CHUBB DE CHILE

COMPAÑÍA DE SEGUROS GENERALES S.A.
RUT. 96.642.610-1

PÓLIZA NUEVO NO.	ENDOSO
93027856	**0**
RENUEVA PÓLIZA	

Av. Américo Vespucio Sur 100 Piso 5 Of 501 Las Condes, Santiago
Teléfono: (56 2) 398 70 00
Fax: (56 2) 398 70 90

DIRECTO

ORIGINAL CLIENTE

ACCIDENTES PERSONALES - ASISTENCIA EN VIAJE INTERNACIONAL

ESTA ENTIDAD ASEGURADORA MEDIANTE LA TASA, MONTO, VIGENCIA, PRIMAS E IMPUESTOS DETALLADOS EN LA PROPUESTA Y QUE SE INDIVIDUALIZAN A CONTINUACIÓN Y CON ARREGLO A LAS CONDICIONES GENERALES ESTIPULADAS EN ESTE DOCUMENTO, APLICABLES AL PRESENTE CASO Y ACEPTADAS POR AMBAS PARTES Y A LAS PARTICULARES QUE SE ESPECIFICAN ASEGURA A:

POLIZA NUEVA

DATOS DEL CONTRATANTE

CONTRATANTE: SERVICIO BIENESTAR SOCIAL ARMADA VALPARA **R.U.T :** 61102033-3
DIRECCIÓN COMERCIAL: AVDA. JORGE MONTT 11700, VIÑA DEL MAR, VIÑA DEL MAR. **TELÉFONO:**

DATOS GENERALES

VIGENCIA DEL SEGURO	**DESDE:** OCTUBRE 01, 2013 **HORA :** 12:00	**HASTA:** OCTUBRE 01, 2014 **HORA :** 12:00

RESUMEN DE MONTOS Y PRIMAS ASEGURADOS

MONEDA	MONTO TOTAL ASEGURADO	TOTAL PRIMA NETA AFECTA	TOTAL PRIMA NETA EXENTA	I.V.A. TOTAL	PRIMA BRUTA TOTAL
US$	100,000.00	0.00	2,227.00	0.00	2,227.00

DATOS DEL CORREDOR DE SEGUROS

NOMBRE	JUAN CARLOS WIENECKE Y CIA. LTDA.
DIRECCIÓN	AVDA. APOQUINDO 6410 OFICINA 805 - LAS CONDES - SANTIAGO
TELÉFONO	(562)639-1173
% DE COMISIÓN S/ PRIMA NETA	15 %
FECHA DE EMISIÓN	OCTUBRE 03, 2013

Chubb de Chile Compañía de Seguros Generales S.A.
Firma Autorizada

PÓLIZA No. 93027856	ENDOSO No. 0

ITEM N°: 1

ASEGURADO: SERVICIO BIENESTAR SOCIAL ARMADA VALPARA

MATERIA ASEGURADA: PERSONAS ASEGURADAS

OBSERVACIONES:
CONTRATANTE: SERVICIO BIENESTAR SOCIAL ARMADA
RUT: 61102033-3

MATERIA ASEGURADA:
SE OTORGA COBERTURA MEDIANTE LA PRESENTE PÓLIZA PARA EL PERSONAL DE LA ARMADA DE CHILE, DESTINADO EN COMISIÓN DE SERVICIO EN EL EXTRANJERO, INCLUIDO LOS DEMÁS BENEFICIARIOS DE SU GRUPO FAMILIAR.

DEDUCIBLES: ANUAL POR CADA TITULAR Y/O BENEFICIARIO US$ 50
EXCLUSIONES SEGURO DE SALUD: LÍMITE MÁXIMO ANUAL POR SALUD POR BENEFICIARIO: US$100.000

DETALLE DE COBERTURAS	MONTO ASEGURADO	LÍMITE POR PERSONA	PRIMA NETA
REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS PLAN D	100,000.00	100,000.00	2,227.00

CONDICIONES PARTICULARES
CONDICIONES GENERALES Y CLAUSULAS ESPECIALES:
LA PRESENTE PÓLIZA Y SUS COBERTURAS SE RIGEN DE ACUERDO A TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES, INSCRITA EN EL REGISTRO DE LA SUPERINTENDENCIA DE VALORES Y SEGUROS DE CHILE BAJO EL CÓDIGO **POL 1 07 019**

PLAN D: REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE
SEGÚN DEFINICIÓN DE COBERTURA CONTEMPLADAS EN LAS CONDICIONES PARTÍCULAS DE LA PRESENTE PÓLIZA, AMPLIADO CON UN PLAN DE BENEFICIOS DE ASISTENCIA EN VIAJE.

