



Preguntas frecuentes

Seguro Catastrófico y sus beneficios

**AQUÍ PODRAS ACCEDER A TODAS LAS RESPUESTAS DE DUDAS Y
CONSULTAS QUE NOS REALIZAN**

SEGURO CATASTRÓFICO

¿Cuánto es el monto máximo reembolsable?

El monto máximo reembolsable por asegurado es de 10.000 UF o 20.000 UF, dependiendo del seguro adquirido. No obstante, si algún asegurado llega a cumplir 77 años, el monto disminuye a 2.000 UF o 4.000 UF respectivamente.

¿Desde cuándo comienza a operar este seguro?

El seguro comienza 90 días después de la fecha de inicio de vigencia de la póliza.

¿Qué pasa si me arrepiento de haber comprado el seguro?

Tendrás 10 días después de recibida la póliza para poder retractarse de la compra, en el cual recibirá el reembolso del dinero. Después de pasado ese período, puede darse de baja en cualquier momento del seguro.

¿Hasta cuantas cargas puedo incluir al seguro?

Se pueden agregar a un máximo de 5 cargas además del titular.

¿Se paga deducible?

Sí, es de UF 100, el cual es por evento y para cada asegurado. Sin embargo, los asegurados estarán exentos del pago en caso de la primera ocurrencia de alguna de las siguientes enfermedades: cáncer, accidente vascular cerebral, infarto al miocardio, revascularización coronaria (by-pass), trasplante de órganos mayores, injerto aórtico, cirugía de válvulas cardiacas y angioplastia por balón, los cuales se describen en mayor profundidad en el CP (o póliza).

¿El deducible UF 100 es por evento o anual?

El deducible es por evento.

Si el cliente tiene Capredena ¿puede contratar?

El cliente no puede contratar, ya que Capredena funciona de una forma distinta. Puede contratar solo si su previsión es Fonasa B, C, D o Isapre.

Si me quedo sin previsión teniendo el seguro contratado ¿me da cobertura?

En caso de quedarse sin previsión posterior a la contratación será indemnizado un 50% del gasto efectivo de la prestación realizada.

¿Cuál es el criterio para definir catastrófico?

Dadas las condiciones del producto, cualquier accidente o enfermedad que tiene un gasto mayor o igual a 100 UF.



¿Cuánto es la duración de cada evento?

Un evento podría durar cómo máximo 36 meses.

¿Qué pasa si en el año me consumí el tope por evento?

El tope se consume por evento, por lo tanto, puedo ocupar el capital durante los 36 meses que puede durar un evento hasta consumir el total.

Si el seguro me está cubriendo un evento, y me ocurre otro ¿el seguro me cubrirá el total del capital asegurado de 10.000/20.000 por cada evento?

Si, el capital asegurado total es por evento y por asegurado.

Si a una persona le diagnostican una enfermedad catastrófica durante el período de carencia ¿le cubre el seguro después de acaba la carencia?

No, puesto que pasaría a contarse cómo preexistencia.

¿Es posible dejar como carga a hijos adoptados?

Sí, pero tiene que ser carga legal del titular.

Un cliente asegurado que tuvo un accidente o enfermedad catastrófica, y tiene que realizarse cirugía reconstructiva ¿el seguro le cubre?

Si, bajo el contexto de accidente o enfermedad catastrófica, de no ser por accidente no cubre cirugías plástica o cosmética.

¿El titular tiene que demostrar de alguna forma su relación con las cargas?

Al adquirir el seguro no es necesario, en caso de siniestro si podrán solicitar documentación de ser necesario.

¿El primer pago es después de la carencia?

No, el primer pago es al momento del contrato del seguro, a través de pago en línea por KLAP.

¿Pueden rechazarme la DPS por alguna enfermedad?

Si, la primera pregunta de la DPS es para evaluar la posibilidad de contratación, si tienes alguna de esas enfermedades no podrás contratar.

¿Cuáles son las enfermedades de preexistencia que no me dejara contratar?

Diabetes, insuficiencia/miocardiopatías cardiacas, by-pass coronario; enfermedades a las coronarias, infarto del miocardio, angina de pecho, soplos cardiacos, arritmias, insuficiencia renal crónica, trasplante (cualquier órgano), EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), fibrosis pulmonar, cirrosis hepática, daño hepático crónico, enfermedad poliquística renal o hepática, embarazo, cáncer en todos sus estados ((incluye leucemia, linfomas y melanoma maligno).

¿La DPS incluye preguntas sobre salud mental?

La pregunta N°2 de la DPS, incluye preguntas sobre patologías asociadas a la salud mental.

¿Una persona que ingresa embarazada al seguro, como está cubierto el parto?

Debido a que el embarazo se encuentra en la primera pregunta de la DPS, no se puede ingresar al seguro con esta preexistencia, debe esperar al parto para poder contratar el seguro.

¿En qué caso no tengo que declarar el cáncer?

Si ha padecido cáncer y finalizado su tratamiento radical hace 5 años o más sin recaída posterior, no requiere declarar esta enfermedad.

Si tuve cáncer hace muchos años ¿puedo contratar el seguro?

Solamente en el caso que el tratamiento radical haya finalizado hace 5 años o más, ahí sí se puede contratar el seguro y no se tiene que declarar en la DPS.

Una exclusión derivada de la DPS declarada ¿hace que la prima del seguro disminuya?

