

PLAN JUBILADOS

Vigencia 01 febrero 2024 al 31 de diciembre 2024

Seguro Complementario Jubilados		
COBERTURAS	BONIFICACIÓN %	TOPE MÁXIMO (UF)
BENEFICIOS AMBULATORIOS		
Consulta Médica y Consulta Nutricional *Imed	80	1,5 por consulta UF 30 anual
Exámenes de Laboratorio y Radiológico *Imed	80	30 anual
Procedimientos Diagnósticos *Imed	80	
Procedimientos Terapéuticos	80	
Terapia Ocupacional	80	
Material de yeso	80	Sin tope
Cirugía Ambulatoria	80	Sin tope
Medicamentos marca Reembolsos	75	30 anual
Medicamentos Marca	65	
Medicamentos Genéricos	80	
Radioterapia y Quimioterapia	80	Sin tope
Consulta especializada	80	1,5 por consulta
BENEFICIOS HOSPITALARIOS		
Día Cama	80	Sin tope
Honorarios Médicos Quirúrgicos	80	Sin tope
Servicios Hospitalarios	80	Sin tope
Visita paciente hospitalizado	80	Sin tope
Enfermera Profesional (Universitaria)	85	Sin tope
Ambulancia Terrestre (Sin límite radio urbano)	80	Sin tope
MATERNIDAD		
Aborto no provocado	80	Sin tope
Parto Normal	80	Sin tope
Césarea	80	Sin tope
Tratamiento de Fertilidad	80	Sin tope
BENEFICIOS PSIQUIÁTRICOS Y/O PSICOLÓGICOS (Con un tope anual de UF 30 para todo el ítem de salud mental)		
Psiquiatría	80	1,5 por sesión
Psicología	80	1,5 por sesión
Psicopedagogía (Máximo 40 Sesiones)	80	1,5 por sesión
Hospitalización Psiquiátrica	80	Sin tope
OTROS BENEFICIOS		
Kinesiología / Fonoaudiología	80	Sin tope
Prótesis / Ortesis	80	Sin tope
Optica (Cristales / Marcos / Lentes de Contacto)	80	10 anual
Aparatos Auditivos	80	Sin tope
Hormonas del Crecimiento	80	Sin tope
Obesidad Mórbida	80	Sin tope
Cirugía Maxilofacial por Accidente	80	Sin tope
Gastos Donante Vivo (Trasplante)	80	30 Anual

PLAN JUBILADOS

Vigencia 01 febrero 2024 al 31 de diciembre 2024

Gastos Donante Post Mortem (Transplante)	80	20 Anual
Cobertura Ambulatoria GES	100	Sin tope
Cobertura Hospitalaria GES	100	Sin tope
Cobertura Deducible CAEC	100	Sin tope
Consulta Ginecológica	80	1 anual
Mamografía Preventiva	80	1 anual
Plantillas ortopédicas	80	Sin tope
Controles preventivos	80	Sin tope
La cirugía correctiva de vicios de refracción será cubierta bajo Óptica y será pagada al 80%, sin límite, siempre y cuando la dioptría sea 4 o más		
COBERTURA EN EL EXTRANJERO	Ídem Plan	
MONTO MÁXIMO DE REEMBOLSO ANUAL POR GRUPO FAMILIAR	UF 105	

El porcentaje de reembolsos "Medicamentos marca" para Farmacias Salcobrand y Ahumada será de un 75%, y en Farmacias Cruz Verde un 65%, bajo el mismo tope anual indicado en el plan de coberturas.

BMI 50% - BONIFICACION MINIMA

Esta Póliza considera que en aquellos casos en que las prestaciones efectuadas por los asegurados tengan un reembolso por la Institución de salud Previsional inferior al cincuenta por ciento [50%], se considerará como gastos efectivamente incurrido por el asegurado, el cincuenta por ciento [50%] del costo total de la prestación, monto cual se aplicará el porcentaje sobre el de cobertura estipulado en el cuadro de beneficios señalado anteriormente. Lo anterior no será válido para reembolso de medicamentos ambulatorios y óptica.

Plan Jubilados Gastos Funerarios

BENEFICIARIO	COBERTURA
En caso de fallecimiento del Asegurado titular, su Cónyuge o hijos	UF 10

El detalle de coberturas presentado se rige por las Condiciones Generales del Seguro Colectivo POL 3-2022-0124 autorizados por la Comisión para el Mercado Financiero, disponibles en www.cmfchile.cl

La información contenida en este documento está validada por el cliente contratante al momento de la negociación del seguro y corresponde a un extracto de las Condiciones Particulares para efectos informativos, por lo que no representa un certificado de cobertura, ni reemplaza la póliza respectiva.

Si requieres mayor información, comunícate con Zurich Seguros de Vida al 600 600 9090 o visita www.zurich.cl