PRIMA POR TITULAR CON SU GRUPO FAMILIAR :US 445.3 EXENTA DE IVA

CANTIDAD DE ASEGURADOS TITULARES COTIZADOS : 5

EDADES:
PARA EL TITULARES LAS EDADES SON: DE INGRESO 18 AÑOS Y PERMANENCIA HASTA LOS 75 AÑOS
LAS CARGAS CONYUGES DESDE LOS 18 AÑOS HASTA LOS 75 AÑOS
LAS CARGAS HIJOS, DESDE RECIEN NACIDOS HASTA LOS 25 AÑOS DE EDAD

APLICACIÓN DEL SEGURO

EL SEGURO ABARCA A TODOS LOS PAÍSES Y CIUDADES EN LOS CUALES LA ARMADA DE CHILE A TRAVÉS DE LA DIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE ARMADA DESTINE O PUEDA DESTINAR EN COMISIÓN DEL SERVICIO EN EL EXTRANJERO (INCLUIDO SU GRUPO FAMILIAR).

ESPECIFICACIONES DEL SEGURO

EL SEGURO DE SALUD CUBRIRÁ TODAS LAS PRESTACIONES BÁSICAS CONSIDERADAS EN EL ART. 16 DE LA LEY 19.465 DE SALUD DE LAS FUERZAS ARMADAS.

SE CONSIDERA COMO BENEFICIARIO DEL SEGURO A TODO PERSONAL EN COMISIÓN DE SERVICIO Y SUS CARGAS FAMILIARES LEGALMENTE RECONOCIDAS LAS PREEXISTENCIAS SERÁN CUBIERTAS DE ACUERDO AL PLAN INDICADO ANTERIORMENTE, INCLUYENDO LOS EMBARAZOS SIN IMPORTAR LA FECHA DE CONCEPCIÓN.

EL PERSONAL DE SERVICIO ACTIVO, PREVIO A DAR COMIENZO A LA COMISIÓN DE SERVICIO Y PARA SER INCLUIDO EN EL SEGURO, DEBERÁ CHEQUEAR SU ESTADO DE SALUD AL EFECTO SE LE PRACTICARA EL EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA HABITUAL POR PARTE DE LA INSTITUCIÓN, DESTINADO A CHEQUEAR SU ESTADO DE SALUD DANDO CUMPLIMIENTO A LAS DISPOSICIONES REGLAMENTARIAS.

SE INCORPORAN EN FORMA AUTOMÁTICA COMO BENEFICIARIOS DEL CONTRATO DE SEGURO DE SALUD AL MOMENTO DE LA SUSCRIPCIÓN EL PERSONAL NAVAL QUE SE ENCUENTRE EN EL EXTRANJERO Y SUS CARGAS FAMILIARES LEGALMENTE RECONOCIDAS.

SE CONSIDERARÁN DENTRO DE LAS PRESTACIONES BÁSICAS A CUBRIR POR EL SEGURO MÉDICO LAS CORRESPONDIENTES A LESIONES O ENFERMEDADES CONTRAÍDAS EN EL EXTRANJERO SURGIDAS DE LA OCUPACIÓN DEL ASEGURADO, NO OBSTANTE ESTÁN EVENTUALMENTE CUBIERTAS POR LA LEGISLACIÓN DE ACCIDENTES DEL TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES.

LOS ASEGURADOS PODRAN EMITIR SUS CERTIFICADOS DE COBERTURA A TRAVÉS DE INTERNET DESDE CUALQUIER LUGAR.

