



PRESENTACIÓN COMERCIAL

- ***SEGURO COLECTIVO DE VIDA.***
- ***SEGURO COMPLEMENTARIO DE SALUD Y DENTAL.***





SEGURO COMPLEMENTARIO DE VIDA Y SALUD

¿Qué cubre?

1. **Reembolso de Salud** (Gastos Médicos) **de hasta UF 200** por año, por asegurado y por cada una de sus cargas, el cual consiste en un porcentaje del valor no reembolsado (copago) por su sistema de salud (Isapre o Fonasa). Ver detalle en Cuadro de Coberturas.
2. **Reembolso de Gastos Dentales** según Cuadro de Coberturas.
3. **Indemnización de UF 200 en caso de fallecimiento** del asegurado titular.

¿Quiénes pueden tener este Seguro?

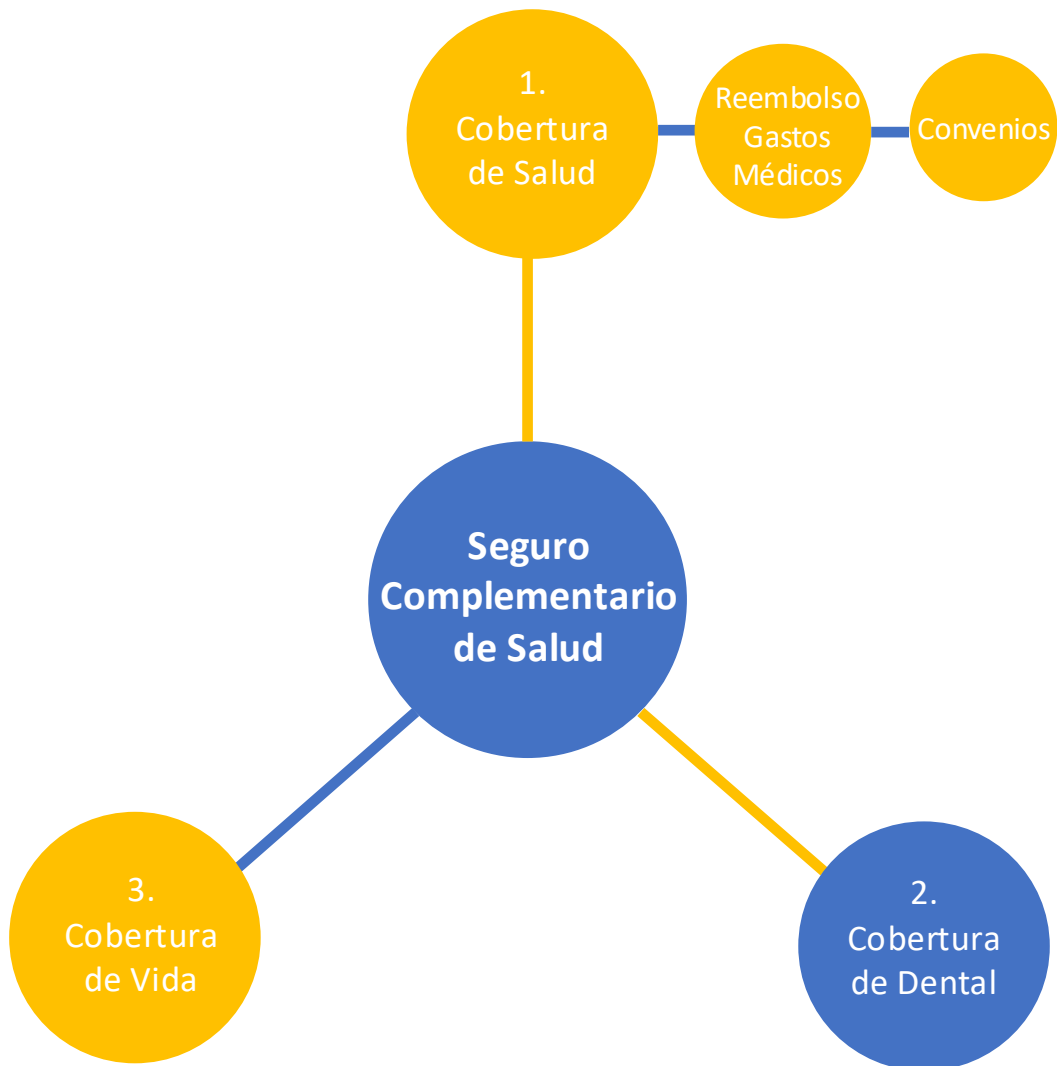
1. Accionista de una Sociedad de Inversión de EMVSA, en edad de asegurabilidad. También podrán estar cubiertos los dependientes del socio tales como cónyuge o conviviente, hijos del asegurado e hijos del cónyuge o conviviente mayores de 14 días hasta 23 años y 364 días.

