

POLIZA DE SEGURO COLECTIVO

POLIZA N° 282020		VIGENCIA ACTUAL		Desde las 0:00 horas del día 01-12-2019	
'Póliza de Seguro Colectivo para Gastos de Salud'		VIGENCIA ORIGINAL		Hasta las 24:00 horas del día 30-11-2020	
				01-11-2012	
CONTRATANTE					
CORP. CULTURAL DE LA I. MUNICIPALIDAD DE SANTIAGO					
DIRECCIÓN					
Agustinas n° 794					
RUT: 70.946.300-4		COMUNA: Santiago		CIUDAD: Santiago	
ASEGURADOS					
El indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza					
COBERTURA:					
Abreviatura	Tipo Cobertura	Nombre Registro			Código
a) Salud	Básica	Seguro Colectivo Para Gastos de Salud			POL 320190104
b) Cat	Adicional	Seguro Colectivo para Gastos de Salud por Extensión de Cobertura del Seguro para Gastos Catastróficos			POL 320190104
c) Dental	Adicional	Cláusula de Gastos Dentales			CAD 320131535
BENEFICIARIO					
El indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza					
UNIDAD MONETARIA					
Unidad de Fomento					
COMISIONES:					
Comisión Corredor:		Código:	Rut:	%Comisión Bruta:	
Nexo Corredores de Seguros s.a.		6247	77.690.260-8	11,90%, incluye IVA	
El porcentaje de comisión se aplica sobre la prima neta pagada en (\$)					
ASEGURADOR					
NOMBRE : Seguros de Vida Security Previsión S.A.		Dirección: Apoquindo 3150, Las Condes Santiago			
Pagina web: www.vidasecurity.cl		Correo Electrónico: sacvida@security.cl			
					
Firma Representante Compañía de Seguros					
Fecha Emisión:	2019-12-27				IAY

Esta póliza anula y reemplaza a póliza anterior de igual número, por lo tanto, los asegurados mantienen su vigencia inicial en el seguro, para todos los efectos que corresponda.

CONDICIONES PARTICULARES POLIZA N° 282.020

N° 1: COBERTURA

La (s) cobertura (s) amparada (s) bajo este contrato, es (son) la (s) siguiente (s):

- a) SALUD, cobertura básica, (Seguro Colectivo para Gastos de Salud).
- b) CATASTRÓFICO, cobertura adicional, (Seguro Colectivo para Gastos de Salud).
- c) DENTAL, cobertura adicional, (Cláusula de Gastos Dentales).

La cobertura se describe en el "Cuadro de Beneficios", el cual comprende el detalle de las prestaciones cubiertas, los porcentajes de reembolso, los límites o topes por prestación o por evento, el deducible, la bonificación mínima de la institución previsional, el monto máximo de reembolso y el período de acumulación para los topes o límites. Por último, tratándose de los porcentajes de reembolso, estos podrán asociarse a la existencia o no de reembolso de la Institución de Salud Previsional o a uno o más instituciones o prestadores médicos.

Se incluye e n ANEXO 1 del presente contrato, que a contar de la vigencia de la póliza se contempla como parte del beneficio o cobertura de la póliza, la liberación de evaluación médica para el pago de la cobertura ambulatoria, en consecuencia, el contratante de la póliza, se responsabiliza de informar a sus trabajadores asegurados, respecto de la operativa detallada en dicho anexo, como asimismo, garantiza que el asegurado conoce y acepta que toda cobertura otorgada a través de esta liberación, no implica que otra prestación presentada por el mismo u otro diagnóstico deba ser cubierta por la Compañía y que, por lo tanto, no sienta precedente o derecho alguno de cobertura posterior. De este modo, la Compañía podrá excluir, limitar o restringir la cobertura de Salud para futuras solicitudes de cobertura asociadas a dichos diagnósticos, en caso que la evaluación del gasto produzca como resultado la improcedencia de la respectiva cobertura, según lo señalado en el Artículo 6, Exclusiones, letra v) de las condiciones generales de la póliza.

