

## **PACK PROTECCIÓN TOTAL**

### **Código 1225**

El afiliado titular del FUN de suscripción y/o de modificación del Contrato de Salud que incorpora estos beneficios adicionales, tendrá derecho a recibir el beneficio de acuerdo a las condiciones que se detallan a continuación:

#### **Artículo 1. Asistencia en Viaje**

Esta cobertura corresponde a un beneficio complementario, cuyas condiciones regirán para las prestaciones otorgadas en los servicios asistenciales de Europ Assistance S.A. para los afiliados titulares de Isapre Banmédica y sus respectivos beneficiarios, durante sus viajes al exterior de la República de Chile. Estas condiciones se consideran conocidas y aceptadas por los afiliados titulares y beneficiarios que han suscrito este beneficio.

Para hacer efectivo este beneficio adicional (Anexo 1), se requiere que el afiliado firme las condiciones particulares de este producto.

#### **Artículo 2. Asistencia de Farmacia**

Esta asistencia otorga afiliado y sus beneficiarios ciertos descuentos (en el caso de productos sin receta médica) o bonificaciones (en el caso de productos con receta médica) sobre la venta en distintas categorías de productos que se indican en este artículo y son comercializados por Farmacias Salcobrand.

##### **2.1. Descuentos sin receta médica:**

Categoría producto	Descuento
Medicamentos genéricos y bioequivalentes genéricos	25%
Medicamentos de marca	12%
Bioequivalentes de marca	18%
Vitaminas, minerales y suplementos de la marca Vitamin Life y Helty	25%
Productos de belleza, cuidado e higiene personal marca Cluny	10%

- En el caso de las referidas categorías de productos, que puedan ser adquiridos sin receta médica, el presente beneficio otorgará el porcentaje de descuento antes señalado sin tope mensual de uso.

##### **Procedimiento para hacer efectivos los descuentos sin receta médica**

Para obtener el porcentaje de descuento que otorga este beneficio adicional, el beneficiario deberá dirigirse a cualquier local de Farmacias Salcobrand, (con excepción del local de Isla Juan Fernández), indicando que tiene contratado este Beneficio Adicional en la Isapre y presentar su cédula de identidad.

## 2.2. Bonificación con receta médica:

Categoría producto	Bonificación
Medicamentos genéricos y bioequivalentes genéricos	50%
Medicamentos de marca y bioequivalentes de marca	20%

- La bonificación de medicamentos respecto de los cuales el beneficiario presente una receta médica se aplicará un tope de bonificación mensual de \$30.000 por grupo familiar.
- En el caso de las bonificaciones para productos adquiridos con receta se aplicarán las exclusiones detalladas en el punto 2.2.2 siguiente.

### 2.2.1. Procedimiento para hacer efectiva la bonificación del beneficio con receta médica

Para obtener la bonificación que otorga este beneficio adicional, el beneficiario deberá dirigirse a cualquier local de Farmacias Salcobrand, (con excepción del local de Isla Juan Fernández), y presentar los siguientes documentos:

- a) Cédula de identidad.
- b) Receta original extendida por el médico tratante, la que deberá contener:
  - Nombre y número de cédula de identidad del beneficiario.
  - Nombre y número de cédula de identidad del médico.
  - Medicamentos recetados y dosis.
  - Tiempo de uso del medicamento.
- c) La receta será retenida por la farmacia.
- d) El monto de la bonificación aplicada se consignará en la boleta.
- e) El monto no bonificado deberá ser pagado por el beneficiario directamente en la farmacia al momento de la compra.
- f) Si el afiliado titular tiene excedentes de cotización en la Isapre, podrá utilizarlos para pagar el monto no bonificado de la compra.

La obtención de estos beneficios estará sujetos a la disponibilidad y comercialización de los medicamentos por Farmacia Salcobrand. Se deja constancia que este beneficio adicional no es acumulable con otras promociones o descuentos masivos que tenga vigentes Farmacias Salcobrand al momento de la compra.

### 2.2.2 Exclusiones de bonificaciones

Los siguientes productos se encuentran excluidos de la bonificación otorgada por el presente beneficio adicional:

Productos no considerados como curativos, productos oncológicos, inmunológicos, veterinarios, de medicina reproductiva, anticonceptivos, asociados a patologías de alta especialidad y costo, específicamente: trasplantes, VIH, artritis, esclerosis múltiple, hemofilia, hormonas de crecimiento, hepatitis C y fibrosis quística. Productos para bajar de peso, vacunas, reguladores de la fertilidad, medicamentos para aumentar la masa muscular, productos nutricionales, vitaminas, minerales y electrolitos, medicamentos de uso hospitalario (como anestésicos generales, oxitócicos, albúmina, factor estimulante de colonias), productos dermatológicos (como antiacnéicos, antipruríticos, antipsoriásicos), productos para la alopecia, productos para trastornos hormonales, enfermedades genéticas, homeopáticos, recetario magistral, productos naturales, productos de uso cosmético o higiene, agentes de diagnóstico y accesorios médicos

### Artículo 3. Familia Protegida

En caso de fallecimiento del titular del contrato de salud, el presente beneficio adicional consiste en la mantención del plan de salud y beneficios adicionales vigentes, para todas las cargas vigentes en este contrato de salud, por el período de 3 años, contados desde la fecha del fallecimiento del afiliado.

Los beneficiarios que como consecuencia del fallecimiento reciban pensiones de viudez o sobrevivencia, deberán enterar la cotización legal (7%) respectiva en la Isapre.

Queda excluida de este beneficio la muerte del titular por causas de suicidio, comisión o participación de actos delictivos, riñas y motines, actividades o deportes riesgosos, guerra y contaminación radioactiva.

Serán beneficiarios de este Beneficio Adicional, las cargas vigentes en el contrato al momento de la muerte y además se entiende por incorporado en calidad de beneficiario al hijo de la cónyuge beneficiaria, que está por nacer y que habría sido su familiar beneficiario o carga legal de haber vivido el afiliado en la fecha de su nacimiento.

