



Universidad del Desarrollo



Información Seguro Colectivo

Universidad del Desarrollo

Vida Cámara 2021-2022

Willis Towers Watson

 **VIDA CÁMARA**
SOMOS CCHC

1.- Costo del Seguro

Este seguro no tiene costo para los colaboradores con contrato indefinido de la UDD, si quiere incorporar cargas (únicamente cónyuge y/o hijos), tendrá un valor, el cual se detalla a continuación:

Cantidad de cargas	Vigencia 2021-2022 UF
Asegurado con 1 carga	0,63
Asegurado con 2 cargas	1,29
Asegurado con 3 cargas	2,11
Asegurado con 4 cargas o más	2,76

2.- Incorporación al Seguro

Para ser incorporado al seguro complementario de salud, debe completar el formulario digital de incorporación (PDF editable) y hacerlo llegar junto con una copia de su cédula de identidad por ambos lados al correo de Recursos Humanos correspondiente:

- **Sede Santiago:** atencionrrhhscl@udd.cl
- **Sede Concepción:** atencionrrhhccp@udd.cl

Este formulario consta de dos partes: Seguro Colectivo, donde debe completar sus datos y los de sus cargas (si corresponde) y del Seguro de Vida, donde deberá incluir a sus beneficiarios.

IMPORTANTE. Usted está solicitando su incorporación como Asegurado a una Póliza o Contrato de Seguros Colectivo cuyas condiciones han sido convenidas por el Contratante individualizado en el Título I de esta solicitud, directamente con la Compañía de Seguros.



Fecha Recepción Compañía:

SOLICITUD DE INCORPORACIÓN DE SEGURO COLECTIVOS

(Sin cobertura de preexistencias en Seguro de Salud y Vida)

TIPO DE INCORPORACIÓN (marque con X)

Solicitud Ingreso Asegurable Titular Incorporación de Cargas Actualización de Datos

PRODUCTOS (marque con X las opciones correspondientes)

Complementario de Salud Básico Seguro de Vida Apoyo Familiar

I. CONTRATANTE

Nombre o Razón Social	R.U.T.	Póliza
-----------------------	--------	--------

Datos del asegurado y sus cargas

II. ASEGURABLE TITULAR

R.U.T.	Apellido Paterno	Apellido Materno	
Nombres		Fecha nacimiento	Sexo
Estado Civil	Nombre de Sistema Previsional de Salud	Actividad	
Dirección Particular	Nro.	Depto.	Sector/Villa/Población
Comuna	Ciudad	Teléfono Celular	Teléfono Particular
Email		Peso (Kg.)	Estatura (mts.)
FORMA DE PAGO REEMBOLSO COMPLEMENTARIO		Fecha de Ingreso a la Empresa	Renta
<input type="checkbox"/> Transferencia		<input type="checkbox"/> SERVIPAG	
Banco del Titular: _____		Fecha Inicio Vigencia (USO VIDA CÁMARA)	
Nro. Cta. <input type="text"/>			
Tipo de Cuenta: <input type="checkbox"/> Cta. Corriente <input type="checkbox"/> Cta. Vista / Cta. Rut			

III. ASEGURABLES ADICIONALES

Nombre Completo	R.U.T.	Fecha Nacimiento	Parentesco	Nombre de Sistema Previsional de Salud	Peso (kg.)	Estatura (mts.)

II. Antecedentes asegurado titular

Completar todos sus datos personales y la forma de pago de reembolso para el seguro complementario de salud.

III. Antecedentes de las cargas

Completar los datos de sus cargas, indicando rut, nombre y ambos apellidos, fecha de nacimiento, parentesco con el titular y su sistema de salud.

VI. Designación beneficiarios para el seguro de vida

Indique nombre y ambos apellidos, rut, parentesco, fecha de nacimiento, sexo y porcentaje que va a designar a cada uno de sus beneficiarios.
La suma de los porcentajes debe ser de 100%.

IMPORTANTE

Si no designa beneficiarios, el Seguro de Vida será otorgado a sus herederos legales, mediante posesión efectiva.

