentro de la vigencia de la póliza.

Coberturas de Salud

Las coberturas que son señaladas a continuación son aplicables tanto para el seguro complementario de salud como para el seguro complementario ampliado.

Día cama hospitalización, recuperación, incubadora y sala cuna	90	90	4 diarios
Día Cama Sala Cuna e Incubadora	90	90	4 diarios
Servicio de ambulancia terrestre (50 km)	100	100	5 por evento
Servicio de ambulancia Aérea	100	100	10 por evento
Honorarios médicos quirúrgicos y Servicios Hospitalarios			
Día Cama UTI / UCI	90	90	30 por evento
Cirugía Dental por Accidente			
Excesos Honorario Médicos quirúrgicos y Servicios Hospitalarios UTI/UCI y cirugía dental por accidente	80	80	Sin tope
Gasto donante vivo (trasplante)	100	100	30 anual
Gasto donante post mortem (trasplante)	100	100	20 anual
BENEFICIO MATERNIDAD			
Aborto No Voluntario	90	90	10 anual
Cesárea	90	90	30 anual
Parto Normal	90	90	30 anual
Complicaciones del embarazo	90	90	40 anual
Tratamiento de Infertilidad	80	80	10 anual
Células madres en caso de enfermedad	80	80	20 anual
Parto Múltiple 50% adicional en el tope, según tipo de parto	Por cada hijo Nacido Vivo		

BENEFICIO AMBULATORIO			
Consultas Médicas	80	70	Sin tope
Nutricionista	70	60	10 anual
Patologías y Malformaciones Congénitas	90	80	10 anual
Hormona del Crecimiento	45	35	10 anual
Exámenes de Laboratorio	60	50	Sin tope
Exámenes Radiológicos	60	50	Sin tope
Cirugía por Obesidad Mórbida	70	60	20 anual
Procedimientos de diagnósticos y terapéuticos	70	60	Sin tope
Cirugía Ambulatoria	70	60	Sin Tope
Medicamentos de Marca	50	50	20 anual
Medicamentos Genérico	100	100	Sin Tope
Medicamentos Bioequivalentes	100	100	Sin tope
Óptica (cristales, marcos y lentes de contacto)	80	80	5 anual
Cirugía Ocular para Vicios de Refracción, miopias, hipermetropias dioptrias mayor a 3	70	60	14 anual
Fonoaudiología y Kinesiología	70	60	Sin Tope
Ortesis, Prótesis y Audífonos	80	70	17 anual
Material de Yeso	70	60	Sin Tope
Psiquiatría (incluye Hospitalización), Psicología , psicopedagogía	80	80	35 anual
Terapia Ocupacional (tope UF 0,5 por consulta)	80	80	
Caec - Ges ambulatorio /hospitalario	100	100	Sin tope
Cobertura en el exterior (Sólo Urgencia)	Ídem plan		

Cobertura Dental

COBERTURAS	BONIFICACIÓN %	TOPE (UF)
Cuidado Dental Rutinario	80	Sin tope
Endodoncia	80	Sin tope
Operatoria Dental sin Laboratorio	80	Sin tope
Cirugía Bucal Simple	80	Sin tope
Higienización o Limpieza	80	Sin tope
Odontopediatría	80	Sin tope
Radiología Intraoral	80	Sin tope
Prótesis Fija	80	Sin tope
Disfunción	80	Sin tope
Operatoria Dental Completa	80	Sin tope
Periodoncia	80	Sin tope
Cirugía Dental Completa	80	Sin tope
Prótesis Removible	80	Sin tope
Medicamentos Dentales	80	Sin tope
Radiología Oral	80	Sin tope
Implante Dental	80	Sin tope
Laboratorio Dental	80	Sin tope
Ortodoncia	80	Sin tope