Para planes complensados o matrimoniales, en caso de fallecimiento de alguno de los cotizantes compensados, el otro afiliado, podrá mantener la compensación de acuerdo a la estructura familiar vigente en el momento de la muerte del otro afiliado (número de cargas entre ambos contratos) manteniéndose en el mismo plan de salud y con los beneficios adicionales vigentes, por un período de 3 años, contados desde la fecha de fallecimiento del afiliado.

Este beneficio no permite que el o los beneficiarios que están haciendo uso del mismo efectúen un cambio de plan. De efectuar dicho cambio de plan termina este beneficio y debe pagar la totalidad de la cotización asociada al nuevo plan de salud.

Tampoco permite la incorporación de beneficios adicionales distintos a los que formaban parte del contrato de salud del titular a la fecha de su fallecimiento, ni la incorporación de nuevos beneficiarios legales ni cargas médicas.

Para tener derecho a esta cobertura, será requisito presentar, dentro del plazo de 90 días corridos, contados desde la fecha del fallecimiento, el certificado de defunción con causa de muerte y el certificado de AFP o entidad encargada del pago de la pensión relativo a los causantes de pensión de viudez y sobrevivencia, si procediere. Para habilitar este beneficio se deberá suscribir, en cualquiera agencia de la Isapre, un FUN por cada carga vigente en el contrato al momento del fallecimiento del titular.

El presente beneficio adicional se aplicará una vez vencido el plazo del beneficio legal de muerte del titular (Art. 203 DFL Nro.1 2005, Ministerio de Salud), sin perjuicio de la facultad que les asiste a los beneficiarios de renunciar a éste.

El presente beneficio adicional se mantendrá vigente, siempre y cuando, el afiliado continúe en el plan que se indica en este documento. Si el afiliado se cambia de plan de salud termina el beneficio.

#### Artículo 4. Cobertura Cesantía

La Isapre dará por pagado, por un período máximo de hasta 6 meses, el monto de la cotización total mensual pactada, el cual considera el precio del plan de salud complementario, precio GES, precio de los beneficios adicionales y precio CAEC, si corresponde, y que no puedan ser pagadas por el afiliado trabajador dependiente (excepto agentes de ventas de AFP, Isapre y Compañías de Seguro) por cada cesantía involuntaria. El período de cesantía cubierto será de 6 cotizaciones mensuales y consecutivas.

Se entenderá por cesantía involuntaria aquella que se produzca por circunstancias no imputables a hecho, culpa o dolo del afiliado, como las indicadas en los artículos 159 N° 6 y 161 del Código del Trabajo; artículo 140 letra e) del Estatuto Administrativo; artículo 52 letra i) del Estatuto Docente y artículo 144 letra e) del Estatuto Administrativo Municipal. Cada afiliado se registrará por el estatuto o código que corresponda a su calidad de trabajador. A los profesionales de la educación del sector particular no municipalizado se les aplicarán las causales de cesantía involuntaria del Código del Trabajo indicadas anteriormente.

Para tener derecho a esta cobertura, se debe cumplir los siguientes requisitos:

- a) Al momento de solicitar el beneficio, los afiliados deberán ser menores de 79 años y 364 días.
- b) Deben tener una antigüedad laboral mínima de 6 meses continuados con el mismo empleador antes de hacer uso del beneficio de la cobertura.
- c) Este beneficio cubre cesantías involuntarias que se originen a partir del día 1º del 5to mes siguiente al mes de celebración del Contrato de Salud.
- d) La cesantía o término de la relación laboral debe producirse durante la vigencia de este producto adicional.
- e) Esta cobertura es válida sólo para trabajadores dependientes, excepto los indicados en el párrafo precedente, que cumplan funciones bajo vínculo de subordinación y dependencia por plazo indefinido. Para efectos de esta cobertura, se considerarán todos los empleadores que tenga el afiliado, debiendo cumplir una jornada laboral mínima entre todos los empleadores que sume a lo menos 40 horas semanales. Se deja expresa constancia que la cobertura a otorgar bajo el presente beneficio adicional será proporcional a la que corresponda al empleador respecto del cual se produjo la cesantía.
- f) El afiliado se obliga a comunicar a la Isapre su reintegro a la fuerza laboral en el plazo de 30 días corridos, contado desde que éste se produjo, mediante la suscripción del FUN que informa nuevo empleador. Con todo, la Isapre sólo otorgará el beneficio de cesantía, por el o los meses efectivos de cesantía con el tope de 6 meses.
- g) Esta cobertura excluye a trabajadores que se encuentren jubilados.

Para acreditar la cesantía involuntaria y exigir esta cobertura, el afiliado deberá presentar en cualquier agencia de la Isapre, dentro del plazo de 60 días corridos, contados desde la fecha de despido o término de la relación laboral, el correspondiente finiquito de contrato de trabajo, decreto o resolución emitida por el ex empleador según corresponda, declaración jurada ante notario de no estar percibiendo ingresos distinto del subsidio de cesantía establecido en el DFL Nro. 150 de 1982 del Ministerio del Trabajo o de la ley Nro. 19.728, según corresponda, certificado de cotización de AFP del último año y fotocopia de su cédula de identidad.

## Artículo 5. Traslados de pacientes en condición de Urgencia que implique Riesgo Vital dentro del territorio nacional

	Cobertura	Deducible por Beneficiario	Monto Máximo Año por Beneficiario
<i>Traslados a Prestador Preferente del Plan de Salud del Afiliado</i>	70%	5 UF x evento	150 UF
<i>Traslados a Prestador Libre Elección</i>	50%	5 UF x evento	120 UF

Corresponde a traslados requeridos por el beneficiario en situaciones de urgencia que impliquen riesgo vital. Incluye el traslado en ambulancias de alta complejidad, avión ambulancia o helicóptero, dentro del territorio nacional (se excluye expresamente Isla de Pascua e Isla Juan Fernández).

### Definiciones:

**Cobertura:** Es el porcentaje de bonificación que tendrá este beneficio para las prestaciones anteriormente indicadas.

**Deducible:** Es la suma de los copagos que habrán de ser acumulados para tener derecho a este beneficio adicional y que, en consecuencia, no quedan comprendidos dentro de este beneficio, siendo de cargo del afiliado este copago correspondiente.

