



## **CONDICIONES PARTICULARES PÓLIZA DE SALUD SEGUROS BCI**

**1 DE FEBRERO 2025 AL 31 DE ENERO 2026**

### **COBERTURA**

Este seguro se otorga como un complemento a las Instituciones de Salud Previsional y opera sobre el monto no cubierto por la Isapre o Fonasa a la que se encuentre afiliado el asegurado y de acuerdo a los límites establecidos en esta póliza.

### **Ingreso a la póliza**

Los empleados con contrato de plazo fijo en cargo de planta e indefinido con el Instituto de Seguridad del Trabajo y sus empresas relacionada hasta el día que cumplan los 65 años de edad.

El Contratante deberá enviar los ingresos de los asegurados, a través del corredor el original de la solicitud de incorporación, en cuyo caso, el inicio de vigencia será:

a) el primer día del mes inmediatamente siguiente, previa calificación de su estado de salud y suscripción de la propuesta o solicitud de seguro o sus documentos accesorios o complementarios, en su caso, y el reconocimiento médico y exámenes cuando corresponda, a la recepción de la solicitud de incorporación.

### **Ingreso y Permanencia en la póliza**

Para que **un empleado se mantenga incorporado en la póliza** colectiva debe tener la condición de empleado de la Empresa y haber recibido carta de evaluación donde se detalla su incorporación.

**Hijos:** Los hijos de los colaboradores pueden ingresar a la póliza, desde que el asegurado lo solicita expresamente completando enrolamiento web correspondiente y luego de haber recibido carta de evaluación. Para ello debe tener la calidad de carga legal reconocida por la Caja de Compensación 18 vigente en la empresa.

**Permanencia:** Mientras el hijo sea carga legal del asegurado, esto es hasta el día que cumpla 18 años de edad. Los hijos pueden estar incluidos hasta el día que cumplan los 24 años de edad, siempre y cuando no estén trabajando, sean solteros, dependan económicamente del empleado, y estén estudiando a tiempo completo una carrera profesional reconocida por el Estado y en una Institución de Educación Superior debidamente reconocida por el Estado.

**Cónyuge/Conviviente Civil:** Podrán ingresar a la póliza el/la cónyuge/conviviente civil menor de 65 años. Para ello debe tener la calidad de carga legal reconocida por la Caja de Compensación 18 vigente en la empresa.

**CONTACTO SEGURO BCI:** Srta. ALEJANDRA RODRIGUEZ

**CORREO:** [alejandra.rodriquez@fistseguros.com](mailto:alejandra.rodriquez@fistseguros.com)

**CELULAR:** +569 87290074

## Seguro Complementario de Salud Plan de Beneficios

<b>GASTOS AMBULATORIOS</b>	<b>REEMBOLSO BONO</b>	<b>REEMBOLSO LIBRE ELECCION</b>	<b>TOPE</b>
Consulta Médica (se excluyen consultas por Psiquiatría, Psicología y Psicopedagogía)	70%	60%	UF 0,7 por consulta
Exámenes de Laboratorio	70%	60%	30 UF Anual
Exámenes Radiológicos e Imagenología	70%	60%	30 UF Anual
Procedimientos de Diagnóstico y Terapéuticos	70%	60%	UF 20 Anual
Procedimientos Quirúrgicos (Cirugía Ambulatoria)	70%	70%	UF 30 Por Evento
Procedimientos (Quimioterapia y Radioterapia)	100%	100%	UF 40 Anual
Kinesiología y Medicina Física	70%	70%	UF 10 Anual
Fonoaudiología	70%	70%	UF 10 Anual
Deducible GES-CAEC Ambulatorio	100%	100%	Sin Tope (*)
Medicamentos de Marca	40%	40%	UF 15 Anual pp Aplica Franquicia Medicamentos \$2.000 Farmacia en Línea
Medicamentos Genéricos	50%	50%	
Medicamentos de Marca Cruz Verde - Salcobrand	40%	40%	
Medicamentos Genéricos Cruz Verde -Salcobrand	50%	50%	
Medicamentos Genéricos Lab. Chile Cruz Verde-Salcobrand	100%	100%	
<b>SALUD MENTAL</b>	<b>Reembolso %</b>	<b>Tope por Prestación</b>	<b>Tope Anual</b>
Consultas o Sesiones de Psiquiatría, Psicología o Psicopedagogía. Se incluye la consulta que da origen al diagnóstico	70%		UF 20
Hospitalización Psiquiátrica	70%		
<b>GASTOS HOSPITALARIOS</b>	<b>Reembolso %</b>	<b>Tope por Prestación</b>	<b>Tope Anual</b>
Día Cama Medicina o Cirugía	100%	UF 3 Diario	Sin Tope (*)
Día Cama UTI o UCI	80%		Sin Tope (*)
<b>OTROS GASTOS HOSPITALARIOS</b>	<b>Reembolso %</b>	<b>Tope por Prestación</b>	<b>Tope Anual</b>
Honorarios Médicos Quirúrgico del equipo Médico en general	80%		Sin Tope (*)
Servicios Hospitalarios (Derecho a pabellón, exámenes de laboratorio, radiología, procedimientos, visitas médicas, insumos, equipos y medicamentos)	80%		Sin Tope (*)
Hospitalización Domiciliaria	80%	UF 3 Diario	Sin Tope (*)

