



N° DE POLIZA:	100059 -POL 320190016	
NOMBRE DEL PLAN:	PLAN SALUD 80%	
MONTO MÁXIMO DE COBERTURA:	SALUD 400UF; DENTAL 15UF	ARTÍCULO: N°8
DEDUCIBLE:	UF 0.5 / UF 1.0 / UF 1.5	ARTÍCULO: N°17
FRANQUICIA:	Farmacia en línea Salcobrand	ARTÍCULO: N°13
VIGENCIA COBERTURA:	Desde 01/10/2024 Hasta 30/09/2025	ARTÍCULO: N°7
SISTEMA DE RENOVACIÓN		ARTÍCULO: N°11
	Póliza de plazo indefinido sin condiciones	
	Póliza de plazo indefinido condicionada	
	Póliza de plazo indefinido (condicionada o no) con término anticipado y renovación garantizada	
x	Póliza de plazo definido y renovable con condiciones	
	Póliza de plazo definido simple	
SISTEMA MODIFICACIÓN DE PRIMA		ARTÍCULO: N°9
	Póliza con prima fija	
x	Póliza con prima ajustable según contrato	
	Póliza con prima ajustable por la compañía	
PERIODOS DE CARENCIA		ARTÍCULO: N°13
x	Según condiciones de la póliza	
REGLAS SOBRE PREEXISTENCIA		ARTÍCULO: N°20
X (Salud/Dental)	Póliza sin exclusión de enfermedades preexistentes	
	Pólizas con exclusión específica de enfermedades preexistentes	
	Pólizas con exclusión general de enfermedades preexistentes	
REGLAS SOBRE EXCLUSIONES		ARTÍCULO: N°22

Bupa Compañía de Seguros de Vida S.A considerando los antecedentes entregados por la Empresa Contratante emite las siguientes Condiciones Particulares, las cuales en conjunto con las Condiciones Generales se consideran parte integrante del presente contrato.

Artículo 1.- Contratante

Empresa : Corporación Regional de Desarrollo Productivo de la Región de los Ríos
Dirección : Esmeralda 643, Valdivia.
Rut : 65.035.343-9
Giro : Actividades de consultoría de gestión.
Mail SII : plorca@corporacióndelosríos.cl

El contratante debe informar a los asegurados u otro legítimo interesado sobre la contratación del seguro, sus condiciones o modificaciones.

El contratante asume las responsabilidades que emanen de su actuación como contratante del seguro colectivo.

Corporación Regional de Desarrollo Productivo de la Región de los Ríos contrata el presente seguro colectivo, por el interés en la conservación de la salud y bienestar de sus trabajadores y grupo familiar

Artículo 2.- Asegurador

Empresa : Bupa Compañía de Seguros de Vida S.A
Dirección : Av. La concepción N° 206, piso 6, Providencia, Santiago.
Rut : 76.282.191-5

Artículo 3.- Intermediario

Corredor : QuePlan Corredores de Seguros SPA
RUT : 76.824.542-8
Comisión del Corredor: 12% sobre la prima neta recaudada más IVA.

Artículo 4.- Asegurados

Asegurado Titular:

Todos los empleados que se incorporen, que cumplan con las exigencias señaladas en el artículo N°10 de estas condiciones particulares denominado "Requisitos de Asegurabilidad", que tengan contrato de trabajo vigente e indefinido con la Empresa Contratante, y que residan dentro del territorio nacional.

Podrán incorporarse al presente seguro como asegurados dependientes, las siguientes personas:

- a) Cónyuge o Conviviente Civil del Asegurado Titular. Conviviente no civil con o sin hijos en común.
- b) Hijos del Asegurado Titular.
- c) Cargas Duplo. (*)
- d) Hijos del Asegurado Titular y/o de la Cónyuge o Conviviente civil o no civil, sean o no hijos del asegurado Titular.



Las categorías de cónyuge o conviviente no civil, son excluyentes entre sí; por ello en cada grupo familiar sólo podrá permanecer vigente una de estas tipologías.

(*) Cargas duplo, entendiéndose por ellos los hijos con discapacidad determinada por una Caja de Compensación y que sean carga legal del Asegurado titular, Cónyuge o Conviviente civil o no civil. (Estas cargas NO tendrán cobertura en Extensión Catastrófica).

Para la incorporación al Seguro de Salud, será requisito presentar un certificado extendido por la Institución antes mencionada que acredite la condición DUPLO.

Artículo 5.- Beneficiarios

Complementarios Salud y Dental.

El beneficiario para el pago será el Asegurado Titular.

Artículo 6.- Coberturas

El seguro se rige por las Condiciones Generales y Cláusulas Adicionales incorporadas al depósito de pólizas de la Comisión para el Mercado Financiero bajo los siguientes códigos:

COBERTURAS	CODIGO CMF
Seguro Colectivo Complementarios de Salud	POL 3 2019 0016
Cobertura de Odontología (Salud Dental)	CAD 3 2023 0459

Artículo 7.- Vigencia

La vigencia de este seguro será anual renovable y comenzará a regir a partir de las 00:00 hrs. del día 01/10/2024 hasta las 23:59 hrs. del día 30/09/2025. Para la renovación se aplicará la siguiente tabla de ajuste por siniestralidad:

Tabla de Ajuste: revisión al mes 11 de vigencia.

Durante el mes 11 de vigencia se revisará la siniestralidad del negocio, y de acuerdo al Loss Ratio (LR) se aplicará la variación de primas de acuerdo al siguiente cuadro.

1º renovación: Se calculará el ratio (LR) de 10 meses de siniestros pagados + factor de OYNR 16% sobre las primas pagadas de salud y dental. De acuerdo con el % se ubicará en la tabla el valor a ajustar. Este % se aplicará a Salud y Dental para el ajuste de primas*.

2ª renovación y más: Se calculará el ratio (LR) de 12 meses de siniestros pagados sobre las primas pagadas de salud y dental. De acuerdo al % se ubicará en la tabla el valor a ajustar. Este % se aplicará a Salud y Dental para el ajuste de primas.

**TABLA DE AJUSTE PARA LA RENOVACIÓN**

LR = (siniestros pagados + en proceso + liquidados y no pagados + factor OYNR 16% [Aplica solo a 1er año] ÷ Primas)

COBERTURA SALUD + DENTAL	
SINIESTRALIDAD año 1: 10 meses / > 2 años: 12 meses	INCREMENTO DE PRIMAS
Menor a 70%	0%
70% - 74%	4%
75% - 79%	12%
80% - 84%	19%
85% - 89%	26%
90% - 94%	33%
95% o más	Evaluación Cía.

La compañía informará las condiciones de renovación con una anticipación de a lo menos 30 días, a la fecha de término de cada período mediante una comunicación expresa que deberá ser aceptada por el contratante.

No obstante, la compañía aseguradora se reserva el derecho de poner término en forma anticipada, si observa que el volumen de asegurados vigentes en ese instante es inferior al **80%** del volumen suscrito al inicio de vigencia de la póliza.

Sin perjuicio de lo anterior, cualquier asegurado que contribuya al pago de la prima podrá manifestar su intención de renunciar al seguro en cualquier momento, comunicando lo anterior al Contratante, quien deberá informar a la Compañía en los términos establecidos en el artículo referente a la Inclusión, Exclusión y Modificación de Asegurados.

Artículo 8.- Capitales Asegurados

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

Capital Salud y Adicionales

Tramos Grupo Familiar	Monto
Salud Complementario	UF 400
Dental	UF 15

Artículo 9.- Primas Mensuales**Prima neta para el Plan Salud**

Grupo Familiar	Prima neta Mensual
Asegurado Solo	UF 0,6127
Asegurado con un dependiente	UF 1,2117
Asegurado con dos dependientes	UF 1,7510
Asegurado con tres o más dependientes	UF 2,2887

**Prima neta para el Plan Dental**

Grupo Familiar	Prima neta Mensual
Asegurado Solo	UF 0,1030
Asegurado con un dependiente	UF 0,1848
Asegurado con dos dependientes	UF 0,2517
Asegurado con tres o más dependientes	UF 0,2517

El valor de las primas es neto de IVA y las coberturas de salud están afectas a IVA.

Artículo 10.- Requisitos de Asegurabilidad**a) Coberturas de Salud**

Podrán ingresar todos los empleados con contrato de trabajo vigente e indefinido con la Empresa Contratante. Al ingresar a la póliza, todas las personas nuevas deberán estar en buenas condiciones de Salud (no podrán estar hospitalizados ni con licencia médica).