El deducible no se podrá conformar con copagos provenientes de la acumulación de copagos correspondientes a más de un beneficiario del mismo plan de salud. El deducible solo podrá ser acumulado por traslado de urgencia que implique riesgo vital. Los comprobantes de los copagos que componen el deducible deberán ser acreditados en la Isapre.

**Monto Máximo Año por Beneficiario:** Corresponde al monto máximo anual de bonificación conforme a los términos del presente beneficio adicional.

**Riesgo Vital** Es toda aquella situación, cuando, de no mediar una atención médica inmediata, el paciente posee riesgo de muerte o secuela funcional grave. Esto deberá ser certificado por el médico del servicio de urgencia que realice la atención.

**Forma de Operar:** El beneficiario deberá presentar, en un plazo de 60 días corridos desde ocurrido el traslado, las boletas en cualquier sucursal de la Isapre y solicitar el reembolso que le corresponda según el porcentaje de cobertura, deducible y monto máximo anual.

## Artículo 6. Beneficiarios

Serán beneficiarios de este Pack Asistencias Plus, el cotizante y sus cargas declaradas en el FUN de suscripción y/o modificación, según corresponda, que estén vigentes a la fecha de solicitud del beneficio.

## Artículo 7. Precio

El valor de este beneficio se expresa en unidades de fomento (UF) y se indica en la sección D del FUN (Antecedentes del Contrato):

El precio es de UF 0,25 por cotizante, precio que incluye a todos los beneficiarios de su contrato de salud.

Para calcular la equivalencia en moneda nacional se utilizará el valor que tenga dicha unidad el último día del mes en que se pagaron o debieron pagarse las remuneraciones del cotizante dependiente.

#### **Artículo 8. Destinación de Excedentes**

El afiliado destina expresamente para el pago de todo o parte del precio del presente beneficio adicional, la parte de sus excedentes de cotización que correspondan y autoriza a la Isapre expresamente para efectuar el descuento e imputación respectiva desde la cuenta de excedentes. En caso de ser insuficientes los excedentes para el pago del precio de este producto, la diferencia es de cargo del cotizante y se incluirá en el precio del plan de salud.

#### **Artículo 9. Modificaciones**

La Isapre podrá modificar al término de cada período anual contratado el precio y el porcentaje de bonificación estipulado en el beneficio contratado por el afiliado. Para estos efectos, la Isapre deberá comunicar al cotizante su nueva proposición de cobertura mediante carta dirigida al último domicilio registrado en la Isapre y/o correo electrónico (en caso de tenerlo registrado y haberlo autorizado como medio válido de notificación), expedida a más tardar, el último día del mes ante precedente al vencimiento del periodo anual respectivo. El afiliado deberá aceptar la modificación mediante la suscripción de FUN hasta el último día del mes de cumplimiento de su anualidad contractual. De no hacerlo dentro del aludido plazo, termina el beneficio sin necesidad de notificación alguna, rebajando el precio del FUN correspondiente.

#### **Artículo 10. Vigencia**

Este beneficio tendrá una duración de un año contado desde la fecha de inicio de vigencia de los beneficios indicada en el FUN de incorporación de este beneficio adicional, su renovación será automática al final del periodo anual, mientras el cotizante se mantenga en el plan de salud que se indica en este documento.

Con todo, respecto de los cotizantes que contraten este beneficio, el primer período de vigencia se extenderá sólo por el lapso que reste para el cumplimiento del período anual de vigencia de su contrato de salud con Isapre Banmédica. En consecuencia, a contar del segundo período coincidirá el cumplimiento del período anual de esta cobertura con el de la anualidad respectiva del contrato de salud. El presente beneficio adicional se mantendrá vigente, siempre y cuando, el afiliado continúe en el plan que se indica en este documento. Si el afiliado modifica su plan de salud el beneficio termina de inmediato, sin necesidad de notificación alguna, rebajando el precio del FUN correspondiente.

En caso que el afiliado se encuentre haciendo uso de la Cobertura de Cesantía a la fecha de término de vigencia de este beneficio, éste se mantendrá vigente hasta cumplir el período máximo de cobertura, el cual corresponde a 6 meses.

#### **Artículo 11. Otras causales de término**

- a) Por el término, por cualquier causa, del Contrato de Salud Previsional. En este caso, el presente beneficio regirá hasta el último día del mes de vigencia del Contrato de Salud Previsional.
- b) Término del convenio de prestación de servicios de alguno de los proveedores asociados al producto y la Isapre. En este caso, el beneficio se mantendrá hasta el último día del mes

siguiente al de la comunicación y envío de FUN de término del beneficio adicional por esta causa.

- c) Este beneficio terminará en forma anticipada en caso de uso fraudulento por los beneficiarios o terceros.
- d) Beneficiario supera la edad de cobertura hasta los 79 años y 364 días.
- e) La Isapre podrá poner término unilateral a este beneficio, en caso que el cotizante no comunique oportunamente su reintegro laboral, emitiendo el FUN correspondiente.
- f) La Isapre pondrá término inmediato a este beneficio, en caso que el cotizante adquiriera la calidad de trabajador dependiente o independiente y no haya comunicado a la Isapre el cambio de su condición laboral.
- g) Aviso de término por parte de la Isapre o cotizante al cumplimiento del período anual o alguno de sus prórrogas.
- h) Cambio del plan de salud por parte del cotizante.
- i) No suscripción por el cotizante del FUN de modificación del beneficio conforme a lo señalado en la cláusula 9.

