

ASPECTOS DESTACADOS DEL SEGURO

- Deducibles más bajos 0,5; 1,0 y 1,5, UF, (antes 1,0; 2,0;3,0)
- Aumentos de coberturas y porcentajes mayores a los anteriores.
- Nuevas coberturas (ej. Home Care 4 UF diarias)
- Plan dental para todos los colaboradores.
- Aumento de Tope del dental anual de 15 a 20 UF.
- Rebajas en el IMC, para operaciones por sobrepeso.
- Rebajas en las dioptrías para operaciones a la vista.
- Aumento de cobertura anual del Seguro de 250 a 500 UF.
- Rebaja del deducible del catastrófico de 80 a 40 UF para los que venían del mundo (móvil).
- Para atenciones auge o ges bajo plan Isapre reembolso 100%.

PAGINA 1 NUEVO SEGURO COMPLEMENTARIO

COBERTURAS	PLAN VIGENTE MOVISTAR (Vida Security por administración)		PLAN VIGENTE TELEFONICA CHILE (con deducible)		NUEVO PLAN	
GASTOS HOSPITALARIOS						
Día Cama (los primeros 30 días)	80%	UF2	100%	UF3	100%	UF4,00
Sobre 30 días	80%	UF2	80%	UF 3	80%	UF 3,00
Día cama acompañante (menores 14 años)	80%	UF2 (hasta 5 días x evento)	No está cubierto		80%	UF2 (hasta 5 días x evento)
Día Sala Cuna e Incubadora	80%	UF 50 por evento	100%	Hasta UF 15 y el exceso 60% sin tope	100%	Hasta UF 30 y el exceso 60% sin tope x evento
Día UTI/UCL y/o recuperación	80%	UF 50 por evento				
Insumos clínicos, Mat. Clínicos, exámenes lab., radiología, procedimientos, derecho pabellón, Kinesiología	80%	UF 80 por evento				
Honorarios Médicos Quirúrgicos	80%	UF 80 por evento				
Medicamentos Hospitalarios	80%	UF 80 por evento				
Cirugía máxilo facial por Enfermedad	80%	UF 30 anual x pers.	Si no es un tema dental, se reembolsa como gasto Hospitalario.		80%	UF 40 anual x pers.
Cirugía máxilo facial por Accidente	80%	UF 30 anual x pers.	Se cubre como gasto Hospitalario		Hasta UF 30 y el exceso 60% sin tope x evento	
Cirugía por obesidad mórbida (sobre 40 IMC)	80%	UF 80 anual x pers.	Sobre 35 IMC como cualquier hospitalización		Hasta 30 UF	y exceso 60% IMC Mayor a 35
Diálisis	100%	UF1 por sesión	80% c/bono - 50% L. elección		80% c/bono - 50% L. elección Sin Tope	
Tratamientos de Fertilidad y Esterilidad	80%	UF60 anual x pers.	100%	UF20 anual x pers.	100%	UF60 anual x pers.
Quimio y radioterapia	80%	UF40 x ciclo	Si el procedimiento es hospitalario, se cubre dentro de Hosp.		100% y UF 30 por cada Evento	
Gastos Donante Vivo (Transplante)	80%	UF 30 anual x pers.	80%	UF 40 anual x pers.	80%	UF 40 anual x pers.
Gasto Donante post-mortem (transplante)	80%	UF 15 anual x pers.	80%	UF 20 anual x pers.	80%	UF 20 anual x pers.
Home Care (hasta 30 días)	No contempla cobertura		Se cubre como día cama hasta 30 días		4 UF Diarias	