VI. CONSENTIMIENTO Y DECLARACIÓN DE BENEFICIARIOS SEGURO DE VIDA - APOYO FAMILIAR

1. DATOS DEL CONTRATANTE

Razón Social		R.U.T.
N° de Póliza	Capital Asegurado Vida UF:	Rentas:

2. CONSENTIMIENTO

Por este instrumento autorizo mi incorporación como Asegurado al Seguro Colectivo de Vida contratado por el Tomador y/o Contratante antes individualizado con la Compañía de Seguros Vida Cámara S.A. Para tal efecto proporciono los siguientes datos:

R.U.T.	Nombre Completo
--------	-----------------

3. BENEFICIARIOS SEGURO DE VIDA

Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno	R.U.T.
Relación/parentesco	Email	% de Beneficio	
Dirección	Nro.	Depto.	Sector/Villa/Población
Comuna	Ciudad	Teléfono (incluir código ciudad)	

Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno	R.U.T.
Relación/parentesco	Email	% de Beneficio	
Dirección	Nro.	Depto.	Sector/Villa/Población
Comuna	Ciudad	Teléfono (incluir código ciudad)	

Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno	R.U.T.
Relación/parentesco	Email	% de Beneficio	
Dirección	Nro.	Depto.	Sector/Villa/Población
Comuna	Ciudad	Teléfono (incluir código ciudad)	

Declaración enfermedades preexistentes

V. DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD COBERTURAS SALUD - DENTAL - AMPLIACIÓN - VIDA - A. FAMILIAR

TENGA PRESENTE QUE SON ENFERMEDADES PREEXISTENTES Y SITUACIONES PREEXISTENTES AQUELLAS DIAGNOSTICADAS O CONOCIDAS POR EL ASEGURADO CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INCORPORACIÓN DEL ASEGURADO AL SEGURO.

1. ¿Usted o alguno de sus asegurables han sido diagnosticados, o tienen conocimiento de padecer o se encuentran en tratamiento o proceso de estudio por alguna de las enfermedades, situaciones o condiciones de salud que se detallan en el listado siguiente? SI NO

- Enfermedades del sistema nervioso
- Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
- Enfermedades del sistema digestivo
- Enfermedades de la sangre, ganglios, vasos linfáticos, bazo
- Enfermedades sistema respiratorio
- Enfermedades reumatológicas o del sistema osteomuscular
- Tumores y/o enfermedades oncológicas
- Enfermedades del corazón y sistema circulatorio
- Enfermedades del oído, nariz y garganta
- Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
- Enfermedades oculares
- Enfermedades renales o del sistema genitourinario
- Enfermedades infecciosas y parasitarias
- Enfermedades mentales, psiquiátricas o del comportamiento
- Enfermedades ginecológicas y de las mamas
- Secuelas de Enfermedades, Cirugías, Tratamientos y/o Accidentes
- Embarazo
- Licencias médicas reiteradas o mayor a un mes

En caso que usted o alguno de los asegurables dependientes han sido diagnosticados, o tienen conocimiento de padecer o se encuentran en tratamiento o proceso de estudio por alguna de las enfermedades o situaciones antes enunciadas u otras no indicadas, deberá especificar a continuación en el siguiente cuadro los siguientes datos:

NOMBRE COMPLETO ASEGURABLE TITULAR O DEPENDIENTE	ENFERMEDAD Y/O SITUACIÓN DE SALUD	FECHA DIAGNÓSTICO O CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD, TRATAMIENTO Y OTROS ANTECEDENTES

2. En los últimos 5 años, usted o alguno de sus asegurables dependientes ha estado alguna vez internado en un hospital, clínica o sanatorio u otra institución para diagnóstico, intervenciones o tratamiento de enfermedades comunes o accidente? SI NO
En caso de respuesta afirmativa, especificar en el recuadro de más adelante.

NOMBRE COMPLETO ASEGURABLE TITULAR O DEPENDIENTE	DIAGNÓSTICO, ENFERMEDAD, TRATAMIENTO.

I. Antecedentes asegurado y cargas

Indica nombre de la persona asegurada, descripción de la preexistencia, y fecha diagnóstico

II. Observaciones

Comentarios sobre lo declarado en la preexistencia

III. Declaración deportes riesgosos

Indicar si el asegurado titular o las cargas realizan deportes de alto riesgo.