### Identificación del Cotizante

#### Pack Protección Total

Nombre Cotizante:

RUT:

E-mail:

Plan de Salud:

Fecha:

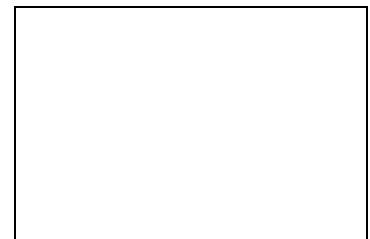
Nro. FUN:

Código: 1225

NOVIEMBRE /2022

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y TIMBRE ISAPRE

\_\_\_\_\_  
FIRMA COTIZANTE



Huella dactilar Afiliado



## ANEXO 1: ASISTENCIA EN VIAJES EN EL EXTRANJERO

Esta cobertura es un beneficio complementario, donde, las condiciones regirán para las prestaciones otorgadas en los servicios asistenciales de Europ Assistance S.A. (en adelante E.A.) para los afiliados titulares de Isapre Banmédica (en adelante la Isapre) y sus respectivos beneficiarios, durante sus viajes al exterior de la República de Chile. Estas condiciones se consideran conocidas y aceptadas por los afiliados titulares y beneficiarios que han suscrito este beneficio.

### Artículo 1. Cobertura

**1.- Servicios de asistencia médica:** Los servicios de asistencia podrán ser brindados directamente por E.A. o a través de prestadores autorizados por E.A. Estos servicios comprenden exclusivamente el tratamiento del cuadro agudo que impida la continuación del viaje e incluyen:

- a) Atención en consultorio o a domicilio: para atender situaciones de urgencia en caso de enfermedad aguda (se entiende por enfermedad aguda aquella de aparición brusca o súbita, breve, intensa y de corto plazo o con plazo de evolución conocido) y/o accidente.
- b) Atención por Especialistas: cuando sea indicada por los equipos médicos de urgencia, y autorizadas previamente por la Central Operativa de E.A.
- c) Exámenes médicos complementarios: análisis de orina, sangre, radiografías, electrocardiografías y/o cualquier otro estudio que sea ordenado por los equipos médicos de E.A. y autorizado por la Central Operativa correspondiente.
- d) Internaciones: cuando los equipos médicos de E.A. así lo prescriban, se procederá a la internación en el establecimiento asistencial más adecuado y próximo al lugar donde se encuentre el beneficiario, a exclusivo criterio de la Central Operativa correspondiente y con su autorización.
- e) Intervenciones Quirúrgicas: ordenadas por el Jefe de los equipos médicos de E.A. en los casos de enfermedades graves y/o accidentes que requieran urgentemente este tratamiento y con autorización de la Central Operativa correspondiente.
- f) Cuidados intensivos y unidad coronaria: cuando la naturaleza de la enfermedad lo requiera y con la autorización del Jefe de los servicios médicos de E.A. y de la Central Operativa correspondiente.
- g) Traslado Sanitario: Si fuera aconsejado el traslado a otro lugar más adecuado, E.A. tomará a su cargo organizar el mismo y a su exclusivo cargo efectuará el traslado en aviones sanitarios, de línea, tren o ambulancia, o en el medio más idóneo según el caso particular lo requiera. Las exigencias de orden médico son tomadas en consideración para decidir la elección del medio de transporte y el lugar de hospitalización o el traslado hasta el domicilio habitual del beneficiario. En todos los casos el transporte deberá ser previamente autorizado por el Departamento Médico de E.A. y la Central Operativa correspondiente. El traslado de los acompañantes, en caso de haberlos, no será cubierto por este beneficio, salvo que también requieran un traslado sanitario.
- h) Repatriaciones Sanitarias: Cuando el Depto. Médico de E.A. estime necesario efectuar la repatriación sanitaria de un beneficiario, como consecuencia de accidente grave, la repatriación del paciente será efectuada en avión de línea regular, con acompañamiento médico o de enfermera si correspondiese, sujeto a disponibilidad de plazas, hasta el centro hospitalario en Chile. Este traslado deberá ser autorizado por el médico tratante.
- i) Límite de Gastos de Asistencia Médica: El monto total de gastos por todos los servicios detallados en la presente cláusula tiene el tope máximo por viaje y por beneficiario de: UF 500 e incluye los montos de los puntos 2 y 3 de este Artículo. En el caso de los países que conforman oficialmente el espacio Schengen este beneficio contempla una cobertura equivalente a 40.000 Euros.



**2.- Servicio de odontología de urgencia:** Cuando exista dolor intensivo, infección o cualquier otro imprevisto hasta un tope por viaje y por beneficiario de: UF 35. Este tope se encuentra comprendido dentro del tope general establecido en la cláusula i) del punto 1 de este Artículo.

**3.- Medicamentos:** Se tomarán a cargo los medicamentos de urgencia, recetados para la afección que diera lugar a la asistencia, hasta un tope máximo por viaje y por beneficiario de UF 35. Este tope se encuentra comprendido dentro del tope general establecido en la cláusula i) del punto 1 del Artículo 2. E.A. se encargará solamente de la localización y envío de medicamentos urgentes fuera de la República de Chile de uso habitual del beneficiario, siempre que no pueda ser obtenido localmente o sustituido por otros. Será por cuenta del beneficiario el importe de los medicamentos y los gastos, impuestos y derechos de aduana relativos a su importación.

**4.- Cuando por lesión, enfermedad u hospitalización** uno de los beneficiarios sea repatriado o trasladado por indicación de E.A. a su lugar de residencia habitual, E.A. sufragará los gastos de traslado de los restantes beneficiarios acompañantes en el medio que E.A. considere más adecuado y sujeto a disponibilidad, hasta su residencia habitual o hasta el lugar donde el paciente se encuentre hospitalizado. En este caso se exigirá el reintegro de los billetes de pasajes no utilizados por los beneficiarios a los efectos de su devolución a favor de E.A.