Todos los asegurables nuevos deberán ser informados por el contratante mediante la carga de nómina en el portal de empresas y deberán cumplir con las exigencias de edad de la siguiente tabla:

Coberturas Salud Complementario y Salud Dental

Cobertura	Relación	Edad Máxima de Ingreso Hasta	Edad Máxima de Permanencia Hasta
Salud Complementario	Asegurado	69 años	75 años
Salud Complementario	Cónyuge o Conviviente Civil o no Civil con o sin hijos en común	69 años	75 años
Salud Complementario	Hijo(a)* del asegurado Titular y/o de la Cónyuge o Conviviente, sean o no hijos del Asegurado Titular	69 años	75 años
Salud Complementario	Cargas Duplo	69 años	75 años

(*) Podrán incorporarse al seguro desde el 1er día de nacido, siempre y cuando el parto haya sido cubierto por esta póliza, En caso contrario, sólo podrán incorporarse al seguro una vez transcurridos 14 días contados desde el nacimiento, previa evaluación de la compañía aseguradora.

La edad máxima de ingreso para los hijos es de 23 años y la edad máxima de cobertura es hasta los 24 años siempre y cuando sean estudiante a tiempo completo en un establecimiento educacional reconocido por la autoridad pertinente y que vivan a expensas del asegurado titular.

Cumpliendo con los requisitos señalados, los asegurables deberán optar al seguro dentro de un plazo máximo de 30 días contados desde la fecha que califican para ingresar a la póliza y su vigencia regirá el día primero del mes siguiente a la fecha de la recepción de la Solicitud de Incorporación al seguro



Artículo 11.- Inclusión, Exclusión y Modificación de Asegurados

Con el objeto de mantener actualizada la nómina de asegurados que se encuentran cubiertos por el seguro, el Contratante es responsable de enviar la información indicando las inclusiones, exclusiones o modificaciones de la nómina que se encuentre vigente a la Compañía Aseguradora, al mail **Operaciones.Movimientos@Bupa.cl**, hasta el día 20 del mes anterior al período de cobro (ANTICIPADO)

En el caso de inclusión al seguro, el Contratante deberá enviar directamente a la compañía, el formulario de incorporación para el asegurado, esta nueva inclusión podrá comenzar a regir desde el primer día del mes siguiente a la recepción de la solicitud de incorporación, a contar de la fecha de ingreso al Servicio de Bienestar o en su defecto a contar de la fecha de contrato del asegurado. Los asegurados que no fueron incorporados durante la vigencia de la póliza podrán ser incorporados a contar de la nueva vigencia, previa evaluación y aceptación por parte de la Compañía Aseguradora. Estos movimientos serán reflejados en la Liquidación de Primas que mensualmente se envía al Contratante.

Para la exclusión, el Contratante deberá indicar el nombre completo y RUT de la persona excluida del seguro. Dicha exclusión comenzará a regir desde el primer día del mes siguiente a la recepción de la carta por parte de la Compañía Aseguradora, a contar de la fecha de finiquito o en su defecto contar de la fecha del último gasto presentado a la Cía. En caso de la exclusión del titular, se entenderá excluido todo el grupo familiar asociado. Estos movimientos serán reflejados en la Liquidación de Primas que mensualmente se envía al Contratante. Se deja establecido, que aquellos asegurados que solicitaron voluntariamente su exclusión del seguro, no podrán volver a ser incorporados durante la vigencia actual de la póliza. En caso de solicitar su inclusión en una nueva vigencia, estos deberán incorporarse de la forma descrita en el párrafo anterior perdiendo toda continuidad de cobertura.

La exclusión de asegurados por cumplimiento de la edad máxima de permanencia, se realizará una vez al año, con motivo de la renovación.

Las Inclusiones, Exclusiones y Actualización de información (cuentas bancarias, etc.) enviarlos por correo electrónico al mail **Operaciones.Movimientos@Bupa.cl**, los cuales serán procesados de acuerdo con lo solicitado.

Para las personas que soliciten su incorporación, la Compañía podrá limitar la cobertura, según las patologías y condiciones especiales de suscripción declaradas por el asegurable al momento de solicitar su ingreso al seguro para la cobertura catastrófica, vida y adicionales.

Nota: En aquellos casos en que el Contratante solicite un movimiento retroactivo, es decir incluir o excluir un asegurado con fecha anterior al mes en curso, La Compañía Aseguradora hará los respectivos movimientos solicitados siempre y cuando estos sean evaluados y aceptados por la Compañía Aseguradora, no obstante el cobro de las primas o la devolución de estas será efectuado en la próxima facturación, a través de la Liquidación mensual de primas más una Reliquidación mensual de primas.

Artículo 12.- Financiamiento y Pago de la Prima

Financiamiento de la Prima

No Contributorio

Financiado en un 100% por el contratante.

Tipo de Facturación: ANTICIPADA

Tipo Cobranza: ANTICIPADA



Pago de la Prima

En ampliación al Artículo N°14 de las Condiciones Generales de la póliza de Seguro Colectivo, se establece lo siguiente:

El pago de la prima será de cargo del Contratante y se pagará en forma Mensual **Anticipada**, mediante cobranza enviada por el Asegurador.

Para el pago de la prima se concede un plazo de gracia de un mes. Si al vencimiento del plazo de gracia no ha sido pagada la prima se procederá de acuerdo al Artículo n°14 de las Condiciones Generales. Información para pago de primas

Con el objeto de facilitar el pago de su seguro contratado, a continuación, se adjuntan los datos y destinatario de pago:

Razón Social:	BUPA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A.
Rut:	76.282.191-5
Cuenta Corriente:	N° 149 000 3962
Banco:	SCOTIABANK

Para la correcta y oportuna imputación de estos pagos realizados vía depósito. Transferencia electrónica o mediante vale vista, se solicita informar a su Ejecutivo con copia a la siguiente casilla de correo electrónico: cobranzasbupaseguros@bupa.cl, indicando:

1. Número de póliza
2. Periodo cancelado
3. Número de factura o aviso de cobro
4. Monto del pago

**Artículo 13.- Descripción de Cobertura****i. Cobertura de Salud**

Seguro Complementario de Salud: Los beneficios de este seguro son los que se detallan en el siguiente cuadro, donde se especifican porcentajes de reembolso, prestadores, topes por prestación y topes globales del plan de salud.

Seguro Complementario de Salud - Plan de Beneficios

BENEFICIOS AMBULATORIOS	% Reembolso	Tope Evento	Tope Anual
Consulta Médica o Especialidad	80%	UF 1.0 por consulta	Sin Tope
Nutricionista	80%	UF 0.5 por consulta	UF 10
Exámenes de Laboratorio	80%	Sin Tope	Sin Tope
Exámenes de Imagenología y/o Scanner, RX, Ecografía			
Procedimientos Diagnóstico y Terapéuticos			
Exámenes Preventivos: Mamografías, Antígeno Prostático	100%		UF 2
Cirugía Ambulatoria	80%		Sin Tope
Kinesiología	80%		UF 15
Fonoaudiología	80%		UF 15
BENEFICIOS EN MEDICAMENTOS AMBULATORIOS	% Reembolso	Tope Evento	Tope Anual
Medicamentos de Marca	50%	Sin Tope	UF 15
Medicamentos Bioequivalentes de Marca	80%		
Medicamentos Bioequivalentes Genéricos	100%	Sin Tope	Sin Tope
Medicamentos Genéricos			
BENEFICIOS HOSPITALARIOS	% Reembolso	Tope Evento	Tope Anual
Día Cama Hasta el día 30	80%	UF 3,0 diarios	Sin Tope
Exceso Día Cama (desde día 31)	80%	Sin Tope	Sin Tope
Día Cama UTI UCI e Incubadora	80%	UF 3,0 diarios	Sin Tope
Honorarios Médico Quirúrgicos	80%	Sin Tope	Sin Tope
Derecho a Pabellón	80%	Sin Tope	Sin Tope
Insumos y Materiales Clínicos			
Medicamentos Hospitalario			
Exámenes de Laboratorio y Radiológicos			
Procedimientos Diagnóstico y Terapéuticos			
BENEFICIO DE MATERNIDAD	% Reembolso	Tope Evento	Tope Anual
Parto Normal	100%	UF 20,0	Sin Tope
Cesárea	100%	UF 30,0	Sin Tope
Aborto no Voluntario	100%	UF 10,0	Sin Tope
Complicaciones del Embarazo	100%	UF 20,0	Sin Tope
Parto Múltiple	50% adicional del tope por parto por hijo nacido vivo		



BENEFICIO DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA	% Reembolso	Tope Evento	Tope Anual
Psicología/Psiquiatría, psicopedagogía Ambulatorio	80%	UF 0,70	UF 15
Psicología/Psiquiatría Hospitalaria	80%	Sin Tope	
OTROS BENEFICIOS	% Reembolso	Tope Evento	Tope Anual
Prótesis y Órtesis (No Dental)	80%	Sin Tope	UF 10
Prótesis de Alta Complejidad Cardíacas	80%	Sin Tope	UF 50
Aparatos Auditivos	80%	Sin Tope	UF 10
Óptica (Cristales, Marcos y Lentes de Contacto)	80%	Sin Tope	UF 3
Cirugía Ocular Laser	80%	Sin Tope	UF 20
Materiales de vendas, yeso, plástico o similares	80%	Sin Tope	UF 15
Trasplante, Gastos Donante Vivo	100%	Sin Tope	UF 30
Trasplante, Gastos Donante Post Mortem	100%	Sin Tope	UF 20
Traslado Ambulancia Terrestre (máx. 50 Km)	80%	Sin Tope	UF 5
Traslado Ambulancia Aérea o Marítima	80%	Sin Tope	UF 20
Home Care (ambulatorio y hospitalario)	80%	UF 3,50 diarios	UF 50
Arriendo o compra de equipos médicos ambulatorios	80%	Sin Tope	UF 30
Coberturas GES/CAEC	100%	Sin Tope	Sin Tope