Servicio de Enfermera Privada ( en hospitalización y prescrita por médico tratante	70%		UF 10
Ambulancia Terrestre (en un radio de 50 Km.)	70%		Sin Tope (*)
Ambulancia Aérea	70%	UF 10	Sin Tope (*)
Deducible GES-CAEC Hospitalario	100%		Sin Tope (*)
Gasto Donante Vivo	100%		UF 40
Gasto Donante Post Mortem	100%		UF 20
<b>MATERNIDAD (SOLO TRABAJADORAS, NO CUBRE GASTOS DE HIJAS)</b>	<b>Reembolso %</b>	<b>Tope por Prestación</b>	<b>Tope Anual</b>
Parto Normal	100%	UF 20	Sin Tope (*)
Cesárea	100%	UF 30	Sin Tope (*)
Aborto no provocado	100%	UF 20	Sin Tope (*)
Complicaciones del Embarazo y Parto	80%		Sin Tope (*)
Tratamiento de Infertilidad	100%		UF 20
<b>OTROS GASTOS</b>	<b>Reembolso %</b>	<b>Tope por Prestación</b>	<b>Tope Anual</b>
Cristales y lentes de Contactos	70%		UF 5
Prótesis y Ortesis	70%		UF 30
Aparatos Auditivos	70%		UF 10
Yeso	70%		UF 10
Cirugía Láser Ocular: Asegurado mayor de 20 años.Miopía mayor o igual a 5 dioptrías. Hipermetropía mayor a 3 dioptrías. Uso de Lentes acreditados por al menos 5 años. Anisometropías importante con diferencia a 2 dioptrías entre un ojo y otro	80%		UF 20
Radioterapia, Quimioterapia	100%		UF 40

✓ **DEDUCIBLE: LA POLIZA DE SALUD TENDRA UN DEDUCIBLE ANUAL DE UF 1 POR PERSONA, CON UN TOPE DE UF 3 POR GRUPO FAMILIAR**