EXCLUSIONES

- GASTOS QUE NO CORRESPONDAN A UN GASTO REAL INCURRIDO POR EL TITULAR O BENEFICIARIO.
- MEDICAMENTOS NO SUMINISTRADOS EN EL MOMENTO DE LA ATENCIÓN MÉDICA.
- EN GASTOS HOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS, SE EXCLUYEN LOS SIGUIENTES: TERMÓMETROS, PRODUCTOS DE HIGIENE PERSONAL, ENDAS ELÁSTICAS SI LA CIRUGÍA O PROCEDIMIENTO NO ES DE EXTREMIDADES, FAJAS ABDOMINALES, MEDICAMENTOS O PRODUCTOS DE DERMOCOSMÉTICA, CORTES DE PELO,

POSTURA DE AROS, DEPILACIONES, LLAMADAS TELEFÓNICAS, PUBLICACIONES DE AVISOS EN EL DIARIO, GASTOS POR ACOMPAÑANTES, ETC.

PREEXISTENCIAS

SE CONSIDERARÁN COMO PREEXISTENCIA, LAS ENFERMEDADES O LESIONES DERIVADAS DE PADECIMIENTOS CRÓNICOS Y LAS QUE HAYAN SIDO DIAGNOSTICADAS O NO EN FORMA PREVIA A LA INICIACIÓN DEL VIAJE.

EN ESTOS CASOS, EL MONTO A CUBRIR SERÁ CON TOPE MÁXIMO ANUAL DE USD 10.000, A EXCEPCIÓN DE LAS PRESTACIONES QUE TENGAN UN TOPE MÁXIMO INFERIOR AL INDICADO, PARA EL CUAL REGIRÁN LOS TOPES SEÑALADOS EN EL PLAN DE SALUD.

DEFINICIÓN

EL PROCEDIMIENTO DE REEMBOLSO CORRESPONDE A UN BENEFICIO OTORGADO AL ASEGURADO Y SU GRUPO FAMILIAR FRENTE A GASTOS MÉDICOS INCURRIDOS EN EL EXTRANJERO.

EMISIÓN DE CHEQUE

EN CASO QUE SE DEBE PROCEDER CON EL REEMBOLSO, SEA TOTAL O PARCIALMENTE, SE GENERARÁ EL DOCUMENTO DE PAGO.

SI EL ASEGURADO POSEE UNA CUENTA CORRIENTE O CUENTA VISTA EN CHILE, SE SOLICITARÁ DICHA INFORMACIÓN PARA PROCEDER CON EL DEPÓSITO EN LA CUENTA INDICADA.

SI EL ASEGURADO NO POSEE CUENTA CORRIENTE O CUENTA VISTA, SE GENERARÁ UN CHEQUE Y ENVIARÁ POR CORREO CERTIFICADO A LA DIRECCIÓN QUE INDIQUE O ESTÉ REGISTRADA. ESTA INFORMACIÓN SERÁ VALIDAD EN SU MOMENTO CUANDO EXISTA LA COMUNICACIÓN CON EL ASEGURADO SOLICITANTE.

SI NO EXISTE UNA DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL Y TAMPOCO CONTASE CON CUENTA CORRIENTE RESPECTIVA, SE EMITIRÁ DOCUMENTO “VALE VISTA” PARA SER COBRADO EN BANCO LOCAL. DICHO PROCEDIMIENTO SERÁ INFORMADO OPORTUNAMENTE AL ASEGURADO.

CIERRE CIRCUITO REEMBOLSO

EL RESPONSABLE DEL DEPARTAMENTO DE REEMBOLSO, UNA VEZ CONFIRMADA LA ENTREGA DE LA SOLICITUD DE REEMBOLSO (RECHAZO O PAGO), DEBERÁ ENVIAR UN DETALLE O RESUMEN DE DICHA SOLICITUD AL ASEGURADO SI ÉSTE LO REQUIERE.

PROCEDIMIENTO DE ENROLAMIENTO

EL PROCEDIMIENTO DE ENROLAMIENTO SE PODRÁ REALIZAR A TRAVÉS DE UNA PÁGINA WEB ESPECIAL PARA LA ARMADA DE CHILE, LA CUAL ESTARÁ DISPONIBLE EN TODO MOMENTO SOLO CON EL HECHO DE ACCEDER A INTERNET.

AL MOMENTO DE ENTRAR A DICHA DIRECCIÓN WEB, LOS USUARIOS DEL DEPARTAMENTO DE REMUNERACIONES DE LA DIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA, DEBERÁN INGRESAR SU RESPECTIVO “USUARIO” Y “CONTRASEÑA”, EL CUAL SERÁ PERSONALIZADO PARA CADA USUARIO.