UPGRADE Ambulatorio



Plan Bupa Pymes **80%**

100% reembolso



Consultas médicas generales y especialidad (ilimitadas)



Videoconsultas IntegraMédica (ilimitadas)



Exámenes de laboratorio



Imagenología



Procedimientos diagnósticos



Procedimientos terapéuticos



Sin deducible



Sin BMI

Prestaciones excluidas del Upgrade Ambulatorio:
Consulta nutricionista, Kinesiología, Fonoaudiología, Salud Mental y Medicamentos

Los topes de cada cobertura no podrán ser superiores al tope anual por asegurado detallado en el Artículo “**Capitales Asegurados**” de este Condicionado Particular
Convenio Farmacias

Farmacia (*)	Convenio en Línea	Franquicia (**)
Salcobrand	✓	\$ 2.000 (CLP)

(*) Tratándose de compras de medicamentos efectuadas en establecimientos distintos a la farmacia informada o que el convenio no haya aplicado en línea, los comprobantes deberán ser enviados a la Compañía, para su evaluación y posterior reembolso si así corresponde. En ambos casos se aplicará el deducible estipulado en el condicionado particular.

(**) Se incorpora franquicia de medicamentos de \$2.000 para la realización de compra en línea

Definiciones Coberturas de Salud:

Este seguro cubre los gastos médicos efectivamente incurridos por el asegurado, siempre en complemento de lo que cubra su sistema de salud previsional, público o privado o el que lo reemplace, bienestar u otro seguro adicional o convenio.

- La Compañía solamente otorga cobertura a las prestaciones identificadas en el plan indicado.
- El período de acumulación del deducible es de 1 año, o hasta el término de la vigencia de la presente póliza, lo que ocurra primero.
- La Compañía Aseguradora reembolsará sólo en la proporción y hasta el monto máximo señalado en estas Condiciones Particulares de la Póliza, sin perjuicio del deducible estipulado.
- Para los nuevos asegurados, esta póliza **SI** cubre los gastos originados a raíz de enfermedades preexistentes **solo en el seguro complementario de salud (Se excluye cobertura Catastrófica)**
- La Cobertura en el extranjero se considera bajo las mismas condiciones del Plan Complementario de Salud (como complemento de Isapre o Fonasa), sólo válido para urgencias o emergencias médicas. Para intervenciones y tratamientos en el extranjero se deberá solicitar evaluación y aprobación previa por escrito de la compañía aseguradora, siempre y cuando el tratamiento prescrito no sea otorgado dentro del territorio nacional, por no existir implementación.
- La cobertura de Maternidad es sólo para los Asegurados Titulares y Cónyuges o Conviviente Civil o Conviviente, no aplica para las hijas, salvo que las condiciones particulares indiquen lo contrario. La cobertura se entrega de forma proporcional a la vigencia del seguro de acuerdo con la siguiente fórmula:

$$\text{Tope anual corregido} = \frac{\text{Tope anual base} \times (\text{fecha de inicio de vigencia} - \text{fecha de prestación})}{\text{Duración Embarazo}}$$

Ejemplo: Si la embarazada estuvo 3 meses en la póliza y su embarazo duró 9 meses, se cubre 3/9 del tope del plan en esta prestación

- Se cubren las prestaciones ambulatorias y hospitalarias acogidas a GES/CAEC. Considera cobertura del 100% del copago del deducible (máximo UF126), siempre y cuando éstas se realicen en la Red de Prestadores que corresponda a su plan de Sistema Previsional de Salud.
- La bonificación de prestaciones en línea, se reembolsarán con un tope máximo de 7 UF.
- Se dará cobertura a las prestaciones médicas financiadas con excedentes del afiliado acumulados en su Isapre.
- La cirugía dental hospitalaria por accidente y la cirugía reparadora hospitalaria por accidente se reembolsan bajo la cobertura "gastos hospitalarios" del Plan de Salud.
- Enfermera Profesional: Sólo se otorgará en casos de Hospitalizaciones y debe ser prescrita por el médico tratante.
- Se consideran prótesis y órtesis sujetas a reembolso, todas aquellas señaladas en el arancel de prestaciones de Fonasa.
- Toda consulta que no sea medicina alópata, no está cubierta por el seguro.
- Para gastos psicológicos: Se solicitará derivación Médica solamente en la primera boleta, Lo



demás se entiende que es continuidad de tratamiento.

- Los medicamentos ambulatorios cubiertos por este beneficio serán sólo aquellos que el asegurado deba consumir durante el periodo de vigencia de la póliza, de acuerdo con la dosis prescrita por el médico tratante y en ningún caso la dosis a reembolsar podrá ser superior a treinta (30) días de tratamiento a partir de la fecha de compra de los medicamentos.
- La Compañía reembolsará la dosis de medicamentos indicada en la receta médica sólo por la cantidad correspondiente al tratamiento. Para los casos de medicamentos indicados por periodos superiores a un mes, la Compañía reembolsará mensualmente las dosis correspondientes a 30 días de tratamiento, reteniendo la boleta original. Las dosis pendientes serán reembolsadas presentando la solicitud de reembolso solo llenada por el asegurado, fotocopias de la boleta y receta médica.
- Las vitaminas y minerales están cubiertas bajo el ítem de medicamentos únicamente en los casos de control ginecológico, embarazo y control de niño sano (hasta los 9 años de edad).
- CIRUGIA BARIATRICA: Esto es para el caso de obesidad, entendiéndose por tal si el Índice de Masa Corporal (IMC) es mayor o igual a 40, o si el Índice de Masa Corporal es mayor o igual a 35, con la presencia de al menos una o más de las siguientes enfermedades agregadas a la obesidad: Diabetes Mellitus tipo 2; Cardiopatías Severas Secundarias a Obesidad; Apnea Obstructiva del Sueño Severa o Enfermedades Osteo-Articulares Severas candidatas a prótesis de reemplazo. La aseguradora reembolsará o pagará los gastos efectivamente incurridos, provenientes de una hospitalización, en que incurra un asegurado, después de haber cumplido el periodo de carencia de treinta y seis (36) meses. Los gastos que se cubren bajo esta cobertura son todos aquellos definidos en el cuadro de coberturas, todos los cuales se liquidarán bajo esta cobertura según el porcentaje de reembolso o pago directo y hasta el monto asegurado y definido en este condicionado particular y el certificado de cobertura.
- CIRUGÍA MAXILOFACIAL: La aseguradora reembolsará o pagará los gastos efectivamente incurridos, provenientes de una hospitalización, en que incurra un asegurado, después de haber cumplido el periodo de carencia de treinta y seis (36) meses, correspondiente a los gastos de la Cirugía Maxilofacial, de acuerdo a lo establecido en el plan de cobertura, exclusivamente cuando esta sea a causa de un accidente y que se realicen dentro de los seis (6) meses siguientes al accidente.
- CIRUGÍA DE SEPTOPLASTÍA: La compañía de seguros reembolsará o pagará los gastos efectivamente incurridos, provenientes de una hospitalización, en que incurra un asegurado, después de haber cumplido el periodo de carencia de treinta y seis (36) meses, correspondiente a los gastos de una Cirugía de Septoplastía de acuerdo a lo establecido en el plan de cobertura. Será requisito para proceder al reembolso la presentación de exámenes de rinomanometría y radiografía de cavidades perinasales con el cual se pueda respaldar el diagnóstico de pérdida funcional.
- CIRUGÍA DE REDUCCIÓN MAMARIA: La compañía de seguros reembolsará o pagará los gastos efectivamente incurridos, provenientes de una hospitalización, en que incurra un asegurado, después de haber cumplido el periodo de carencia de treinta y seis (36) meses, correspondiente a los gastos de una Cirugía de reducción mamaria, de acuerdo a lo establecido en el plan de cobertura. Siempre y cuando la reducción sea igual o superior a 350 gramos por cada mama.
- DISFORIA DE GÉNERO: La Aseguradora reembolsará o pagará los gastos efectivamente incurridos después de haber cumplido el periodo de carencia de treinta y seis (36) meses, desde el inicio de vigencia de la póliza, entre los que se incluyen la atención psicológica, el proceso de preparación con terapia hormonal de sustitución, la valoración preoperatoria, la cirugía de reasignación de sexo y las cirugías estéticas feminizantes o masculinizantes posteriores según sea el caso. Para obtener cobertura el asegurado deberá cumplir con cada uno de los siguientes requisitos:
 1. Ser mayor de 18 años y menor de 65.