3.- Detalle de coberturas de Salud y Vida

	Cobertura	% de Reembolso	Tope Prestación UF	Tope Anual Cobertura UF	Tipo Tope
BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN	Día Cama Hospitalización	100%	4,00 UF		Personal
	Hospitalización Domiciliaria por día	100%	4,00 UF		Sin Tope
	Día Cama Acompañante niño menor de 14 años	100%	4,00 UF		Sin Tope
	Día Cama UTI/UCI	75%	35,00 UF		Personal
	Servicios Hospitalarios	75%			
	Honorarios Médicos	75%			
	Exceso Servicios Hospitalarios	65%			Sin Tope
	Cirugía Ambulatoria	65%			Sin Tope
	Cirugía Máxilo Facial	100%		30,00 UF	Personal
	Cirugía Reparadora por Accidente	100%			Sin Tope
	Servicio Privado de Enfermería	100%			Sin Tope
BENEFICIOS DE MATERNIDAD	Parto Normal	100%	25,00 UF		Personal
	Cesárea	100%	35,00 UF		Personal
	Complicaciones Embarazo	100%	30,00 UF		Personal
	Aborto No Voluntario	100%	10,00 UF		Personal
	Complicaciones del Parto	80%	10,00 UF		Personal
BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS	Medicamentos Ambulatorios No Genéricos ni Bioequivalentes	55%		50,00 UF	Personal
	Medicamentos Ambulatorios Inmunosupresores o Inmunomoduladores	55%			Personal
	Medicamentos Ambulatorios Antineoplásicos	55%			Personal
	Medicamentos Ambulatorios Genéricos y Bioequivalentes	100%			Sin Tope

	Cobertura	% de Reembolso	Tope Prestación UF	Tope Anual Cobertura UF	Tipo Tope
BENEFICIOS AMBULATORIO	Consultas Médicas	65%	1,00 UF		Personal
	Exámenes de Laboratorio	65%			Sin Tope
	Exámenes de imagenología, Radiografías, Ultrasonografías y Medicina Nuclear	65%			Sin Tope
	Procedimientos de Diagnóstico y Terapéuticos No Quirúrgicos	65%			Personal
	Kinesiología	65%			Sin Tope
	Cinta reactiva para diabetes	65%			Sin Tope
	Estudio preventivo de la mama y urológico	55%		1,00 UF	Personal

BENEFICIOS DE SALUD MENTAL	Gastos Ambulatorios por Consultas de Psiquiatría, Psicología y/o Psicopedagogía	65%	1,50 UF	20,00 UF	Personal
	Gastos Hospitalarios	65%		20,00 UF	Personal

BENEFICIOS ESPECIALES	Gastos por Óptica	85%		7,00 UF	Personal
	Audífonos	85%		15,00 UF	Personal
	Prótesis y Órtesis	85%		25,00 UF	Personal
	Plantillas Ortopédicas	80%		2,00 UF	Personal
	Yeso	65%			Sin Tope
	Servicio de Ambulancia Terrestre	70%			Sin Tope
	Fonoaudiología	65%			Sin Tope
	Terapia Ocupacional	50%	0,30 UF		Personal
	Servicio de Ambulancia Aérea	70%		10,00 UF	Personal
	Cirugía Ocular Lasik con Dioptría Superiores a 3	55%		UF 7 por cada ojo	Personal
	Cirugía Ocular	65%			Sin Tope

4.- Beneficios y Convenios

Huella I-med



- Bono electrónico de consultas y exámenes en centros en convenio con sistema I-med.
- Sin restricción de frecuencia y monto.
- Mas de 11.000 convenios.

Hospitalización en línea

Sistema de Ventanilla única donde los reembolsos son tratados en forma interna entre la clínica, su sistema de previsión de salud y Vida Cámara.

Beneficios:

- Evita el trámite manual que significa la solicitud de un reembolso.
- El copago final a cancelar por el asegurado será menor ya que el seguro habrá aplicado las coberturas de la póliza.



Convenio Farmacias en línea

- Reembolso automático, presentando SOLO receta médica y carnet de identidad.
- Vademécum ampliado/ El 99% de los medicamentos para compras en línea.
- Sin límite de transacciones.



Amplia red de sucursales en Regiones



Oficinas

ARICA 7 de junio 268, oficina 410.	TALCA 1 poniente 1258, oficina 707, edificio Plaza Poniente.
IQUIQUE Luis Uribe 100, piso 7, edificio Torre Capital.	CONCEPCIÓN Autopista Concepción Talcahuano 8696, oficina 705, edificio Bio Bio Centro, Hualpén.
CALAMA Granaderos 1474, edificio Megasalud.	LOS ÁNGELES Lautaro 325 piso 4, edificio Futuro.
ANTOFAGASTA Arturo Prat 461, oficina 1205.	TEMUCO Aldunate 512, oficina 508, edificio Chacay.
COPIAPÓ Colipi 484, oficina B-105, Mall Plaza Real.	VALDIVIA Independencia 521, oficina 402.
LA SERENA Amunátegui 489, oficina 303, Portal Amunátegui.	OSORNO Bilbao 1460, piso 1, edificio CChC.
VIÑA DEL MAR 12 Norte 785, oficina 804, edificio Pamplona.	PUERTO MONTT Quillota 175, oficina 814.
SANTIAGO Av. Apoquindo 6750, piso 9, Las Condes.	PUNTA ARENAS Magallanes 671.
RANCAGUA German Riesco 230, oficina 603.	

