





Seguro Individual Complementario de Salud

Importante: Las coberturas detalladas en esta Ficha de Producto, es para seguros que sean contratados o renovados a contar del 27-09-2023.

ÍNDICE

Introducción	Pág. 3
Condiciones Generales	Pág. 3
Asegurados	Pág. 3
Coberturas	Pág. 3
Requisitos de Asegurabilidad	Pág. 3
Declaración Personal de Salud	Pág. 4
Descripción de las Coberturas y sus Limitaciones	Pág. 4
Cuadro de Beneficios	Pág. 5
Porcentajes de Reembolso Diferenciados	Pág. 9
Bonificación Mínima del Sistema Previsional de Salud	Pág. 9
Gastos Médicos Incurridos en el Extranjero	Pág. 9
Deducible	Pág. 10
Monto Máximo de Reembolso	Pág. 10
Exclusiones	Pág. 10
Vigencia y Duración del Contrato de Seguro	Pág. 10
Prima del Seguro	Pág. 10
Anexo 1	Pág. 12
Anexo 2	Pág. 16



Seguro Individual Complementario de Salud

El Seguro Individual Complementario de Salud (SICS) es un seguro de salud destinado a financiar parte de los gastos médicos que no fueron cubiertos por Fonasa o la Isapre del cliente.

Condiciones generales:

La póliza que rige este seguro es la POL320220100 (SEGURO INDIVIDUAL COMPLEMENTARIO DE SALUD).

Asegurados

Las personas que pueden ser incluidas en este seguro son:

El Asegurado Titular, que a su vez es el contratante de la póliza, que cumpla con los requisitos de asegurabilidad establecidos en este seguro.

Asegurados Dependientes, que son aquellas personas que forman parte del grupo familiar del asegurado titular, entendiéndose por tales los siguientes:

- El o la cónyuge del asegurado titular;
- El o la conviviente civil del asegurado titular;
- El o la conviviente del asegurado titular cuando tengan hijos en común;
- Los hijos del asegurado titular menores de 24 años;
- Los hijos del o la cónyuge y del o la conviviente del asegurado titular menores de 24 años.

NOTA: Son convivientes civiles los que han celebrado un acuerdo de unión civil y se encuentre vigente.

Coberturas

La Compañía reembolsará al asegurado titular, hasta el Monto Máximo de Reembolso de cada Plan, los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados en que haya incurrido un asegurado a consecuencia de una Incapacidad de Salud ocurrida durante la vigencia del asegurado en la póliza y por causas no excluidas en esta.

Requisitos de Asegurabilidad

- Asegurados Titular

Edad mínima de ingreso	Edad máxima de ingreso	Edad Máxima de Permanencia
Desde los 18 años	64 años y 364 días	Hasta los 65 años y 364 días



Seguro Individual Complementario de Salud

- Asegurados Dependientes Cónyuge o Conviviente del asegurado titular

Edad mínima de ingreso	Edad máxima de ingreso	Edad Máxima de Permanencia
18 años	64 años y 364 días	Hasta los 65 años y 364 días

- Asegurados Dependientes Hijos

Edad mínima de ingreso	Edad máxima de ingreso	Edad Máxima de Permanencia
14 días (*)	23 años y 364 días	Hasta los 24 años y 364 días

(*) Para efectos de cobertura de un nuevo asegurado dependiente hijo que sea incorporado a la póliza, si la concepción del embarazo y el parto se produjeron durante la vigencia de la asegurada "madre" en este seguro, no se aplicará al nuevo asegurado dependiente hijo la exclusión de enfermedades preexistentes incluida en el artículo 7 de las condiciones generales de la póliza POL320220100.

Si un Asegurado Titular deseara incorporar a nuevos asegurados dependientes, deberá solicitarlo a la compañía de seguros y suscribir para estos efectos una declaración personal de salud por cada uno de ellos. Los nuevos asegurados dependientes, tendrán inicio de vigencia el primer día del mes siguiente a la aprobación de la compañía a la solicitud correspondiente.

Es condición de asegurabilidad mantener un contrato vigente o afiliación a una institución de salud previsional (Isapre o Fonasa). No se considerarán como instituciones de salud previsional para efectos de esta condición, instituciones tales como Capredena, Dipreca, Servicios de Bienestar y otros que entreguen coberturas a gastos médicos de salud, distintos a Isapre o Fonasa.

Declaración Personal de Salud

Es condición para la contratación de este seguro la suscripción por parte del asegurado titular, de una Declaración Personal de Salud (DPS), la cual será parte integrante de la póliza.

Las enfermedades preexistentes declaradas por el asegurado titular, tanto por él como por su grupo familiar asegurado, no serán cubiertas por este seguro, por aplicación de la correspondiente exclusión de cobertura por enfermedades o dolencias preexistentes, incluida en las condiciones generales del seguro.

Así también no operará la cobertura de este seguro si la causa del siniestro fuese producto de alguna enfermedad o situación de salud preexistente, no declarada por el asegurado en su Declaración Personal de Salud.

