

Planes de Coberturas

EuroAmerica Soluciones Corporativas



EuroAmerica
mundo financiero



EMPRESA CONTRATANTE: UNIVERSIDAD DE CHILE

Vigencia Mayo de 2012/ Abril de 2013

Coberturas	Bonificación (%)			Tope por persona (UF)
	Otros Prestadores %	F. Arturo López Pérez %	J.J. Aguirre %	
Coberturas Oncológicas (Cáncer)				
Día cama	70	90		2,5 por día
Servicios hospitalarios	70	90		Sin tope
Honorarios médicos quirúrgicos	70	90		Sin tope
Ambulancia terrestre (radio 50 km)	70	90		Sin tope
Servicio privado de enfermera profesional	70	90		Sin tope
Prestaciones Ambulatorias (Cáncer)				
Consultas medicas	70	90		Sin Tope
Procedimientos diagnósticos	70	90		Sin Tope
Procedimientos terapéuticos	70	90		Sin Tope
Exámenes de laboratorio y radiológicos	70	90		Sin tope
Medicamentos oncológicos	70	90		Sin tope
Quimioterapia y radioterapia ambulatoria	70	90		Sin tope
Hospitalización cualquier causa desde el día 15				
José Joaquín Aguirre %				
Día cama Atención Institucional		70		Sin tope
Consultas medicas (convenio)		60		0,5 x prest./ 5 anual
Exámenes de laboratorio y radiológicos		40		5 anual
Hospitalización cualquier causa desde el día 26				
cualquier prestador médico				
Día cama		70		2,5 por día
Servicios hospitalarios		70		Sin tope
Honorarios médicos quirúrgicos		70		Sin tope
Otras prestaciones por cualquier causa				
cualquier prestador médico				
Medicamentos genéricos convenio Farmacia Cruz Verde		70		Sin tope
Prótesis		70		70 anual
Órtesis		70		30 anual
Rehabilitación ambulatoria		70		Sin tope
Diálisis		70		250 anual
GES/CAEC ambulatorio y hospitalario		100		Sin tope
Tope máximo por persona		UF 1.100 anual		
Deducible por persona		UF 2 anual		

- El detalle de coberturas presentado se rige por las Condiciones Generales del Seguro Colectivo Complementario de Salud POL 3 11 040, autorizado por la Superintendencia de Valores y Seguros, disponible en www.svs.cl.
- Si requiere de mayor información, comuníquese con EuroAmerica Seguros de Vida al 600 582 3000 o visite www.euroamerica.cl.
- La información contenida en este documento esta 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.

Planes de Coberturas

EuroAmerica Soluciones Corporativas



- de esta póliza se encuentran debidamente señaladas en Condicionado General regido por la Superintendencia de Valores y Seguros (SVS) POL 3 11 040. Exclusiones: Las exclusiones

Seguro de Vida Colectivo

Riesgos Cubiertos	Condicionado	Capital Asegurado
Fallecimiento	POL 2 10 165	UF 500 c/u
Muerte Accidental	CAD 2 07 034	UF 500 c/u
Invalidez Total 2/3	CAD 2 10 146	UF 500 c/u

Protección Familiar (cobertura solo por fallecimiento)	
Cónyuge	100% capital titular

- Los capitales informados son referenciales. El capital asegurado corresponde al informado por el contratante y aceptado por EuroAmerica.
- Para trabajadores vigentes con modificación de capital (sueldo) superior o igual al 8% deberá presentar Declaración Personal de Salud (DPS).
- Para Capitales superiores a UF10.000, EuroAmerica requerirá necesariamente exámenes médicos.
- EuroAmerica se reserva el derecho de aceptar, rechazar, restringir o sobreprimiar la cobertura solicitada, así como de solicitar antecedentes adicionales o eventualmente exámenes médicos.
- Esta cobertura se rige por las Condiciones Generales de Póliza inscrita en la Superintendencia de Valores y Seguros, disponibles en www.svs.cl.



SEGURO PROTECCIÓN INTEGRAL

Universidad de Chile

<input type="checkbox"/>	Modificación
<input type="checkbox"/>	Incorporación

Instrucciones

Complete sus datos con letra imprenta.

La Declaración de Salud debe ser llenada de puño y letra por el Funcionario.

(1) IDENTIFICACIÓN DEL FUNCIONARIO

Nombre Completo	
Rut	Fecha Nacimiento

(2) SEGURO COLECTIVO DE VIDA

(2.1) FUNCIONARIO

Marcar con una cruz los seguros que desea contratar:

Seguro de vida
(UF 500)

Deseo incorporar el adicional
Indemnización por Muerte
Accidental (UF 500)

Deseo incorporar el adicional
Invalidez Total y Permanente Dos
Tercios (UF 500)

Designación de beneficiarios del funcionario

Nombre Completo	RUN	Fecha Nacimiento	Porcentaje de Capital

(2.2) CÓNYUGE

Deseo incorporar a mi Cónyuge en el Seguro de Vida

Nombre Completo	
Rut	Fecha Nacimiento

Marcar con una cruz los seguros que desea contratar:

Seguro de vida
(UF 500)

Deseo incorporar el adicional
Indemnización por Muerte
Accidental (UF 500)

Deseo incorporar el adicional
Invalidez Total y Permanente Dos
Tercios (UF 500)

Nota: En caso de fallecimiento del cónyuge, el beneficiario será el funcionario titular.

(3) SEGURO COLECTIVO DE SALUD

Deseo incorporar a mis cargas

Relación	Nombre Completo	Fecha Nacimiento	Rut
Cónyuge			
Hijo			
Hijo			
Hijo			

Declaración de Salud

Si Usted o alguien de su grupo familiar padece o ha padecido de alguna enfermedad diagnosticada o en proceso de diagnóstico con anterioridad a la fecha de llenado de este formulario, favor indicar, ya que éstas deben ser evaluadas para determinar su cobertura.

Nombre Completo	Diagnóstico	Fecha

FIRMA TITULAR _____

Fecha de llenado _____

F
O
R
M
U
L
A
R
I
O

I
N
C
O
R
P
O
R
A
C
I
Ó
N