

SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES

PLAN D.- REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE - UF 500.

EN VIRTUD DE ESTA COBERTURA, LA COMPAÑÍA REEMBOLSARÁ AL ASEGURADO, HASTA EL MONTO ANUAL INDICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES LOS GASTOS DE ASISTENCIA MÉDICA, FARMACÉUTICA Y HOSPITALARIA EN QUE ÉSTE INCURRA A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE, INCLUYENDO LOS GASTOS INCURRIDOS EN TRATAMIENTOS DESTINADOS A RESTITUIR AL ASEGURADO ACCIDENTADO EL GRADO DE CAPACIDAD FUNCIONAL E INDEPENDENCIA QUE TENÍA PREVIO AL ACCIDENTE; **SIEMPRE QUE TALES GASTOS SEAN PRODUCTO DE ATENCIONES PRESTADAS DENTRO DEL PLAZO DE TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO (365) DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA DEL ACCIDENTE Y A CONSECUENCIA DE LAS LESIONES SUFRIDAS EN ÉL.**

SERÁ CONDICIÓN NECESARIA PARA PROCEDER AL REMBOLSO, LA PRESENTACIÓN POR PARTE DEL ASEGURADO, DE LAS BOLETAS O FACTURAS ORIGINALES, COMPROBATORIAS DE LOS GASTOS EFECTUADOS, ASÍ COMO TAMBIÉN, EL DIAGNÓSTICO DE UN MÉDICO CALIFICADO QUE DETERMINE EL GRADO Y MAGNITUD DE LAS LESIONES SUFRIDAS POR EL ASEGURADO.

EN CASO QUE EL ASEGURADO TUVIESE BENEFICIOS DE ALGUNA INSTITUCIÓN DE SALUD ESTATAL, PRIVADA O BIENESTAR, DEBERÁ HACER USO DE ELLOS PREVIAMENTE. EN ESE EVENTO, NO SERÁ EXIGIBLE LA PRESENTACIÓN DE BOLETAS O FACTURAS ORIGINALES SI EN VEZ DE ELLAS SE PRESENTAN DOCUMENTOS ORIGINALES COMPROBATORIOS DE LOS BENEFICIOS YA RECIBIDOS Y DEL REAL GASTO INCURRIDO POR EL ASEGURADO. EN ESTOS CASOS SÓLO SERÁN REEMBOLSADOS LOS GASTOS QUE REALMENTE SEAN DE CARGO DEL ASEGURADO.

EN CASO QUE EL ASEGURADO NO TUVIESE BENEFICIOS DE ALGUNA INSTITUCIÓN DE SALUD ESTATAL, PRIVADA O BIENESTAR, SE REEMBOLSARÁ EL 100% DEL GASTO REAL INCURRIDO POR EL ASEGURADO HASTA EL TOPE DE LA COBERTURA.

SISTEMA LIBRE ELECCIÓN - REEMBOLSO GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE CUBIERTOS POR LA PÓLIZA.

EN LOS CENTROS EN CONVENIO NO SE APLICAN LOS TOPES, POR LO QUE LA COBERTURA ES DEL 100% SIN TOPE HASTA EL MONTO CONTRATADO EN LA COBERTURA DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTES.

A) HONORARIOS MÉDICOS, EQUIPO MÉDICO Y EQUIPO TÉCNICO POR INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS AMBULATORIAS Y HOSPITALIZACIONES UF 40 POR EVENTO

B) HONORARIOS MÉDICOS, EQUIPO MÉDICO Y EQUIPO TÉCNICO POR INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS AMBULATORIAS Y HOSPITALIZACIONES TRAUMATOLÓGICAS Y ORTOPÉDICAS, TOPE DE

TRES VECES EL ARANCEL FONASA NIVEL 3

C) DERECHO A PABELLÓN Y/O PABELLÓN AMBULATORIOS Y HOSPITALIZACIONES UF 20 POR EVENTO D) DÍA CAMA HOSPITALIZADO UF 10 POR DÍA, POR EVENTO

E) CONSULTA MÉDICA UF 2, MÁXIMO 3 CONSULTAS ANUALES

F) CONSULTA MÉDICA POR HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍAS AMBULATORIAS UF 2 POR DÍA, MÁXIMO 3 DÍAS POR EVENTO

G) MEDICAMENTOS HOSPITALARIOS Y/O AMBULATORIOS UF 20 ANUALES

H) MATERIALES E INSUMOS CLÍNICOS POR HOSPITALIZACIÓN Y/O AMBULATORIOS UF 15 POR EVENTO

EN CASO DE IMAGENOLÓGIA (RESONANCIA MAGNÉTICA, ECOGRAFIAS, ENTRE OTROS) , UF 10 POR EVENTO.