**5.- Cuando por circunstancias de emergencia** debidamente justificadas, el beneficiario se vea imposibilitado de llamar a E.A. y deba recurrir a otros facultativos, E.A. reembolsará los gastos realizados en estas condiciones, preferentemente dentro del territorio del país en que fueran efectuados o en cualquier otro país en que el beneficiario lo requiera siempre y cuando exista oficina o representación de E.A., o bien a su regreso. Para tener derecho a este reembolso el beneficiario deberá comunicar a cualquier Central

Operativa de E.A., por sí o por intermedio de cualquier otra persona, dentro de las 72 horas de haber cesado la imposibilidad, la información sobre la emergencia sufrida y la asistencia recibida hasta ese momento. El reembolso de estos gastos deberá ser autorizado por el Departamento Médico de E.A. y en ningún caso excederá los aranceles y tarifas vigentes en el país donde se produzcan. Previo al reintegro, E.A. podrá requerir la documentación pertinente que acredite la recepción y procedencia del servicio y/o la adquisición de los medicamentos recetados cuyo reintegro se solicite. En ningún caso se efectuarán reintegros si no se ha cumplido con estos requisitos y los detallados en el Artículo 4.

**6.- Si el beneficiario viajara como única compañía** de un menor de dieciocho años también beneficiario y se encontrara imposibilitado para ocuparse del mismo, por causa de enfermedad o accidente de aquel, E.A. organizará el desplazamiento sin cargo del menor para conducirlo inmediatamente de regreso a su residencia en Chile.

**7.- En caso de que la hospitalización de un beneficiario** deba ser superior a cinco días, E.A. pondrá gratuitamente a disposición de un familiar un pasaje de ida y vuelta en el medio que considere adecuado para que pueda acompañar al beneficiario siempre que el mismo esté solo o se encuentre acompañado por un menor de edad. Asimismo, E.A. cubrirá los gastos del hotel, sin extras, del familiar acompañante hasta el equivalente de UF 4 por día, con tope máximo por la estancia de UF 48.

**8.- Traslado del beneficiario por interrupción del viaje debido al fallecimiento en Chile del cónyuge u otro familiar hasta el segundo grado de parentesco:** En este caso, Europ Assistance pondrá gratuitamente a disposición del beneficiario un pasaje de vuelta a la República de Chile en el medio que considere adecuado para que pueda regresar a su país de origen. E.A. podrá requerir posteriormente el certificado de defunción del familiar, con el fin de respaldar el pago efectuado al beneficiario por este concepto.

**9.- E.A. cubrirá los gastos de hotel** sin extras, cuando por lesión o enfermedad y por prescripción médica dispuesta por el Dpto. Médico de E.A., un beneficiario precise prolongar su estancia en el extranjero por convalecencia. En este caso los gastos tendrán un tope de UF 6 por día y el límite total por toda la estancia no podrá superar los UF 72. Así mismo, en tal circunstancia, E.A. se hará cargo del mayor costo del pasaje del beneficiario, cuando éste sea de tarifa reducida por fecha fija o limitada de regreso y no pueda respetarse dicha fecha por razones de enfermedad o accidente del beneficiario.

**10.- En caso de fallecimiento de un beneficiario durante el viaje** por accidente o enfermedad imprevista, E.A. organizará y tomará a cargo los gastos de féretro provisorio de traslado, trámites administrativos y transporte hasta el lugar de inhumación en Chile, por el medio que E.A. considere más conveniente. Los trámites, gastos de féretro definitivo, funeral e inhumación, serán a cargo de los familiares. Asimismo, tomará a cargo los gastos de traslado de los restantes beneficiarios acompañantes, en el medio que E.A. considere más adecuado y sujeto a disponibilidad, hasta el domicilio habitual.

**11.- En caso de ocurrencia de robo** con violencia de puertas o ventanas, incendio o explosión en el domicilio habitual del beneficiario con riesgo de producirse mayores daños o cuando el siniestro justifique su presencia en forma inmediata e imprescindible, E.A. tomará a cargo los gastos de traslado del beneficiario. E.A. exigirá al titular el reintegro del pasaje no utilizado por él, a los efectos de su devolución a favor de E.A. Esta cobertura contempla el pago de la diferencia de ticket aéreo y correspondientes multas asociadas al cambio de fecha de regreso original y siempre en clase económica o turista. Para solicitar la prestación, el beneficiario deberá proporcionar toda la documentación que E.A. considere necesaria, con el objeto de acreditar la causal aplicable.

**12.- Localización de equipaje:** E.A. asistirá al titular con todos los medios a su alcance para localizar equipajes extraviados, sin que esto implique ninguna responsabilidad por parte de E.A.

**13.- Compensación Complementaria por pérdida o demora de equipaje:**

En caso que el equipaje del beneficiario no sea recuperado dentro de las 12 horas siguientes a la llegada al destino, se le abonará al beneficiario un monto de 5 UF (cinco Unidades de Fomento), a fin de que se provea de los elementos básicos de uso personal que requiera. Para que aplique esta prestación, el equipaje deberá corresponder a equipaje transportado por la aerolínea en la bodega del mismo vuelo en que viajó el beneficiario y registrado por ésta con su respectivo número de ticket y en ningún caso se aplicará esta prestación a equipaje de mano no registrado por la línea aérea.

Requisitos para la procedencia de esta compensación:

- a. Notificar a Europ Assistance del extravío del equipaje completo en un plazo no superior a 24 horas desde el momento de la emisión del formulario de denuncia ante la línea aérea P.I.R. (Property Irregularity Report). Para la validez del mismo, el beneficiario deberá encontrarse en el exterior del país.
- b. El beneficiario deberá presentar a Europ Assistance la siguiente documentación: i) original de la denuncia a la línea aérea formulario P.I.R. (Property Irregularity Report), y ii) comprobantes originales de los gastos efectuados por la compra de artículos de primera necesidad hasta el monto de la compensación solicitada. Estos comprobantes deben corresponder a compras o gastos efectuados por el beneficiario en el lugar donde se extravió el equipaje y entre la fecha de extravío del equipaje y la de la solicitud de compensación. Estas compensaciones están

supeditadas a la presentación y verificación de la documentación anteriormente señalada.

Esta compensación es por beneficiario y no por bulto extraviado. Si dos o más personas, beneficiarias de los servicios de asistencia, comparten el mismo bulto extraviado, se prorrateará entre las mismas esta compensación.

Se deja expresa constancia que si el bulto es extraviado en el vuelo de regreso al país de origen, no se otorgará compensación alguna por concepto de demora de equipaje.