III. Definiciones Seguro Salud

- En aquellos casos en que el asegurado no esté afiliado a un sistema previsional de salud, privado o estatal, no tendrá cobertura por el presente seguro, liberando a la Compañía de toda la responsabilidad.
- En aquellos casos en que las prestaciones cubiertas por el seguro no sean reembolsadas por la Institución Previsional de Salud, no se encuentren codificadas en el Arancel Fonasa o se encuentren contractualmente excluidas de cobertura por dicha institución, se considerará como monto afecto al seguro el 50% del valor de la prestación, aplicándose sobre este valor el porcentaje de reembolso correspondiente según el cuadro de beneficios precedente, a excepción de los gastos de Medicamentos Ambulatorios, salud mental y óptica.
- **Bonificación Mínima Isapre:** 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 50%, se considerará como gastos efectivamente incurrido 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 Gastos por Tratamiento Psiquiátrico y/o Psicológicos, Psicopedagogía y Terapia Ocupacional.
- **Bonificación Mínima Isapre para Clínicas de Alto Costo:** 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 60%, se considerará como gastos efectivamente incurrido por el asegurado, el cuarenta por ciento [40%] 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 salud mental. Esta condición regirá sólo para Clínicas Las Condes, Clínica Alemana, Clínica San Carlos de Apoquindo Universidad Católica.
- 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 aquellos asegurados cuyo informe oftalmológico revele 3 o 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. Se cubrirá de acuerdo a los porcentajes y topes de la cobertura Cirugía Ambulatoria, siempre y cuando ésta no sea preexistente y haya tenido cobertura por Isapre y/o Fonasa.

- Este seguro tendrá cobertura de obesidad mórbida siempre y cuando el Índice de masa corporal [IMC] sea igual o superior a 40 y según lo indicado en las condiciones particulares. Se acepta IMC desde 35 con patologías asociadas.
- 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 al Cuadro de Beneficios establecido en esta póliza.
- Diagnósticos como: Disfunción familiar, depresión por duelo, depresión por enfermedades graves de algún miembro del grupo familiar, no se les solicita mayores antecedentes [IMT, Cartola de Izare, derivación, etc.], indistinta su condición [con y sin continuidad de cobertura].
- La cobertura Psicopedagogía está incluida en la prestación de Psiquiatría-Psicología, ajustada a los topes definidos para dicha prestación. Para evaluar el pago de la Psicopedagogía el asegurado debe ser derivado de un médico neurólogo o psiquiatría.
- Se otorga cobertura al asegurado y sus dependientes, para tratamientos de células madres en caso de enfermedad no especificada, el porcentaje de cobertura es de un 80% con un tope de UF 20 anuales.
- **Cobertura de Gastos Médicos en el Extranjero:** Se reembolsarán los gastos incurridos, siempre y cuando haya sido bonificada por la Institución Previsional a la cual el asegurado esté afiliado. Las prestaciones en el exterior serán bonificadas en los mismos porcentajes y hasta los topes indicados en el plan de cobertura cotizado. Sin embargo, esta condición regirá, siempre y cuando, los gastos incurridos sean producto de una urgencia, emergencia o porque el tratamiento prescrito no exista dentro del territorio nacional. En caso de no existir la prestación médica en Chile, se requerirá autorización previa de la Compañía para efectuársela en el extranjero, y se deberá acreditar previamente que la prestación cuenta con cobertura previsional.

IV. Definiciones Seguro Dental

- Se entenderá que tienen cobertura todas aquellas prestaciones que figuren en el arancel de referencia del Colegio de Cirujano Dentistas de Chile A.G. y que además tengan asignado un monto o porcentaje de reembolso señalado en el Cuadro de Beneficios de las condiciones particulares.
- Se considera como arancel de referencia, el arancel Zurich.
- La cobertura dental no cubre ningún beneficio originado por:
 - Tratamientos correctivos de malformaciones genéticas o hereditarias, secuelas de enfermedades, tratamientos defectuosos, iatrogenia o traumatismos que se hayan producido con anterioridad a la fecha de vigencia inicial del asegurado en la presente cobertura. Tratamientos de Cirugía Maxilofacial en lesiones de origen traumático efectuadas intrahospitalariamente o en servicios de urgencia por médicos cirujanos o por odontólogos con especialidad en Cirugía Maxilofacial. Procedimientos dentales realizados por dentistas no habilitados, ni autorizados legalmente para practicar la odontología humana.