✓ **TOPE DE COBERTURA SALUD: 250 UF POR ASEGURADO CON UN TOPE DE 750 UF POR GRUPO FAMILIAR**

## SEGURO DE SALUD AMPLIADO O CATASTROFICO

<b>GASTOS AMBULATORIOS</b>	<b>Reembolso %</b>	<b>Tope Anual</b>
Consulta Médica General	100%	Sin Tope (*)
Exámenes de Laboratorio	100%	Sin Tope (*)
Exámenes Radiológicos	100%	Sin Tope (*)
Procedimientos de Diagnóstico y Terapéuticos	100%	Sin Tope (*)
Procedimientos Quirúrgicos (Cirugía Ambulatoria)	100%	Sin Tope (*)
Kinesiología y Medicina Física	100%	Sin Tope (*)
Fonoaudiología	100%	Sin Tope (*)
Medicamentos	100%	Sin Tope (*)
<b>GASTOS HOSPITALARIOS</b>	<b>Reembolso %</b>	<b>Tope Anual</b>
Día Cama Medicina o Cirugía	100%	Sin Tope (*)
Día Cama UTI o UCI	100%	Sin Tope (*)
<b>OTROS GASTOS HOSPITALARIOS</b>	<b>Reembolso %</b>	<b>Tope Anual</b>
Honorarios Médicos Quirúrgicos	100%	Sin Tope (*)
Servicios Hospitalarios	100%	Sin Tope (*)
Hospitalización Domiciliaria	100%	Sin Tope (*)
Ambulancia Terrestre ( en un radio de 50 KM)	100%	Sin Tope (*)
<b>OTROS GASTOS</b>	<b>Reembolso %</b>	<b>Tope Anual</b>
Yeso	100%	Sin Tope (*)
Radioterapia, Quimioterapia	100%	Sin Tope (*)
<b>COBERTURA EN EL EXTRANJERO SOLO POR URGENCIA IDEM PLAN</b>		
(*) = Los topes de cada cobertura no podrán ser superiores al tope anual por asegurado, es decir 2000 UF. Tope de 6.000 UF por grupo familiar.		

## COBERTURA DENTAL

PRESTACIONES	Reembolso %	Tope Anual
Odontopediatría	50%	UF 15 Anual Por Beneficiario
Endodoncia		
Operatoria		
Cirugía Bucal		
Radiología Oral		
Periodoncia		
Disfunción		
Prótesis fija y Removable		UF 40 Anual por Grupo Familiar
Implantes Dentales		
Ortodoncia		
Laboratorio y Medicamentos Dentales asociados a las prestaciones		

Para los efectos de esta cobertura dental, se entiende por:

- Enfermedad de origen odontológico: Toda enfermedad que afecta al dientes, encía periodonto y hueso alveolar, excluyéndose las afecciones de tipo esquelético.
- Gastos dentales razonables y acostumbrados: Es el monto que habitualmente se cobra por prestaciones de carácter similar en la localidad donde éstas son efectuadas a personas del mismo sexo y edad; considerando además, que sean las prestaciones que ordinariamente se suministran para el tratamiento dental; la característica y nivel de los tratamientos y servicios otorgados y la experiencia de las personas encargadas de la atención. Para estos efectos, se tendrá especial consideración el tipo de atención suministrada y el valor de referencia de ésta, de acuerdo al arancel odontológico, del Colegio de Cirujanos Dentistas de Chile A.G. denominado "Aranceles de Referencia".
- La compañía considera como gasto razonable y acostumbrado, aquel que no exceda el 125% del valor asignado para esa prestación en el arancel de referencia del Colegio de Cirujanos Dentistas de Chile A.G. del año 2013.
- Gasto dental incurrido por el asegurado: El costo de la prestación, hasta el límite establecido como gasto dental razonable y acostumbrado, descontando las sumas reembolsadas, financiadas por un Sistema de Salud Previsional, como así mismo otros sistemas o Instituciones al cual pertenezca el asegurado y que le otorgue beneficios similares a este adicional.
- **Carencia Dental;** los asegurados están afectos a una carencia de seis meses para prestaciones relacionadas con ortodoncia, prótesis removable e implantes a partir de la vigencia inicial individual del asegurado (titular o cargas nuevas incorporaciones) en la póliza. Durante dicho plazo se cubrirán las prestaciones señaladas aun cuando el asegurado esté vigente en la póliza.

✓ **DEDUCIBLE:** LA POLIZA DENTAL TENDRA UN DEDUCIBLE ANUAL DE **UF 1 POR PERSONA, CON UN TOPE DE UF 3 POR GRUPO FAMILIAR**

✓ **TOPE DE COBERTURA SALUD:** 15 UF POR ASEGURADO CON UN TOPE DE 40 UF POR GRUPO FAMILIAR

## CRITERIOS DE LIQUIDACIÓN DE SALUD

La Compañía otorgará cobertura de prestaciones según a los siguientes criterios de bonificación para el pago de siniestros:

- a) Este seguro opera en exceso del Sistema de Salud Previsional (Isapre o Fonasa) u otro Seguro adicional.
- b) De los gastos no bonificados por el Sistema de Salud Previsional, se considerarán como gastos efectivamente incurridos el 50% de éstos, sobre los cuales se aplicaran los %, topes y deducibles del Plan. Se exceptúan de este punto los Medicamentos Ambulatorios y gastos ópticos.
- c) No se cubrirán siniestros a causa de enfermedades diagnosticadas o conocidas en fecha anterior a la de ingreso de los asegurados en la póliza.
- d) Para los nuevos asegurados, ésta póliza no cubre los gastos originados a raíz de enfermedades preexistente.
- e) Período de acumulación del deducible es sobre la base de Año-Póliza. (1UF Dental y 1UF Médicos).
- f) La compañía aseguradora reembolsa sólo en la proporción y hasta el monto máximo que indicará en el plan, sin perjuicio del deducible estipulado.
- g) La Cobertura en el extranjero se considera bajo las mismas condiciones del Plan Complementario de Salud (como complemento de Isapre o Fonasa), concurre este seguro siempre y cuando sea una atención de urgencia.
- h) Anticonceptivos para patologías específicas (Ovarios Poliquísticos, Amenorreas, etc.), serán evaluados con exámenes hormonales, ecografías ginecológicas e informe médico.
- i) Hormonas para el tratamiento de la Menopausia.
- j) Pago de Vitaminas y Minerales para mujeres embarazadas e hijos menores de 6 años.
- k) Complicaciones del embarazo: Corresponden a todas aquellas enfermedades o dolencias que estén directamente relacionadas o sean consecuencia directa del embarazo y cuya presencia u ocurrencia afecte gravemente el desarrollo normal de éste. Se considerarán bajo esta definición las siguientes enfermedades o dolencias: colestasia intrahepática del embarazo, placenta previa, placenta accreta, preclampsia, eclampsia, hipertensión del embarazo, diabetes gestacional, incompetencia cervical, distocia del embarazo, infección huevo ovular, rotura prematura de membranas y amenaza de parto prematuro sin que haya terminado en parto, embarazo ectópico, entre otras.
- l) Complicaciones del parto: Corresponden a todas aquellas enfermedades o dolencias que estén directamente relacionadas o sean consecuencia directa del parto, tales como mala presentación del feto, desajustes del parto, corioamnionitis y endometritis, entre otras.
- m) Reducción Mamaria: La aseguradora reembolsará o pagará los gastos efectivamente incurridos en una reducción mamaria con fines terapéuticos siempre y cuando el asegurado acredite la necesidad del procedimiento mediante un informe del médico tratante, exámenes complementarios que lo respalden e incluya Radiografía de Columna Total y Ficha Clínica que incluya: Epicrisis, Anamnesis y Protocolo Operatorio, antecedentes que serán evaluados por contraloría médica para determinar si procede otorgar cobertura. Siempre y cuando el evento haya sido cubierto por el Sistema de Salud Previsional a la cual se encuentra afiliado el asegurado (Isapre/Fonasa).
- n) Cirugía Rinoplastia y/o Septoplastia: La compañía de seguros reembolsará o pagará los gastos efectivamente incurridos, provenientes de una hospitalización, bajo esta cobertura se liquidarán todos los gastos del procedimiento diagnóstico incluyendo cirugía de Rinoplastia y/o Septoplastia siempre y cuando la deformidad de la nariz permita corregir la permeabilidad, con el fin de solucionar la obstrucción nasal, para lo anterior el asegurado al momento del denuncia del siniestro deberá presentar el informe del médico tratante, rinomanometría , TAC de cavidades perinasales, u otros exámenes que respalden la mala respiración y descarten que la cirugía sea de carácter estético, la prestación debe ser realizada por un Cirujano especialista y después de haber cumplido el periodo de carencia de seis (6) meses y el evento haya sido cubierto por el Sistema de Salud Previsional a la cual se encuentra afiliado el asegurado (Isapre/Fonasa).
- o) Prótesis y Órtesis: Comprende todos los gastos derivados de aparatos protésicos, vale decir, aparatos que reemplazan, temporal o permanentemente, un órgano o parte del mismo y los gastos provenientes de la adquisición de dispositivos ortopédicos que auxilian parcial o totalmente las funciones de un miembro con incapacidad física o invalidez. Bajo este beneficio, se excluye la cobertura de prótesis maxilofacial y se incluyen las plantillas ortopédicas y lentes intra ocular.
- p) Cobertura especial para "Cirugía plástica y dental por accidente": Tendrán cobertura los tratamiento de lesiones provenientes de un accidente a los dientes naturales, los cuales deben ser realizados por un médico cirujano, maxilofacial o un odontólogo, el tratamiento incluye todo tipo de exámenes dentales, extracciones, empastes,