2. Contar con la previa autorización de Bupa Seguros antes de iniciar el proceso de CRS.
 3. Que el proceso de Cirugía de Reasignación de Sexo (CRS), se inicie siendo ya asegurado de Bupa Seguros, por tanto, en ningún caso será objeto de cobertura servicio alguno relacionado con CRS que se hayan iniciado con anterioridad a la fecha de alta del Asegurado en la Póliza o bien que se hayan realizado sin contar con la previa autorización de Bupa Seguros.
 4. Aportar todos los informes médicos que sean requeridos por Bupa Seguros para que ésta pueda desarrollar correctamente su actividad como aseguradora.
 5. Llevar al menos 36 meses continuados en tratamiento hormonal de sustitución antes de iniciar el proceso de CRS.
 6. Someterse a seguimiento continuado por un equipo multidisciplinar durante al menos una anualidad previa al inicio del proceso de CRS.
 7. Mantener en todo momento un Índice de Masa Corporal (IMC) inferior a 32.
 8. Cuando el Asegurado presente un diagnóstico de trastorno mental grave y esté afrontando un momento de inestabilidad que interfiera en su capacidad de toma de decisiones, la consideración de cirugía ha de ser pospuesta hasta que esta situación transitoria sea resuelta a criterio del psiquiatra designado por Bupa Seguros.
- **CIRUGÍA OCULAR:** La Compañía Aseguradora cubrirá la Cirugía Ocular para la corrección de vicios de refracción bajo los siguientes criterios:
 1. Asegurado mayor a 18 años.
 2. Dioptrías mayores a 3 para Miopía, Hipermetropía, Astigmatismo o Anisometropías.
 3. Uso de lentes acreditados por al menos 5 años.
 4. Haber transcurrido el periodo de carencia de 6 meses desde el inicio de vigencia del seguro.
 5. Se deben cumplir todas las condiciones anteriores.
- i. **Seguro Complementario Dental:** La Compañía de Seguros reembolsará los gastos dentales razonables y acostumbrados incurridos por los asegurados a causa de una enfermedad o tratamiento preventivo de origen odontológico, en que incurra durante el período en que se encuentren amparados por este adicional y siempre que la póliza principal y este adicional se encuentren vigentes a esa fecha.



Seguro Complementario Dental – Plan de Beneficios

Prestaciones	Reembolso (%)	Tope Anual Individual
DENTAL BÁSICA	50%	UF15
Radiología Intraoral		
Higienización, Limpieza y General		
Endodoncia		
Odontopediatría		
Operatoria Dental Sin Laboratorio		
Cirugía Bucal Simple		
DENTAL ESPECIALIDAD		
Radiología Oral		
Operatoria Dental Completa		
Periodoncia		
Cirugía Bucal Completa		
Prótesis Fijas (**)		
Prótesis Removibles (**)		
Implantes Dentales (**)		
Medicamentos (*)		
ORTODONCIA		
Ortodoncia (**)		

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

(**) Carencia 6 meses asegurados nuevos.

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

ii. Definiciones Seguro Dental.

Para los efectos de esta la cobertura dental se entiende que:

- Para la cobertura dental, el tratamiento debe estar ejecutado, de alta clínica y los gastos originados pagados, la Compañía no reembolsa sobre presupuestos dentales, sólo sobre tratamiento efectuado y gasto efectivo.
- Se deberá presentar el presupuesto dental y Solicitud de Reembolso de Gastos Médicos completa por el odontólogo tratante.
- Tope máximo de bonificación una vez el arancel Bupa(*).
- La liquidación del beneficio dental se realizará una vez que el asegurado cumpla con la presentación de los documentos señalados anteriormente en original. Aquellos asegurados que sean beneficiarios de otro seguro dental deberán presentar liquidación original de la Cía. De Seguros y fotocopias de los documentos contables.
- Se considerará para efectos del reembolso que emita la Compañía el 100% del valor de acuerdo al arancel Bupa, monto sobre el cual se aplicarán los porcentajes de prestación, topes y deducibles definidos en el Plan de Cobertura Dental.
- Para los gastos razonables y acostumbrados esta Póliza considera el Arancel Bupa del año de vigencia de la póliza.



Artículo 14.- Bonificación Mínima Isapre / Fonasa

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 exceptúan los Medicamentos Ambulatorios, Deducible por prestaciones CAEC o GES y Seguro Dental.

Artículo 15.- Prestaciones Sin Aporte Previsional de Salud

De los gastos no bonificados por el Sistema de Salud Previsional, se considerarán como gastos efectivamente incurridos el 30% de éstos, sobre los cuales se aplicarán los porcentajes, topes y deducibles del plan contratado. Se exceptúan de este punto los Medicamentos Ambulatorios y Óptica (incluidos afiliados Fonasa menores de 60 años).

Para estos se exigirá timbre de No Bonificable del Sistema previsional excepto para los Medicamentos Ambulatorios.

Artículo 16.- Deducibles

a) El **deducible del Plan Salud Complementario**, es de aplicación por Grupo Familiar, cuyo monto por tramo se detalla en el siguiente cuadro:

Deducible Anual por Tramos	Monto
Asegurado Solo	UF 0,5
Asegurado con un dependiente	UF 1,0
Asegurado con dos o más dependientes	UF 1,5

El deducible se aplica sobre los gastos efectivamente incurridos ya aplicado el porcentaje que se detalla en el Plan de Beneficios del Seguro Complementario de Salud.

b) El **deducible del Plan Salud Dental**, es de aplicación por Grupo Familiar, cuyo monto por tramo se detalla en el siguiente cuadro:

Deducible Anual por tramos	Monto
Asegurado Solo	UF 0,5
Asegurado con un dependiente	UF 1,0
Asegurado con dos o más dependientes	UF 1,5

El deducible se aplica sobre los gastos efectivamente incurridos ya aplicado el porcentaje que se detalla en el Plan de Beneficios del Seguro Salud Dental.



Artículo 18.- Solicitud de Pago de Beneficios

Coberturas de Salud: Plazo para denuncia de reembolsos

Gastos Ambulatorios Complementario de Salud:

Efectuado un gasto médico reembolsable en virtud de la presente póliza, el asegurado deberá informarlo a la compañía en un plazo máximo no superior a 60 días, desde la fecha de emisión del bono o reembolso, boletas o facturas, de lo contrario la Compañía no estará en la obligación de pagar el siniestro.

Gastos Hospitalarios Salud:

Efectuado un gasto médico reembolsable en virtud de la presente póliza, el asegurado deberá informarlo a la compañía aseguradora en un plazo máximo 90 días desde la fecha de emisión de los bonos, programas médicos, boletas o facturas. Esta condición aplica sólo para las prestaciones hospitalarias.

El cumplimiento extemporáneo de esta 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 de Salud, 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 para el 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 pago; 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.
- d) Para obtener el reembolso de gastos médicos bajo el Beneficio de Medicamentos Ambulatorios el asegurado deberá presentar una receta válidamente emitida, entendiéndose por tal aquella que contenga a lo menos lo siguiente:

Los requisitos establecidos por el Código Sanitario y reglamentación vigente respecto a dispensación de medicamentos;



- Fecha de emisión válida, es decir, no anterior a 60 días de la fecha de aviso de siniestro.
- Nombre del asegurado, que deberá corresponder siempre a la persona efectivamente atendida por el médico que prescribe.
- Nombre del medicamento, posología, duración del tratamiento y cantidad a dispensar.
- Nombre, Rut y Firma del médico que emite la receta.
- El gasto a reembolsar no podrá ser superior a 30 días de tratamiento a partir de la fecha de compra de los medicamentos.

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.

Requisitos para cualquier reembolso dental:

a) Entregar a la Compañía el Presupuesto odontológico, con detalle del tratamiento y fechas de atención, Boleta del prestador con detalle prestaciones a reembolsar, Radiografías dentales (si cuentas con tus radiografías). Se excluye solicitud de radiografías dentales en tratamientos que no lo requieran, limpiezas, fluoración, etc.

b) Que el tratamiento dental debe encontrarse ejecutado, el asegurado de alta clínica y los gastos originados, pagados, por lo cual la Compañía no reembolsará sobre presupuestos dentales, sólo sobre tratamiento efectuado y gasto efectivo.

c) La entrega a la Compañía Aseguradora de los originales extendidos a nombre del asegurado que acrediten los gastos incurridos y su pago; Con todo, la Compañía Aseguradora queda facultada para solicitar al Odontólogo tratante los antecedentes del caso como radiografías y modelos de diagnosticar, 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. El asegurado debe asistir a dicho examen de un período máximo de 15 días hábiles desde la fecha de citación.

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

Nota: Se incluye Anexo relativo a Procedimiento de Liquidación de Siniestros

En caso de no renovación de la póliza, el plazo de aviso de siniestro no podrá ser superior a 30 días, contados desde la fecha de término de vigencia de la póliza.