Todos los asegurados deben contar con sistema previsional de salud (Isapres o Fonasa), independiente de cual sea.

Este documento ha sido redactado para ilustrar algunas de las características del Seguro Colectivo. No constituye Contrato ni Propuesta de Seguro.

Las Condiciones Generales de las Coberturas se encuentran debidamente inscritas en la Comisión para el Mercado Financiero (CMF, ex SVS) disponibles en www.cmfchile.cl, menú Mercado de Seguros bajo los siguientes registros:

1. Coberturas de Vida POL 2 2013 0939
2. Coberturas de Salud POL 3 2023 0280
3. Cobertura Dental POL 3 2013 1553





1. Cobertura de Salud

CUADRO DE BENEFICIOS

SALUD - PLAN (REN)

Descripción de Coberturas	Costo Directo %	Sobre Bono Inst. Salud %	Sobre Reembolso Inst. Salud %	Bonificación Mínima Sistema Previsional BMI %	Tope Evento U/F	Deducible por Evento UF	Tope Mensual UF	Tope Anual UF	Frecuencia	Franquicia	Tipo Tope
AMBULATORIA											
CONSULTAS MÉDICAS	25.00%	50.00%	50.00%	50.00%	0.50	0.00	0.00	S/Tope	0	Anual	U/F 0 Ind.
EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO	25.00%	50.00%	50.00%	50.00%	S/Tope	0.00	0.00	10.00	0	Anual	U/F 0 Ind.
PROCEDIMIENTOS DE APOYO	25.00%	50.00%	50.00%	50.00%	S/Tope	0.00	0.00	10.00	0	Anual	U/F 0 Ind.
CIRUGÍA AMBULATORIA E INSUMOS	25.00%	50.00%	50.00%	50.00%	S/Tope	0.00	0.00	10.00	0	Anual	U/F 0 Ind.
COBERTURAS PREVENTIVAS											
ESTUDIO PREVENTIVO DE LA MAMA	25.00%	50.00%	50.00%	50.00%	S/Tope	0.00	0.00	1.00	0	Anual	UF 0 Ind.
HOSPITALARIA											
DÍA CAMA	25.00%	50.00%	50.00%	50.00%	1.00	0.00	0.00	S/Tope	0	Anual	UF 0 Ind.
SERVICIO HOSPITALARIO	25.00%	50.00%	50.00%	50.00%	15.00	0.00	0.00	S/Tope	0	Anual	UF 0 Ind.
EXCEDENTE SERV. HOSPITALARIO	25.00%	50.00%	50.00%	50.00%	S/Tope	0.00	0.00	S/Tope	0	Anual	UF 0 Ind.
HONORARIOS MÉDICOS	25.00%	50.00%	50.00%	50.00%	15.00	0.00	0.00	S/Tope	0	Anual	UF 0 Ind.
EXCEDENTE HONORARIOS MÉDICOS	25.00%	50.00%	50.00%	50.00%	S/Tope	0.00	0.00	S/Tope	0	Anual	UF 0 Ind.
HOME CARE	25.00%	50.00%	50.00%	50.00%	1.00	0.00	0.00	S/Tope	0	Anual	UF 0 Ind.
PRESTADORES PREFERENTES Tope Anual Básico: 300.00											
DÍA CAMA / HAB.DOBLE (PREST.PREFERENTES)	50.00%	100.00%	100.00%	0.00%	S/Tope	0.00	0.00	S/Tope	0	Anual	UF 0 Ind.
HON.MÉD.STAFF CLÍNICA/PREST.PREFERENTE	50.00%	100.00%	100.00%	0.00%	S/Tope	0.00	0.00	S/Tope	0	Anual	UF 0 Ind.
SERV.HOSP. (PREST. PREFERENTES)	50.00%	100.00%	100.00%	0.00%	S/Tope	0.00	0.00	S/Tope	0	Anual	UF 0 Ind.
PRESTACIONES IMED											
Consultas Médicas en línea	25.00%	50.00%	50.00%	50.00%	0.50	0.00	0.00	10.00	0	Anual	U/F 0 Ind.
Exámenes De Diagnóstico en línea	25.00%	50.00%	50.00%	50.00%	S/Tope	0.00	0.00	10.00	0	Anual	U/F 0 Ind.
Procedimientos De Apoyo en línea	25.00%	50.00%	50.00%	50.00%	S/Tope	0.00	0.00	10.00	0	Anual	U/F 0 Ind.
REHABILITACION KNT / FONOAUDIOLOGÍA											
KINESIOLOGÍA/FONOAUDIOLOGÍA	25.00%	50.00%	50.00%	50.00%	0.50	0.00	0.00	10.00	0	Anual	UF 0 Ind.
MEDICAMENTOS AMBULATORIOS Tope Anual Básico: 10.00											
MED. LIBRE ELECCIÓN GENÉRICOS	50.00%	50.00%	50.00%	0.00%	S/Tope	0.00	0.00	S/Tope	0	Anual	UF 0 Ind.
ÓPTICA											
MARCOS.CRISTALES.LENTES DE CONTACTO	50.00%	50.00%	50.00%	0.00%	S/Tope	0.00	0.00	5.00	0	Anual	UF 0 Ind.
PRÓTESIS/ORTESIS											
APARATOS AUDITIVOS	25.00%	50.00%	50.00%	50.00%	S/Tope	0.00	0.00	5.00	0	Anual	UF 0 Ind.
PRÓTESIS Y ORTESIS	25.00%	50.00%	50.00%	50.00%	S/Tope	0.00	0.00	15.00	0	Anual	UF 0 Ind.