LUEGO DE INGRESAR DICHOS ANTECEDENTES (USUARIO Y CONTRASEÑA), EL USUARIO ACCEDERÁ A PODER REALIZAR EL RESPECTIVO ENROLAMIENTO DE LOS ASEGURADOS.
DICHA APLICACIÓN WEB PERMITIRÁ A SU VEZ MANTENER TODOS LOS ENROLAMIENTO REALIZADOS DE FORMA HISTÓRICA, A LOS CUALES PODRÁN TENER ACCESO LOS USUARIOS.

INGRESO DE MODIFICACIONES:

EN DICHA APLICACIÓN WEB LAS MODIFICACIONES SE DEBERÁN REALIZAR SOBRE EL CERTIFICADO DE COBERTURA EMITIDO INICIALMENTE, EN DONDE LUEGO DE ACCEDER A ESTE SE PODRÁ REALIZAR LA MODIFICACIÓN NECESARIA EN CUANTO A LOS DATOS PREDETERMINADOS, LUEGO DE TERMINAR LAS MODIFICACIONES RESPECTIVAS SE DEBERÁ VOLVER A EMITIR, QUEDANDO ESTOS ÚLTIMOS DATOS COMO VIGENTES DESDE EL MOMENTO DE REALIZAR LA MODIFICACIÓN.

BENEFICIARIOS

PERSONAL EN COMISIÓN DE SERVICIO Y SUS CARGAS FAMILIARES LEGALMENTE RECONOCIDAS, QUE DETERMINE “EL ADMINISTRADOR”, EN ADELANTE “EL ASEGURADO” O INDISTINTAMENTE “EL BENEFICIARIO”.

PLAN DE COBERTURAS DEL SEGURO

FUNCIONARIO EN SERVICIO ACTIVO

DESCRIPCIÓN DE LA PRESTACIÓN	% A CUBRIR	TOPE US$
1.- HOSPITALIZACIÓN INCLUYE EXÁMENES, COSTO DE HABITACIÓN, HONORARIOS, TRATAMIENTOS MÉDICOS Y/O CIRUGÍA, CIRUGÍA PLÁSTICA DERIVADA DE UN ACCIDENTE, MEDICAMENTOS Y TODO GASTO ASOCIADO A LA HOSPITALIZACIÓN DEL PACIENTE	100%	SIN TOPE POR EVENTO
2.- TRATAMIENTOS AMBULATORIOS INCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS UTILIZADOS Y/O PROPORCIONADOS DURANTE LA ATENCIÓN	100%	SIN TOPE POR EVENTO
3.- ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE URGENCIA. VER NOTA N° 1	100%	US$ 80 POR EVENTO
4.- ATENCIÓN OFTALMOLÓGICA BONIFICACIÓN CONSIDERA CONSULTAS Y GASTOS POR ÓPTICA (MARCOS, CRISTALES Y LENTES DE CONTACTO), QUEDANDO EXCLUIDA LA PRESTACIÓN “INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA POR CIRUGÍA LÁSER”	100%	US$ 120 ANUALES

5.- MATERNIDAD		TOPE

PARTO NORMAL, CESÁREA Y ABORTO NO PROVOCADO, SIN IMPORTAR SI LA FECHA DE EMBARAZO HAYA SIDO ANTERIOR A LA INCORPORACIÓN AL SEGURO	100%	US$ 8.000

NOTA N° 1:
ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE URGENCIA ES TODA PRESTACIÓN O CONJUNTO DE PRESTACIONES QUE SEAN OTORGADAS A UN PACIENTE CON CUADRO CLÍNICO QUE IMPLIQUE RIESGO VITAL, DOLOR SEVERO Y/O SECUELA FUNCIONAL GRAVE DE NO MEDIAR ATENCIÓN ODONTOLÓGICA INMEDIATA E IMPOSTERGABLE. A MODO DE EJEMPLO SE DETALLAN ALGUNAS SITUACIONES CLÍNICAS DEL ÁMBITO ODONTOLÓGICO QUE SE CONSIDERAN URGENCIAS ODONTOLÓGICAS:

- PRESENCIA DE RIESGO VITAL Y/O SECUELA FUNCIONAL GRAVE DE NO MEDIAR ATENCIÓN ODONTOLÓGICA INMEDIATA E IMPOSTERGABLE
- DOLOR DENTAL O DEL TERRITORIO MÁXILO FACIAL AGUDO
- PROCESOS INFECCIOSOS AGUDO
- HEMORRAGIAS
- TRAUMATISMOS
- SINTOMATOLOGÍA AGUDA DE LA ARTICULACIÓN TÉMPORO – MANDIBULAR
- EXODONCIAS IMPOSTERGABLES.
- PULPECTOMIAS.
- TRATAMIENTOS DE ALVEOLITOS.
- PATOLOGÍA AGUDA DE GLÁNDULAS SALIVALES.
- REIMPLANTES DENTARIO.
- REMOCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO.
- SUTURAS DE HERIDAS INTRA Y EXTRA ORALES.
- TODO CUADRO DE ORIGEN ODONTOLÓGICO QUE AFECTE EL ESTADO GENERAL DEL INDIVIDUO.
- TODA SITUACIÓN QUE ORIGINE LA HOSPITALIZACIÓN O PERMANENCIA EN LA SECCIÓN DE OBSERVACIÓN Y REPOSO.
- RECEMENTACIÓN O REOBTURACIÓN DE RESTAURACIONES RECIENTEMENTE DESALOJADAS.
- REPARACIÓN DE PRÓTESIS RECIENTEMENTE DAÑADAS.
- EXAMEN RADIOGRÁFICO NECESARIO COMO AYUDA DIAGNÓSTICA EN CASOS CLÍNICOS SEÑALADOS EN EL LISTADO.

CARGAS FAMILIARES DE FUNCIONARIO EN SERVICIO ACTIVO

DESCRIPCIÓN DE LA PRESTACIÓN	% A CUBRIR	TOPE US$
1.- HOSPITALIZACIÓN INCLUYE EXÁMENES, COSTO DE HABITACIÓN, HONORARIOS, TRATAMIENTOS MÉDICOS Y/O CIRUGÍA, CIRUGÍA PLÁSTICA DERIVADA DE UN ACCIDENTE, MEDICAMENTOS Y TODO GASTO ASOCIADO A LA HOSPITALIZACIÓN DEL PACIENTE.	50%	SIN TOPE POR EVENTO
2.- TRATAMIENTOS AMBULATORIOS	50%	SIN TOPE

INCLUYE INSUMOS Y MEDICAMENTOS UTILIZADOS Y/O PROPORCIONADOS DURANTE LA ATENCIÓN.		POR EVENTO
3.- ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE URGENCIA. VER NOTA N° 1	50%	US$ 40 POR EVENTO
4.- ATENCIÓN OFTALMOLÓGICA BONIFICACIÓN CONSIDERA CONSULTAS Y GASTOS POR ÓPTICA (MARCOS, CRISTALES Y LENTES DE CONTACTO), QUEDANDO EXCLUIDA LA PRESTACIÓN "INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA POR CIRUGÍA LÁSER"	50%	US$ 60 ANUALES

5.- MATERNIDAD PARTO NORMAL, CESÁREA Y ABORTO NO PROVOCADO, SIN IMPORTAR SI LA FECHA DE EMBARAZO HAYA SIDO ANTERIOR A LA INCORPORACIÓN AL SEGURO	50%	TOPE US$ 4.000

NOTA N° 1:
ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE URGENCIA ES TODA PRESTACIÓN O CONJUNTO DE PRESTACIONES QUE SEAN OTORGADAS A UN PACIENTE CON CUADRO CLÍNICO QUE IMPLIQUE RIESGO VITAL, DOLOR SEVERO Y/O SECUELA FUNCIONAL GRAVE DE NO MEDIAR ATENCIÓN ODONTOLÓGICA INMEDIATA E IMPOSTERGABLE. A MODO DE EJEMPLO SE DETALLAN ALGUNAS SITUACIONES CLÍNICAS DEL ÁMBITO ODONTOLÓGICO QUE SE CONSIDERAN URGENCIAS ODONTOLÓGICAS:

- PRESENCIA DE RIESGO VITAL Y/O SECUELA FUNCIONAL GRAVE DE NO MEDIAR ATENCIÓN ODONTOLÓGICA INMEDIATA E IMPOSTERGABLE
- DOLOR DENTAL O DEL TERRITORIO MÁXILO FACIAL AGUDO
- PROCESOS INFECCIOSOS AGUDO
- HEMORRAGIAS
- TRAUMATISMOS
- SINTOMATOLOGÍA AGUDA DE LA ARTICULACIÓN TÉMPORO – MANDIBULAR
- EXODONCIAS IMPOSTERGABLES.
- PULPECTOMIAS.
- TRATAMIENTOS DE ALVEOLITOS.
- PATOLOGÍA AGUDA DE GLÁNDULAS SALIVALES.
- REIMPLANTES DENTARIO.
- REMOCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO.
- SUTURAS DE HERIDAS INTRA Y EXTRA ORALES.
- TODO CUADRO DE ORIGEN ODONTOLÓGICO QUE AFECTE EL ESTADO GENERAL DEL INDIVIDUO.
- TODA SITUACIÓN QUE ORIGINE LA HOSPITALIZACIÓN O PERMANENCIA EN LA SECCIÓN DE OBSERVACIÓN Y REPOSO.
- RECEMENTACIÓN O REOBTURACIÓN DE RESTAURACIONES RECIENTEMENTE DESALOJADAS.
- REPARACIÓN DE PRÓTESIS RECIENTEMENTE DAÑADAS.
- EXAMEN RADIOGRÁFICO NECESARIO COMO AYUDA DIAGNÓSTICA EN CASOS CLÍNICOS SEÑALADOS EN EL LISTADO.

ESPECIFICACIONES DEL SEGURO

EL SEGURO DE SALUD CUBRIRÁ TODAS LAS PRESTACIONES BÁSICAS CONSIDERADAS EN EL ART. 16 DE LA LEY 19.465 DE SALUD DE LAS FUERZAS ARMADAS.

SE CONSIDERA COMO BENEFICIARIO DEL SEGURO A TODO PERSONAL EN COMISIÓN DE SERVICIO Y SUS CARGAS FAMILIARES LEGALMENTE RECONOCIDAS, QUE INFORME "EL ADMINISTRADOR" MEDIANTE EL PROCEDIMIENTO DE ENROLAMIENTO" QUE SE INDICA EN LA CLÁUSULA DÉCIMO SÉPTIMA.

LAS PREEXISTENCIAS SERÁN CUBIERTAS DE ACUERDO A LA CLÁUSULA DÉCIMO TERCERO DE LA PRESENTE PÓLIZA.

SE APLICARÁ UN DEDUCIBLE ANUAL POR CADA BENEFICIARIO DE: US$ 50
EL LÍMITE MÁXIMO ANUAL DE COBERTURA POR BENEFICIARIO SERÁ DE: US$100.000

EL PERSONAL DE SERVICIO ACTIVO, PREVIO A DAR COMIENZO A LA COMISIÓN DE SERVICIO Y PARA SER INCLUIDO EN EL SEGURO, DEBERÁ CHEQUEAR SU ESTADO DE SALUD AL EFECTO SE LE PRACTICARÁ EL EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA HABITUAL POR PARTE DE LA INSTITUCIÓN, DESTINADO A CHEQUEAR SU ESTADO DE SALUD DANDO CUMPLIMIENTO A LAS DISPOSICIONES REGLAMENTARIAS.

SE INCORPORAN EN FORMA AUTOMÁTICA COMO BENEFICIARIOS DEL CONTRATO DE SEGURO DE SALUD AL MOMENTO DE LA SUSCRIPCIÓN, EL PERSONAL NAVAL QUE SE ENCUENTRE EN EL EXTRANJERO Y SUS CARGAS FAMILIARES LEGALMENTE RECONOCIDAS.

SE CONSIDERARÁN DENTRO DE LAS PRESTACIONES BÁSICAS A CUBRIR POR EL SEGURO MÉDICO LAS CORRESPONDIENTES A LESIONES O ENFERMEDADES CONTRAÍDAS EN EL EXTRANJERO SURGIDAS DE LA OCUPACIÓN DEL ASEGURADO, NO OBSTANTE ESTAR ÉSTAS EVENTUALMENTE CUBIERTAS POR LA LEGISLACIÓN DE ACCIDENTES DEL TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES.