El valor de la prima será siempre la misma independiente del N° de exclusiones.

¿Las exclusiones derivadas de la declaración de la DPS duran para siempre? ¿o algunas tienen un tiempo concreto?

Las exclusiones derivadas de la declaración de la DPS duran para siempre.

En caso de siniestro ¿cómo el cliente debe proceder?

En la página de BCI Seguros hay una sección llamada "Denuncio de Sinestros", donde se deben subir todos los documentos solicitados. Además, este proceso se puede realizar a través de la aplicación o en las oficinas presenciales de BCI Seguros. Ante cualquier consulta, los clientes deben llamar al CRI (Centro de Respuesta Inmediata) 600 6000 292.

¿Qué ocurre si mi previsión no me cubre o no me bonifica la prestación?

El seguro actúa luego del uso de la previsión por lo que, no cubriría el seguro.



Si el asegurado no se identifica con su género de nacimiento ¿cuál debo ingresar al momento de crear la póliza?

Se debe registrar siempre el que aparece en su cédula de identidad.

¿El producto se puede pagar con otro medio de pago que no sea PAT?

No, por el momento este producto solo se encuentra habilitado para PAT

¿Cuáles son los límites de edad para el seguro catastrófico?

Asegurables	Edad mínima de ingreso	Edad máxima de ingreso	Edad máxima de permanencia
Titular	18 años	78 años y 364 días	99 años y 364 días
Asegurado Dependiente (Cónyuge, Unión civil)	18 años	78 años y 364 días	Hasta la permanencia del asegurado titular
Asegurado Dependiente (Hijos de titular y/o cónyuge)	14 días	24 años y 0 días	24 años y 364 días

*Los hijos mayores de 24 años podrán seguir con continuidad de cobertura (sin carencia) pagando tarifa individual de adulto.

¿El seguro incluye algún beneficio?

La póliza incluye el beneficio de descuento en medicamentos de marca y genéricos en Farmacias Salcobrand y sala de urgencia.

BENEFICIOS ADICIONALES: Medicamentos

¿Los beneficios son gratuitos?

Sí, podrás acceder a ambos beneficios al momento de tu contratación.

¿Qué es el beneficio de medicamentos?

Consiste en un descuento automático al momento de realizar la compra, en el siguiente cuadro se señalan las categorías y porcentajes de descuentos adheridos.

Tipo medicamentos	Descuento	Tope anual
Medicamentos genéricos	40%	\$16.500
Medicamentos de marca	10%	
Medicamentos Lab Medipham	25%	
Vitaminas y Minerales Vitamin Life	10%	
Perfumería y Belleza Cluny	12%	
Consumo Masivo	5%	

*Sólo titular. Aplica con o sin receta médica. Sólo se debe presentar cédula de identidad.

¿En qué farmacias aplica el beneficio?

Exclusivo en cualquiera farmacia Salcobrand del país.

¿Tiene algún tope de cobertura?

El tope mensual es de \$16.500 pesos

¿Para quienes es este beneficio?

Beneficio exclusivo para el titular de la póliza.

El beneficio de descuento en farmacias (Salcobrand) ¿es acumulable con otros descuentos?

No es acumulable. El cliente debe indicar que beneficio desea utilizar en la farmacia.

BENEFICIOS ADICIONALES: Sala de Urgencia

¿Qué es el beneficio Sala de Urgencia?

Consiste en un beneficio de atención médica en Sala de Urgencias ante un evento inesperado ya sea causado por alguna enfermedad o accidente.

¿Cuál es la cobertura y topes?

Coberturas	Tope de Evento	Eventos Anuales
Sala de Urgencia	UF 9	3 eventos por enfermedad Ilimitado para accidente
Orientación médica telefónica	Ilimitado	Ilimitado
Telemedicina	–	3 eventos
Médico a domicilio en caso de urgencia por accidente	UF 2	3 eventos
Traslado médico terrestre en caso de urgencia por accidente	Ilimitado	Ilimitado

*Aplica para titular y cargas.

¿Para quienes es este beneficio?

Beneficio para titulares y cargas.

¿Cuándo comienza a aplicar la cobertura?

Para el **servicio de sala de urgencia por enfermedad** son **10 días corridos** desde la contratación de la póliza, para el servicio **sala de urgencia por accidentes** u otros servicios son **48 horas corridas** desde la contratación de la póliza.

¿Cómo activo el beneficio?

Debe solicitar la atención vía telefónica o a través de WhatsApp previo a dirigirse al servicio de urgencia, para comunicarse debe llamar al número: 228261130 o enviar mensaje a través de WhatsApp al número +569 3899 2244 (solo mensajes).

Al llamar para activar el beneficio ¿Qué información se debe entregar?

Rut del asegurado titular, sistema de previsión del beneficiario, detalle de la urgencia medica o emergencia medica y su origen, ubicación geográfica.

¿Cómo funciona este beneficio?

La cobertura, será a través de IMED, siempre que el centro de salud mantenga esta herramienta tecnológica, de lo contrario, se realizará un reembolso por la atención médica de urgencia, el cliente deberá adjuntar toda la documentación proporcionada en el centro médico en donde asista, reembolsar en su sistema de salud y luego solicitar reembolso enviando toda la documentación al correo salaurgencias@auxilia.cl



**¡PROTEGEMOS LO QUE
MÁS QUIERES!**

