



PROCEDIMIENTO DEL SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

AÑO 2024 - THE MACKAY SCHOOL

El siguiente procedimiento es una ayuda para los apoderados del colegio. Las condiciones del seguro se encuentran en la póliza del mismo, la cual está disponible en la página web del Colegio.

El Colegio ha contratado un **seguro de accidentes personales** con la compañía de seguros **HELP Seguros de Vida S.A.**, intermediado por **A.J. Gallagher Corredores de Seguros S.A.** para cubrir dichos riesgos durante el año lectivo 2024.

La póliza corresponde a la inscrita en el Registro de la CMF bajo el código **POL 320140335** número de póliza **606002344** con la referida compañía.

A continuación, nos cumple informar algunos aspectos del seguro y del procedimiento ante la ocurrencia de un accidente:

1. COBERTURA:

Protege a los alumnos los 365 días del año, las 24 horas del día, dentro y fuera del territorio nacional.

El alumno recibirá todas las atenciones médicas necesarias a causa de un **Accidente**, ya sean ambulatorias, hospitalarias y farmacéuticas, incluyendo los gastos derivados de un accidente dental hasta un tope de **UF100 anual** para cada alumno.

2. PORCENTAJES DE REEMBOLSO

100% después de su Sistema de Salud.

100% medicamentos, Insumos y Procedimientos

50% sin sistema de salud

La cobertura comprende a su vez una indemnización de UF100 en caso de **Incapacidad Total y Permanente por accidente**



3. CONVENIOS:

Para una mejor y más expedita atención, la compañía de seguros tiene convenio con **Previsa**, que a su vez tiene convenio con los siguientes centros de atención:

- **IST**
- **Centra**
- **Clínica Reñaca**
- **Asomel**

El convenio permite que el alumno cuando sea ingresado al Centro Asistencial sea atendido de forma preferencial, debiendo hacer uso del Sistema IMED (bono electrónico) por lo que no se le cobrará el copago, salvo que no pueda obtener el bono a través del sistema IMED. En ese caso el Centro Médico emitirá una boleta la cual debe ser presentada por el asegurado en su Isapre, Fonasa o su correspondiente sistema previsional de salud, para el reembolso correspondiente, la diferencia no cubierta será pagada por la Cía. De seguros a través de PREVISA. En caso que la boleta no sea reembolsada por su sistema de salud, se pagará el 50% de la prestación, ejemplo: Los Insumos (jeringa, gasa, vendas, etc)

No obstante, el alumno podrá ser atendido a través del sistema libre elección, en cualquier Clínica, Hospital o Centro de Atención Médica del país, debiendo pagar la prestación, a través de su propio sistema de salud y posteriormente recurrir al seguro para obtener por medio del reembolso los gastos que no le fueron cubiertos.

4. PROCEDIMIENTO CON CONVENIO

El convenio permite que el alumno sea ingresado y atendido de forma inmediata, con las siguientes alternativas de pago:

1. **IMED:** Sistema de bono electrónico. El alumno o sostenedor se identifica con su huella digital dactilar, verificándose por vía electrónica su afiliación, con lo cual el sistema de salud autoriza la emisión del bono de copago de inmediato.
2. **Bonos:** El apoderado podrá entregar los bonos respectivos al momento de la atención o en forma posterior, en cuyo caso deberá dejar pagaré firmado en blanco (depende del centro de atención), los que tendrán una duración de 5 días hábiles para ser reemplazados por lo bonos correspondientes.



En todos los casos, el excedente no cubierto será reembolsado por la compañía de seguros, según tope y condiciones señalados en “Cobertura”.

En caso de atención Ambulatoria:

El alumno ingresa, se identifica y su nombre será buscado en el sistema. El apoderado o quien la acompañe deberá llenar la **Solicitud de Reembolso por Gastos Médicos por Accidente**, disponible en la página web del colegio. Este formulario deberá ser completado y firmado también por el médico tratante.

En caso de atención de Urgencia:

Es el mismo procedimiento anterior, solo que no es necesario que el médico tratante complete y firme la **Solicitud de Reembolso por Gastos Médicos por Accidente**.

En caso de Hospitalización:

Si el accidente deriva en hospitalización, el apoderado será quien deberá realizar los trámites frente a su Sistema de Salud para luego solicitar el respectivo reembolso. Debe a su vez, dejar las garantías que la Clínica o Centro asistencial lesoliciten.

EN AMBOS CASOS, SOLICITUD DE REEMBOLSO DEBE COMPLETARSE INDICANDO CTA, CTE, BANCO, RUN Y E-MAIL DEL SOSTENEDOR, PARA REALIZAR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA

EL TRAMITE DE REEMBOLSO SE REALIZA DIRECTAMENTE ENTRE EL CENTRO EN CONVENIO Y LA COMPAÑÍA

Si por alguna razón de igual modo el centro de atención le hiciera pagar la atención, se debe operar según el punto siguiente:



5. PROCEDIMIENTO LIBRE ELECCIÓN

En caso que la atención sea libre elección, esto es, cualquier centro de atención que no esté en convenio, tanto ambulatoria como hospitalaria o bien, en un centro en convenio sin utilizar los mecanismos descritos, ya sea por elección o por derivaciones en la continuidad de tratamientos, el sostenedor deberá **enviar** el Formulario de Denuncia de Accidente acompañado de la orden médica, junto con todos los comprobantes que hayan generado gasto, después de haberlos presentado a su sistema de salud, **vía correo e-mail a la corredora a fernanda_rocha@ajg.com, con copia a efredes@previsa.cl y jlandaida@previsa.cl**

6. GENERALIDADES

Plazos

El plazo máximo para presentar solicitudes de reembolso derivadas de un accidente **es de 90 días.**

Continuidad de Cobertura:

Si hay continuidad de tratamientos se deberán tramitar los bonos presentando el Denuncio de Siniestro, no necesariamente firmado por el doctor, en donde el sostenedor firme el documento y llene los datos del paciente, indicando que es continuidad de tratamiento y la fecha de ocurrencia del accidente inicial.

Accidentes de Tránsito:

En los casos que las lesiones provengan de un accidente de tránsito, se debe hacer uso en primer lugar del **SEGURO OBLIGATORIO DE ACCIDENTES PERSONALES (SOAP)**, de acuerdo a Ley No 18.490 y circular No 581, de 1986, de la Superintendencia de Valores y Seguros. Las diferencias no cubiertas por éste, serán de cargo de su Isapre y/o Fonasa, beneficios adicionales, y posteriormente lo restante, reembolsado por la Compañía de seguros, si ameritara.



Definición:

Se entiende por accidente todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito causado por medios externos que afectan en su organismo al asegurado, tales como lesiones corporales causadas por ahogamiento y asfixia, heridas de armas de fuego, dislaceraciones, quemaduras de cualquier especie, estados septicémicos, torceduras y desgarramientos por esfuerzos repentinos, infecciones a causa de heridas externas e involuntarias, fracturas, luxaciones, cortaduras, golpes, caídas.

Por lo anterior, están excluidas las enfermedades para efectos de cobertura de esta póliza.