



PRESENTACIÓN COMERCIAL

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





SEGURO COMPLEMENTARIO DE VIDA Y SALUD

¿Qué cubre?

1. **Reembolso de Salud** (Gastos Médicos) **de hasta UF 400** 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 1.000 en caso de fallecimiento** del asegurado titular.
4. **Reembolso de Gastos Catastróficos** de hasta UF 3.000 por asegurado y por cada una de sus cargas.

¿Quiénes pueden tener este Seguro?

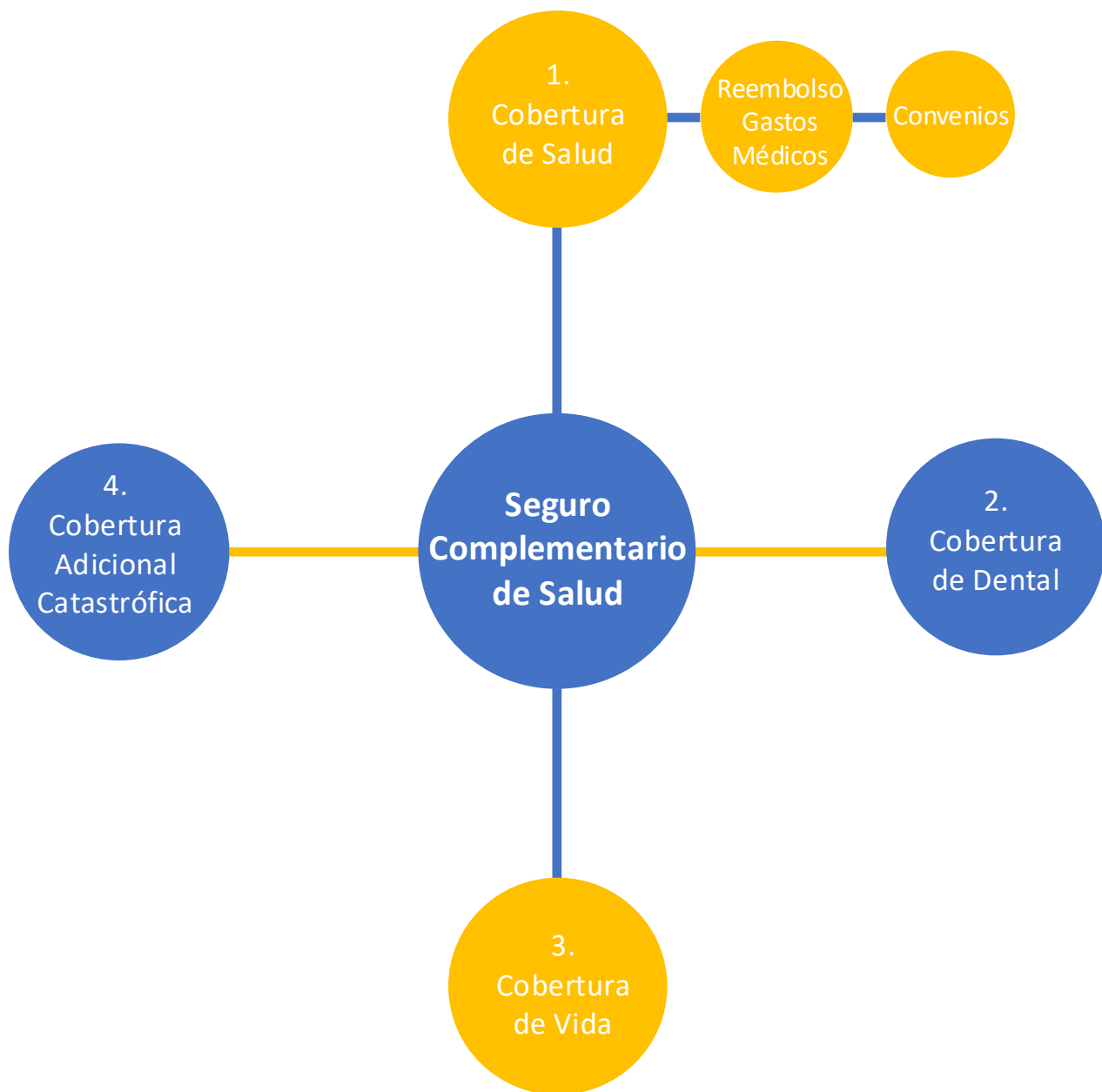
1. Accionista de una Sociedad de Inversión de EMVSA, en edad de asegurabilidad. También podrán estar cubiertos los dependientes del socio tales como cónyuge o conviviente, hijos del asegurado e hijos del cónyuge o conviviente mayores de 14 días hasta 23 años y 364 días.
2. Hijos de Accionista de una Sociedad de Inversión de EMVSA, mayores de 24 años en calidad de asegurado titular junto a sus cargas 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 y Catastrófico 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	Deducible por Evento	Tope Mensual	Tope Anual	Frecuencia	Franquicia	Tipo Tope
	%	%	%	%	UF	UF	UF	UF			
AMBULATORIA											
CONSULTAS MÉDICAS	30.00%	60.00%	60.00%	50.00%	1.50	0.00	0.00	S/Tope	0	Anual	UF 0 Ind.
EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO	30.00%	60.00%	60.00%	50.00%	S/Tope	0.00	0.00	15.00	0	Anual	UF 0 Ind.
PROCEDIMIENTOS DE APOYO	30.00%	60.00%	60.00%	50.00%	S/Tope	0.00	0.00	20.00	0	Anual	UF 0 Ind.
CIRUGÍA AMBULATORIA E INSUMOS	30.00%	60.00%	60.00%	50.00%	S/Tope	0.00	0.00	20.00	0	Anual	UF 0 Ind.
COBERTURAS PREVENTIVAS											
ESTUDIO PREVENTIVO DE LA MAMA	30.00%	60.00%	60.00%	50.00%	S/Tope	0.00	0.00	1.00	0	Anual	UF 0 Ind.
HOSPITALARIA											
DÍA CAMA	30.00%	60.00%	60.00%	50.00%	3.00	0.00	0.00	S/Tope	0	Anual	UF 0 Ind.
SERVICIO HOSPITALARIO	30.00%	60.00%	60.00%	50.00%	25.00	0.00	0.00	S/Tope	0	Anual	UF 0 Ind.
EXCEDENTE SERV. HOSPITALARIO	30.00%	60.00%	60.00%	50.00%	S/Tope	0.00	0.00	S/Tope	0	Anual	UF 0 Ind.
HONORARIOS MÉDICOS	30.00%	60.00%	60.00%	50.00%	25.00	0.00	0.00	S/Tope	0	Anual	UF 0 Ind.
EXCEDENTE HONORARIOS MÉDICOS	30.00%	60.00%	60.00%	50.00%	S/Tope	0.00	0.00	S/Tope	0	Anual	UF 0 Ind.
HOME CARE	30.00%	60.00%	60.00%	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.DOUBLE (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	30.00%	60.00%	60.00%	50.00%	1.50	0.00	0.00	S/Tope	0	Anual	UF 0 Ind.