El beneficiario tendrá derecho a una sola compensación por demora o por pérdida de equipaje en cada viaje, sin importar el número de demoras o pérdidas que pudieran producirse durante el mismo.

Cuando un beneficiario sufriera la falta de entrega de algún bulto completo que forma parte de su equipaje registrado por parte de una línea aérea regular a la llegada de un vuelo internacional (entre dos países) y el bulto faltante no hubiera sido localizado por los servicios de Europ Assistance en un plazo máximo de 2 días, según el numeral 7.12, Europ Assistance abonará al beneficiario, en sus oficinas en Chile, en moneda de curso legal al tipo de cambio y cotización vigente a la fecha, una compensación complementaria a la indemnización otorgada por la línea aérea regular hasta UF 1,5 (uno coma cinco Unidades de Fomento) por kilogramo abonado por la línea aérea, hasta un máximo total de UF 40 (cuarenta Unidades de Fomento) por viaje y por beneficiario. Para la procedencia de este beneficio regirán las siguientes condiciones:

- a. Que Europ Assistance haya sido notificado del hecho del extravío por el beneficiario antes de abandonar el Aeropuerto donde ocurrió la pérdida del equipaje.
- b. Que el beneficiario haya despachado su equipaje en la bodega del mismo vuelo en que viaja, constando en su billete aéreo y efectúe la denuncia por falta de entrega a la línea aérea responsable, a su llegada a destino.
- c. Que la pérdida del equipaje ocurra entre el momento en que el mismo es entregado al personal autorizado de la compañía aérea para ser embarcado y el momento en que deba ser entregado al pasajero al finalizar el vuelo.
- d. Que el equipaje se haya extraviado fuera del territorio de Chile, salvo pérdidas producidas en vuelos internacionales que arriben al mismo.
- e. Esta compensación se limitará a un solo bulto entero y completo faltante por cada beneficiario afectado. En caso que el bulto faltante estuviera a nombre de varios beneficiarios, la compensación será prorrateada entre los mismos, siempre que figuren como damnificados en la denuncia por falta de entrega a la línea aérea, que incluya los correspondientes números de billetes de pasaje (nombre y número de billete de pasaje de cada beneficiario damnificado).
- f. En caso que la línea aérea ofreciera al beneficiario como indemnización la posibilidad de optar entre percibir un valor en dinero o uno o más pasajes, Europ Assistance procederá a abonar la compensación económica por pérdida de equipaje, una vez que dicha opción sea ejercida.

Se deja constancia que teniendo esta compensación económica ofrecida por Europ Assistance un carácter puramente complementario al de la indemnización otorgada por la línea aérea al reclamante,

será condición esencial para su pago, la presentación de la constancia extendida por la línea aérea responsable, que acredite haber abonado al beneficiario damnificado la correspondiente indemnización, así como copia de la denuncia a la línea aérea (Formulario P.I.R.), emitida a nombre del beneficiario, señalando el número del billete de pasaje correspondiente al beneficiario y la cantidad de kilos faltantes, el/los billetes de pasaje, y el/los tickets de equipaje identificados en la documentación.

No tendrán derecho a este beneficio:

- a. En ningún caso, Europ Assistance responderá por faltantes y/o daños totales o parciales producidos en el contenido del equipaje, ni en la/s valija/s o cualquier otro elemento donde se transporte dicho equipaje.
- b. El beneficiario tendrá derecho a una sola compensación complementaria de hasta UF 40 (cuarenta Unidades de Fomento) por viaje.
- c. Si el reclamo efectuado por el beneficiario a la línea aérea fuera indemnizado totalmente por la misma, el beneficiario no será acreedor a ningún beneficio complementario por parte de Europ Assistance.
- d. Las pérdidas de equipaje verificadas en los tramos domésticos de vuelos internacionales.
- e. Las personas que no tengan derecho al transporte de equipaje.

**14.- Transmisión de mensajes urgentes:** E.A. se encargará de transmitir los mensajes urgentes y justificados de los beneficiarios, relativos a cualquiera de los eventos objetivos de las prestaciones de este documento, sin costo alguno para estos últimos.

**15.- Si el beneficiario fuera detenido por autoridades policiales o procesado por orden judicial** fuera de la República de Chile, como consecuencia de serle imputada la responsabilidad por los daños y perjuicios derivados de un accidente de tránsito en que haya participado; E.A. cubrirá los honorarios de abogado hasta un tope máximo equivalente a 50 UF.

**16.- En aquellos casos en que se inicie contra el beneficiario algún proceso judicial,** civil o criminal en donde se le impute responsabilidad por algún accidente de tránsito, E.A. adelantará ante el Tribunal correspondiente los gastos de fianza si el titular fuere detenido y a efectos de lograr su libertad condicional, hasta un monto de UF 100. Esta suma adelantada será considerada como préstamo y el titular se obliga a devolverla a E.A. lo antes posible y siempre dentro de los 120 días de otorgada. El préstamo indicado será otorgado al beneficiario, previa caución real que deberá prestar a satisfacción de E.A.

**17.- Servicio de información 24 horas (viajes y destinos) antes y durante el viaje:**

Cuando el beneficiario lo solicite antes o durante su viaje, Europ Assistance a través de su Central Operativa y durante las 24 horas, los 365 días del año, podrá brindarle información y datos referentes a: recomendaciones médicas, requisitos de inmunización, información sobre pasaportes y visas, clima, consulados, embajadas, tipos de cambio, riesgos característicos de localidades extranjeras, etc., o cualquier otra información del destino de viaje.

**18.- Europ Assistance asesorará al beneficiario** en el caso de haber sido víctima del robo o extravío de sus documentos y/o tarjetas de créditos de cómo proceder para realizar las denuncias correspondientes y demás trámites de denuncia y bloqueo de dichos documentos en cualquier destino donde se encuentre en el exterior de Chile.

**19.- Europ Assistance podrá adelantar vía transferencia financiera** al beneficiario que se encuentre en el extranjero hasta un monto de UF 100 como préstamos en caso de emergencia. El préstamo indicado será otorgado al beneficiario, previa caución real o personal que deberá prestar a satisfacción de E.A.

