

Arica, 06 de junio de 2017.

INFORMATIVO D. RHBP N° 0.52/2017

SEGURO BCI COLECTIVO VIDA Y SALUD – USOS Y PROCEDIMIENTOS

DE : DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

A : AFILIADOS AL SERVICIO DE BIENESTAR

Estimado (a) Afiliado (a):

Junto con saludarlo(a) cordialmente, entrego información sobre procedimientos para hacer efectivo los reembolsos del seguro colectivo de vida con adicional de salud, que el Servicio de Bienestar mantiene con la Compañía de Seguros BCI Vida.

Es importante recordar lo siguiente:

Seguro de Vida BCI:

Si no ha entregado el formulario Designación de Beneficiario de Vida BCI, le recordamos que debe llenarlo y hacerlo llegar en original a las Oficinas del Servicio debidamente firmado.

Solicitud de Reembolso de gastos Médicos:

Para solicitar los reembolsos de gastos médicos debe hacerlo llenando el Formulario Solicitud de Reembolso de gastos Médicos de la Compañía de Seguros BCI Vida. El plazo de presentación de los gastos en el Servicio de Bienestar es 80 días corridos.

La solicitud de reembolso debe ser llenada por el médico tratante, indicando el diagnóstico(s), por una vez, para las siguientes atenciones por continuación de tratamiento por el mismo diagnóstico y con el mismo profesional, sólo es necesario que sea completado por el asegurado Titular.

Cuando por alguna causa no lleve el formulario Solicitud de Reembolso a la consulta médica, **en forma excepcional**, puede reemplazar la sección Informe Médico tratante, con un certificado médico con el Diagnóstico, tratamiento y pronóstico nombre y RUT del paciente, con nombre, firma, RUT y timbre del médico tratante.

Debe adjuntar documentos originales: de pagos extendidos a nombre del paciente, tales como copias del afiliado de Órdenes de atención nominativos, Bonos de reembolso, Programas médicos con el detalle de prestaciones, Epicrisis con detalle de gastos en



UNIVERSIDAD DE TARAPACÁ
Universidad del Estado

caso de hospitalización en clínica u hospital, Boletas o Facturas, Recetas Médicas, en caso de recetas retenidas deberá solicitar en la farmacia una copia con timbre que indique que la receta fue retenida.

Este seguro opera después de los reembolsos de las instituciones de salud previsual ISAPRE o FONASA, para los gastos que no sean reembolsables, la Isapre debe indicarlo en el documento.

Se adjunta formularios, Solicitud de Reembolsos y Designación de Beneficiarios del Seguro de Vida. Además los puede encontrar en la Página Funcionario – Bienestar, en la Página UTA – Formularios, y en la página www.conveniomaticobcseguros.cl

Beneficios Extra –convenio

Convenio con Farmacias: Salcobrand, Cruz Verde y Fasa (Ahumada) (Uso opcional).

Este beneficio está disponible.

Podrá hacer uso de bonificación inmediata, al comprar receta de medicamentos, con la tarjeta Salcobrand, Cruz Verde y Fasa. El uso de este sistema No tendrá costo. En caso de pagar deducible debe entregar la boleta y la receta en el Servicio de Bienestar para recuperar el valor del deducible.

Compra de Ordenes de atención a través del sistema IMED, con bonificación inmediata.

Este beneficio está disponible para compra de órdenes de atención y exámenes. En caso de pagar deducible debe entregar la orden de atención en el Servicio de Bienestar para recuperar el valor del deducible.

Prestadores Preferentes

Se otorga 100% de cobertura hasta tope del plan en atención hospitalaria Modalidad Institucional y Habitación Bipersonal en Hospital de la U. de Chile, Clínicas Interclínicas (Los Carreras, Clínica Codillera, Los Leones de Quilpue) y Hospital Parroquial de San Bernardo, para todas aquellas prestaciones bonificadas por su sistema de Salud (**Mayores antecedentes en Anexos**).

Forma de uso del seguro vida y salud.

La información en detalle la puede revisar en los siguientes Anexos:

- Condiciones particulares Póliza de seguro colectivo temporal de vida N° 1427545-1 que considera:
- Presentación con las condiciones particulares de cobertura y forma de uso del seguro en vida y salud, incluye el "Cuadro de Beneficios de gastos médicos y hospitalarios (Pol3 2013 0567)".
- Condiciones Especiales del Seguro, Criterios de Liquidación de adicional de Salud, Condiciones de Cobertura Catastrófica y Beneficios Adicionales.