PAGINA 2 NUEVO SEGURO COMPLEMENTARIO

MATERNIDAD						
Parto Normal	80%	UF 15 anual	100%	UF 20 anual	100%	UF 20 anual
Cesárea	80%	UF 25 anual	100%	UF 35 anual	100%	UF 35 anual
Aborto no Provocado	80%	UF 10 anual	100%	UF 10 anual	100%	UF 10 anual
Partos Múltiples (por cada hijo nacido vivo)	40% adicional al tope parto normal o cesárea		No contempla reembolso adicional para parto múltiple.		50% adicional al tope por cada hijo nacido vivo	
Complicaciones durante el embarazo (antes de 36 semanas: Hospit.)	80%	UF 20 por evento	Se cubre como cualquier enfermedad		Se cubre como cualquier enfermedad	
Embarazo Tubario	80%	UF 25	Se cubre como cualquier patología		80% UF 25 anual	
Embarazos pre-existentes	El parto se cubre en base a novenos, los gastos ambulatorios como cualquier gasto.		El parto se cubre en base a novenos, los gastos ambulatorios como cualquier gasto.		El parto se cubre en base a novenos, los gastos ambulatorios como cualquier gasto.	
PRESTACIONES AMBULATORIAS	Bono - L. Elecc.	Topes	Bono - L. Elecc.	Topes	Bono - L. Elecc.	Topes
Consultas Médicas médicas en general (incluye Nutricionista, derivada x médico)	90% - 45%	UF. 0,80 por consulta y un tope de UF25 anual x grupo familiar.	80% - 80%	UF 0,55 por consulta general y UF 0,80 a domicilio, x persona y sin tope anual.	90% - 50%	UF. 0,80 por consulta
Consulta con Nutricionista	Se cubre como consulta en general		70%	UF 0,8 x consulta y máximo UF 15 anual x persona	80%	UF 15 anual
Exámenes de Laboratorio, medicina nuclear, proced. Diagnóstico, radiología, imagenología, incluyendo medios de contraste, etc.	90% - 45%	UF35 tope anual x grupo familiar.	80% - 50%	Sin Tope	80% - 50%	Sin Tope
Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos	60%	UF20 tope anual x grupo familiar.	80% - 50%	Sin Tope	80% - 50%	Sin Tope
Ambulancia Terrestre (50 Kms.)	80%	UF7 anual x pers.	100%	UF2 x evento y x pers.	100%	UF2 anual x evento
Ambulancia aérea	80%	UF 50 anual x pers.	100%	UF25 x evento (máx. 2 anuales)	100%	UF25 x evento (máx. 2 anuales)

PAGINA 3 NUEVO SEGURO COMPLEMENTARIO

Servicio Privado Enfermera Profesional					100%	UF 1,5 X Evento
Gastos ópticos (incluye marcos, cristales y lentes de contacto)	60%	UF 4,5 anual x pers.	70%	UF 1,7 anual x pers.	80%	UF 4,5 anual x pers.
Cirugía ocular (excluye láser)	60%	UF20 anual x pers.	Se cubre como cualquier cirugía		Se cubre como cualquier cirugía	
Cirugía ocular Lasik (miopía, astigmatismo, etc.) mínimo 3 dioptrías, mayor 20 años y vigencia superior a 24 meses.	60%	UF 6 anual x pers.	60%	UF12 anual x pers. (4 dioptrías)	60%	UF12 anual x pers. (3 dioptrías)
Cirugía Ambulatoria	60%	UF 20 anual x pers.	80%	Sin Tope	80%	Sin Tope
Servicios Hospitalarios					80%	Sin Tope
Honorarios Médicos Quirúrgicos					80%	Sin Tope
Kinesiología y Fonoaudiología	60%	UF 15 anual x grupo familiar.	70% - 50%	Sin Tope	80% - 50%	Sin Tope
Prótesis y Ortesis (excluye prótesis dentales y sillas de rueda)	60%	UF40 anual x pers.	80%	UF10 anual x pers. (incluye plantillas)	80%	UF 40 anual x pers
Prótesis de mayor complejidad	Cubierto en ítem Prótesis, punto anterior		80%	UF 100 anual x pers.	80%	UF 100 anual x pers.
Plantillas	60%	UF2 x pers.	Se cubre en prótesis		60%	UF2 x pers.
Audífonos	60%	UF5 anual x pers.	80%	UF20 anual x pers.	80%	UF20 anual x pers.
Materiales de yeso	60%	Sin Tope	60%	Sin Tope	60%	Sin Tope
Medicamentos ambulatorios genéricos	60%	UF 20 anual x pers.	80%	UF1,2 mensual x pers., para medicamentos imprescindibles según nómina en póliza.	60%	UF 20 anual x pers.
Medicamentos ambulatorios de marca	60%		50%	UF 0,6 mensual por persona.	60%	
Drogas Oncológicas	80%	Sin Tope	100%	UF30 x ciclo	100%	UF 30 x ciclo