Descripción de las Coberturas y sus Limitaciones

Las coberturas incluidas en este seguro **sólo** son las indicadas en el presente Cuadro de Beneficios (coberturas), las cuales se encuentran detalladas en el "Artículo 3. Descripción de las Coberturas y sus Limitaciones" de las Condiciones Generales POL320220100.



Seguro Individual Complementario de Salud

Cuadro de Beneficios

Plan Estándar

DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS	SIN Bonificación Inst. Salud (1) %	CON Bonificación Inst. Salud (2) %	Tope por Prestación UF	Tope Anual Cobertura UF
A) BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN				
Días Cama Hospitalización	25%	50%	2,00	S/Tope
Servicios Hospitalarios	25%	50%	S/Tope	S/Tope
Honorarios Médicos	25%	50%	S/Tope	S/Tope
Cirugía Dental por Accidente	Sin Cobertura			
Servicio Privado de Enfermera	Sin Cobertura			
Cirugía Ambulatoria	Sin Cobertura			
Cirugía Bariátrica	Sin Cobertura			
Cirugía Maxilofacial	Sin Cobertura			
Cirugía de Rinoplastia y/o Septoplastia	Sin Cobertura			
Prótesis Quirúrgicas	Sin Cobertura			
B) BENEFICIO DE MATERNIDAD				
Parto Normal	25%	50%	S/Tope	3,00
Cesárea	25%	50%	S/Tope	3,00
Aborto Involuntario	25%	50%	S/Tope	3,00
Complicaciones del Embarazo	25%	50%	S/Tope	S/Tope
Complicaciones del Parto	Sin Cobertura			
C) BENEFICIO AMBULATORIO				
Consultas Médicas	25%	50%	0,50	S/Tope
Exámenes de Laboratorio	25%	50%	S/Tope	5,00
Exámenes de Imagenología	25%	50%	S/Tope	
Exámenes de Radiografías	25%	50%	S/Tope	
Exámenes de Ultrasonografía	25%	50%	S/Tope	
Exámenes de Medicina Nuclear	25%	50%	S/Tope	
Procedimientos de diagnósticos no quirúrgicos	25%	50%	S/Tope	5,00
Procedimientos terapéuticos no quirúrgicos	25%	50%	S/Tope	
D) BENEFICIO MEDICAMENTOS AMBULATORIOS				
Medicamentos Ambulatorios Genéricos	100%	100%	S/Tope	S/Tope
Medicamentos Ambulatorios Bioequivalentes	15%	15%	S/Tope	5,00
Medicamentos Ambulatorios No Genéricos ni Bioequivalentes	15%	15%	S/Tope	
Medicamentos Ambulatorios Inmunosupresores o Inmunomoduladores	Sin Cobertura			
Medicamentos Ambulatorios Antineoplásicos	Sin Cobertura			
E) BENEFICIOS DE SALUD MENTAL				
Sin Cobertura				



Seguro Individual Complementario de Salud

F) BENEFICIOS ESPECIALES	Sin Cobertura			
Servicio de Ambulancia Terrestre	50%	50%	S/Tope	5,00
Estudio Preventivo de la Mama	25%	50%	S/Tope	5,00
Estudio Preventivo Urológico	25%	50%	S/Tope	5,00

Plan Premium

DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS	SIN Bonificación Inst. Salud (1) %	CON Bonificación Inst. Salud (2) %	Tope por Prestación UF	Tope Anual Cobertura UF
A) BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN				
Días Cama Hospitalización	35%	70%	2,00	S/Tope
Servicios Hospitalarios	35%	70%	S/Tope	S/Tope
Honorarios Médicos	35%	70%	S/Tope	S/Tope
Cirugía Dental por Accidente	Sin Cobertura			
Servicio Privado de Enfermera	Sin Cobertura			
Cirugía Ambulatoria	35%	70%	S/Tope	70,00
Cirugía Bariátrica	Sin Cobertura			
Cirugía Maxilofacial	Sin Cobertura			
Cirugía de Rinoplastia y/o Septoplastia	Sin Cobertura			
Prótesis Quirúrgicas	Sin Cobertura			
B) BENEFICIO DE MATERNIDAD				
Parto Normal	35%	70%	S/Tope	10,00
Cesárea	35%	70%	S/Tope	15,00
Aborto Involuntario	35%	70%	S/Tope	10,00
Complicaciones del Embarazo	35%	70%	S/Tope	S/Tope
Complicaciones del Parto	Sin cobertura			
C) BENEFICIO AMBULATORIO				
Consultas Médicas	35%	70%	1,00	S/Tope
Exámenes de Laboratorio	35%	70%	S/Tope	20,00
Exámenes de Imagenología	35%	70%	S/Tope	
Exámenes de Radiografías	35%	70%	S/Tope	
Exámenes de Ultrasonografía	35%	70%	S/Tope	
Exámenes de Medicina Nuclear	35%	70%	S/Tope	
Procedimientos de diagnósticos no quirúrgicos	35%	70%	S/Tope	20,00
Procedimientos terapéuticos no quirúrgicos	35%	70%	S/Tope	
D) BENEFICIO MEDICAMENTOS AMBULATORIOS				
Medicamentos Ambulatorios Genéricos	100%	100%	S/Tope	S/Tope
Medicamentos Ambulatorios Bioequivalentes	50%	50%	S/Tope	7,50
Medicamentos Ambulatorios No Genéricos ni Bioequivalentes	50%	50%	S/Tope	



