



TÉRMINOS Y CONDICIONES

COMPLEMENTARIO DE SALUD

El presente documento resume y regula las condiciones de uso del Complementario de Salud, una asistencia complementaria de salud comercializada a través de BomberoSeguro.cl. La prestación y coordinación de los servicios está a cargo de Serviclick, conforme a las condiciones de servicio vigentes para este producto.

1. ÁMBITO TERRITORIAL

La asistencia está disponible en el territorio nacional de Chile, incluyendo el área continental y la isla de Chiloé. Se excluyen los demás territorios no especificados, así como las atenciones médicas y/o prestaciones recibidas o solicitadas en o desde el extranjero.

2. REQUISITOS DE CONTRATACIÓN Y PERMANENCIA

El titular debe ser mayor de 18 años a la fecha de contratación y tener capacidad para celebrar actos y contratos. La edad máxima de incorporación es de 75 años y 0 días, y la edad máxima de permanencia es de 79 años y 0 días.

El plan puede incorporar al titular y hasta 4 cargas adicionales que formen parte de su grupo familiar: cónyuge, conviviente e hijos. Los eventos disponibles son compartidos entre todos los beneficiarios del plan, conforme a las condiciones y límites de cada prestación.

3. REQUISITO DE PREVISIÓN O BONIFICADOR DE SALUD

Las prestaciones ambulatorias y de urgencia operan como un descuento aplicado al copago, en línea a través de la red i-med o mediante reembolso cuando dicha plataforma no se encuentre disponible o el servicio se active a posteriori dentro de los plazos establecidos. Por tratarse de un copago, el beneficiario debe contar con un bonificador de salud activo al momento de la atención, como Fonasa, Isapre u otro sistema cerrado de salud, por ejemplo Fusat, Capredena o Jeofosale.

Los descuentos se aplican después de la cobertura del bonificador de salud del beneficiario. Cuando el bonificador principal no opere o rechace los gastos, la asistencia contempla un reembolso equivalente al 50% de la protección correspondiente.

4. CARENCIA

Las prestaciones de Sala de Urgencia por Accidente, Sala de Urgencia por Enfermedad, Consulta Médica Ambulatoria, Telemedicina, Exámenes y Procedimientos y Descuento en Farmacias tienen una carencia de 10 días desde el inicio de vigencia. La Orientación Médica Telefónica tiene una carencia de 72 horas y la Plataforma de Descuentos no tiene carencia.

5. SERVICIOS Y LÍMITES

SERVICIO	LÍMITE POR EVENTO	EVENTOS ANUALES	CARENCIA
Sala de Urgencia por Accidente	UF 9 / 20 / 30 según plan	10 eventos	10 días
Sala de Urgencia por Enfermedad	UF 9 / 20 / 30 según plan	3 eventos	10 días
Consulta Médica Ambulatoria	100% hasta UF 1	5 eventos	10 días
Telemedicina	100%	6 eventos	10 días
Exámenes y Procedimientos	UF 2	3 eventos	10 días
Descuento en Farmacias	50% de la boleta hasta \$7.000 (1 evento por mes)	6 eventos	10 días
Orientación Médica Telefónica	100%	Ilimitado	72 horas
Plataforma de Descuentos	Por cupón	Ilimitado	N/A

El límite por evento de la Sala de Urgencia depende del plan contratado: Plan UF 9, Plan UF 20 o Plan UF 30. Las especialidades y tipos de atención incluidos en cada servicio se detallan en los puntos siguientes.

6. SALA DE URGENCIA POR ACCIDENTE

Consiste en un descuento aplicado al copago de la atención médica de urgencia por accidente, hasta el límite del plan contratado y con un máximo de 10 eventos anuales. Estas atenciones son principalmente de naturaleza traumatológica, como fracturas, luxaciones, heridas abiertas, desgarros musculares y traumatismos craneoencefálicos, frecuentes en accidentes de tránsito, caídas o incidentes laborales.