5.- Reembolso App y Web

I- APP Reembolso Vida Cámara

Solicitar los reembolsos de gastos médicos de su seguro colectivo, ahora es más fácil que nunca, sin formulario vía app.



- ✓ Sin llenar formularios, menos trámites.
- ✓ Rápido y cómodo desde su celular.
- ✓ **SIN TOPE.**
- ✓ Reembolsos en un máximo de 96 horas.

II- WEB www.vidacamara.cl

Sitio Autoconsulta

- ✓ Enviar fotos de sus gastos para solicitar sus reembolsos sin formulario vía web.
- ✓ Ver el historial de sus solicitudes de reembolsos y el estado en que se encuentran.
- ✓ Ver sus cargas asociadas.
- ✓ Ayuda, con glosario y preguntas frecuentes.



6.- Reembolso gastos médicos

- En primer lugar, debe obtener la bonificación por parte de Isapre ó Fonasa (bono o reembolso).
- Ingresar a su perfil de usuario en Vida Cámara, ya sea por WEB o APP.
- A la “Solicitud de Reembolso”, adjuntar todos los documentos originales extendidos a nombre del paciente, tales como bonos, órdenes de atención o solicitudes de reembolso, (copia afiliado), receta, etc.
- En caso de hospitalización; el o los programas médicos con el detalle de las prestaciones (prefactura) y cualquier otro documento que respalde los gastos incurridos.
- El plazo para la presentación EN LA COMPAÑÍA de los gastos ambulatorios, es de 60 días corridos, desde la fecha de la prestación.
- Recuerde siempre, dentro de este mismo plazo, dar aviso a la Compañía antes que su liquidación por parte de su sistema previsional ó centro hospitalario se retrase, así su gasto no quedará fuera de plazo.
- En caso de tener dudas sobre su reembolso puede contactar a nuestra ejecutiva de atención **Valeska Herrera**, al correo valeska.herrera@willistowerswatson.com o al teléfono +56940438092.



7.- Procedimiento afiliación y desafiliación de cargas

Incorporación

Para incorporar cargas adicionales, debe enviar a la Dirección de Recursos Humanos el **“Formulario de incorporación - Seguros colectivos”** en formato digital junto con una copia de su cedula de identidad por ambos lados a los siguiente correos:

- Sede Santiago: atencionrrhscs@udd.cl
- Sede Concepción: atencionrrhccp@udd.cl

Se detalla a continuación los rangos de edad para ingreso y mantención de cargas en el seguro de salud.

Cargas	Edad Máxima de Ingreso	Edad Máxima de Permanencia
Cónyuge	Hasta los 65 años, inclusive	Cumpliendo los 66 años
Hijos	Hasta los 23 años, inclusive	Cumpliendo los 24 años

Desafiliación

Para desafiliar cargas, deberá completar, firmar y digitalizar el formulario **“Carta de Desafiliación de Cargas”**, que se encuentra disponible en la intranet Mi Mundo UDD, y enviarlo en formato digital a los siguientes correos:

- Sede Santiago: atencionrrhscs@udd.cl
- Sede Concepción: atencionrrhccp@udd.cl

Nota: En el caso de que el colaborador o una de sus cargas cumpla la edad tope, la compañía notificará y procederá a efectuar su exclusión del Seguro.

8.- Información y Contactos

Si tiene cualquier inquietud respecto de la operatividad del seguro, descarga de documentos relevantes, etc. Lo invitamos a ingresar a la Intranet de la UDD <http://mimundoudd.net/> en la sección Seguro Complementario de Salud.



Adicionalmente puede realizar sus consultas con la ejecutiva de beneficios del seguro de salud.

Nombre: Valeska Herrera

E-mail: valeska.herrera@willistowerswatson.com

Teléfono: +569 4043 8092



Universidad del Desarrollo



Información Seguro Colectivo

Universidad del Desarrollo

Vida Cámara 2021-2022

Willis Towers Watson

 **VIDA CÁMARA**
SOMOS CCHC