V. CAPITAL ASEGURADOS

SEGURO	CAPITAL ASEGURADO UF
Complementario de Salud	UF 400
Complementario Ampliado	UF 2.000
Dental	UF 20

VI. DEDUCIBLES Y CARENCIAS

Deducible: Es el monto de los gastos médicos cubiertos por este seguro que serán siempre de cargo del asegurado.

Carencia: Es el período de tiempo durante el cual se pagan primas, pero el Asegurado no recibe la cobertura prevista en esta póliza. Este periodo comienza en la fecha de inicio de vigencia del asegurado.

Seguro	Deducible	Carencia
Complementario de Salud por grupo familiar		
Titular sin dependientes	UF 0,6	Sin Carencia
Titular con un asegurado dependiente	UF 1,1	Sin Carencia
Titular con dos o más asegurados dependientes	UF 1,6	Sin Carencia
Complementario Ampliado		
Por Asegurado	UF 400 (Seguro Complementario de Salud)	Sin Carencia
Dental por grupo familiar		
Titular sin dependientes	UF 0,6	3 meses para los nuevos asegurados para las siguientes prestaciones: prótesis fija, prótesis removible e implantes.
Titular con un asegurado dependiente	UF 1,2	
Titular con dos o más asegurados dependientes	UF 1,8	

VII. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

Asegurado	Edad máxima de Ingreso	Edad máxima de permanencia
Titular	64 años y 364 días	65 años y 364 días
Cónyuge	64 años y 364 días	65 años y 364 días
Hijo	23 años y 364 días	24 años y 364 días

VIII. EXCLUSIONES

Complementario de Salud y Complementario Ampliado: Este seguro considera como exclusiones las definidas en el artículo 8° de las condiciones generales de POL320240005.

Dental: Este seguro considera como exclusiones las definidas en el artículo 3° de las condiciones generales POL320130564.

IX. DOCUMENTOS Y PLAZOS PARA LA DENUNCIA DE SINIESTRO Y PRESENTACIÓN DE REEMBOLSO

Gastos Médicos y Hospitalarios:

Efectuado un gasto médico reembolsable en virtud de este seguro, el asegurado deberá informarlo a la compañía en un plazo máximo no superior a sesenta [60] días, contados desde la fecha de la prestación. Para el caso de Gastos Hospitalarios desde la fecha de emisión de los bonos, programas médicos, boletas o facturas.

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

La Compañía podrá solicitar documentos adicionales de un gasto, los cuales deberán ser presentados dentro de un plazo de treinta [30] días, contados desde la fecha en que fueron solicitados.

¿Cómo realizar un reembolso a la Compañía?

- A través de la APP, Web y WhatsApp +56 9 8790 2551, la cual puedes descargar en App Store y Google Play, ingresando con tu contraseña.
- A través de www.zurich.cl ingresando con tu clave (si aún no has ingresado tu clave será los 4 primeros dígitos de tu RUT o puedes Solicitarla pinchando recuperar clave, la nueva clave siempre será alfa numérica, mínimo 8 caracteres + 1 mayúscula + un símbolo. Ej: Chileno1#.

Antecedentes para pago de reembolsos médicos

Reembolso APP/WEB/WHATSAPP

Para gastos ambulatorios el propio asegurado deberá completar el formulario indicando el diagnóstico, para Gastos Dentales y Hospitalarios, deberá ser el dentista o médico quien lo complete.

En caso de continuación de un tratamiento es decir diagnóstico y prestaciones ya reembolsadas por la compañía, no es necesario que el médico tratante complete la declaración médica, si es muy importante que indique es continuidad de tratamiento y escriba el diagnóstico.