El descuento puede comprender honorarios médicos y de especialistas, exámenes, imagenología y medicamentos, siempre que sean ordenados y suministrados durante la atención de urgencia. Se aplica en línea mediante i-med al momento de pagar la atención o, cuando i-med no esté disponible o el descuento no se haya aplicado, mediante reembolso. El beneficiario puede atenderse en la Sala de Urgencia del centro médico de su elección y con el profesional que desee, siempre que se cumplan las condiciones de activación.

La atención se considera finalizada cuando el paciente se encuentra estabilizado en sus funciones vitales, aun cuando mantenga alguna patología no resuelta, y está en condiciones de ser trasladado dentro del establecimiento, a otro centro asistencial o a su domicilio.

7. SALA DE URGENCIA POR ENFERMEDAD

Consiste en un descuento aplicado al copago de la atención médica de urgencia por enfermedad, hasta el límite del plan contratado y con un máximo de 3 eventos anuales. Puede comprender honorarios médicos y de especialistas, exámenes, imagenología y medicamentos, siempre que sean ordenados y suministrados durante la atención de urgencia.

El descuento se aplica mediante i-med o, cuando corresponda, mediante reembolso. El beneficiario puede utilizar la Sala de Urgencia del centro médico de su elección y al profesional que desee, sujeto

a las condiciones de activación y límites del servicio. La atención se considera finalizada en los mismos términos indicados en el punto anterior.

8. CONSULTA MÉDICA AMBULATORIA

Consiste en un descuento del 100% del copago, hasta UF 1 por evento y con un máximo de 5 eventos anuales, en consultas médicas ambulatorias de las siguientes especialidades: medicina general, pediatría, ginecología, urología, cardiología, oncología y nutrición.

El descuento se aplica mediante i-med al momento de pagar la atención o, cuando no sea posible, mediante reembolso. El beneficiario puede atenderse en el centro médico y con el profesional que desee, siempre que la especialidad esté incluida en el listado anterior.

9. TELEMEDICINA

Incluye hasta 6 sesiones anuales de telemedicina en medicina general, pediatría, nutrición y kinesioterapia, coordinadas directamente por Serviclick. Durante la atención, el profesional podrá orientar sobre tratamientos, interpretar exámenes, recetar medicamentos y emitir órdenes de exámenes cuando corresponda.

10. EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS

Consiste en un descuento aplicado al copago de exámenes y procedimientos preventivos, oncológicos y médicos, hasta UF 2 por evento y con un máximo de 3 eventos anuales. El descuento se aplica mediante i-med o, cuando no sea posible, mediante reembolso, en el centro médico y con el profesional que el beneficiario elija.

11. DESCUENTO EN FARMACIAS

Consiste en un reembolso del 50% de la boleta de medicamentos debidamente recetados al beneficiario, con un tope de \$7.000 por evento, un máximo de 1 evento por mes y 6 eventos anuales. El servicio no está limitado a una cadena de farmacias específica, pero sí al territorio nacional.

Para solicitar el reembolso, el beneficiario debe contar con la receta médica a su nombre y la boleta de compra, y comunicarse con la central de asistencia, donde recibirá las instrucciones para enviar los antecedentes. Una vez enviada toda la documentación requerida, el reembolso se realiza en un plazo de 24 horas en la cuenta informada por el beneficiario.

12. ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA

Permite al beneficiario acceder las 24 horas del día, sin límite de eventos, a orientación médica telefónica brindada por el departamento médico de Serviclick, para resolver dudas sobre cuadros clínicos, tratamientos, síntomas, medicamentos o situaciones de urgencia, incluyendo primeros auxilios, efectos adversos o contraindicaciones de medicamentos y seguimiento de tratamientos en curso.

Este servicio es informativo y no reemplaza una consulta médica presencial o por telemedicina.

13. PLATAFORMA DE DESCUENTOS

El titular puede acceder a una plataforma con más de 1.000 descuentos disponibles en distintos comercios dentro de Chile, ingresando a beneficios.serviclick.cl e identificándose con su RUT. Los beneficios son dinámicos y el cupón se envía al correo electrónico registrado. No podrán obtenerse más de 3 cupones idénticos dentro de un período de 24 horas y deberán respetarse las instrucciones particulares de uso de cada cupón.