tratamiento dental en general y el reemplazo de dichas piezas dentales accidentadas, siempre y cuando el evento haya sido cubierto por el Sistema de Salud Previsional a la cual se encuentra afiliado el asegurado (Isapre/Fonasa), su cobertura será con cargo al ítem Servicios Hospitalarios o al Ítem específico si lo contempla el plan.

q) Se otorga cobertura a tratamientos para bajar de peso según los siguientes criterios:

- r) IMC mayor o igual a 35 con comorbilidades asociadas (hipertensión arterial, diabetes tipo 2, Resistencia a la Insulina, Dislipidemia, apnea del sueño u osteoartritis de grandes articulaciones, siempre y cuando se encuentre cubierto por su Isapre o Fonasa, bajo Ítem específico o en Ítem consultas médicas para el caso de gastos por Nutricionista).
- s) Cirugía por Obesidad Mórbida (IMC igual o mayor a 40): Tendrá cobertura con cargo al ítem Servicios Hospitalarios o al Ítem específico si lo contempla el plan con comorbilidades asociadas (hipertensión arterial, diabetes tipo 2, Resistencia a la Insulina, Dislipidemia, apnea del sueño u osteoartritis de grandes articulaciones, siempre y cuando la intervención se encuentre cubierta por su Isapre o Fonasa. Los gastos serán sometidos a evaluación por parte de Contraloría Médica de BCI, a fin de determinar la procedencia de la cobertura.
- t) Servicio de Ambulancia Terrestre: Es el servicio de traslado vía terrestre en una ambulancia para conducir al asegurado desde y hacia un hospital local, dentro de un radio máximo de 50 Kms.
- u) Consulta Nutricionista: Si esta cobertura está expresamente indicada en las Condiciones Particulares y/o Plan de Salud, para los efectos de estas prestaciones, constituye requisito para su reembolso la orden de derivación del médico tratante.
- v) Los tratamientos de Psicopedagogía se cancelarán siempre y cuando exista derivación médica con diagnóstico clínico asociado bajo el ítem de cobertura Psiquiatría y Psicología. La prestación deberá ser realizada por psicopedagogos, psicólogos o profesores con postítulo en Psicopedagogía.
- w) El procedimiento para la conservación de producto y/o materiales para la implantación posterior (por ejemplo: crioconservación de médula ósea) será cancelada bajo el ítem de Prótesis y Ortesis, siempre y cuando hubiera estado cubierto por su Isapre o Fonasa de lo contrario se considera el 50% del total reclamado y se aplica los porcentajes y topes del plan en ítem Prótesis y Ortesis.
- x) 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 períodos 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 reclamo solo llenada por el asegurado, fotocopias de la boleta y receta médica.
- y) Los tratamientos de inmunoterapia estarán cubiertos sólo como tratamiento curativo y asociado a un historial médico (reembolsos anteriores) evitando el solicitar un informe del médico tratante.
- z) Los Controles de Niño Sano se cubran hasta los 6 años e incluye Consultas, Exámenes y Ecografía de Pelvis, sin solicitar mayores antecedentes.
- aa) Los medicamentos asociados a otros tratamientos serán cubiertos siempre y cuando estos medicamentos sean coadyudantes del tratamiento primario y eviten efectos secundarios como, por ejemplo: Antinflamatorios por algún diagnóstico que lo amerite junto con Omeprazol.
- bb) Serán reembolsados los gastos de Óptica aún cuando vengan sin diagnóstico del médico en el Formulario de Reembolsos, siempre y cuando hayan sido reembolsados en forma previa por su Sistema de Salud Previsional. También se cubre el Control Preventivo Oftalmológico para niños mayores de 3 años.
- cc) Para los tratamientos de Acné cuando se trate de un tipo calificado como severo se pagan todos gastos asociados a la patología sin pedir mayores antecedentes.
- dd) Se otorga cobertura para Controles y Exámenes Preventivos de Urología (Ej. Antígeno Prostático).
- ee) Se considera Continuidad de Cobertura para todos los asegurados vigentes desde el día 1 de abril de 2002 (Grupo proveniente de pólizas la Interamericana Compañía de Seguros de Vida S.A.) A los asegurados que se hayan incorporado en fecha posterior a la indicada en párrafo anterior no se le cubrirán siniestros a causa de accidentes o enfermedades preexistentes a su fecha de ingreso en la póliza. Para los nuevos asegurados, esta póliza no cubre los gastos originados a raíz de enfermedades preexistentes.
- ff) El reembolso del seguro vía I-Med es actualmente para prestaciones de hasta UF 2. Para las prestaciones que no estén en este rango, los asegurados deben enviar los bonos en original a la Compañía para su evaluación y posterior reembolso si así corresponde.

