Nestlé

ZURICH

PLAN 3

Vigencia 01 febrero 2024 al 31 de diciembre 2024

Seguro Complementario Salud Plan 3

COBERTURAS	BONIFICACIÓN %	TOPE (UF)
BENEFICIOS AMBULATORIOS		
Consulta Médica y Consulta Nutricionista	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	1 por prestación
Material de yeso	80	Sin tope
Cirugia Ambulatoria	80	Sin tope
Medicamentos marca Reembolso	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
BENEFICIOS MATERNIDAD		
Aborto no provocado	80	Sin tope
Parto Normal	80	Sin tope
Césarea	80	Sin tope
Tratamiento de Fertilidad	80	Sin tope
BENEFICIOS PSIQUIATRICO Y/O PSICOLOGICO (Con un tope anual de UF 30 para todo el ítem 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

PLAN 3

Vigencia 01 febrero 2024 al 31 de diciembre 2024

Gastos Donante Vivo (Trasplante)	80	30 anual
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**	
DEDUCIBLE	**SIN DEDUCIBLE**	

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.

B M I 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 anterior mente. Lo anterior no será válido para reembolso de medicamentos ambulatorios y óptica.

Plan 3 - Cuadro de Beneficios Seguro Dental

COBERTURAS	BONIFICACIÓN %
DENTAL BÁSICA	
Radiología Intraoral	80
Higienización o Limpieza	80
Endodoncia	80
Odontopediatría	80
Operatoria Dental sin laboratorio	80
Cirugía Bucal Simple	80
DENTAL ESPECIALIDAD	
Radiología Oral	80
Operatoria Dental Completa	80
Periodoncia	80
Cirugía Bucal Completa	80
Disfunción	80
Prótesis Fijas (Sin Carencia)	80
Prótesis Removible (Sin Carencia)	80
Implantes Dentales (Sin Carencia)	80
Medicamentos (*)	80
Laboratorio Dental	80
Medicamentos (*): Incluye Antibióticos, antiinflamatorios, analgésicos y relajantes musculares, que sean recetados por el cirujano-dentista exclusivamente para el tratamiento dental.	
MONTO MÁXIMO DE REEMBOLSO ANUAL POR BENEFICIARIO	**UF 20 ANUAL**
DEDUCIBLE POR ASEGURADO	**SIN DEDUCIBLE**

PLAN 3

Vigencia 01 febrero 2024 al 31 de diciembre 2024

Plan 3 Salud - Cuadro de Beneficios Seguro Prestaciones Médicas Mayores - Safe

COBERTURAS	BONIFICACIÓN %	TOPE (UF)
BENEFICIOS AMBULATORIOS		
Consulta Médica General	100	Sin tope
Consulta Médica Especializada	100	Sin tope
Consulta Domiciliaria	100	Sin tope
Exámenes de Laboratorio	100	Sin tope
Radiografías	100	Sin tope
Procedimientos	100	Sin tope
Farmacia	50	Sin tope
Radioterapia	100	Sin tope
Quimioterapia	100	Sin tope
Medicamentos genéricos	50	Sin tope
BENEFICIOS HOSPITALARIOS		
Día Cama	100	Sin tope
Honorarios Médicos Quirúrgicos y demás gastos que demanda la hospitalización.	100	Sin tope
Cirugía Ambulatoria	100	Sin tope
Farmacia, Drogas e Insumos (Solo Hospitalización)	100	Sin tope
OTROS BENEFICIOS		
Cirugía Plástica solo por Accidente	100	Sin tope
Cobertura en el exterior	50	Sin tope
Prótesis y Ortesis	100	Sin tope
REEMBOLSO MÁXIMO POR BENEFICIARIO	**UF 3.000 anuales**	
DEDUCIBLE POR EVENTO Y POR ASEGURADO	**UF 100**	
CONDICIONES ESPECIALES AL CUADRO DE BENEFICIOS		
Para un determinado evento el período de reembolso será de 12 meses.		

Plan 3 Gastos Funerarios

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 y POL 3 2013 1600, 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