Artículo 19.- Cláusula sobre consentimiento que da el asegurado para el uso de su información en seguros de salud

"El Asegurado declara que acepta y autoriza a la Compañía de Seguros o a la persona que actúe en su representación, a solicitar a cualquier médico, enfermera, psicólogo, Clínica, Hospital, Laboratorio Clínico, Fondo Nacional de Salud (Fonasa), Isapre, Compañía de Seguros u otra institución pública o privada, información relativa a su estado de salud y cualquier documento asociado, a vía de ejemplo, y sin ser restrictivos en su enumeración, copia del parte policial y relato de los hechos, ficha médica completa, epicrisis, cartola histórica detallada de gastos médicos en su institución de salud, liberando tanto a instituciones como profesionales del secreto profesional y de faltas a la Ley N°19.628 sobre Protección de Datos de Carácter Personal, Ley N°20.584 sobre Confidencialidad y Secreto Médico, del Código de Ética del Colegio Médico de Chile y Ley N° 16.744, sobre Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales y otras.

Adicionalmente, conforme a lo señalado en la ley N° 19.628, por este acto vengo en facultar expresamente a la Compañía de Seguros con la que estoy contratando el (los) presente (s) seguro (s), o quien sus derechos represente, o su reasegurador, o la Isapre con quien tenga convenio, para hacer uso de mis datos de carácter personal así como también aquellos denominados como sensibles. Esta autorización faculta a la Aseguradora, reaseguradora o Isapre para efectuar el tratamiento de dichos datos conforme lo expresa la norma legal señalada. Asimismo, consiento expresamente para que la compañía aseguradora, reaseguradora o Isapre tenga acceso a los contenidos o copias de las recetas médicas, análisis o exámenes de laboratorios clínicos y servicios relacionados con la salud, según lo expresa el artículo 127 del Código Sanitario.

Conforme a lo anterior, declaro haber sido informado que estos datos son para el exclusivo uso de la Compañía Aseguradora, reaseguradora o Isapre en el análisis de otorgamiento de seguro modificaciones de coberturas, análisis de reclamos, investigaciones de siniestros y, en general todo aquello que diga relación con los contratos que celebre con la asegurada, pudiendo estos datos ser comunicados a terceros, con estos mismo fines".

Artículo 20.- Condiciones Especiales

- Este seguro **SI CUBRE** preexistencias solo en el Plan Complementario de Salud.
- Este seguro **NO CUBRE** preexistencias en Vida, Adicionales y Catastrófico.
- Complicaciones del Embarazo: Se cubrirán los gastos hospitalarios incurridos, descontadas las sumas reembolsadas por Isapre o Fonasa, por patologías o complicaciones directamente relacionadas con el embarazo.
- Cirugía Ambulatoria, en caso que un asegurado requiera cirugía sin ser hospitalizado (que no pernocte en el hospital), se cubrirán los gastos en que incurra por conceptos de Servicios Hospitalarios y Honorarios Médicos.
- Receta magistral, corresponden a recetas emitidas por un médico, quien prescribe en forma especial que sea elaborada en una farmacia y que contengan componentes activos, tales como antimicótico, antiinflamatorios, corticoides y antibióticos. Estas recetas deben acompañarse con Informe Médico, el cual será evaluado por la Compañía.



- La Compañía Aseguradora cubrirá la Cirugía Láser Ocular para la corrección de Miopía y Astigmatismo, bajo los siguientes criterios:
 - 1) Asegurado mayor a 20 años de edad.
 - 2) Miopía mayor o igual a 5 dioptrías, Hipermetropía mayor a 3 dioptrías.
 - 3) Uso de lentes acreditados por al menos 5 años.
 - 4) Anisometropías importantes con diferencia mayor a 2 dioptrías entre un ojo y otro.
 - 5) 6 Meses de carencia para futuras incorporaciones. nisometropías importantes con diferencia mayor a 2 dioptrías entre un ojo y otro.
- Cirugía Ocular por defectos de Refracción: la compañía cubrirá las cirugías para corregir Miopía, Astigmatismo e Hipermetropía, cualquiera sea la técnica utilizada, luego de cumplida una vigencia ininterrumpida del asegurado de 18 meses en la póliza. Para lo anterior, se deberá cumplir además con el resto de condiciones definidas en el condicionado general de la póliza, entre las cuales está ser mayores de 20 años de edad. Contrariamente a lo indicado en el condicionado general, será necesario acreditar un mínimo de 3 dioptrías para acceder a cobertura.
- Prótesis y Órtesis, se considerarán prótesis y órtesis, todas aquellas señaladas en Arancel Fonasa, como: válvulas, lente intraocular, prótesis mamarias, de caderas, marcapasos, cuello cervical, rodilleras, férulas, plantillas, realce, taloneras.
- Kinesioterapia, Fonoaudiología y Nutricionista, estas prestaciones estarán cubiertas, siempre y cuando hayan sido prescritas por un profesional Médico. Para la bonificación de gastos relacionados a consultas de Kinesioterapia, Fonoaudiología y Nutricionista, se exigirá derivación de un profesional de la especialidad.
- Las derivaciones médicas tendrán una validez por el periodo especificado del tratamiento. En el caso de ausencia del número de sesiones la vigencia de las derivaciones tendrá una duración de 6 meses.

Artículo 21.- Resumen de las Condiciones del Seguro

En cumplimiento con lo dispuesto en la Circular N° 1935 del 5 de agosto de 2009, instruida por la Comisión para el Mercado Financiero, en el siguiente párrafo se resumen algunos antecedentes importantes que usted debe considerar, al momento de contratar este seguro:

Este Seguro:

NO Contempla renovación garantizada.

SI Podrá aumentar la prima (precio) en caso de renovación de la póliza.

SI Considera la siniestralidad individual póliza, para efectos de cálculo de variación de la prima, en caso de renovación.

SI Cubre preexistencias solo en el Plan Complementario de Salud.

Artículo 22.- Exclusiones de Cobertura

Las exclusiones asociadas a la póliza son:

Exclusiones Cobertura Salud Complementario (POL320190016)

Exclusiones Cobertura Adicional Dental Empresa: (CAD320230459)

Artículo 23.- Código de Autorregulación y Compendio de Buenas Prácticas

Bupa Compañía de Seguros de Vida S.A. se encuentra adherida voluntariamente al Código de Autorregulación y al Compendio de Buenas Prácticas de las Compañías de Seguros, cuyo propósito es propender al desarrollo del mercado de los seguros, en consonancia con los principios de libre competencia y buena fe que debe existir entre las empresas, y entre éstas y sus clientes.

Copia del Compendio de Buenas Prácticas Corporativas de las Compañías de Seguros se encuentra a disposición de los interesados en cualquiera de las oficinas de Bupa Compañía de Seguros de Vida S.A. y en www.aach.cl.

Asimismo, Bupa Compañía de Seguros de Vida S.A. ha aceptado la intervención del Defensor del Asegurado cuando los clientes le presenten reclamos en relación a los contratos celebrados con ella. Los clientes pueden presentar sus reclamos ante el Defensor del Asegurado utilizando los formularios disponibles en las oficinas de Bupa Compañía de Seguros de Vida S.A o a través de la página web www.ddachile.cl.

Artículo 24.- Domicilio

Para todos los efectos legales de la presente Póliza, las partes fijan su domicilio en la ciudad de Santiago.

Artículo 25.- Servicio

Para consultas en relación al seguro, puede contactarse con nuestra Unidad de Servicio al Cliente al teléfono 600 391 9000, opción 2 o al correo electrónico servicio.seguros@bupa.cl. Ingrese a www.SegurosBupa.cl para más detalle sobre sucursales.



Artículo 26.- Modificación sistema previsional de salud

En caso de modificación de la legislación o normativa vigente relacionada al sistema de salud previsional público o privado, y siempre que dicho cambio altere significativamente la cobertura del seguro, sea en cuanto al riesgo asumido o a los beneficios que otorga, en comparación a las condiciones existentes al momento de la celebración del contrato, la Compañía podrá facultativamente dar por terminada la póliza en forma anticipada, o proponer al contratante nuevas condiciones de cobertura y prima, las que en caso de no ser aceptadas por el contratante o no obtener respuesta de parte de éste en el plazo otorgado por la Compañía en la comunicación enviada al efecto, dará lugar a la terminación anticipada del contrato.

Se entenderá que una modificación a la legislación o normativa vigente relacionada al sistema de salud previsional público o privado afecta significativamente la cobertura del seguro cuando se refiere a uno o algunos de los siguientes aspectos:

- a) Disminución de los planes de salud de los afiliados en un porcentaje igual o mayor al 5%.
- b) Aplicación de reglas de suscripción de riesgo no previstas, inconciliables o que impongan restricciones respecto de aquellas consideradas por la Compañía al momento del otorgamiento de la póliza tales como, y sin que la siguiente enumeración sea taxativa, el levantamiento de exclusiones, cobertura de preexistencias, cambios en los requisitos de asegurabilidad, cambios en las prestaciones cubiertas.
- c) Modificación del orden de prelación en la aplicación de la cobertura del sistema de salud previsional que implique la concurrencia de la cobertura de esta póliza con anterioridad o prescindencia de la cobertura del sistema de salud previsional.
- d) Imposición de aranceles de prestaciones médicas que produzcan como efecto el otorgamiento de bonificaciones sobre prestaciones no contempladas en la póliza, o que supongan el pago de dichas prestaciones en un porcentaje superior a 1%; o bien, que impongan el reembolso de prestaciones en cuyo otorgamiento se empleen nuevas tecnologías no contempladas en los aranceles considerados al momento de la suscripción.