- gg) Disforia de género: Se otorga cobertura para Disforia de género. Este beneficio considera tratamiento hormonal, psicológico, psiquiátrico y cirugías de afirmación de género: Este ítem tendrá un porcentaje de reembolso de 80% y un tope anual y combinado de UF20. Para acceder a esta cobertura debe existir un diagnóstico clínico. Previo a la cirugía de afirmación de género el asegurado debe haberse realizado un tratamiento y control por psiquiatría y psicología de al menos 1 año de duración, y un tratamiento hormonal de al menos 1 año de duración. (Código interno PC1 Otras Prestaciones)
- hh) Servicio privado de Enfermera: este puede ser efectuado por una empresa, ya sea enfermera u otro profesional de la Salud, siempre y cuando sea derivado por un médico tratante y en casos de hospitalización.
- ii) Se reembolsa el 100% del deducible aplicado por prestaciones activadas a través de Auge (CAEC o GES) y sólo si se utiliza la red de prestadores del Sistema de Salud Previsional.
- jj) Bajo el ítem Prótesis-Órtesis están cubiertas las plantillas recetadas por un facultativo de la especialidad. También bajo este ítem están cubiertos los zapatos ortopédicos hechos por un ortopedista.
- kk) Las prestaciones de fonoaudiología, kinesiología o yeso requieren de la derivación de un médico antes o al inicio de las sesiones.
- ll) El beneficio de maternidad sólo se aplica a la titular o al cónyuge asegurado del titular.
- mm) Cobertura para Calcio en etapa del Climaterio, previa orden médica.
- nn) Cobertura para cremas dermatológicas, con prescripción médica de la especialidad y patología asociada.
- oo) 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.
- pp) Medicamentos Ambulatorios Genéricos: Se entienden incluidos en esta categoría los medicamentos que se comercializan bajo la denominación del principio activo que incorpora, siendo igual en composición y forma farmacéutica a la marca original, pero sin marca comercial, figurando en su lugar el nombre de su principio activo;
- qq) Medicamentos Ambulatorios No Genéricos: Se entienden incluidos en esta categoría los medicamentos no comprendidos en la categoría anterior, que se comercializan bajo un nombre comercial específico sujeto a la protección comercial que otorgan las agencias internacionales de patentes y que han sido registrados por un laboratorio farmacéutico, los que pueden corresponder a la fórmula original o a una copia.
- rr) En el caso de farmacias en convenio, la compañía proveerá a sus asegurados los medicamentos ambulatorios recetados, en cuyo caso los asegurados deberán pagar por cada medicamento un deducible equivalente a 100% menos el porcentaje de reembolso indicado en la tabla de beneficios. En caso de no disponibilidad del medicamento en dichas farmacias, el asegurado podrá solicitar su reembolso directamente con la Compañía.
- ss) El seguro cubre el Tratamientos por Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).
- tt) El seguro cubre la Cirugía Láser Ocular para la corrección de Miopía y Astigmatismo, bajo los siguientes criterios:
1. Asegurado mayor a 20 años.
  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. Se cubren las preexistencias.
  6. 6 meses de carencia para futuras incorporaciones.
  7. Se deben cumplir todas las condiciones anteriores.
- uu) Para todos los efectos de liquidación ambulatoria de gastos médicos, se considerará la fecha de atención (fecha bono emitido por su sistema previsional), en el caso de reembolso, el indicado por la Isapre como fecha de atención y para las boletas, la fecha indicada en el detalle de prestación en caso de no haber fecha de emisión de ésta y el plazo de aviso del siniestro a la Compañía, no debe superar los 60 días.