Junto con el formulario, el asegurado debe adjuntar todos los documentos que respalden los gastos presentados, es decir boletas, comprobantes, recetas médicas, órdenes médicas, etc.

Reembolsos de medicamentos:

Considera el convenio en línea con Farmacias Cruz Verde, Ahumada y Salco Brand para medicamentos genéricos, bioequivalentes y de marca.

En caso de presentar los reembolsos de medicamentos por la APP, Web, WhatsApp, se debe considerar lo siguiente:

Medicamentos de uso permanente:

a) Primer reembolso:

- Solicitud de Reembolso completada en la sección 1 por el médico tratante y en la sección 2 por el asegurado.
- Receta original que señale la duración del medicamento, timbrada por la farmacia junto a la boleta. La receta será devuelta visada por la compañía al asegurado junto a la liquidación correspondiente.
- Boleta de farmacia identificando el o los medicamentos y su costo unitario.

b) Posteriores reembolsos:

- Solicitud de Reembolso completada sólo en la sección 2 por el asegurado. (importante que se complete el diagnóstico)
- Fotocopia de la receta original, timbrada por la farmacia junto a la boleta.
- Boleta de farmacia identificando el o los medicamentos comprados y su costo unitario.

Se considerará 12 meses de recetas permanentes solo en los que se refiere a liquidación manual, vale decir no en línea. No obstante, dentro de los primeros 6 meses se podrá continuar realizando a través de reembolso en línea a través de la Farmacia donde fue comprado el fármaco.

Medicamentos con retención de receta:

- Solicitud de Reembolso completada por el médico tratante y por el asegurado.
- Fotocopia de la receta con timbre de la farmacia que señale su calidad de receta retenida.
- Boleta de farmacia que identifique el medicamento comprado y su costo unitario.

Antecedentes para pago de reembolso dental

- a) Entregar a la Compañía el formulario de presupuesto y reembolso dental con la información que en él se indique de puño y letra del Odontólogo tratante.
- b) Los gastos deberán estar originados y cancelados, por lo cual la compañía no reembolsará sobre presupuestos dentales, sólo sobre tratamiento efectuado y gasto efectivo.
- c) Entrega de los documentos originales extendidos a nombre del asegurado que acrediten los gastos incurridos y su cancelación;

Con todo, la Compañía aseguradora queda facultada para solicitar al Odontólogo tratante los antecedentes del caso como radiografías y modelos de diagnósticos, ficha clínica y los documentos adicionales que estime necesarios, además podrá practicar a su costo exámenes y control dental antes, durante y después del tratamiento dental sujeto a las bonificaciones de esta póliza.

Formularios: Para obtener los formularios debes descargarlos directamente de la APP/WEB.

PAGO DE SINIESTRO: Una vez efectuado el proceso de liquidación del siniestro, la Compañía pondrá a disposición del Asegurado Titular el reembolso correspondiente por medio del depósito electrónico en una cuenta bancaria otorgada para este efecto por el asegurado. Además, recuerda que el detalle de tus gastos lo puedes revisar en www.zurich.cl, ingresando con tu clave

X. CONSULTAS DEL ASEGURADO

Los asegurados podrán realizar consultas a través de la casilla be@zurich.com donde un ejecutivo de servicio atenderá de lunes a jueves de 9:00 a 18:00 horas y viernes de 9:00 a 14:00 horas, y el tiempo de respuesta mínimo es de 2 días hábiles.

Esta información corresponde a un resumen de las Condiciones Particulares de las pólizas contratadas por BancoEstado Microempresa S.A.

Se rigen por las Condiciones Generales depositadas en la Comisión para el Mercado Financiero (CMF) bajo los códigos POL320240005 y POL320130564.

En caso de contradicción entre el presente resumen y las Condiciones Particulares, primarán las últimas.