TOPES DE ATENCIÓN EN KINESIOLOGÍA LIBRE ELECCIÓN Y CONVENIOS DE ACUERDO A NEXO N° 3 SEGÚN BASES DE LICITACIÓN:

-ATENCIÓNES AMBULATORIAS DE KINESIOLOGÍA: EL SEGURO CUBRIRÁ EN UN 100% LAS PRESTACIONES, CON UN TOPE DE 40 SESIONES KINESIOLÓGICAS Y CON UN MÁXIMO DE REMBOLSO DE \$ 20.000 (VEINTE MIL PESOS) POR CADA SESIÓN.

TOPES DE ATENCIÓN PARA LIBRE ELECCIÓN, CONVENIOS:

-CUBRE LAS ATENCIONES QUE DERIVEN DE UN DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES MÚSCULO ESQUELÉTICO, TENDINOPATÍAS Y LESIONES QUE SE DERIVEN DE LA PRÁCTICA DEPORTIVA, CON TOPE DE UF 500 POR PERSONA ANUAL EN EL AGREGADO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

-COBERTURA DE UF 200 POR PERSONA ANUAL EN EL AGREGADO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA. POR REPARACIÓN O REPOSICIÓN DE PRÓTESIS PARA DEPORTISTAS PARALÍMPICOS PARA LA PRÁCTICA DEPORTIVA.

PLAZO DE PRESENTACIÓN REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTES:

A. NOTIFICAR AL ASEGURADOR, DENTRO DEL PLAZO DE 90 DÍAS, DE LA OCURRENCIA DE CUALQUIER HECHO QUE PUEDA CONSTITUIR O CONSTITUYA UN SINIESTRO, ESTO ES, UN HECHO DAÑOSO CONTEMPLADO Y CUBIERTO EN ESTA PÓLIZA.

B. ACREDITAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO DENUNCIADO, Y DECLARAR FIELMENTE Y SIN RETICENCIA, SUS CIRCUNSTANCIAS Y CONSECUENCIAS.

CONDICIONES PARTICULARES INCLUIDAS EN LA PÓLIZA:

RIESGOS CUBIERTOS Y CONDICIONES INCLUIDAS EN LA PÓLIZA:

1. ATENCIÓN MÉDICA POR ACCIDENTE PARA LOS BENEFICIARIOS LAS 24 HORAS DEL DÍA EN CHILE Y EN EL EXTRANJERO.
2. COBERTURA A **DEPORTISTAS QUE PRACTIQUEN CUALQUIER TIPO DE DEPORTE Y DISCIPLINA DEPORTIVA, SIN EXCLUIR NI CONDICIONAR LA PRÁCTICA DE NINGÚN DEPORTE.**
3. NO SE EXIGE EDAD MÍNIMA NI EDAD MÁXIMA PARA LA OBTENCIÓN DE LOS BENEFICIOS, A EXCEPCIÓN DE LOS MAYORES DE 64 AÑOS.
4. EL BENEFICIARIO DEBERÁ TENER LA POSIBILIDAD DE ELEGIR LIBREMENTE EL LUGAR DE ATENCIÓN, EN CHILE Y EL EXTRANJERO.
5. LA COORDINACIÓN DE ATENCIÓN MEDICA ATRAVÉS DE LA PLATAFORMA TELEFONICA CONSIDERA CONVENIOS DE ATENCIÓN EN UNO DE LOS SIGUIENTES CENTROS DE ATENCIÓN CON COBERTURA A NIVEL REGIONAL Y NACIONAL (CON PRESENCIA EN LAS 16 REGIONES DEL PAÍS):
 - MUTUAL DE SEGURIDAD
 - CLÍNICAS Y HOSPITALES
 - CENTROS DE IMAGENOLÓGÍA
6. LAS ATENCIONES MÉDICAS Y LAS COBERTURAS ESTÁN CUBIERTAS EN UN 100% EN LA RED DE CONVENIO, Y, SE REALIZARÁN INDEPENDIENTEMENTE SI LOS DEPORTISTAS ASEGURADOS TIENEN ALGÚN TIPO DE PREVISIÓN DE SALUD (FONASA, ISAPRE, CAPREDENA, ETC.) O NO. LA COMPAÑÍA ASEGURADORA INFORMARÁ A LOS BENEFICIARIOS QUE PRIMERO DEBEN RECURRIR A SU SISTEMA DE SALUD, PARA DESPUÉS HACER USO DEL SEGURO.
7. EL INGRESO Y EGRESO DE DEPORTISTAS AL SEGURO ES PERMANENTE DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.
8. PARA EL CASO DE LOS MENORES DE 18 AÑOS, EL REEMBOLSO DEL SINIESTRO DEBE SER PAGADO A LOS TUTORES O PADRES. SI ES EN REGIONES SERÁ DEPOSITADO EN ALGÚN TIPO DE CUENTA BANCARIA DEL TUTOR O PADRE, INFORMANDO VÍA CORREO ELECTRÓNICO DE ESTE REEMBOLSO AL DEPORTISTA.
9. INCLUYE ASESORÍA EN VIAJE, ENTREGA DE ASESORÍA AL DEPORTISTA O A SU REPRESENTANTE EN MODALIDAD DE ATENCIÓN 24 HRS., LOS SIETE DÍAS DE LA SEMANA EN IDIOMA ESPAÑOL CUANDO SE REQUIERA DE ORIENTACIÓN PARA LA ACTIVACIÓN Y USO DEL SEGURO.
10. SE CONTEMPLA LA CONTINUACIÓN DE TRATAMIENTO MÉDICO EN EL PAÍS CON CARGO AL SEGURO. (SE GESTIONARÁ LA ACTIVACIÓN DE LOS CONVENIOS VIGENTES); Y OPCIONALMENTE PODRÁ HACER USO DEL SISTEMA DE LIBRE ELECCIÓN.
- 11.- EXCEPCIONALMENTE, LOS DEPORTISTAS QUE SE ATIENDAN DIRECTAMENTE A TRAVÉS DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD QUE SE ENCUENTREN ADSCRITAS AL CONVENIO VIGENTE CON LA ASEGURADORA, SIN SER REFERIDOS, SE ENTENDERÁ QUE LOS COSTOS DE LA PRESTACIÓN ES DE CARGO DEL SEGURO, ESTO EN COORDINACION CON ENCARGADOS DE SEGURO DEL IND.
- 12.- LA ASEGURADORA DERIVARÁ A LOS DEPORTISTAS LESIONADOS, SOLO A LOS CENTROS MEDICOS/ HOSPITALES DECLARADOS COMO PRESTADORES EN LA PRESENTE LICITACIÓN, EVENTUALMENTE SE PODRAN INCORPORAR CENTROS MEDICOS/ HOSPITALES DENTRO DE LA VIGENCIA DEL CONTRATO, SIEMPRE Y CUANDO DEMUESTREN QUE CUENTAN CON UN AREA DE MEDICINA DEPORTIVA. VISADO POR LA UNIDAD QUE ADMINISTRA EL SEGURO.
- 13.- SE CONTEMPLA ATENCIÓN MÉDICA DE URGENCIA CON ESPECIALIDAD EN TRAUMATOLOGÍA PARA LOS DEPORTISTAS LAS 24 HORAS DEL DÍA EN CHILE Y EL EXTRANJERO. POSTERIOR A LA ATENCIÓN DE URGENCIA PUEDE SER REFERIDO A UN CENTRO DENTRO DEL CONVENIO QUE CUENTE CON UN ÁREA DE MEDICINA DEPORTIVA O SIMILAR; EN LO QUE DICE RELACIÓN CON LA INFRAESTRUCTURA, ESPACIOS DE REHABILITACIÓN, MÉDICO Y KINESIOLOGOS, ESPECIALISTAS QUE TRABAJEN O HAYAN TRABAJADO CON DEPORTISTAS ENTRE OTROS.
- 14.- CUALQUIER ATENCIÓN DE UN/UNA DEPORTISTA POR UN MÉDICO ESPECIALISTA PERTENECIENTE AL IND, A CAUSA DE UN ACCIDENTE EN LAS DEPENDENCIAS DEL IND, YA SEA EN EL CENTRO DE ALTO RENDIMIENTO (CAR), U OTRO A LO LARGO DEL PAÍS, NO SERÁ CONSTITUTIVO COMO PRIMERA ATENCIÓN. SIN EMBARGO, EL MÉDICO ESPECIALISTA DEL IND TENDRA LA POTESTAD DE DERIVAR A CUALQUIERA DE LOS CENTROS INDICADOS EN EL CONVENIO PARA LA REALIZACIÓN DE EXAMENES A COSTO DEL SEGURO.