Corporación Regional de Desarrollo Productivo
de la Región de los Ríos

Francisco Raveau.
Gerente de Finanzas
Bupa Compañía de Seguros de Vida S.A.

Anexo N° 1
Procedimiento de Liquidación de Siniestros.

1) Objeto de la Liquidación.

La liquidación tiene por fin establecer la ocurrencia de un siniestro, determinar si el siniestro está Cubierto en la póliza contratada en una compañía de seguros determinada, y cuantificar el monto de la pérdida y de la indemnización a pagar.

El procedimiento de liquidación está sometido a los principios de celeridad y economía procedimental, de objetividad y carácter técnico y de transparencia y acceso.

2) Forma de Efectuar la Liquidación.

La liquidación puede efectuarla directamente la Compañía o encomendarla a un Liquidador de seguros. La decisión debe comunicarse al Asegurado dentro del plazo de tres días hábiles contados desde la fecha de la denuncia del siniestro.

3) Derecho de Oposición a la Liquidación Directa.

En caso de liquidación directa por la compañía, el Asegurado o beneficiario puede oponerse a ella, solicitándole por escrito que designe un Liquidador de Seguros, dentro del plazo de cinco días hábiles contados desde la notificación de la comunicación de la Compañía. La Compañía deberá designar al Liquidador en el plazo de dos días hábiles contados desde dicha oposición.

4) Información al Asegurado de Gestiones a realizar y Petición de Antecedentes.

El Liquidador o la Compañía deberá informar al Asegurado, por escrito, en forma suficiente y oportuna, al correo electrónico (informado en la denuncia del siniestro) o por carta certificada (al domicilio señalado en la denuncia de siniestro), de las gestiones que le corresponde realizar, solicitando de una sola vez, cuando las circunstancias lo permitan, todos los antecedentes que requiere para liquidar el siniestro.

5) Pre-Informe de Liquidación.

En aquellos siniestros en que surgieren problemas y diferencias de criterios sobre sus causas, evaluación del riesgo o extensión de la cobertura, podrá el Liquidador, actuando de oficio o a petición del Asegurado, emitir un pre-informe de liquidación sobre la cobertura del siniestro y el monto de los daños producidos, el que deberá ponerse en conocimiento de los interesados. El asegurado o la Compañía podrán hacer observaciones por escrito al pre-informe dentro del plazo de cinco días hábiles desde su conocimiento.

6) Plazo de Liquidación.

Dentro del más breve plazo, no pudiendo exceder de 45 días corridos desde fecha denuncia, a excepción de:

- a) siniestros que correspondan a seguros individuales sobre riesgos del Primer Grupo cuya prima anual sea superior a 100 UF: 90 días corridos desde fecha denuncia.
- b) siniestros marítimos que afecten a los cascos o en caso de Avería Gruesa: 180 días corridos desde fecha denuncia.

7) Prórroga del Plazo de Liquidación.

Los plazos antes señalados podrán, excepcionalmente siempre que las circunstancias lo ameriten, prorrogarse, sucesivamente por iguales períodos, informando los motivos que la fundamenten e indicando las gestiones concretas y específicas que se realizarán, lo que deberá comunicarse al asegurado y a la Comisión para el Mercado Financiero, pudiendo esta última dejar sin efecto la ampliación, en casos calificados, y fijar un plazo para entrega del Informe de Liquidación. No podrá ser motivo de prórroga la solicitud de nuevos antecedentes cuyo requerimiento pudo preverse con anterioridad, salvo que se indiquen las razones que justifiquen la falta de requerimiento, ni podrán prorrogarse los siniestros en que no haya existido gestión alguna del liquidador, registrado o directo.

8) Informe Final de Liquidación.

El informe final de liquidación deberá remitirse al Asegurado y simultáneamente al Asegurador, cuando corresponda, y deberá contener necesariamente la transcripción íntegra de los artículos 26 y 27 del Reglamento de Auxiliares del Comercio de Seguros (D.S. de Hacienda N° 1.055, de 2012, Diario Oficial de 29 de diciembre de 2012)

9) Impugnación Informe de Liquidación.

Recibido el informe de Liquidación, la Compañía y el Asegurado dispondrán de un plazo de diez días hábiles para impugnarla. En caso de liquidación directa por la Compañía, este derecho sólo lo tendrá el Asegurado. Impugnado el informe, el Liquidador o la compañía dispondrá de un plazo de 6 días hábiles para responder la impugnación.

Anexo N° 2

Información Sobre Atención De Clientes y Presentación De Consultas y Reclamos

En virtud de la Circular N°2131 de la Comisión para el Mercado Financiero de 28 de noviembre de 2013, las compañías de seguros, corredores de seguros y liquidadores de siniestros, deberán recibir, registrar y responder todas las presentaciones, consultas o reclamos que se les presenten directamente por el contratante, asegurado o beneficiarios, o legítimos interesados o sus mandatarios.

Las presentaciones pueden ser efectuadas en todas las oficinas de las entidades en que se atienda público, presencialmente, por correo postal, medios electrónicos, o telefónicamente, sin formalidades, en el horario normal de atención.

Recibida una presentación, consulta o reclamo, ésta deberá ser respondida en el plazo más breve posible, el que no podrá exceder de 20 días hábiles contados desde su recepción.

El interesado, en caso de disconformidad respecto de lo informado, o bien cuando exista demora injustificada en la respuesta, podrá recurrir a la Comisión para el Mercado Financiero, Área de Protección al Inversionista y Asegurado, cuyas oficinas se encuentran ubicadas en Av. Libertador Bernardo O'Higgins 1449, piso 1, Santiago, o a través del sitio web www.cmfchile.cl.

**Anexo N° 3****Beneficios Adicionales**

Los servicios y beneficios adicionales no constituyen cobertura de seguros, siendo responsabilidad de los prestadores indicados en cada anexo la entrega del servicio o beneficio correspondiente. Los servicios y beneficios se mantendrán vigentes durante los plazos y condiciones que los mismos señalen o mientras se encuentre vigente el convenio suscrito por Compañía de Seguros Bupa con los respectivos prestadores. Sin perjuicio de lo anterior la compañía aseguradora podrá poner término a éstos en cualquier momento, informando de ello al contratante de la póliza.

IMED:

Queda expresamente establecido que la aplicación del seguro no necesariamente implica la aceptación de la cobertura del diagnóstico que origina dichos gastos, de tal modo que en cualquier momento la compañía podrá restringir, limitar o excluir dicho diagnóstico por carecer de cobertura, en conformidad a lo establecido en las Condiciones Generales y Particulares del Seguro.

**HASTA
UF 7****REEMBOLSO WEB:**

Por medio del portal www.segurosbuga.cl, el asegurado puede generar los reembolsos de tu seguro complementario de salud.

APP:

Por medio de la APP, que se puede descargar a través de Google play o App Store, el asegurado puede generar los reembolsos del seguro complementario de salud.

**Gastos
ambulatorios****Gastos
dentales****Gastos en
medicamentos**

Los servicios y beneficios adicionales no constituyen cobertura de seguros, siendo responsabilidad de los prestadores indicados en cada anexo la entrega del servicio o beneficio correspondiente. Los servicios y beneficios se mantendrán vigentes durante los plazos y condiciones que los mismos señalen o mientras se encuentre vigente el convenio suscrito por Compañía de Seguros Bupa con los respectivos prestadores. Sin perjuicio de lo anterior la compañía aseguradora podrá poner término a éstos en cualquier momento, informando de ello al contratante de la póliza.



1. CONDICIONES PRESTADORES PREFERENTES EN CLÍNICAS

100% COBERTURA (ISAPRES)	Beneficios Hospitalarios
	Día Cama (Hab Pluri o Bipersonal)
	Excesos Día Cama
	Honorarios Médicos Quirúrgicos
	Derecho a Pabellón
	Insumos y Materiales
	Medicamentos Hospitalarios
	Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos

CIRUGIAS PAQUETIZADAS O SOLUCIONES INTEGRALES INCLUIDAS
Hernia del Núcleo Pulposo, Estenorraquis
Adenoma o Cáncer Prostático
Histerectomía Total o Ampliada
Colecistectomía por Vía Laparoscópica (*)
Mastectomía Parcial (*)
Parto presentación cefálica o podálica C/S Episiotomía
Hallux Valgus o Rigidus Unilateral
Litiasis Renal Trat. Por onda de Choques C/S Cistoscopia
Meniscectomía
Safenectomía interna Y/O Externa C/S ligadura otros Venosos C/S Resección Cutánea
Hemorroidectomía (Excluye Grapadora)
Hernia inguinal, crural, umbilical
Conización Y/O Amputación Cuello Uterino
Amigdalectomía C/S Adenoidectomía
Circuncisión



Los servicios y beneficios adicionales no constituyen cobertura de seguros, siendo responsabilidad de los prestadores indicados en cada anexo la entrega del servicio o beneficio correspondiente. Los servicios y beneficios se mantendrán vigentes durante los plazos y condiciones que los mismos señalen o mientras se encuentre vigente el convenio suscrito por Compañía de Seguros Bupa con los respectivos prestadores. Sin perjuicio de lo anterior la compañía aseguradora podrá poner término a éstos en cualquier momento, informando de ello al contratante de la póliza.