Seguro Individual Complementario de Salud

Medicamentos Ambulatorios Inmunosupresores o Inmunomoduladores	Sin cobertura			
Medicamentos Ambulatorios Antineoplásicos	Sin cobertura			
E) BENEFICIO DE SALUD MENTAL				
Gastos ambulatorios por consultas de Psiquiatría y/o Psicología	70%	70%	1,00	15,00
Gastos por consultas de Psicopedagogía	70%	70%	1,00	
Gastos hospitalarios	70%	70%	S/Tope	
F) BENEFICIOS ESPECIALES				
Gastos por Óptica (marcos ópticos, cristales, lentes de contacto)	70%	70%	S/Tope	2,00
Cirugía Ocular	Sin cobertura			
Prótesis y Órtesis	35%	70%	S/Tope	10,00
Aparatos Auditivos	35%	70%	S/Tope	10,00
Servicio de Ambulancia Terrestre	70%	70%	S/Tope	5,00
Servicio de Ambulancia Aérea	Sin Cobertura			
Terapia Ocupacional	Sin Cobertura			
Fonoaudiología	35%	70%	S/Tope	20,00
Kinesiología	35%	70%	S/Tope	
Consulta Nutricionista	Sin Cobertura			
Estudio Preventivo de la Mama	35%	70%	S/Tope	S/Tope

Plan Elite

DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS	SIN Bonificación Inst. Salud (1) %	CON Bonificación Inst. Salud (2) %	Bonificación mínima Sistema Previsional BMI %	Tope por Prestación UF	Tope Anual Cobertura UF
A) BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN					
Días Cama Hospitalización	40%	80%	50%	2,00	S/Tope
Servicios Hospitalarios	40%	80%	50%	S/Tope	S/Tope
Honorarios Médicos	40%	80%	50%	S/Tope	S/Tope
Cirugía Dental por Accidente	Sin Cobertura				
Servicio Privado de Enfermera	Sin Cobertura				
Cirugía Ambulatoria	Sin Cobertura				
Cirugía Bariátrica	Sin Cobertura				
Cirugía Maxilofacial	Sin Cobertura				
Cirugía de Rinoplastia y/o Septoplastia	Sin Cobertura				
Prótesis Quirúrgicas	Sin Cobertura				
B) BENEFICIO DE MATERNIDAD					
Parto Normal	40%	80%	50%	S/Tope	10,00
Cesárea	40%	80%	50%	S/Tope	15,00
Aborto Involuntario	40%	80%	50%	S/Tope	10,00



Seguro Individual Complementario de Salud

Complicaciones del Embarazo	40%	80%	50%	S/Tope	S/Tope
Complicaciones del Parto	Sin cobertura				
C) BENEFICIO AMBULATORIO					
Consultas Médicas	40%	80%	50%	1,00	S/Tope
Exámenes de Laboratorio	40%	80%	50%	S/Tope	20,00
Exámenes de Imagenología	40%	80%	50%	S/Tope	
Exámenes de Radiografías	40%	80%	50%	S/Tope	
Exámenes de Ultrasonografía	40%	80%	50%	S/Tope	
Exámenes de Medicina Nuclear	40%	80%	50%	S/Tope	
Procedimientos de diagnósticos no quirúrgicos	40%	80%	50%	S/Tope	20,00
Procedimientos terapéuticos no quirúrgicos	40%	80%	50%	S/Tope	
Cirugía ambulatoria e insumos	40%	80%	50%	S/Tope	70
Kinesiología/Fonoaudiología	40%	80%	50%	S/Tope	20
Nutricionista	40%	80%	50%	S/Tope	20
D) BENEFICIO MEDICAMENTOS AMBULATORIOS					
Medicamentos Ambulatorios Genéricos	100%	100%	-	S/Tope	S/Tope
Medicamentos Ambulatorios Bioequivalentes	50%	50%	-	S/Tope	7,50
Medicamentos Ambulatorios No Genéricos ni Bioequivalentes	50%	50%	-	S/Tope	
Medicamentos Ambulatorios Inmunosupresores o Inmunomoduladores	Sin cobertura				
Medicamentos Ambulatorios Antineoplásicos	Sin cobertura				
E) BENEFICIO DE SALUD MENTAL					
Consultas de Psiquiatría y /o Psicología	80%	80%	-	1,00	15,00
Hospitalización Psiquiátrica	80%	80%	-	S/Tope	
Psicopedagogía	80%	80%	-	1,00	
Terapia Ocupacional	80%	80%	-	1,00	15,00
F) BENEFICIOS ÓPTICA					
Gastos por Óptica (marcos ópticos, cristales, lentes de contacto)	80%	80%	-	S/Tope	2,00
G) BENEFICIOS PRÓTESIS Y ÓRTESIS					
Prótesis y Órtesis	40%	80%	50%	S/Tope	10,00
Aparatos Auditivos	40%	80%	50%	S/Tope	10,00
H) BENEFICIOS ESPECIALES					
Servicio de Ambulancia Terrestre	80%	80%	50%	S/Tope	5,00
Estudio preventivo de la Mama	40%	80%	50%	S/Tope	5,00
Estudio Preventivo Urológico	40%	80%	50%	S/Tope	5,00



