SEGURO MEDICO COMPLEMENTARIO PARA CARGAS FAMILIARES

I. GENERALIDADES

1.- Considera cobertura para el beneficiario titular y sus cargas familiares “legalmente reconocidas”, desde la salida de Chile y hasta su regreso, incluyendo los desplazamientos a otros países, dentro del periodo previsto de la comisión.

2.- Límite máximo anual de cobertura por prestaciones de salud, por cada beneficiario: **US$ 100.000**.

3.- Compañía aseguradora: **CHUBB SEGUROS CHILE S.A.**

4.- Proveedor de Servicio: **WORD MEDICAL CARE**

II. PLAN DE COBERTURAS, EXCLUSIONES Y DEDUCIBLES

1.- COBERTURA PARA CARGAS FAMILIARES:

DESCRIPCIÓN DE LA PRESTACIÓN	% A CUBRIR	TOPE US$
1.- Hospitalización Incluye intervenciones quirúrgicas, días cama, derecho a pabellón, exámenes de imagenología y de laboratorio, procedimientos, fármacos, honorarios médicos, y todo lo asociado a la hospitalización del paciente.	50%	Sin tope por evento.
2.-Prestaciones Ambulatorias Incluye consultas médicas, consultas de urgencia, consultas oftalmológicas, exámenes de laboratorio e imagenología, procedimientos de diagnóstico, insumos y medicamentos utilizados y/o proporcionados durante la atención.	50%	Sin tope por evento.
3.- Atenciones Odontológicas de Urgencia. Ver Nota	50%	US$ 100 por evento.
5.- Maternidad Parto Normal, Cesárea y Aborto, contemplado en la Ley N° 21.030, sin importar si la fecha de embarazo haya sido anterior a la incorporación al seguro.	50%	Tope US$ 5.000 por evento.
5.- Cobertura Civid-19 Atención, hospitalización y tratamientos derivados del contagio Covid-19 (Incluye exámenes, costo habitación, honorarios médicos, tratamientos médicos, medicamentos y todo gasto asociado a la hospitalización del paciente).	50%	US$ 20.000 anual.
6.- Otras prestaciones de Oftalmología	100%	US$ 50 por evento. US$ 120 anual.

Nota:

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 a impostergable.
- Dolor dental o del territorio máxilo facial agudo.
- Procesos infecciosos agudos.
- Hemorragias.
- Traumatismos.
- Sintomatología aguda de la articulación témporo – mandibular.
- Exodoncias impostergables.
- Pulpectomías.
- Tratamiento de alveolitos.
- Patología aguda de glándulas salivales.
- Reimplante 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 este listado.

3.- EXCLUSIONES

- Medicamentos no prescritos en el momento de la atención médica.
- Gastos Médicos en territorio nacional.
- Muerte por Suicidio, lesiones o secuelas derivadas de este acto.
- Enfermedades ocasionadas por ingesta de alcohol, sustancias tóxicas, drogas, narcóticos o medicamento sin prescripción médica.
- Asistencia en entrenamientos, prácticas o participación activa en competencias deportivas, deportes peligrosos o de alto riesgo.

III. PROCEDIMIENTO ANTE REQUERIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

1.- ASISTENCIA DIRECTA:

Este procedimiento permitirá que sea el Proveedor de Asistencia el que derive al beneficiario asegurado que requiera atención médica al establecimiento que corresponda, dentro de la ciudad donde se encuentre y que además coordine directamente con el prestador médico, el pago de la atención.

Para estos efectos, el beneficiario asegurado que requiera atención deberá comunicarse directamente con el Proveedor de Asistencia **WORLD MEDICAL CARE**:

- Teléfono: (56) 2 2583 5906.
- Correo electrónico: armadadechile@worldmedicalcare.com

2.- REEMBOLSOS:

En caso que no haya sido posible coordinar previamente la atención médica a través de la “Asistencia Directa” o ante una Urgencia, donde se concurrió directamente a un prestador de salud, pagando por las prestaciones brindadas, se deberá solicitar el reembolso de los gastos médicos incurridos.

Para activar el proceso de Reembolso el beneficiario asegurado deberá enviar escaneado a **CHUBB SEGUROS CHILE S.A.** al correo electrónico siniestros.chile@chubb.com, la siguiente documentación:

"Solicitud de Reembolso y Declaración de Siniestros". (Disponible para su impresión en el párrafo VII).

Documentos originales que acrediten los dineros desembolsados (Boleta y/o Facturas, y los documentos de atención, etc.) por el beneficiario titular o carga familiar asegurada de este.

Una vez recepcionada la "Solicitud de Reembolso y Declaración de Siniestros" junto con la documentación de respaldo (escaneada), CHUBB SEGUROS CHILE S.A. procederá con la revisión de los antecedentes y su evaluación, en concordancia con parámetros de tope de cobertura, según la prestación médica requerida, emitiéndose la Liquidación del Siniestro respectiva, la que será enviada vía correo electrónico al beneficiario asegurado.