REQUISITOS:

- ✓ Sólo para Cirugías Paquetizadas o Soluciones Integrales (ISAPRES).
- ✓ Se requiere tener sistema previsional.
- ✓ Afiliados Consalud y Fonasa deben comprar bonos primero.
- ✓ Si no hay bonificación por parte de la institución de Salud (Isapre o Fonasa) no serán aplicables los beneficios de Prestadores Preferentes. Esto dado que el uso del sistema de salud previsional es prioritario y obligatorio.
- ✓ Contempla habitación doble, médicos de staff /modalidad Institucional como requisito imprescindible.
- ✓ No cubre prestaciones relacionadas con accidentes del trabajo o enfermedades profesionales.
- ✓ Prestaciones hospitalarias con un tope de **UF 200** por evento, que se consume del plan de Salud contratado.
- ✓ Para conocer el valor correspondiente a su previsión, le recomendamos acercarse al Departamento de presupuestos de la Clínica o bien directamente con su Isapre o Fonasa.
- ✓ Se consideran cirugías únicas, en caso de cirugías adicionales se perderá la condición de cuenta paquetizada.
- ✓ No debe ser una patología preexistente.
- ✓ Las exclusiones que rigen para este beneficio de prestador preferente, serán las mismas establecidas en el condicionado general y particular de la póliza contratada.
- ✓ Para obtener el Beneficio de Prestador Preferentes, todas aquellas prestaciones que tengan cobertura GES (*), deberán necesariamente hacer uso de esta cobertura.
- ✓ En caso de Complicación post-quirúrgica o durante el transcurso de la hospitalización. Este Convenio NO opera como prestador preferente, debiendo aplicarse los topes correspondientes para cada prestación según póliza del asegurado.
- ✓ Importante: en caso de utilizar prestaciones en upc (unidad de paciente crítico) ADULTO O pediátrico (uti-uci-incubadora- neo) no opera como prestador preferente.
- ✓ En caso que la póliza tenga Vigente la condición de BMI, este se aplicará en la liquidación del Gasto.

Los servicios y beneficios adicionales no constituyen cobertura de seguros, siendo responsabilidad de los prestadores indicados en cada anexo la entrega del servicio o beneficio correspondiente. Los servicios y beneficios se mantendrán vigentes durante los plazos y condiciones que los mismos señalen o mientras se encuentre vigente el convenio suscrito por Compañía de Seguros Bupa con los respectivos prestadores. Sin perjuicio de lo anterior la compañía aseguradora podrá poner término a éstos en cualquier momento, informando de ello al contratante de la póliza.



2. CONDICIONES PRESTADORES PREFERENTES PAD (FONASA) EN CLINICAS Y RED DE HOSPITALES PÚBLICOS DE CHILE

100% COBERTURA PAD(FONASA)	Beneficios Hospitalarios
	Día Cama (Hab Pluri o Bipersonal)
	Excesos Día Cama
	Honorarios Médicos Quirúrgicos
	Derecho a Pabellón
	Insumos y Materiales
	Medicamentos Hospitalarios
	Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos

Código	Cirugías	Código	Cirugías
2501001	Colelitiasis	2501034	Histerectomía
2501002	Apendicitis	2501035	Menisectomía
2501003	Peritonitis	2501036	Litotripsia extracorpórea
2501004	Hernia abdominal simple	2501037	Síndrome del túnel carpiano
2501005	Hernia abdominal complicada	2501038	Ruptura del manquito rotador
2501006	Tumor maligno de estómago	2501039	Osteosíntesis tibia-peroné
2501007	Úlcera gástrica complicada	2501040	Osteosíntesis muslo
2501008	Úlcera duodenal complicada	2501041	Osteosíntesis cubito y/o radio
2501009	Parto	2501042	Osteosíntesis diafisaria humero
2501010	Embarazo ectópico	2501043	Inestabilidad de hombro
2501014	Enfermedad crónica de las amígdalas	2501044	Endoprótesis total de hombro
2501015	Vegetaciones adenoides	2501045	Contractura Dupuytren
2501016	Hiperplasia de la próstata	2501046	Hallux Valgus
2501017	Fimosis	2501047	Inestabilidad de rodilla
2501018	Criptorquidia	2501048	Dedos en gatillo
2501019	Ictericia del recién nacido	2501049	Tumores o quistes tendino-musculares
2501021	Catarata (no incluye lente intraocular)	2501050	Quistes sinoviales
2501022	Trasplante renal	2501051	Tiroidectomía total
2501026	Prolapso anterior o posterior	2501052	Tiroidectomía subtotal
2501027	Tumores y/o quistes intracraneos	2501053	Hidrocele y/o hematocele
2501028	Aneurismas	2502001	Diagnóstico infección tracto urinario (I.T.U.)
2501029	Disrafias	2502002	Hemorroides
2501030	Hernia del núcleo pulposo (cervical, dorsal, lumbar)	2502003	Varices
2501031	Fistula arteriovenosa simple (I.R.C.)	2502004	Varicocele
2501032	Fistula arteriovenosa compleja (I.R.C.)	2502008	Estudio apnea del sueño
2501033	Queratectomía fotorrefractiva o queratomileusis fotorrefractiva (lasik o prk)	2502006	Glaucoma tratamiento quirúrgico



PAD FONASA CLINICAS BUPA

Clínica
Bupa Santiago

Código	Cirugías
2501001	Colelitiasis
2501004	Hernia abdominal simple
2501014	Enfermedad crónica de las amígdalas
2501015	Vegetaciones adenoides
2501017	Fimosis
2501018	Criptorquidia
2501021	Cataratas (no incluye lente intraocular)
2501026	Prolapso vaginal anterior y/o posterior
2501030	Hernia del nucleo pulposo (cervical, dorsal, lumbar)
2501035	Menisectomía
2501036	Litotripsia extracorpórea
2501037	Síndrome del túnel carpiano
2501038	Ruptura manguito rotador
2501043	Inestabilidad de hombro
2501045	Contractura dupuytren
2501046	Hallux valgus
2501047	Inestabilidad de rodilla
2501048	Dedos en gatillo
2501053	Hidrocele y/o hematocele
2502008	Estudio apnea del sueño

Clínica
Antofagasta

Código	Cirugías
2501001	Colelitiasis
2501002	Apendicitis
2501004	Hernia abdominal simple
2501009	Parto (Incluye tamizaje auditivo recién nacido)
2501014	Enfermedad crónica de las amígdalas
2501015	Vegetaciones adenoides
2501017	Fimosis
2501018	Criptorquidia
2501021	Cataratas (no incluye lente intraocular)
2501026	Prolapso vaginal anterior y/o posterior
2501030	Hernia del nucleo pulposo (cervical, dorsal, lumbar)
2501034	Histerectomía
2501035	Menisectomía
2501036	Litotripsia extracorpórea
2501037	Síndrome del túnel carpiano
2501038	Ruptura manguito rotador
2501043	Inestabilidad de hombro
2501047	Inestabilidad de rodilla



REQUISITOS:

- ✓ Sólo para Cirugías PAD(Fonasa)
- ✓ Se requiere tener sistema previsional.
- ✓ Afiliados a Fonasa deben comprar bonos primero.
- ✓ Si no hay bonificación por parte de la institución de Salud (Fonasa) no serán aplicables los beneficios de Prestadores Preferentes. Esto dado que el uso del sistema de salud previsional es prioritario y obligatorio.
- ✓ Contempla habitación doble, médicos de staff /modalidad Institucional como requisito imprescindible.
- ✓ No cubre prestaciones relacionadas con accidentes del trabajo o enfermedades profesionales.
- ✓ Prestaciones hospitalarias con un tope de **UF 200** por evento, que se consume del plan de Salud contratado.
- ✓ Para conocer el valor correspondiente a su previsión, le recomendamos acercarse al Departamento de presupuestos de la Clínica o bien directamente con su Isapre o Fonasa.
- ✓ Se consideran cirugías únicas, en caso de cirugías adicionales se perderá la condición de cuenta paquetizada.
- ✓ No debe ser una patología preexistente.
- ✓ Las exclusiones que rigen para este beneficio de prestador preferente, serán las mismas establecidas en el condicionado general y particular de la póliza contratada.
- ✓ En caso de Complicación post-quirúrgica o durante el trascurso de la hospitalización. Este Convenio NO opera como prestador preferente, debiendo aplicarse los topes correspondientes para cada prestación según póliza del asegurado.
- ✓ Importante: en caso de utilizar prestaciones en upc (unidad de paciente crítico) ADULTO O pediátrico (uti-uci-incubadora- neo) no opera como prestador preferente.
- ✓ En caso que la póliza tenga Vigente la condición de BMI, este se aplicará en la liquidación del Gasto.