En mismo ANEXO 1, adicionalmente se incluye los medios para requerir la cobertura que da cuenta la póliza, según lo siguiente:

- I - SOLICITUDES REQUERIDAS A LA ASEGURADORA.
- II - SOLICITUDES REQUERIDAS A TRAVÉS DE I-MED.
- III - SOLICITUDES REQUERIDAS A TRAVES DEL CONVENIO DE FARMACIA : CRUZ VERDE, PHARMA BENEFITS (Salco Brand) Y ABF (Fasa).

Exclusiones:

- Salud, las señaladas en las condiciones generales de la póliza.
- Catastrófico, las señaladas en las condiciones generales de la póliza.
- Dental, las señaladas en las condiciones generales de la cláusula, donde la exclusión 3., del Artículo 2, se modifica en lo siguiente: "Las exclusiones señaladas en las condiciones generales de la póliza principal, excepto la exclusión e), del Artículo 6° de dicha póliza".

Riesgos cubiertos bajo estipulación expresa:

Se levanta del condicionado general el Art. N°3, Cobertura y Materia Asegurada, Letra A) Beneficios de Hospitalización, punto 9) Cirugía máxilo -facial por Enfermedad:) no se harán exigible las siguientes condiciones:

- Los asegurados nacidos dentro de la vigencia de la póliza.
- Asegurados con cobertura continúa en la póliza por más de 5 años y que sean mayores de 18 años.

Cobertura Excepcional:

La compañía otorgará cobertura según se indica en el presente contrato, a los asegurables que sin cumplir los requisitos de asegurabilidad, hayan solicitado su ingreso a la póliza. Esta cobertura excepcional, será limitada según se indica en el Artículo N° 4 "Requisitos de Asegurabilidad".

N° 2: ASEGURADOS

a) Asegurado titular:

Trabajadores vinculados a la empresa contratante, mediante un contrato de trabajo a tiempo indefinido y que figuran como tal, en la nómina de asegurados que forma parte de la presente póliza.

b) Asegurados Dependientes:

Dependientes, que cumpliendo con los requisitos de asegurabilidad, sean:

- Cónyuge ó Conviviente, que se encuentre registrada como carga por el asegurado titular en su empresa.
- Hijos solteros, que se encuentren registrados como carga por el asegurado titular en su empresa.

Actividad del Asegurado :

Respecto de la actividad de los asegurados titulares en la empresa contratante, de acuerdo a lo informado por este último, según lo señalado en el Artículo 11° de las condiciones generales de la póliza, se declara que la actividad desarrollada por los trabajadores asegurados, considera el o los riesgos siguientes: Administrativos. En consecuencia, cualquier actividad distinta a lo declarado por el contratante y que declare el asegurado, deberá ser evaluada y aprobada por la aseguradora.

N° 3: PRIMAS

La prima se establece de acuerdo al número de cargas o familia de cada asegurado titular y por cada cobertura asegurada, de acuerdo a lo siguiente:

PLAN EMPLEADOS

ASEGURADO	Prima neta mensual UF			Prima neta mensual UF			Prima neta mensual UF		
	Salud-Básica			Cat-Adicional			Dental-Adicional		
	Neto	IVA	Bruto	Neto	IVA	Bruto	Neto	IVA	Bruto
TIT. SOLO	0,7164	0,1361	0,8525	0,0587	0,0112	0,0699	0,0683	0,0130	0,0813
TIT. + 1 DEP.	1,3258	0,2519	1,5777	0,0977	0,0186	0,1163	0,1258	0,0239	0,1497
TIT. + 2 DEP.	1,7704	0,3364	2,1068	0,1564	0,0297	0,1861	0,1694	0,0322	0,2016