Exámenes De Diagnóstico en línea	30.00%	60.00%	60.00%	50.00%	S/Tope	0.00	0.00	15.00	0	Anual	UF 0 Ind.
Procedimientos De Apoyo en línea	30.00%	60.00%	60.00%	50.00%	S/Tope	0.00	0.00	S/Tope	0	Anual	UF 0 Ind.
REHABILITACIÓN KNT / FONOAUDIOLOGÍA											
KINESIOLOGÍA/FONOAUDIOLOGÍA	30.00%	60.00%	60.00%	50.00%	0.50	0.00	0.00	20.00	0	Anual	UF 0 Ind.
MATERNIDAD											
PARTO NORMAL	30.00%	60.00%	60.00%	50.00%	S/Tope	0.00	0.00	30.00	0	Anual	UF 0 Ind.
CESÁREA	30.00%	60.00%	60.00%	50.00%	S/Tope	0.00	0.00	40.00	0	Anual	UF 0 Ind.
ABORTO ESPONTÁNEO	30.00%	60.00%	60.00%	50.00%	S/Tope	0.00	0.00	20.00	0	Anual	UF 0 Ind.
MEDICAMENTOS AMBULATORIOS											
Tope Anual Básico: 20.00											
MED. LIBRE ELECCIÓN GENÉRICOS	60.00%	60.00%	60.00%	0.00%	S/Tope	0.00	0.00	S/Tope	0	Anual	UF 0 Ind.
MED. LIBRE ELECCIÓN NO GENÉRICOS	40.00%	40.00%	40.00%	0.00%	S/Tope	0.00	0.00	S/Tope	0	Anual	UF 0 Ind.
MED. EN CONVENIO GENÉRICOS	60.00%	60.00%	60.00%	0.00%	S/Tope	0.00	0.00	S/Tope	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
MED. EN CONVENIO NO GENÉRICOS	40.00%	40.00%	40.00%	0.00%	S/Tope	0.00	0.00	S/Tope	0	Anual	UF 0 Ind.
ÓPTICA											
MARCOS CRISTALES Y LENTES DE CONTACTO	60.00%	60.00%	60.00%	0.00%	S/Tope	0.00	0.00	10.00	0	Anual	UF 0 Ind.
PRÓTESIS/ORTESIS											
APARATOS AUDITIVOS	30.00%	60.00%	60.00%	50.00%	S/Tope	0.00	0.00	3.00	0	Anual	UF 0 Ind.
PRÓTESIS Y ORTESIS	30.00%	60.00%	60.00%	50.00%	S/Tope	0.00	0.00	10.00	0	Anual	UF 0 Ind.
PSIQUIÁTRICA/PSICOLÓGICA											
CONSULTAS PSIQUIÁ. PSICOLÓ. Y PSICOPEDA.	60.00%	60.00%	60.00%	0.00%	0.50	0.00	0.00	10.00	0	Anual	UF 0 Ind.
HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA	60.00%	60.00%	60.00%	0.00%	S/Tope	0.00	0.00	10.00	0	Anual	UF 0 Ind.
SERVICIO DE AMBULANCIA											
SERVICIO AMBULANCIA TERRESTRE	70.00%	70.00%	70.00%	0.00%	S/Tope	0.00	0.00	15.00	0	Anual	UF 0 Ind.
VARIAS PRESTACIONES											
GASTO POR TRASPLANTE DONANTE VIVO	50.00%	100.00%	100.00%	50.00%	S/Tope	0.00	0.00	15.00	0	Anual	UF 0 Ind.
GASTO POR TRASPLANTE DONANTE MUERTO	50.00%	100.00%	100.00%	50.00%	S/Tope	0.00	0.00	15.00	0	Anual	UF 0 Ind.
DEDUCIBLE GRS-CAFC-AUGE	100.00%	100.00%	100.00%	50.00%	S/Tope	0.00	0.00	150.00	0	Anual	UF 0 Ind.