Cualquier consulta sobre el seguro de Vida y Salud BCI, puede realizarla en las Oficinas del Servicio de Bienestar o en el anexo 5944. Este informativo lo podrá revisar en Intranet – Funcionario –Bienestar – Informativos. En link de interés puede ingresar al Seguro BCI (con su rut sin puntos ni dígito, clave los 4 primeros dígitos del rut) para revisar sus reembolsos y datos del seguro. De la misma forma puede ingresar directamente a consultar la página www.conveniomaticobciseguros.cl - vida y salud.

Esperando contar con la máxima difusión de la presente información, le saluda atentamente,



ALEJANDRO RODRÍGUEZ ESTAY
Director Administración y Finanzas

cc: Vicerrectoría Administración y Finanzas
Arch.

ARE/sva.

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS SEGURO DE VIDA GRUPAL**IDENTIFICACIÓN ASEGURADO**

R.U.T.: _____ Nombre: _____

IDENTIFICACIÓN PÓLIZA

Empleador: _____ Póliza: _____

RUT (Obligatorio)	APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES	RELACIÓN	%BENEF.	DATOS CONTACTO (TELÉFONO / EMAIL)
Nota: Favor completar todos los items solicitados.			Total debes sumar 100%	

BENEFICIARIOS SEGURO DE VIDA (En caso de fallecimiento del asegurado titular).

Si usted designa beneficiarios menores de edad, se le recuerda que éstos necesariamente deben actuar debidamente representados. Si necesita espacio adicional, favor adjuntar hoja anexa de designación de beneficiarios, que incluye nombre, rut, fecha y firmas. **IMPORTANTE:** Esta declaración de beneficiarios reemplaza y deja sin efecto cualquier designación de beneficiarios efectuada con anterioridad.

Fecha: / /

Firma del Asegurado

Esta designación de beneficiarios es confidencial, pudiendo ser cambiada en el futuro mediante carta certificada. Existe completa libertad en cuanto al número y personas designadas, pudiendo éstas ser o no, familiares del asegurado. En caso de designar más de un beneficiario, indicar el capital asignado a cada uno; en caso de omitir este detalle, se prorrateará el capital asegurado en partes iguales entre los designados.

Fecha de Recepción Cía.: / /

SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS

DECLARACIÓN DEL MÉDICO (Uso exclusivo del Médico)

Agradecemos proporcionar los siguientes antecedentes para que su paciente acceda al beneficio de salud:

Nombre completo del paciente: _____ Edad: _____

Diagnóstico principal, tratamiento y pronóstico (Letra imprenta)

Fecha de Atención _____

Fecha de inicio de Síntomas que originaron la consulta _____

Fecha que se le diagnosticó por primera vez la enfermedad _____

Tratamiento e Indicaciones Médicas

Tratamiento Prolongado o a permanencia SI ☐ NO ☐ Periodo de tratamiento _____

Detallar tipo de tratamiento: _____

En caso de accidente, indicar

Tipo de Accidente: LABORAL ☐ OTROS ☐ Fecha de Atención _____

Breve descripción del accidente: _____

En caso de Embarazo:

Fecha probable fecundación: _____ Fecha Diagnóstico _____

FFPP: _____

Nombre del Médico: _____ **RUT:** _____

Especialidad del Médico: _____ **Fono:** _____ **Firma:** _____

DECLARACIÓN DEL ASEGURADO

Nombre del Asegurado Titular: _____ RUT: _____

Nombre del paciente o Beneficiario: _____ Isapre: _____

Síntomas que originaron la visita al médico: _____

¿Es continuación de tratamiento? En caso afirmativo, indicar:

SI ☐ NO ☐ N° de Liquidación _____ Diagnóstico Anterior _____

Por este medio certifico que los datos aportados son verdaderos. Autorizo a los médicos y/o instituciones a entregar todos los antecedentes patológicos, o copias de sus archivos, tanto del suscrito como de sus dependientes.

CANTIDAD DE DOCUMENTOS						
Bonos/Orden At.	Reembolsos	Boleta Farmacia	Recetas	Programas	Otras	Total
Total Gastos Solicitados: _____ (Gastos efectivamente incurrido por el asegurado)		Fecha _____ Firma _____				

DECLARACIÓN DEL CONTRATANTE

Nombre o Razón Social Contratante: _____ RUT: _____

Nombre del Funcionario: _____ Fecha: _____

Certifico que el asegurado titular antes señalado es empleado de la empresa. Que su seguro estaba vigente al momento de ocurrir la enfermedad o accidente, al igual que sus dependientes.

_____ Firma

ORIGINAL