El costo de la transferencia de fondos estará a cargo de E.A. Se entiende que el beneficiario deberá arbitrar los medios para que E.A. reciba antes de efectuar la transferencia la totalidad del monto a transferir en sus oficinas o donde le sea solicitado.

**20.- Asistencia integral al menor:** E.A. en el evento en que sean requeridos sus servicios de acuerdo a lo detallado en la cobertura “Gastos de repatriación o transporte sanitario” y de acuerdo a las condiciones del servicio, otorgará las prestaciones necesarias a un menor, considerando como tal, a los menores de 15 años.

**21.- Europ Assistance en caso de emergencia** justificada pondrá a disposición de los familiares del beneficiario que se encuentren en Chile una línea de atención telefónica de urgencia para solicitar apoyo asistencial y/o ayuda para solucionar eventuales inconvenientes y también para comunicar y dar aviso al beneficiario que se encuentre de viaje de otras situaciones de emergencia que puedan suceder en su lugar de residencia y que afecten a sus familiares.

**22.- Servicio de Referencias Médicas:** En aquellos casos en que el cliente se encuentre de viaje y requiera información de médicos, enfermeras, centros clínicos, hospitales, odontólogos, servicios de ambulancia, entre otros. E.A. proporcionará dicha información con los datos necesarios como ubicación geográfica, números telefónicos, etc.

**23.- Cobertura de preexistencias:** En caso de enfermedades preexistentes a la fecha de inicio del viaje, entendiéndose por tales aquellas enfermedades, patologías o condiciones de salud que no hayan sido conocidas por el afiliado o si hayan sido conocidas y diagnosticadas médicamente con anterioridad a la suscripción del contrato o a la incorporación del beneficiario, en su caso, Europ Assistance asumirá los gastos asociados a la primera consulta clínica de urgencia, debido a una clara y grave descompensación de la patología de base preexistente. Los gastos médicos quedarán sujetos a la evaluación del Departamento Médico de Europ Assistance. El límite máximo de esta prestación por todo el periodo contratado para los beneficiarios será de USD 2.000 (dos mil dólares) para los planes de salud de cada Isapre.

## Artículo 2. Exclusiones

Las obligaciones asumidas por E.A. sólo regirán para accidentes y/o enfermedades repentinas y agudas adquiridas con posterioridad a la fecha de salida. Quedan expresamente excluidas todas las dolencias crónicas y/o patologías (enfermedades) adquiridas antes del inicio del viaje, así como sus consecuencias y agudizaciones. En estos casos E.A. sólo reconocerá ~~si a su juicio correspondiere~~, la primera consulta clínica por la que se determine la preexistencia de la enfermedad, de conformidad con lo dispuesto en el punto 23 anterior. En consecuencia, los servicios establecidos en este anexo no podrán ser utilizados, bajo ningún concepto, ni en ninguna circunstancia, para iniciar o continuar el tratamiento y/o asistencia de los problemas que hubieran surgido durante el/los viajes/s anterior/es, independientemente de que los servicios que se soliciten hayan sido indicados por E.A. o por terceros. Tampoco darán derecho a la asistencia contratada ni a reintegro alguno los siguientes casos: enfermedades mentales y trastornos psíquicos; partos y estados de embarazo, a menos que se trate de una complicación clara e imprevisible y, en ningún caso, los estados de embarazo posteriores al



sexto mes; las recaídas y convalecencias de toda afección contraída antes de la fecha de iniciación del viaje; enfermedades o lesiones derivadas de acciones criminales, riesgosas o imprudentes del beneficiario; sea en forma directa o indirecta; suicidio, intento de suicidio y sus consecuencias; enfermedades producidas por la ingestión de drogas, narcóticos, medicamentos tomados sin orden médica; alcoholismo, SIDA, enfermedades o lesiones resultantes de tratamientos hechos por profesionales no pertenecientes a equipos médicos indicado por E.A.; gastos de prótesis, audífonos, anteojos, ortopedia y podología; tratamientos homeopáticos, acupuntura; kinesioterapia; curas termales; consecuencias derivadas de la práctica de deportes peligrosos, tales como motociclismo, automovilismo, boxeo, deportes invernales practicados fuera de pistas reglamentarias, sin que esta enumeración tenga carácter taxativo, las visitas médicas de control; gastos de hotel, restaurantes y taxis.

Quedan excluidos de este beneficio los afiliados y beneficiarios cuya edad supere los 79 años y 364 días.

### Artículo 3. Reingresos

E.A. procederá al reintegro de los gastos efectuados en los siguientes casos y situaciones, siempre dentro de los topes establecidos para cada tipo de gasto y cumpliendo la totalidad de las condiciones contenidas en esta cobertura.

- a) Para la procedencia del reintegro de gastos médicos y de odontología, el beneficiario deberá cumplir con todas las obligaciones previstas en esta cobertura. Los gastos médicos serán reembolsables por E.A. conforme a los aranceles y tarifas vigentes para E.A. en el país en que se produzcan, hasta el tope que corresponda.
- b) El reintegro por gasto de medicamentos recetados para la afección que diera lugar a la asistencia se efectuará ante la presentación de la receta y comprobantes originales de gastos en función de las dosis prescritas y hasta el tope correspondiente.
- c) Todo reintegro o reembolso será efectuado por E.A. conforme a las condiciones de esta cobertura, la Isapre sólo recibirá los documentos en la agencia que determine para estos efectos, para enviarlos a E.A. y entregará el pago o rechazo una vez que lo reciba de ésta. La Isapre sólo recibirá los documentos en la agencia que determine para estos efectos, para enviarlos a E.A. y entregará el pago o rechazo una vez que lo reciba de ésta.
- d) Para acceder a este beneficio, será necesaria una carta breve, explicando los motivos por los cuales el beneficiario tuvo que realizar el gasto y/o no pudo comunicarse oportunamente con la central de operaciones de E.A.
- e) Todas las boletas, facturas o comprobantes que presente el beneficiario deben estar en original. No se aceptarán copias, fotocopias ni ningún otro tipo de documentos que no sean originales o no correspondan a recibos oficiales de dinero (vales y recibos).
- f) Una vez recibida la solicitud de reintegro, E.A. realizará la evaluación del caso y emitirá su respuesta. En caso de ser necesaria información complementaria, E.A. solicitará dicha información al encargado de Isapre Banmédica que haya hecho llegar la documentación inicial.
- g) Las respuestas serán informadas a Isapre Banmédica vía telefónica, fax o e-mail.
- h) Si el reintegro es aprobado, se procederá a la emisión de un cheque a nombre del beneficiario o al de uno de sus padres cuando se trate de menores de edad. El plazo de pago no superará los 15 días hábiles contados desde la fecha de recepción de toda la documentación original por parte de E.A. Junto con el cheque se entregará al beneficiario una carta informativa de los gastos autorizados y rechazados en cada caso.
- i) Si el reintegro es rechazado, se enviará una carta informativa al beneficiario explicando los motivos que originan el rechazo y se adjuntará toda la documentación original enviada.