LOS ASEGURADOS DEBERÁN PODER EMITIR SUS CERTIFICADOS DE COBERTURA A TRAVÉS DE INTERNET DESDE CUALQUIER LUGAR.

EXCLUSIONES

- GASTOS QUE NO CORRESPONDAN A UN GASTO REAL INCURRIDO POR EL TITULAR O BENEFICIARIO.
- MEDICAMENTOS NO SUMINISTRADOS EN EL MOMENTO DE LA ATENCIÓN MÉDICA.
- EN GASTOS HOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS, SE EXCLUYEN LOS SIGUIENTES: TERMÓMETROS, PRODUCTOS DE HIGIENE PERSONAL, VENDAS

ELÁSTICAS SI LA CIRUGÍA O PROCEDIMIENTO NO ES DE EXTREMIDADES, FAJAS ABDOMINALES, MEDICAMENTOS O PRODUCTOS DE DERMOCOSMÉTICA, CORTES DE PELO, POSTURA DE AROS, DEPILACIONES, LLAMADAS TELEFÓNICAS, PUBLICACIONES DE AVISOS EN EL DIARIO, GASTOS POR ACOMPAÑANTES, ETC.

PROCEDIMIENTO DE REEMBOLSO

EL PROCEDIMIENTO DE REEMBOLSO CORRESPONDE A UN BENEFICIO OTORGADO AL ASEGURADO Y SU GRUPO FAMILIAR FRENTE A GASTOS MÉDICOS INCURRIDOS EN EL EXTRANJERO.

2.- PROCEDIMIENTO

PARA ACTIVAR EL PROCESO DE REEMBOLSO, EL ASEGURADO DEBERÁ PRESENTAR EN TODO MOMENTO LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

- DOCUMENTOS ORIGINALES QUE ACREDITEN LOS DINEROS DESEMBOLSADOS (BOLETA Y/O FACTURAS) POR EL ASEGURADO O CARGA
- EN SU PRIMERA PARTE LOS DOCUMENTOS DEBERÁN SER ESCANEADOS Y ENVIADOS A LA CENTRAL DE ALARMAS (AC CLUB ASISTENCIA) RESPALDANDO LOS GASTOS INCURRIDOS. PARA ESTE EFECTO SE ENCUENTRA DISPONIBLE EL CORREO ELECTRÓNICO: MAILTO:ASISTENCIAMEDICA@CLUBASISTENCIA.CL">ASISTENCIAMEDICA@CLUBASISTENCIA.CL
- DE LA MISMA FORMA, TODOS LOS ANTECEDENTES DEBERÁN SER REMITIDOS EN ORIGINAL A AC CLUB ASISTENCIA, CON ATENCIÓN AL SR. JOSÉ LAGOS.
- UNA VEZ EVALUADOS LOS ANTECEDENTES SE HARÁ EFECTIVO DICHO REEMBOLSO, TOMANDO EN CONSIDERACIÓN QUE AÚN QUEDA PENDIENTE EL ENVIÓ DE LOS DOCUMENTOS ORIGINALES. SI EL REEMBOLSO FUESE MAYOR A USD 4.000, SE EXIGIRÁN LOS COMPROBANTES ORIGINALES PREVIO REEMBOLSO.
- DE IGUAL FORMA SE ESTABLECE UN PERIODO MÁXIMO DE 60 DÍAS PARA LA RECEPCIÓN DE TODA LA DOCUMENTACIÓN ORIGINAL EN LAS OFICINAS DE AC CLUB ASISTENCIA LTDA.
- SI AL CABO DE 60 DÍAS INFORMADOS ANTERIORMENTE NO SE HA RECEPCIONADO TODA LA DOCUMENTACIÓN ORIGINAL EN LAS OFICINAS DE AC CLUB ASISTENCIA LTDA., AC CLUB ASISTENCIA NO PROCESARA NINGÚN OTRO REEMBOLSO QUE SEA REQUERIDO A NOMBRE DE ESE TITULAR O CARGAS, HASTA HABER RECIBIDO LA DOCUMENTACIÓN FALTANTE.

