

VALORES RENOVACIÓN POLIZA 6102 SINDICATOS	% FINANCIAS TRABAJADOR	% FINANCIAS CMSG	VALOR A PAGAR CON REAJUSTE 2018-2019		Incremento versus año anterior	Diferencia respecto al valor año 2018: +/-
			EN UF	EN PESOS		
Trabajador/a Sin Cargas	27%	73%	0,1945	\$ 5.308	8%	1.477
Trabajador/a + 1 Carga	36%	64%	0,3004	\$ 8.198	8%	1.705
Trabajador/a con 2 ó + Cargas	43%	57%	0,4075	\$ 11.120	8%	1.932

**Importante: El Valor en Pesos (\$) va variando mes a mes ya que la póliza se paga en UF**

### Síntesis Cobertura de la Póliza :

- \* Sin Deducible
- \* Tope anual por persona: **300 UF** (No Considera Cobertura adicional Catastrófica)
- \* Reembolsos Mediamentos en un 50% y de forma directa en farmacias en convenio (CRUZ VERDE - SALCOBRAND)
- \* Valor incluye **Seguro de Vida** en caso de Muerte Accidental del colaborador por 200 UF
- \* **Seguro de Vida** Incluye Cláusula Adicional por Muerte de Cónyuge de 10 UF
- \*\* Considera misma cobertura Poliza 6102 (2018):

Beneficio / Cobertura	Tope anual
* Gastos Hospitalarios / Ambulatorio	Sin tope anual
* Exámenes Laboratorio e Imagenología	Sin tope anual
* Procedimientos de Diagnóstico y Terapéuticos No Quirúrgicos	100 UF anuales
* Kinesioterapia	10 UF anuales
* Cirugía Maxilofacial por accidente (60% cobertura)	Sin tope anual
* Gastos de Maternidad (Del parto normal)	20 UF anuales
** Cesáreas	30 UF anuales
** Complicaciones Embarazo y Aborto No Voluntario	10 UF anuales
* Salud Mental ambulatoria y Gastos Hospitalarios	20 UF anuales
* Óptica	6 UF Anuales
* Audífonos, prótesis y Órtesis	20 UF anuales
* Ambulancia	3 UF Anuales
* Fonoaudiología	10 UF anuales
* Terapeuta Ocupacional (Tope x Consulta)	Sin tope anual
* Cirugía Plástica por accidente (60% cobertura)	Sin tope anual
* Cirugía Lásik sin restricción dioptría	4 UF anuales
* Tratamientos de Fertilidad (Incluye medicamentos)	10 UF anuales
* Gasto Donante Vivo	30 UF anuales
* Gasto Donante Post Mortem	20 UF anuales
* GES/CAEC	Sin tope anual
* Nutricionista - con derivación médica (Tope x Consulta)	10 UF anuales
* Cintas Medición Glicemia	5 UF Anuales
* Cobertura DENTAL (Iguales % año 2018)	11 UF Anuales
* Medicamentos de marca (50% reembolso)	20 UF anuales (Aumento en 10 UF versus año 2018)
* Medicamentos Genéricos o Bioequivalentes (100% Reembolso)	



## Póliza Opcional para Colaboradores(as) - COBERTURA PARA PADRES

RENOVACIÓN PLAN PADRES POLIZA 6103 SINDICATOS	VALOR A PAGAR CON REAJUSTE 2018-2019		Incremento versus año anterior	Diferencia respecto al valor año 2018: +/-
	EN UF	EN PESOS		
Trabajador/a + 1 Padre	0,5836	\$ 15.924	9%	1.263
Trabajador/a + 2 Padres	1,1672	\$ 31.848	9%	2.526

**Importante: El Valor en Pesos (\$) va variando mes a mes ya que la póliza se paga en UF**

### Síntesis Cobertura de la Póliza :

- \* Sin Deducible
- \* Tope anual por Padre: **100 UF** (\* No Considera Cobertura adicional Catastrófica)
- \* Sin límites de edad para Ingreso y Permanencia del padre.
- \* **Madre:** Cubre en las madres el control Ginecológico (PAP, Mamografía, Ecotomografía mamaria, Ecografía Ginecológica). Exámenes Hormonales, Tiroideos y Densitometría Ósea.
- \* **Padre:** Cubre los controles preventivos urológicos, en hombres con edad igual o mayor a 40 años, se cubrirán las siguientes prestaciones: Consulta Médica y Antígeno Prostático.

**\*\* Considera misma cobertura Póliza 6105-2018:**

Beneficio / Cobertura	Tope anual
* Consultas Médicas (50% Reembolso con tope de 0,3 por evento)	Sin tope anual
* Exámenes Laboratorio e Imagenología (35% Reembolso)	Sin tope anual
* Procedimientos de Diagnóstico y Terapéuticos No Quirúrgicos (35% Reemb)	60 UF anuales
* Gastos Hospitalarios (Días Cama 80% con tope de 2UF por día)	Sin tope anual
* Gastos Hospitalarios (Días Cama UTI/UCI 80% con tope de 4UF por día)	Sin tope anual
* Servicios Hospitalarios (50% Reembolso)	Sin tope anual
* Cirugías Ambulatorias (50% Reembolso)	Sin tope anual