Concluido lo anterior, si no hubiese observaciones, se hará efectivo dicho reembolso dentro de los 15 días corridos desde la fecha de recepción de la documentación.

El beneficiario titular asegurado que no se encuentre conforme con el reembolso efectuado, podrá hacerlo presente remitiendo sus observaciones al correo electrónico siniestros.chile@chubb.com para su análisis y reliquidación si correspondiera.

En toda circunstancia beneficiario asegurado recibirá una respuesta de parte de CHUBB SEGUROS CHILE S.A.

Si el reembolso fuese mayor a US$ 1.000, se exigirán los comprobantes originales previo reembolso, estableciéndose un periodo máximo de **90 días** para la recepción de toda la documentación original en las oficinas de CHUBB SEGUROS CHILE S.A.

Si al cabo de los 90 días informados anteriormente no se ha recepcionado toda la documentación original en las oficinas de CHUBB SEGUROS CHILE S.A., no procederá ningún otro tipo de reembolso que sea requerido a nombre del beneficiario titular asegurado o sus cargas familiares, hasta haber recibido la documentación faltante.

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.

CHUBB SEGUROS CHILE S.A. tendrá a su vez un plazo de **hasta 15 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 presentación de antecedentes.

IV. TRÁMITES POSTERIORES

- Se otorga un plazo de **90 días corridos** para la remisión de los documentos originales, desde la fecha de ocurrido el siniestro.

V. FORMATO DE SOLICITUD REEMBOLSO Y DECLARACIÓN DE SINIESTROS

CHUBB®

SOLICITUD DE REEMBOLSO Y DECLARACIÓN DE SINIESTROS

Declaro que los gastos por los cuales mediante esta solicitud estoy reclamando, han sido efectivamente incurridos por mi y/o grupo familiar y que corresponden a gastos de salud que se encuentran cubiertos por el seguro de salud vigente entre la Armada de Chile y la compañía Chubb Seguros Chile S.A. Declaro la veracidad de los que estoy presentando, que nada he ocultado u omitido, asimismo, declaro que poseo los respaldos correspondientes. Sin perjuicio de lo anterior, esta solicitud debe adjuntar escaneados a la Compañía Aseguradora los documentos médicos que la respaldan. Autorizo a la compañía de seguros, que todo gasto que no proceda de acuerdo a la cobertura contratada o que erróneamente ha sido cobrado por mí, y que la compañía de seguros me hubiere pagado, será descontado del pago de futuros siniestros.

La dirección de correo para remitir escaneados a la Compañía todos los antecedentes que acrediten los gastos médicos efectuados, tales como boletas y facturas junto a este formulario completado en "todas" sus secciones, es: siniestros.chile@chubb.com

COMPLETAR UNA SOLICITUD POR CADA PERSONA QUE GENERA EL GASTO.
DATOS DEL TITULAR ASEGURADO.

NOMBRE COMPLETO: _____ RUT: _____

PAÍS Y CIUDAD DE ORIGEN DE ESTOS GASTOS: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

PARENTESCO DEL PACIENTE CON EL TITULAR: _____

CAUSA QUE GENERO EL GASTO (SÍNTOMAS, DIAGNÓSTICO) _____

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO: _____

N° DEL DOCUMENTO	NOMBRE DE LA PRESTACIÓN	FECHA PRESTACIÓN	MONEDA (1)	MONTO GASTO	MONTO RECLAMADO A CIA.

(1): Indicar claramente la moneda de los valores que aquí se presentan. Su indicación no debe inducir a error alguno de la Compañía Aseguradora.

- SI UD OPTA POR DEPÓSITO EN UNA CUENTA CORRIENTE EN CHILE, SÓLO DEBE LLENAR ESTA SECCIÓN CUANDO ENVÍE SU PRIMER GASTO. NO OLVIDAR HACERLO NUEVAMENTE, SI CAMBIA SU CUENTA CORRIENTE.
- Usted debe indicarnos la modalidad que requiere para el pago de sus reembolsos, la modalidad que usted nos informe en esta oportunidad quedará registrada en la base de datos en Chubb Seguros Chile S.A. para que a futuro todos sus reembolsos se rijan por esta instrucción.
- Marcar con una "X"

1) Abono a Cuenta Corriente abierta en Chile ☐

Titular cuenta	
Banco	
N° Cuenta	
Tipo Cuenta	
Dirección Postal del Asegurado	

2) Cheque en moneda del país de residencia(*)

(*) Para esta opción se emitirá cheque al asegurado y se enviará junto a la liquidación de reembolso a la oficina de nuestros representantes en la ciudad de residencia. En caso de no contar con un representante, se enviará a la dirección de correo postal informado por el asegurado.

FECHA SOLICITUD _____ FIRMA TITULAR SOLICITANTE _____