14. ACTIVACIÓN DE SERVICIOS

Para activar las prestaciones, el beneficiario deberá comunicarse previamente con la central de asistencia de Serviclick: teléfono 600 0860 580, WhatsApp +56 2 2427 9580 o WebApp en asistencias.serviclick.cl.

Como regla general, los servicios deben ser activados antes de la atención. No obstante, el plan contempla un plazo de hasta 72 horas corridas desde la atención para activar prestaciones a posteriori y solicitar los descuentos o reembolsos que correspondan.

Si el bonificador de salud no opera al momento del pago, la prestación podrá ser reembolsada posteriormente, siempre que el beneficiario mantenga activos tanto este plan como su bonificador de salud, y después de haber solicitado el reembolso en su Isapre o Fonasa en primera instancia.

15. EXCLUSIONES Y SITUACIONES NO CUBIERTAS

Sala de Urgencia (por accidente y por enfermedad):

- Prestaciones realizadas fuera de la Sala de Urgencia, incluso cuando la derivación sea indicada por el profesional que atendió al beneficiario.
- Atención médica complementaria, aun cuando sea ordenada por el médico de la Sala de Urgencia.
- Exámenes que no sean inherentes o necesarios para tratar la atención dentro de la Sala de Urgencia.
- Honorarios médicos que no estén incluidos en la cuenta de Sala de Urgencia.
- Atenciones no coordinadas con la central de asistencia conforme al procedimiento establecido.

Consulta Médica Ambulatoria y Exámenes y Procedimientos:

- Atenciones no coordinadas previamente o informadas fuera del plazo de 72 horas establecido.
- Atenciones que no correspondan a una consulta ambulatoria, examen o procedimiento, o cuya especialidad no esté incluida en el listado del plan.

Telemedicina:

- Sesiones no coordinadas por la central de asistencia.

Descuento en Farmacias:

- Boletas o recetas ilegibles, incompletas o sin la firma del médico tratante.
- Gastos sin el respaldo adecuado o que no correspondan a medicamentos debidamente recetados, aun cuando se trate de otros elementos indicados en la receta.

Aplicables a todos los servicios:

- La persona que será atendida no sea el titular ni forme parte del grupo familiar incorporado al plan.
- El contratante no se encuentre activo como cliente BOMBERO SEGURO.
- Se haya alcanzado alguno de los límites de servicio.

16. CONDICIONES ESPECIALES

La cobertura opera de forma equivalente para beneficiarios de Fonasa, Isapre y otras previsiones de salud cerradas, hasta el tope de cobertura por evento y el plan contratado.

En prestaciones sin cobertura y/o código de prestación del bonificador principal, se contempla un reembolso equivalente al 50% de la cobertura contratada por evento.

El beneficiario podrá solicitar reembolso en caso de no haber activado el beneficio previamente, hasta 72 horas corridas después de la atención que origine la solicitud.

17. NATURALEZA DEL PRODUCTO

Este producto corresponde a una asistencia complementaria de salud y no constituye un contrato de seguro. No reemplaza a Fonasa, Isapre, otro sistema previsional de salud ni a un seguro de salud. Los beneficios se entregan dentro de los límites, condiciones, procedimientos y disponibilidad establecidos para cada servicio.

18. PRECIO, VIGENCIA Y MODIFICACIONES

El precio del plan se paga mensualmente y será el informado al cliente durante el proceso de contratación en www.bomberoseguro.cl y aceptado antes de efectuar el pago.

Los beneficios estarán disponibles mientras el plan del titular se encuentre vigente y se cumplan los requisitos de incorporación y permanencia. Las condiciones aplicables serán aquellas vigentes e informadas al momento de la contratación, sin perjuicio de las modificaciones que puedan acordarse para renovaciones o períodos posteriores.