

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/UCI 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			