Los servicios y beneficios adicionales no constituyen cobertura de seguros, siendo responsabilidad de los prestadores indicados en cada anexo la entrega del servicio o beneficio correspondiente. Los servicios y beneficios se mantendrán vigentes durante los plazos y condiciones que los mismos señalen o mientras se encuentre vigente el convenio suscrito por Compañía de Seguros Bupa con los respectivos prestadores. Sin perjuicio de lo anterior la compañía aseguradora podrá poner término a éstos en cualquier momento, informando de ello al contratante de la póliza.

GES DENTALES

100% de cobertura GES y PAD dentales en todos los prestadores



Tipo de intervención sanitaria	Prestación o Grupo de prestaciones
Salud Oral integral para niños y niñas de 6 años	Diagnóstico y tratamiento preventivo salud oral
Salud Oral integral para niños y niñas de 6 años	Tratamiento salud oral 6 años
Urgencia Odontológica Ambulatoria	Absceso submucoso o subperióstico de origen odontológico
Urgencia Odontológica Ambulatoria	Flegmón orocervicofacial de origen odontogénico: nivel primario
Urgencia Odontológica Ambulatoria	Gingivitis úlcero necrotizante
Urgencia Odontológica Ambulatoria	Complicaciones posexodoncia
Urgencia Odontológica Ambulatoria	Traumatismo dentoalveolar
Urgencia Odontológica Ambulatoria	Pericoronaritis
Urgencia Odontológica Ambulatoria	Pulpitis
Urgencia Odontológica Ambulatoria	Absceso de espacios anatómicos del territorio bucomaxilofacial: nivel primario
Salud oral integral del adulto de 60 años	Atención odontológica del adulto de 60 años
Salud oral integral de la embarazada	Tratamiento salud oral integral de la embarazada: atención general
Salud oral integral de la embarazada	Tratamiento salud oral integral de la embarazada: atención especialidades nivel secundario

PAD DENTAL	Código	PAD Dental
	2503001	Obturación, diagnóstico y tratamiento para una pieza dental
	2503002	Obturación, tratamiento complementario, más de 1 y hasta 4 piezas dentales
	2503003	Obturación, tratamiento complementario, más de 4 piezas dentales
	2503004	Tratamiento endodoncia incisivo, canino, una pieza dental
	2503005	Tratamiento endodoncia incisivo, pre molar, una pieza dental
	2503006	Tratamiento endodoncia incisivo, molar, una pieza dental

REQUISITOS:

- ✓ Aplica sólo en aquellos que tengan un plan dental contratado.
- ✓ El reembolso será del 100% con el tope anual del plan dental.

3. CONDICIONES PRESTADORES PREFERENTES ONE BUPA

Es una cobertura Adicional al plan de Beneficios de Salud.

	Clínica Bupa Santiago	Clínica Reñaca	Clínica Antofagasta
Exámenes de laboratorio	10%	10%	10%
Exámenes de imagenología, EX, ecografía	10%	10%	10%
Día cama hospitalización	10%	10%	10%
Derecho a pabellón hospitalización	10%	10%	10%
Servicios hospitalarios	10%	10%	10%

Los servicios y beneficios adicionales no constituyen cobertura de seguros, siendo responsabilidad de los prestadores indicados en cada anexo la entrega del servicio o beneficio correspondiente. Los servicios y beneficios se mantendrán vigentes durante los plazos y condiciones que los mismos señalen o mientras se encuentre vigente el convenio suscrito por Compañía de Seguros Bupa con los respectivos prestadores. Sin perjuicio de lo anterior la compañía aseguradora podrá poner término a éstos en cualquier momento, informando de ello al contratante de la póliza.

4. VENTANILLA ÚNICA

OBJETIVO DEL CONVENIO:

El convenio consiste en brindar por parte de la Clínica u Hospital, condiciones especiales de atención para los asegurados Bupa, tramitando en forma interna con Bupa Seguros, la bonificación del Seguro contratado por el asegurado – paciente con dicha compañía, si corresponde, para las atenciones hospitalarias demandadas.

BENEFICIOS PARA NUESTROS ASEGURADOS:

1. Se evita el trámite manual que significa la solicitud de reembolso.
2. El copago final a pagar por el asegurado – paciente a la Clínica u Hospital, será menor, puesto que el Seguro ya habrá aplicado las coberturas de la póliza.
3. Mantiene la transparencia de la información de las coberturas aplicadas, puesto que la Clínica hará entrega de la liquidación del siniestro, la cual contiene el detalle de las prestaciones con los montos involucrados.
4. El paciente se debe identificar como asegurado Bupa en Admisión a través del aplicativo Imed, quedando fuera de esta identificación los seguros catastróficos.

REQUISITOS:

1. El Convenio aplica sólo para cirugías/hospitalizaciones programadas, no siendo aplicable para atenciones de urgencia.
2. Aplicable para las cuentas de atenciones hospitalarias en cuyos casos el Sistema de Salud Previsional (Isapre) tenga Convenio de pago directo para la emisión de bonos en prestaciones Clínicas y/u Honorarios médicos.
3. En virtud de este convenio, la Compañía pagará directamente a la Clínica el copago de las prestaciones luego de que el paciente asegurado haya hecho uso de su Sistema de Salud provisional, Isapre, descontándose el monto bonificado del Tope anual de su Plan Complementario de Salud.
4. Para efectos de los pacientes que pertenezcan a FONASA O CONSALUD, este convenio no aplica, debiendo realizar el reembolso correspondiente de forma regular, llenando el formulario y luego dirigirse a Bupa Seguros.

Los servicios y beneficios adicionales no constituyen cobertura de seguros, siendo responsabilidad de los prestadores indicados en cada anexo la entrega del servicio o beneficio correspondiente. Los servicios y beneficios se mantendrán vigentes durante los plazos y condiciones que los mismos señalen o mientras se encuentre vigente el convenio suscrito por Compañía de Seguros Bupa con los respectivos prestadores. Sin perjuicio de lo anterior la compañía aseguradora podrá poner término a éstos en cualquier momento, informando de ello al contratante de la póliza.



EL PRESENTE CONVENIO NO INCLUYE:

1. Cuentas de Seguros Catastróficos que deban completar deducible.
2. Atenciones hospitalarias derivadas de la Ley de Urgencia ni urgencias.
3. Atenciones hospitalarias derivadas de un accidente automovilístico, en cuyo caso la cobertura debe ser otorgada por el Seguro Obligatorio para accidentes personales (SOAP).
4. Atenciones GES-CAEC.
5. Atenciones hospitalizadas, para las cuales, su evaluación y/o bonificación requiera de mayores antecedentes especialmente de índole clínico o médico, en cuyo caso la cuenta deberá ser tramitada por el mecanismo tradicional.



Los servicios y beneficios adicionales no constituyen cobertura de seguros, siendo responsabilidad de los prestadores indicados en cada anexo la entrega del servicio o beneficio correspondiente. Los servicios y beneficios se mantendrán vigentes durante los plazos y condiciones que los mismos señalen o mientras se encuentre vigente el convenio suscrito por Compañía de Seguros Bupa con los respectivos prestadores. Sin perjuicio de lo anterior la compañía aseguradora podrá poner término a éstos en cualquier momento, informando de ello al contratante de la póliza.



5. CONVENIOS

5.1. DENTALES

IntegraMédica



En Clínica Dental IntegraMédica queremos que te sientas seguro, informado y acompañado en las diferentes etapas de tu vida junto a nuestro equipo de odontólogos.

62 % de descuento sobre el arancel dental en la red de centros de IntegraMédica

sanasalud
red dental



60 % de descuento sobre el arancel dental en la red de centros de Sanasalud y Uno salud Dental.

5.1. OFTALMOLOGICOS



La Clínica ofrecerá los siguientes beneficios comerciales a los pacientes que por operatividad con sus sistemas de salud (Isapre o Fonasa) no puedan gestionar sus cuentas por ventanilla única.

10 % de descuento en el copago final del paciente para cirugías de Cataratas y Lasik

Copago \$0 en exámenes oftalmológicos preoperatorios para cirugía Lasik codificados por fonasa, con reembolso realizado posterior a la cirugía.

- Topografía corneal computarizada

15 % de descuento en exámenes oftalmológicos preoperatorios para cirugía Lasik no codificados por fonasa

- Análisis de polo anterior Pentacam
- Microscopia especular.

Beneficio aplicable a pacientes que muestren una visión no corregida superior a 0,6 y quieran optar a cirugía Lasik.



10 % de descuento sobre el total de la compra en Óptica Digital Will Bloom, ingresando el código "Bupawill" al momento del pago.