DEDUCIBLES Y MONTOS MÁXIMOS 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	-----	1.0000	400.0000	-----
2	Asegurados con una Carga	-----	2.0000	400.0000	-----
3	Asegurados con dos Cargas	-----	3.0000	400.0000	-----
4	Asegurados con tres Cargas	-----	3.0000	400.0000	-----
5	Asegurados con cuatro Cargas	-----	3.0000	400.0000	-----
6	Asegurados con cinco o mas Cargas	-----	3.0000	400.0000	-----



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 400

Deducible por Grupo Familiar

Titular + 0 carga : **UF 1,0**
 Titular + 1 carga : **UF 2,0**
 Titular + 2 o más cargas : **UF 3,0**

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	25.0000	----
2	Asegurados con una Carga	----	1.0000	25.0000	----
3	Asegurados con dos Cargas	----	1.5000	25.0000	----
4	Asegurados con tres Cargas	----	1.5000	25.0000	----
5	Asegurados con cuatro Cargas	----	1.5000	25.0000	----
6	Asegurados con cinco o mas Cargas	----	1.5000	25.0000	----

3. Cobertura de Vida

Indemnización por fallecimiento del Titular

UF 1.000



4. Cobertura Adicional Catastrófica

DEDUCIBLES Y MONTOS MAXIMOS A REEMBOLSAR

N°	Categorías de Asegurados	Deducible UF		Monto Máximo Anual de Reembolso UF	
		Asegurado	Grupo Familiar	Asegurado	Grupo Familiar
1	Asegurados sin Cargas	400.0000	----	3,000.0000	----
2	Asegurados con una Carga	400.0000	----	3,000.0000	----
3	Asegurados con dos o mas Cargas	400.0000	----	3,000.0000	----