Seguro Individual Complementario de Salud

Porcentajes de Reembolso Diferenciados (Limitaciones de las Coberturas)

(1) % SIN Bonificación Institución de Salud: Porcentaje de Reembolso para Gastos incurridos por un asegurado que, estando afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, y las prestaciones o gastos reclamados no cuenten con bonificación, aporte y/o reembolso mayor que cero (0) en tales instituciones, independiente de la causa que lo provoque.

(2) % CON Bonificación Institución de Salud: Porcentaje de Reembolso para Gastos incurridos por un asegurado que está afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, y las prestaciones o gastos reclamados cuenten con una bonificación, aporte y/o reembolso mayor que cero (0) en tales instituciones.

Bonificación Mínima del Sistema Previsional de Salud (BMI)

De acuerdo con lo establecido en el punto 3) del apartado de LIMITACIONES DE LAS COBERTURAS incluidas en el artículo 3 de las condiciones generales de este seguro (POL320220100), el Porcentaje de Bonificación Mínima (BMI) corresponde al % definido para cada cobertura en el Cuadro de Beneficios anterior.

BONIFICACIÓN MÍNIMA DEL SISTEMA PREVISIONAL DE SALUD (BMI): Las prestaciones deberán contar con una bonificación mínima del sistema previsional de salud del asegurado, la cual no puede ser inferior al porcentaje establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza. En caso de que no se cumpla con la bonificación mínima establecida, al monto de las prestaciones se les aplicará el porcentaje BMI establecido en las Condiciones Particulares para determinar el monto sobre el cual se aplicará el seguro. Se podrá establecer un BMI para cada una de las coberturas contratadas, prestaciones o grupos de prestaciones cubiertas, beneficios o prestadores médicos, o por el sistema de salud previsional del asegurado.

Gastos Médicos Incurridos en el Extranjero

Los gastos médicos incurridos en el extranjero tendrán cobertura por esta póliza sólo en caso de urgencia médica.

Para efectos de este seguro se entenderá por urgencia médica toda condición clínica que implique una necesidad de atención inmediata del paciente, o si existiere riesgo de muerte o de secuela funcional grave.

La condición clínica anterior deberá ser certificada por un médico de la unidad de urgencia en que la persona fue atendida.

La estadía en el extranjero del asegurado no podrá superar los 30 días y deberá tener domicilio o residencia permanente en Chile.

El reembolso de gastos médicos incurridos en el extranjero se realizará considerando las coberturas, topes y porcentajes de reembolso diferenciados que se detallan en el Cuadro de Beneficios del seguro contratado.



Seguro Individual Complementario de Salud

Deducible

Este seguro contempla un deducible de UF 0,50 que se aplicará por cada asegurado, por cada periodo de vigencia de la póliza y por cada una de sus renovaciones.

Monto Máximo de Reembolso

El monto máximo que la compañía reembolsará por los Gastos Médicos cubiertos por este seguro, habiendo superado el Deducible establecido en la póliza, será de UF 200 por el Plan Estándar y UF 400 por el Plan Premium y UF 600 por el Plan Elite.

El Monto Máximo de Reembolso será por cada asegurado, por cada periodo de vigencia de la póliza y por cada una de sus renovaciones.

Exclusiones

Son las incluidas en el Artículo 7 de las Condiciones Generales de la póliza POL320220100.

Vigencia y Duración del Contrato de Seguro

La vigencia de este seguro comenzará al día hábil siguiente de su contratación y tendrá la duración indicada en las condiciones particulares de la póliza y podrá ser renovado por un nuevo período de un (1) año, salvo que el contratante o la Compañía Aseguradora manifieste su decisión de no renovar la cobertura del seguro con una anticipación de al menos treinta (30) días corridos a la fecha de vigencia final o de cualquiera de sus renovaciones anuales posteriores.