## **Plazos de presentación de Gastos**

**GASTOS AMBULATORIOS: 60 días contados desde la emisión del bono o boleta.**

**GASTOS HOSPITALARIOS: 120 días contados desde la fecha de ingreso al Hospital o Clínica, en estos casos si por razones ajenas al trabajador (demora en la entrega del programa en la Clínica o la Isapre) no pudiere cumplir con dicho plazo, debe solicitar a la Cía.de Seguros una prórroga a través de Bienestar.**

## **CRITERIOS DE RECHAZO PARA ASEGURADOS EN PLAN SALUD**

- Gastos por alimentación Parenteral, Aminoácidos, Almúbina Humana, etc.
- Gastos Médicos Ambulatorios y Hospitalarios de Beneficiarios hijas en estado de embarazo (complicaciones del embarazo, atención de parto y aborto no provocado)
- Esterilización de cualquier tipo o los tratamientos de Infertilidad
- Fisioterapia, Homeopatía y Productos Naturales, esto incluye cualquier tipo de terapias naturales y de principios homeopáticos.
- De acné con fines estéticos y de embellecimiento, sólo se cubrirán las consultas médicas dermatológicas, fármacos (antibióticos, corticoides) y/o procedimientos terapéuticos (ej: nitrógeno líquido, nieve carbónica), en ningún caso cremas, lociones etc. O tratamientos con fines preventivos.
- Tratamientos con: antioxidantes, para subir o bajar de peso, para estimular el crecimiento, o cualquier tipo de procedimientos y / o tratamientos con fines preventivos (Ej.: viagra)
- Medicamentos de recetarios magistrales y de homeopatía.
- Gastos presentados fuera de plazo.
- **Importante:** En virtud de lo señalado en la Ley 21.656 que consagra el derecho al Olvido Oncológico, se deja expresa constancia que no se aplicará la exclusión de cobertura por enfermedades preexistentes para el caso del asegurado haya sufrido una patología oncológica antes de la fecha de suscripción del seguro, cuando hayan transcurrido más de cinco (5) años desde la finalización del tratamiento radical sin recaída posterior.

## **FARMACIAS EN CONVENIO MEDIANTE SISTEMA IMED**

TIPO	Salcobrand	Cruz Verde	Ahumada	Tope Anual por Persona
MEDICAMENTOS DE MARCA	40%	40%	40%	15 UF Anual
MEDICAMENTOS GENÉRICOS	50%	50%	50%	Sin Tope
MEDICAMENTOS GENÉRICOS LAB. CHILE	100%	100%	100%	Sin Tope

## **SISTEMA PARA REALIZAR REEMBOLSOS**

Los reembolsos se realizan a través del sistema ON LINE:

1.- A través del sitio: [www.bciseguros.cl](http://www.bciseguros.cl)

2.- A través de la aplicación (APP) para el celular BCI SEGUROS

## **SEGUROS ADICIONALES**

Los trabajadores además tendrán un Seguro de Vida y de Accidentes Personales cuyo costo es de cargo del IST, la cobertura es:

### **SEGURO DE VIDA\***

<b>Vida o Muerte Natural del Trabajador:</b>	UF 200
<b>Beneficio por Fallecimiento de Cónyuge:</b>	UF 100
<b>Beneficio por Fallecimiento de Hijo:</b>	UF 50

*\*La cantidad de UF estará determinada por la carta evaluación inicial donde están señaladas las condiciones de ingresos a la póliza.*

**GERENCIA DE PERSONAS IST**