1. Cobertura de Salud

CUADRO DE BENEFICIOS

Descripción de Coberturas	Costo Directo %	Sobre Bono Inst. Salud %	Sobre Reembolso Inst. Salud %	Bonificación Mínima Sistema Previsional BMI %	Tope Evento UF	Deducible por Evento UF	Tope Mensual UF	Tope Anual UF	Frecuencia	Franquicia UF	Tipo Tope
PSIQUIATRICA/PSICOLOGICA											
CONSULTAS PSIQUIÁTRICAS Y PSICOLÓGICAS	50.00%	50.00%	50.00%	0.00%	0.50	0.00	0.00	10.00	0	Anual	Ind.
HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA	50.00%	50.00%	50.00%	0.00%	S/Tope	0.00	0.00	10.00	0	Anual	Ind.
SERVICIO DE AMBULANCIA											
SERVICIO DE AMBULANCIA TERRESTRE	50.00%	50.00%	50.00%	50.00%	S/Tope	0.00	0.00	S/Tope	0	Anual	Ind.
VARIAS PRESTACIONES											
GASTO POR TRASPLANTE DONANTE VIVO	25.00%	50.00%	50.00%	50.00%	S/Tope	0.00	0.00	15.00	0	Anual	Ind.
GASTO POR TRASPLANTE DONANTE MUERTO	25.00%	50.00%	50.00%	50.00%	S/Tope	0.00	0.00	15.00	0	Anual	Ind.
DEDUCIBLE GES-CAEC-AUGE	50.00%	50.00%	50.00%	50.00%	S/Tope	0.00	0.00	150.00	0	Anual	Ind.

DEDUCIBLES Y MONTOS MAXIMOS ANUALES A REEMBOLSAR

N°	Categorías de Asegurados	Deducible UF		Monto Máximo Anual de Reembolso UF	
		Asegurado	Grupo Familiar	Asegurado	Grupo Familiar
Seguro Complementario Salud					
1	Asegurados sin Cargas	----	0.5000	200.0000	----
2	Asegurados con una Carga	----	1.0000	200.0000	----
3	Asegurados con dos Cargas	----	1.5000	200.0000	----
4	Asegurados con tres Cargas	----	1.5000	200.0000	----
5	Asegurados con cuatro Cargas	----	1.5000	200.0000	----
6	Asegurados con cinco o mas Cargas	----	1.5000	200.0000	----



i-Med

- Consulta médica, general y especializada. Exámenes de Laboratorio.
- Exámenes radiológicos.
- Procedimientos ambulatorios de baja complejidad. Kinesioterapia.
- Psicología y Psiquiatría.
- Óptica, según convenio.



Beneficios

- Facilita el uso de beneficios.
- Se liquidan los mismos beneficios del plan, sin topes ni restricciones adicionales.
- Sin limitaciones a los prestadores de mayor costo, por lo tanto, si su Isapre o Fonasa reembolsa con esos prestadores el seguro también lo hace.

Observaciones a la Cobertura de Salud

Monto máximo de Reembolso por Beneficiario

UF 200

Deducible por Grupo Familiar

Titular + 0 carga : **UF 0,5**
 Titular + 1 carga : **UF 1,0**
 Titular + 2 o más cargas : **UF 1,5**