Prima del Seguro

La prima mensual a pagar por el seguro se establecerá en base al plan contratado, periodicidad de pago de la prima (mensual) y al número total de asegurados dependientes incluidos en el seguro, según la siguiente tabla:

Plan Estándar

Grupo Familiar Asegurado	Prima Neta UF	IVA UF	Prima Bruta UF
Titular sin dependientes	0,4420	0,0840	0,5260
Titular con 1 dependiente	0,8170	0,1552	0,9722
Titular con 2 dependientes	1,1040	0,2098	1,3138
Titular con 3 dependientes	1,4570	0,2768	1,7338
Titular con 4 dependientes	1,7660	0,3355	2,1015



Seguro Individual Complementario de Salud

Plan Premium

Grupo Familiar Asegurado	Prima Neta UF	IVA UF	Prima Bruta UF
Titular sin dependientes	0,801	0,152	0,953
Titular con 1 dependiente	1,481	0,281	1,762
Titular con 2 dependientes	2,002	0,380	2,382
Titular con 3 dependientes	2,642	0,502	3,144
Titular con 4 dependientes	3,203	0,609	3,812

Plan Elite

Grupo Familiar Asegurado	Prima Neta UF	IVA UF	Prima Bruta UF
Titular sin dependientes	1,0450	0,1986	1,2436
Titular con 1 dependiente	1,9330	0,3673	2,3003
Titular con 2 dependientes	2,6120	0,4863	3,1083
Titular con 3 dependientes	3,4480	0,6551	4,1031
Titular con 4 dependientes	4,1790	0,7940	4,9730

El pago de la prima se realizará a través de CARGO A TARJETA CRÉDITO/DEBITO mediante la opción One Click.

El **plazo de gracia** para efectuar el pago de la prima será de **30 días**.

Si no se efectúa el pago de la prima al vencimiento del plazo de gracia, se producirá la terminación del contrato a la expiración del plazo de quince (15) días contado desde la notificación que dirija el asegurador al Contratante.

Producida la terminación del contrato de seguro, la responsabilidad del asegurador por los siniestros posteriores cesará en pleno derecho, sin necesidad de declaración judicial alguna.



Seguro Individual Complementario de Salud

ANEXO 1

BENEFICIO ADICIONAL SERVICIO DE ASISTENCIA DENTAL

IMPORTANTE: EL BENEFICIO ADICIONAL DE **“SERVICIO DE ASISTENCIA DENTAL”** NO ES UN SEGURO DE BICE VIDA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., YA QUE NO FORMA PARTE DE LA COBERTURA CONTRATADA. LA EMPRESA **“E DENTAL CHILE S.A.”** HA OFRECIDO A BICE VIDA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. LOS SERVICIOS DE **“SERVICIO DE ASISTENCIA DENTAL”** QUE SE DESCRIBIRÁN PARA LOS ASEGURADOS VIGENTES QUE HAYAN CONTRATADO EL **“SEGURO INDIVIDUAL COMPLEMENTARIO DE SALUD – PLAN ELITE”** QUE DAN CUENTA LAS CONDICIONES PARTICULARES. ES UN BENEFICIO ADICIONAL Y GRATUITO OFRECIDO POR LA EMPRESA **“E DENTAL CHILE S.A.”**, POR LO TANTO, LA ENTREGA DE ESTE SERVICIO ES DE SU EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD.

LOS DETALLES DEL BENEFICIO ADICIONAL **SERVICIO DE ASISTENCIA DENTAL** ESTÁN DESCRITOS A CONTINUACIÓN:

CONDICIONES DEL SERVICIO DE ASISTENCIA DENTAL:

El contratante titular tendrá derecho a este beneficio, que será provisto por E Dental Chile S.A., RUT 76763428-5.

Lugar de atención: Red e Dental, libre elección del profesional de la red e Dental.

Proceso de atención: Para coordinar su primera hora de atención el titular asegurado debe llamar al número de contacto: 227501099 de lunes a viernes de 9:00 am a 18:00 según disponibilidad de la red, ubicación y horario que elija entre las disponibilidades que se le ofrezcan. El titular asegurado podrá coordinar las siguientes horas directamente en la clínica perteneciente a E-Dental. Podrá existir un intervalo de tiempo mínimo de 9 días continuos entre atenciones y procedimientos, establecidos para evaluar la calidad y evolución satisfactoria de los tratamientos efectuados, el seguimiento, vigilancia y control del odontólogo a los mismos.

Proceso de atención de urgencias: La atención de urgencias debe ser autorizadas y coordinadas en cualquier horario a través del número 227501099, según disponibilidad de la red, ubicación y horarios. En caso de que el titular confirme con el call center e Dental que no hay profesionales disponibles para recibir atención dentro de la red de e-Dental, e-Dental reembolsará hasta \$50.000 por la atención recibida, previa verificación de los siguientes documentos: atención realizada en las siguientes 72 horas continuas a la autorización, diagnóstico del profesional, boleta de los valores pagados y radiografía periapical del diente afectado (opcional). E-Dental en un plazo máximo de 15 días continuos evaluará y efectuará el reembolso de los montos pagados por el asegurado o sus adicionales a la cuenta bancaria que este informe. El titular asegurado podrá hacer la solicitud y seguimiento a su reembolso a través del 227501099.