PARA LA PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE REEMBOLSO DE DEBE HACER LLEGAR LA DOCUMENTACIÓN ORIGINAL A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS EN LA SIGUIENTE DIRECCIÓN:

SEÑORES

AC CLUB ASISTENCIA
(ATENCIÓN AL SR. JOSÉ LAGOS)
VALENZUELA CASTILLO N° 1380
PROVIDENCIA
SANTIAGO

UNA VEZ RECEPCIONADA LA SOLICITUD DE REEMBOLSO JUNTO CON LA DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO (ESCANEADA U ORIGINAL) SE PROCEDERÁ CON LA REVISIÓN DE LOS ANTECEDENTES Y EVALUACIÓN EN CONCORDANCIA CON PARÁMETROS DE TOPE DE COBERTURA SEGÚN PRESTACIÓN MÉDICA REQUERIDA, EMITIÉNDOSE LA LIQUIDACIÓN CORRESPONDIENTE, LA QUE SERÁ ENVIADA POR “EL ASEGURADOR” VÍA CORREO ELECTRÓNICO A “EL ASEGURADO”.

“EL ASEGURADO” QUE NO SE ENCUENTRE CONFORME PODRÁ HACERLO PRESENTE REMITIENDO SUS OBSERVACIONES AL CORREO ELECTRÓNICO ASISTENCIAMEDICA@CLUBASISTENCIA.CL PARA SU ANÁLISIS Y RELIQUIDACIÓN SI CORRESPONDIERA. EN TODA CIRCUNSTANCIA RECIBIRÁ UNA RESPUESTA DE “EL ASEGURADOR”.

LOS BENEFICIARIOS CUBIERTOS POR EL SEGURO DE SALUD TENDRÁN UN PLAZO DE HASTA 180 DÍAS CORRIDOS DESDE PRODUCIDA LA ATENCIÓN, PARA PRESENTAR VÁLIDAMENTE LAS SOLICITUDES DE REEMBOLSO, INCLUSO UNA VEZ TERMINADO EL CONTRATO. “EL PROVEEDOR” TENDRÁ A SU VEZ UN PLAZO DE HASTA 10 DÍAS CORRIDOS PARA EFECTUAR LOS REEMBOLSOS O HACER PRESENTE LAS OBSERVACIONES A LAS SOLICITUDES. SE ENTENDERÁ QUE CUALQUIER SOLICITUD PRESENTADA VÁLIDAMENTE, MANTENDRÁ LA CONDICIÓN DE VÁLIDA MIENTRAS DURE EL PROCESO DE ANÁLISIS Y EVENTUAL COMPLETACIÓN DE ANTECEDENTES.

EMISIÓN DOCUMENTO DE PAGO

EN CASO QUE SE DEBA PROCEDER CON EL REEMBOLSO, SEA TOTAL O PARCIALMENTE, SE GENERARÁ EL DOCUMENTO DE PAGO.

SI “EL ASEGURADO” POSEE UNA CUENTA CORRIENTE O CUENTA VISTA EN CHILE, SE SOLICITARÁ DICHA INFORMACIÓN PARA PROCEDER CON EL DEPÓSITO EN LA CUENTA INDICADA.

SI “EL ASEGURADO” NO POSEE CUENTA CORRIENTE O CUENTA VISTA, SE GENERARÁ UN CHEQUE Y ENVIARÁ POR CORREO CERTIFICADO A LA DIRECCIÓN QUE INDIQUE O ESTÉ REGISTRADA. ESTA INFORMACIÓN SERÁ VALIDADA EN SU MOMENTO CUANDO EXISTA LA COMUNICACIÓN CON “EL ASEGURADO” SOLICITANTE.

SI NO EXISTE UNA DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL Y TAMPOCO CONTASE CON CUENTA CORRIENTE RESPECTIVA, SE EMITIRÁ DOCUMENTO “VALE VISTA” PARA SER COBRADO EN BANCO LOCAL. DICHO PROCEDIMIENTO SERÁ INFORMADO OPORTUNAMENTE A “EL ASEGURADO”

PÓLIZA No. 93027856	ENDOSO No. 0

CONDICIONES GENERALES

POL 1 07 019

OBSERVACIONES PARA TODA LA PÓLIZA
FORMA DE PAGO
SEGUN CONVENIO DE PAGO ADJUNTO