PAGINA 4 NUEVO SEGURO COMPLEMENTARIO

PSIQUIATRIA / PSICOLOGIA (incl. Alcoholismo y Drogadicción)						
Gastos ambulatorios	50%	UF. 0,50 x sesión y un máximo de UF 20 anuales x persona	60%	UF. 0,75 x sesión y un máximo de UF 15 anuales x persona	70%	UF. 1,00 x sesión y un máximo de UF 20 anuales x persona
Gastos Hospitalarios	50%		80%	UF 100 x persona anual, aparte de la terapia ambulatoria.	80%	UF 100 x persona anual, aparte de la terapia ambulatoria.
DEDUCIBLES PRESTACIONES GES Y CAEC	100%	Sin tope	100%	Sin tope	100%	Sin tope
GASTOS EN EL EXTRANJERO	50%	UF150 anual x pers.	Se cubren de acuerdo al plan		Se cubren de acuerdo al plan	
REEMBOLSO MAXIMO ANUAL POR PERSONA Y CADA BENEFICIARIO	UF 250		UF 500		UF 500	
DEDUCIBLES:	DEDUCIBLE POR GRUPO FAMILIAR		DEDUCIBLE INDIVIDUAL POR BENEFICIARIO		DEDUCIBLE INDIVIDUAL POR BENEFICIARIO	
Empleado Sólo	UF 1,0		UF 0,5		UF 0,5	
Empleado con 1 carga	UF 2,0		UF 1,0		UF 1,0	
Empleado con 2 ó más cargas	UF 3,0		UF 1,5		UF 1,5	

NOTA:

En ambas pólizas, en caso de gastos no cubiertos por Isapre o Fonasa, se debe reembolsar el 50% del porcentaje indicado en el plan, con excepción de medicamentos Ambulatorios, prótesis y órtesis, salud mental y óptica.

** En celeste se destacan aquellas prestaciones que favorecen más al asegurado de Telefónica.

** En rosado se destacan aquellas prestaciones que favorecen más al asegurado de Movistar.

En amarillo se encuentra los cambios que se harían al plan actual de telefónica, incorporando beneficios de Movistar

PAGINA 5 NUEVO SEGURO COMPLEMENTARIO

SEGURO DENTAL			TOPE ANUAL
Prestaciones	Tope	Tope x evento UF	
Odontopediatría	50%		20 UF
Higiene	50%		
Urgencia Dental	50%		
Plano de Tratamiento (Disfunción)	50%		
Medicamentos Dentales	50%		
Radiografía Dental	50%		
Consulta Dental	50%		
Cuidado Dental Rutinario	50%		
Periodoncia	50%		
Endodoncia	50%		
Operatoria Dental	50%		
Cirugía Bucal	50%		
Prótesis Denal	50%		
Laboratorio Dental	50%		
Otrodoncia	50%		
DEDUCIBLE Anual	Anual		
Titular UF 0,50			
Titular + 1 carga UF 1,00			
Titular + 2 o + cargas UF 1,50			
CARENCIAS			
Ortodoncia	6 meses		
Prótesis Dentales	6 meses		
Prestaciones Tope por Evento U.% Reembolso F. Tope Anual U.F. p.p. UF 20,00			