Definición de Urgencia Dental para este servicio: De acuerdo a la “Guía Clínica: Urgencia Odontológica Ambulatoria 2007” entregada por el Ministerio de Salud de Chile (MINSAL), la Urgencia Odontológica Ambulatoria comprende un conjunto de patologías buco-máximo-faciales, de aparición súbita, de etiología múltiple, que se manifiestan principalmente por dolor agudo y que provocan demanda espontánea de atención. La atención para resolver la causal de la urgencia debe efectuarse inmediatamente después de ratificado el diagnóstico. No se consideran atención de urgencia, las prestaciones posteriores a la atención de urgencia.



Seguro Individual Complementario de Salud

Activación del servicio: El titular asegurado puede hacer uso del servicio dental transcurridos 10 días corridos contados desde la fecha de contratación en caso de urgencias dentales caracterizadas por síntomas como el dolor e inflamación, o bien transcurridos 60 días corridos contados desde la fecha de contratación.

Exclusiones: Se exceptúan del servicio las extracciones de los terceros molares (muelas del juicio), tratamientos de ortodoncia (frenillos), tratamientos de enfermedades periodontales (pulidos radiculares entre otros), prótesis (fijas y removibles), cirugías de las encías, cirugías para implantes sedación, pabellón y tratamientos de mayor complejidad no se encuentren contemplados en la tabla descriptiva del plan. Gastos o coordinación de citas posteriores a la consulta de urgencia. Reintegro de gastos que haya efectuado el suscriptor sin consentimiento o conocimiento de E-Dental Chile S.A.

Garantía: Los tratamientos tendrán una garantía por parte de la clínica que los realiza de 12 meses, contados a partir de la realización del procedimiento. E- Dental mediará la relación del titular asegurado con las clínicas para que éstas entreguen las garantías a que haya lugar. Esta garantía será exigible siempre que se verifique que no hubo negligencia por parte del cliente en el cuidado y seguimiento a las indicaciones entregadas por el odontólogo, así como en el cumplimiento en las horas agendadas y correcta finalización de los tratamientos. Esta garantía no considera tratamientos de prevención y periodoncia.

Endodoncias: El pago de la endodoncia tiene lugar siempre y cuando se asegure un buen pronóstico de la pieza, acorde a lo determinado por el odontólogo tratante, y se asegure la terminación del tratamiento por parte del paciente. Finalizado el tratamiento de conducto, la pieza dental puede requerir distintos tipos de tratamientos rehabilitadores dependiendo de la indicación clínica y radiográfica que tiene la pieza en cuestión. Dentro de los tratamientos posibles se encuentran: Prótesis fija (corona + perno muñón), incrustaciones y restauraciones; que no están contemplados en el plan contratado.

Tarifas preferentes: El titular asegurado podrá acceder a la tarifa preferente E-Dental con descuentos desde un 10% hasta el 65% sobre precios de mercado sobre los honorarios odontológicos en otros procedimientos preventivos y de recuperación de salud bucal, excluyendo: laboratorio, materiales, ortodoncia, implantes, cirugía para implantes, pabellón, sedación y cirugías de mayor complejidad.

Otros: 1. Es condición del servicio estar al día en los pagos de su seguro al recibir la atención. 2. Autorizar la consulta por parte de E- Dental de la información médica del asegurado, incluyendo exámenes de diagnóstico y la toma de fotografías intraorales con fines administrativos y de auditoría.

Deberes del paciente: Asistir puntualmente a las horas agendadas, o anunciar con al menos 2 horas de antelación la reprogramación de la hora agendada directamente en la clínica tratante.

Respetar al equipo clínico, informarse y respetar los términos del servicio contratado, colaborar en la entrega de la información solicitada con fines clínicos. El incumplimiento de estos deberes dará lugar a E-Dental Chile S.A., a la anulación unilateral del servicio.



Seguro Individual Complementario de Salud

TABLA DESCRIPTIVA DEL SERVICIO DE ASISTENCIA EN E-DENTAL:

DESCRIPCIÓN	Tope por año de vigencia	Valor a pagar en Clínica
URGENCIAS: Entrega atención prioritaria en caso de dolor intenso, inflamación o sangrado.		
Diagnóstico de urgencia dental y derivación a especialista	Sin tope	\$ 0
Radiografía pieza afectada (periapical)	Sin tope	\$ 0
Alivio de oclusión (diente sintomático)	Sin tope	\$ 0
Colocación de cemento temporal	Sin tope	\$ 0
Drenaje de absceso intraoral	Sin tope	\$ 0
Trepanación de urgencia (pulpitis irreversible)	Sin tope	\$ 0
Extracciones simples de urgencia (excluye terceros molares)	Sin tope	\$ 0
Extracciones a colgajo de urgencia (excluye terceros molares)	Sin tope	\$ 0
Complicaciones post-exodoncia: hemorragia y alveolitis	Sin tope	\$ 0
Ferulización en caso de trauma dientes anteriores	Sin tope	\$ 0
Tratamiento de pericoronaritis aguda	Sin tope	\$ 0
Tratamiento de gingivitis úlcero necrótica aguda	Sin tope	\$ 0
Recubrimiento pulpar directo	Sin tope	\$ 0
Atención de Urgencia Dental para un adicional por 12 meses (válido al cumplir 90 días de vigencia)	1	\$ 0
URGENCIA PROTÉSICA		
Recementación de incrustación sin correcciones	Sin tope	\$ 0
Recementación corona sin correcciones	Sin tope	\$ 0
Recementación puente def. sin correcciones	Sin tope	\$ 0
Rebasado o acondicionamiento de tejidos (no incluye laboratorio)	Sin tope	\$ 0
Reparación de prótesis con toma de impresión (no incluye laboratorio)	Sin tope	\$ 0
Reparación de prótesis sin toma de impresión	Sin tope	\$ 0
PREVENCIÓN: Medidas que permiten reducir la probabilidad de aparición de una afección o enfermedad, o bien interrumpir o aminorar su aparición.		
Examen clínico y diagnóstico	Sin tope	\$ 0
Enseñanza de la técnica del cepillado, uso del hilo dental e higiene bucal	Sin tope	\$ 0
Rayos-X (Periapicales para diagnóstico de diente sintomático)	Sin tope	\$ 0
Profilaxis 1 al año	1	\$ 0
Fase higiénica (profilaxis y remoción de cálculos supragingivales - 1 por período de vigencia)	1	\$ 0
ENDODONCIA (incluye tratamiento terminado de dientes vitales y no vitales, con o sin lesión periapical.		
Endodoncia en dientes anteriores	2	\$ 0
Endodoncia en premolares y molares		\$ 0
Instrumentación mecanizada	Sin tope	\$ 0
Medicación intraconducto	Sin tope	\$ 0



Seguro Individual Complementario de Salud

OPERATORIA: Se trata de las tapaduras en caso de caries o fractura del diente.		
Obturación resina simple, pieza anterior o posterior	2	\$ 0
Obturación resina compuesta, pieza anterior o posterior		\$ 0
Obturación resina compleja, pieza anterior o posterior		\$ 0
Resina cervical, pieza anterior o posterior (lesiones por caries, erosiones o abrasiones)	2	\$ 0
Tratamiento de sensibilidad cervical sin cavidad (con ionómeros solo en caso de sensibilidad)	2	\$ 0
CIRUGIA ORAL Es la extracción de dientes erupcionados.		
Exodoncia simple (excluye terceros molares)	Sin tope	\$ 0
Exodoncia a colgajo (excluye terceros molares)	Sin tope	\$ 0

E-DENTAL CHILE S.A. es una empresa que, gestiona servicios dentales, autorizada para operar en Chile, que cuenta con más de 120 centros clínicos en convenio en el territorio nacional, con profesionales cirujanos dentistas debidamente habilitados para el ejercicio de dicha profesión.

Rut: 76.027.662-6.

Domicilio: Los Militares 5953, oficina 1006. Comuna Las Condes, Santiago.

ANEXO 2

DESCRIPCION DEL SERVICIO DE ASISTENCIA DE MASCOTAS (PERROS Y GATOS)

IMPORTANTE: EL BENEFICIO ADICIONAL DE “**SERVICIO DE ASISTENCIA DE MASCOTAS (PERROS Y GATOS)**” NO ES UN SEGURO DE BICE VIDA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., YA QUE NO FORMA PARTE DE LA COBERTURA CONTRATADA. LA EMPRESA “**PAWER SpA.**” HA OFRECIDO A BICE VIDA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. LOS SERVICIOS DE “**SERVICIO DE MASCOTAS (PERROS Y GATOS)**” QUE SE DESCRIBIRÁN PARA LOS ASEGURADOS VIGENTES QUE HAYAN CONTRATADO EL “**SEGURO INDIVIDUAL COMPLEMENTARIO DE SALUD – PLAN ELITE**” QUE DAN CUENTA LAS CONDICIONES PARTICULARES. ES UN BENEFICIO ADICIONAL Y GRATUITO OFRECIDO POR LA EMPRESA “**PAWER SpA.**”, POR LO TANTO, LA ENTREGA DE ESTE SERVICIO ES DE SU EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD.

Pawer SpA, ha ofrecido a BICE VIDA una serie de servicios para sus asegurados. Son beneficios adicionales y gratuitos que se activan cuando se contratan ciertas coberturas de seguro.

Con la finalidad que usted conozca las características generales de los servicios otorgados por la empresa **Pawer**, a continuación, se hace la siguiente descripción de éstos y su forma de acceder a ellos.

Los servicios antes descritos son de exclusiva responsabilidad de **Pawer** en cuanto a su cumplimiento y son otorgados directamente por Pawer. Son beneficios adicionales a su póliza contratada y no pueden ser provistos por BICE VIDA.

La información contenida en el presente documento, generada por **Pawer**, se entrega con la finalidad de brindar información general a los asegurados de BICE VIDA sobre este beneficio.

Sin perjuicio que el proveedor de los servicios, **Pawer**, tiene la potestad final para responder a cualquier reclamación, comentario, consulta o disputa relacionada con el uso de los servicios ofrecidos, BICE VIDA, para su mayor comodidad, también podrá recibir dichas comunicaciones con el propósito de encausarlas hacia **Pawer**.