Cobertura en el Extranjero Sólo Urgencias

Ídem Plan



2. Cobertura Dental

CUADRO DE BENEFICIOS

Descripción de Coberturas	Costo Directo	Sobre Bono Inst. Salud	Sobre Reembolso Inst. Salud	Bonificación Mínima Sistema Previsional BMI	Tope Evento	Deducible por Evento	Tope Mensual	Tope Anual	Frecuencia	Franquicia	Tipo Tope
	%	%	%	%	UF	UF	UF	UF			
DENTAL											
CONSULTA DENTAL	50.00%	50.00%	50.00%	0.00%	Según Tope	0.00	0.00	Según Tope	0	Anual	UF 0 Ind.
CIRUGÍA DENTAL	50.00%	50.00%	50.00%	0.00%	Según Tope	0.00	0.00	Según Tope	0	Anual	UF 0 Ind.
ORTODONCIA	50.00%	50.00%	50.00%	0.00%	Según Tope	0.00	0.00	Según Tope	0	Anual	UF 0 Ind.
RADIOLOGÍA	50.00%	50.00%	50.00%	0.00%	Según Tope	0.00	0.00	Según Tope	0	Anual	UF 0 Ind.
CIRUGÍA DENTOMAXILAR	50.00%	50.00%	50.00%	0.00%	Según Tope	0.00	0.00	Según Tope	0	Anual	UF 0 Ind.
OPERATORIA (OBTURACIONES)	50.00%	50.00%	50.00%	0.00%	Según Tope	0.00	0.00	Según Tope	0	Anual	UF 0 Ind.
IMPLANTOLOGÍA	50.00%	50.00%	50.00%	0.00%	Según Tope	0.00	0.00	Según Tope	0	Anual	UF 0 Ind.
PROTESIS FIJAS (CORONAS Y PUENTES)	50.00%	50.00%	50.00%	0.00%	Según Tope	0.00	0.00	Según Tope	0	Anual	UF 0 Ind.
PRÓTESIS REMOVIBLES	50.00%	50.00%	50.00%	0.00%	Según Tope	0.00	0.00	Según Tope	0	Anual	UF 0 Ind.
ENDODONCIA O TRATAMIENTO DE CONDUCTO	50.00%	50.00%	50.00%	0.00%	Según Tope	0.00	0.00	Según Tope	0	Anual	UF 0 Ind.
PERIODONCIA	50.00%	50.00%	50.00%	0.00%	Según Tope	0.00	0.00	Según Tope	0	Anual	UF 0 Ind.
ODONTOPEDIATRIA	50.00%	50.00%	50.00%	0.00%	Según Tope	0.00	0.00	Según Tope	0	Anual	UF 0 Ind.
URGENCIA	50.00%	50.00%	50.00%	0.00%	Según Tope	0.00	0.00	Según Tope	0	Anual	UF 0 Ind.
PREVENCIÓN E HIGIENE	50.00%	50.00%	50.00%	0.00%	Según Tope	0.00	0.00	Según Tope	0	Anual	UF 0 Ind.
LABORATORIO	50.00%	50.00%	50.00%	0.00%	Según Tope	0.00	0.00	Según Tope	0	Anual	UF 0 Ind.
MEDICAMENTOS	50.00%	50.00%	50.00%	0.00%	Según Tope	0.00	0.00	Según Tope	0	Anual	UF 0 Ind.

DEDUCIBLES Y MONTOS MAXIMOS ANUALES A REEMBOLSAR

N°	Descripción Categorías de Asegurados	Deducible UF		Monto Máximo de Gastos Reembolsables UF	
		Asegurado	Grupo Familiar	Asegurado	Grupo Familiar
1	Asegurados sin Cargas	---	0.5000	10.0000	----
2	Asegurados con una Carga	---	1.0000	10.0000	----
3	Asegurados con dos Cargas	---	1.5000	10.0000	----
4	Asegurados con tres Cargas	---	1.5000	10.0000	----
5	Asegurados con cuatro Cargas	---	1.5000	10.0000	----
6	Asegurados con cinco o mas Cargas	---	1.5000	10.0000	----

3. Cobertura de Vida

Indemnización por fallecimiento del Titular

UF 200



Otros Beneficios y Facilidades

Prestadores Ilimitados	Si
Red Nacional de Sucursales con Servicio Atención al Cliente	Si
Ventanilla Única	Si, según convenio

Requisitos de Suscripción

Preexistencias	No cubre
Requiere DPS para suscribir	No requiere DPS, sí completar Formulario de Incorporación que consulta por preexistencias.

Edades de Contratación y Permanencia

Edad Máxima Ingreso Cobertura de Salud y Dental	Años
• Titular	70
• Cónyuge	70
• Hijos	23
Edad Máxima Permanencia Cobertura de Salud y Dental	
• Titular	75
• Cónyuge	75
• Hijos	24
Edad Máxima Ingreso Cobertura de Vida	
• Sólo Titular	70
Edad Máxima Permanencia Cobertura de Vida	
• Sólo Titular	75

Precios

Prima Seguro Colectivo según cantidad de cargas (valores IVA incluido):

	Titular sin carga	Titular con 1 carga	Titular con 2 o más cargas
Prima Mensual	UF 1,83	UF 2,90	UF 3,63
Prima Anual	UF 21,96	UF 34,80	UF 43,56

Este seguro colectivo es de renovación anual y no está garantizada, venciendo el 30 de junio del 2027.