- j) La respuesta a los reintegros será inapelable, salvo aquellos casos en que expresamente se solicite una revisión adicional por parte de la gerencia general de Isapre Banmédica o en su defecto a quien ésta designe; y la gerencia general de E.A.

#### **Artículo 4. Modificaciones**

Isapre Banmédica podrá revisar las características del producto y tope anual estipulado en el beneficio contratado por el afiliado. Para estos efectos Isapre Banmédica deberá comunicar al cotizante su nueva proposición de cobertura mediante carta dirigida al último domicilio registrado en la Isapre, expedida con a lo menos 60 días de anticipación. El afiliado tiene este plazo para responder la referida proposición. De no hacerlo dentro del aludido plazo se entenderá aceptada la modificación propuesta.

#### **Artículo 5. Condiciones de Cobertura**

Los servicios asistenciales de E.A. se prestarán a los afiliados y sus respectivos beneficiarios vigentes, siempre que reúnan las siguientes condiciones:

- a) Cumplir con la totalidad de las obligaciones del beneficiario, Artículo 7.
- b) La edad del afiliado o beneficiario, según sea el caso, no debe superar los 79 años y 364 días y con residencia en la República de Chile.
- c) Los servicios asistenciales se prestarán fuera de la República de Chile, es decir, en territorio de los restantes países del mundo.
- d) La asistencia se prestará en períodos de viaje que no superen los 120 días corridos por cada viaje, quedando expresamente excluidos los períodos de residencia permanente o transitoria en el extranjero. La finalización de este plazo implicará automáticamente el cese de todos los servicios detallados en este documento, a excepción de aquellos casos iniciados y en curso al momento del fin de vigencia, para los cuales se extenderá la cobertura por 5 días adicionales.

#### **Artículo 6. Procedimientos para obtener este Beneficio**

Los servicios asistenciales deberán ser solicitados en todos los casos a Europ Assistance vía telefónica a los números informados por la compañía, correspondientes a la central operativa de Europ Assistance en Chile, o bien, al correo electrónico [asistencia@europ-assistance.cl](mailto:asistencia@europ-assistance.cl). La persona que realice el llamado deberá identificarse como asegurado por la compañía e informar claramente los síntomas que presenta la persona afectada, indicando además desde cuando los presenta y si está ingiriendo algún medicamento. Adicionalmente, deberá informar el nombre, edad, número de cédula de identidad o de pasaporte del beneficiario, fechas de inicio y término de viaje, lugar donde se encuentra (país y ciudad) y número telefónico de contacto, especificando los códigos telefónicos de país y de área.

El servicio sólo se prestará a los beneficiarios si el afiliado titular lo obtuvo de parte de la Isapre antes de iniciar el viaje en cuestión y teniendo vigencia normal de su plan de salud. Se entenderá por viaje el período comprendido entre la fecha de salida de la República de Chile y la fecha de regreso a la misma.

**Obligaciones del Beneficiario:** Para permitir E.A. asistir al beneficiario, quedan expresamente convenidas las siguientes obligaciones del beneficiario:

- a) Obtener la autorización de E.A. a través de cualquiera de sus Centrales Operativas antes de tomar cualquier iniciativa o comprometer cualquier gasto.
- b) Aceptar las soluciones propuestas por E.A.
- c) Proveer todos los comprobantes originales de gastos reembolsables por E.A.



- d) Entregar a E.A. los billetes de pasajes que posea en los casos en que E.A. se haga cargo de sus viajes. En tal caso E.A. responderá solamente por la diferencia mayor que pudiera existir cuando corresponda.
- e) Autorizar por el medio que sea necesario, a revelar su historia clínica a E.A. o la Isapre o a quien ésta designe, a fin de permitir al Departamento Médico de E.A., establecer fehacientemente la procedencia de tomar a cargo los servicios que se le requieran. Esta autorización podrá incluir contactos a nivel profesional con los médicos de cabecera del beneficiario y el conocimiento de su historia clínica anterior al viaje.
- f) Facilitar a E.A., todos los elementos necesarios para verificar fehacientemente la fecha de inicio del viaje

#### **Artículo 7. Vigencia del Beneficio**

El presente beneficio adicional se mantendrá vigente siempre y cuando el afiliado continúe en el plan de salud por el cual se le incorporó este beneficio. Si el afiliado modifica su plan de salud finaliza el beneficio, siempre y cuando no lo contemple el nuevo plan contratado.

En todo caso, y sin perjuicio de lo estipulado en el Artículo 5, el término del convenio suscrito entre Isapre Banmédica y Europ Assistance será causal de término de este beneficio.

**Identificación del Cotizante****Anexo N°1. Asistencia en Viajes en el Extranjero**

Nombre Cotizante:

RUT:

E-mail:

Plan de Salud:

Fecha:

Nro. FUN:

Código:

NOVIEMBRE /2022

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y TIMBRE ISAPRE\_\_\_\_\_  
FIRMA COTIZANTE

Huella dactilar Afiliado