Las mascotas comprendidas en estos beneficios son exclusivamente perros y gatos.

Lugar de atención: Red Pawer o Libre Elección de Centros y/o Clínicas Veterinarias

Activación del servicio: El cliente puede hacer uso de los servicios no reembolsables desde la activación de la(s) mascota(s) en la aplicación. En caso de los servicios reembolsables, se habilitarán transcurridos 30 días desde la mencionada activación.

Canales de atención: Pawer disponibiliza a sus usuarios una aplicación móvil disponible en App Store y Google Play, así como también, un número de Whatsapp disponible en el sitio www.somospawer.com, mediante estos canales los clientes podrán gestionar los servicios incluidos en su plan, así como también, resolver dudas generales del servicio y plataforma de lunes a jueves de 9:00 am a 18:00 hrs., y los días viernes de 9:00 am a 14:00 hrs.

Proceso de atención Red Pawer: El cliente podrá coordinar su atención de telemedicina, así como también, otros servicios veterinarios mediante los canales de atención descritos



Seguro Individual Complementario de Salud

Proceso de atención Red Libre Elección: El cliente podrá asistir a Centros y/o Clínicas Veterinarias fuera de la Red Paver y reembolsar los servicios mediante nuestra plataforma digital, considerando que su póliza debe encontrarse activa, y no debe ser parte de las exclusiones descritas más adelante. Durante el proceso de reembolso se solicitarán distintos documentos (dependiendo de cada servicio), como por ejemplo:

- Boleta con el detalle de las prestaciones médicas e insumos (desglosados), documento que debe estar autorizado por el SII
- Diagnóstico, pre-diagnóstico o justificaciones de la prestación dónde debe presentarse el nombre y rut del médico veterinario, nombre de la mascota, fecha y datos del tutor
- Comprobante de pago de tarjeta, y en caso de ser efectivo, debe estar claramente señalado en la boleta
- El monto de la boleta debe coincidir con el monto del comprobante de pago

Tramitación del Reembolso: Una vez recibida la solicitud con toda la documentación requerida, Paver validará los informes veterinarios y comprobantes de pago, pudiendo así solicitar aclaraciones tanto al tutor como al veterinario a cargo de la prestación o servicio. Una vez validada la documentación (lo cual será notificado vía app), el reembolso se tramitará en máximo 72 horas hábiles.

Exclusiones: La cobertura de los servicios de reembolso dentro de la red Paver, o en modalidad libre elección posee las siguientes exclusiones: (1) Cuando la persona no se identifique como contratante, o presente documentación en la cual aparezcan datos distintos a los del contratante. (2) Cuando el contratante haya entregado información errónea respecto a la especie, edad o raza de su mascota. (3) Cuando el contratante no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender a la mascota debidamente. (4) Mascotas que no hayan ingresado legalmente al país o, mientras se realizan los procedimientos establecidos por la legislación vigente para su internación, en especial, los de tipo sanitario. (5) Mascotas destinadas, principalmente, a actividades laborales y/o de reproducción. (6) Mascotas distintas a perros o gatos.

Deberes del tutor de la mascota: El tutor deberá: (1) Enviar las solicitudes de reembolso en un plazo máximo de 5 días hábiles luego de efectuado el pago del servicio. (2) Proveer una cuenta bancaria que coincida con los datos del titular del servicio. (3) Entregar información verídica y documentación original e inalterada. (4) Entregar recetas y/o documentos que incluyan el nombre de la mascota, fecha, datos del tutor, y del médico veterinario tratante. Al contratar el servicio se da autorización para contactar al médico veterinario actual o pasado de contratante para solicitar todo el historial médico de la mascota. Ante la imposibilidad de acceso a esta información, Paver podrá rechazar la solicitud de reembolso.

Asistencia (Beneficio)	Tope de reembolso por evento	Número de eventos anuales
Ficha Médica Digital	No aplica para reembolso	ilimitado
Televeterinaria	No aplica para reembolso	ilimitado
Descuento en alimentos y accesorios	No aplica para reembolso	ilimitado
Descuento en servicios veterinarios a domicilio	No aplica para reembolso	ilimitado
Etología a precio preferencial	No aplica para reembolso	ilimitado
Orientación legal	No aplica para reembolso	ilimitado
Orientación de viajes	No aplica para reembolso	ilimitado
Postura de Chip	\$15.000	1



Seguro Individual Complementario de Salud

Vacunas legales	\$30.000	1
Desparasitación	\$15.000	1
Consulta Control Sano	\$30.000	1
Exámenes preventivos	\$40.000	1
Vacunas opcionales	\$30.000	1
Baño y peluquería	\$40.000	1
Cremación	\$100.000	1

Pawer SpA. es una sociedad cuyo objeto es la venta, comercialización e intermediación en la prestación de todo tipo de servicios afines, destinados al bienestar, salud y atención en general de cualquier tipo de mascotas.

Rut: 77.576.082-6.

Domicilio: Av. Suecia 0142, Providencia, Santiago.