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	Tipo Tope
CATASTRÓFICAS											
CAT. DIÁLISIS, QUIMIO Y RADIOTERAPIA	50.00%	100.00%	100.00%	0.00%	S/Tope	0.00	0.00	S/Tope	0	Anual	UF 0 Ind.
CAT. MATERIAL DE YESO	50.00%	100.00%	100.00%	0.00%	S/Tope	0.00	0.00	S/Tope	0	Anual	UF 0 Ind.
CAT. KINESIOLOGÍA	50.00%	100.00%	100.00%	0.00%	S/Tope	0.00	0.00	S/Tope	0	Anual	UF 0 Ind.
CAT. FONOAUDIOLOGÍA	50.00%	100.00%	100.00%	0.00%	S/Tope	0.00	0.00	S/Tope	0	Anual	UF 0 Ind.
CAT. CONSULTAS MÉDICAS	50.00%	100.00%	100.00%	0.00%	S/Tope	0.00	0.00	S/Tope	0	Anual	UF 0 Ind.
CAT. EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO	50.00%	100.00%	100.00%	0.00%	S/Tope	0.00	0.00	S/Tope	0	Anual	UF 0 Ind.
CAT. PROCEDIMIENTOS DE APOYO	50.00%	100.00%	100.00%	0.00%	S/Tope	0.00	0.00	S/Tope	0	Anual	UF 0 Ind.
CAT. CIRUGÍA AMBULATORIA E INSUMOS	50.00%	100.00%	100.00%	0.00%	S/Tope	0.00	0.00	S/Tope	0	Anual	UF 0 Ind.
CAT. DÍA CAMA	50.00%	100.00%	100.00%	0.00%	S/Tope	0.00	0.00	S/Tope	0	Anual	UF 0 Ind.
CAT. UTI	50.00%	100.00%	100.00%	0.00%	S/Tope	0.00	0.00	S/Tope	0	Anual	UF 0 Ind.
CAT. SERVICIO HOSPITALARIO	50.00%	100.00%	100.00%	0.00%	S/Tope	0.00	0.00	S/Tope	0	Anual	UF 0 Ind.
CAT. HONORARIOS MÉDICOS	50.00%	100.00%	100.00%	0.00%	S/Tope	0.00	0.00	S/Tope	0	Anual	UF 0 Ind.
CAT. PRÓTESIS - ORTESIS	50.00%	100.00%	100.00%	0.00%	S/Tope	0.00	0.00	20.00	0	Anual	UF 0 Ind.
CAT. SERVICIO DE AMBULANCIA	50.00%	100.00%	100.00%	0.00%	S/Tope	0.00	0.00	S/Tope	0	Anual	UF 0 Ind.
CAT CIRUGÍA DENTAL POR ACCIDENTE	50.00%	100.00%	100.00%	0.00%	S/Tope	0.00	0.00	S/Tope	0	Anual	UF 0 Ind.
CAT. MEDICAMENTOS	50.00%	50.00%	50.00%	0.00%	S/Tope	0.00	0.00	S/Tope	0	Anual	UF 0 Ind.
CAT. DROGAS ANTINEOPLÁSICAS	50.00%	50.00%	50.00%	0.00%	S/Tope	0.00	0.00	S/Tope	0	Anual	UF 0 Ind.
CAT. CIRUGÍA REPARADORA POR ACCIDENTE	50.00%	100.00%	100.00%	0.00%	S/Tope	0.00	0.00	S/Tope	0	Anual	UF 0 Ind.
CAT. ENFERMERA PROFESIONAL	50.00%	100.00%	100.00%	0.00%	S/Tope	0.00	0.00	S/Tope	0	Anual	UF 0 Ind.

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	Tipo Tope
EXTRANJERO											
GASTOS MÉDICOS EN EL EXTRANJERO	25.00%	50.00%	50.00%	0.00%	S/Tope	0.00	0.00	S/Tope	0	Anual	UF 0 Ind.



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	✓ Límite UF 30
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	64
• Cónyuge	64
• Hijos	23
Edad Máxima Permanencia Cobertura de Salud y Dental	
• Titular	75
• Cónyuge	75
• Hijos	24
Edad Máxima Ingreso Cobertura de Vida	
• Sólo Titular	64
Edad Máxima Permanencia Cobertura de Vida	
• Sólo Titular	75
Edad Máxima Ingreso Cobertura Catastrófica	
• Titular	64
• Cónyuge	64
• Hijos	23
Edad Máxima Permanencia Cobertura Catastrófica	
• Titular	65
• Cónyuge	65
• Hijos	24

*Cuando el titular del seguro cumpla 65 años, para todo su grupo familiar vigente terminará la cobertura catastrófica

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 2,67	UF 4,23	UF 5,36
Prima Anual	UF 32,04	UF 50,76	UF 64,32

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