EMPLEADOS >66 AÑOS HASTA 70 AÑOS

ASEGURADO	Prima neta mensual UF			Prima neta mensual UF			Prima neta mensual UF		
	Salud-Básica			Cat-Adicional			Dental-Adicional		
	Neto	IVA	Bruto	Neto	IVA	Bruto	Neto	IVA	Bruto
TIT. SOLO	0,7164	0,1361	0,8525	0,0587	0,0112	0,0699	0,0683	0,0130	0,0813
TIT. + 1 DEP.	1,3258	0,2519	1,5777	0,0977	0,0186	0,1163	0,1258	0,0239	0,1497
TIT. + 2 DEP.	1,7704	0,3364	2,1068	0,1564	0,0297	0,1861	0,1694	0,0322	0,2016

PLAN MAYORES DE 70 AÑOS HASTA 75 AÑOS

ASEGURADO	Prima neta mensual UF		
	Salud-Básica		
	Neto	IVA	Bruto
TIT. SOLO	0,7164	0,1361	0,8525
TIT. + 1 DEP.	1,3258	0,2519	1,5777
TIT. + 2 DEP.	1,7704	0,3364	2,1068

PLAN HIJOS >24 AÑOS HASTA 28 AÑOS

ASEGURADO	Prima neta mensual UF		
	Salud-Básica		
	Neto	IVA	Bruto
TIT. SOLO	0,7596	0,1443	0,9039

N° 4: REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD**Los Asegurados provenientes de seguro anterior (Asegurados Traspasados desde Compañía de Seguros de Vida Cruz del Sur S.A.) al 31.10.2013:**

- Se mantiene la continuidad de cobertura en lo que respecta al estado de salud de estos asegurados, de acuerdo a las condiciones en que se encontraban vigentes en el seguro anterior.
- Los requisitos de asegurabilidad, se dan por satisfechos, exceptuando la edad de término de cada cobertura, que se rige por lo establecido en estas condiciones particulares.
- El ingreso inicial de los asegurados se realizó a través de nómina (vía magnética) enviada por el contratante, la cual forma parte de la póliza.
- Se deja constancia que todo cambio en las condiciones generales de la presente póliza, que impliquen un menoscabo en la cobertura a estos asegurados respecto de las condiciones generales de la póliza en vigencia en su anterior asegurador, la compañía aplicará para resolver el caso, las condiciones generales en vigencia al momento del traspaso.

Para Todos los Asegurados

- Todos los asegurados de la presente póliza, deben contar con la cobertura otorgada por el sistema previsional de salud, siendo requisito imprescindible para contar con la cobertura de este seguro.
- Los límites de edad de ingreso y término para cada cobertura son:

Salud-Básica Cat-Adicional Dental-Adicional	EDAD INGRESO	TERMINO DE COBERTURA
Titular	Menor de 65 años	Cumpliendo los 66 años
Cónyuge ó Conviviente	Menor de 65 años	Cumpliendo los 66 años
Hijos Solteros	Desde que nacen y hasta menores de 23 años.	Cumpliendo los 24 años, si son estudiantes de tiempo completo y dependan económicamente del titular.

- La acreditación de la condición de dependientes asegurados por la presente póliza, será responsabilidad del contratante, quien deberá solicitar los certificados que se requieran para la conformidad de la calidad de asegurado. La Compañía podrá solicitar estos documentos en cualquier momento, durante la vigencia de la póliza.

- Hijos mayores de 24 años podrán permanecer asegurados traspasándose al plan hijos mayores de 24 años hasta los 28 años según lo señalado, siempre y cuando se encuentren afiliados a un plan de salud previsional (Isapre o Fonasa). Sin cobertura para maternidad.
- A solicitud expresa del Contratante, se podrá mantener vigente a los asegurados mayores de 66 años, traspasándose a respectivo plan mayores de 66 años, solicitud que debe presentarse en un plazo máximo de 30 días contados desde la fecha de término de la cobertura del asegurado en la póliza. El capital asegurable para dichos casos se define en el artículo 12, Cuadro de Beneficios.
- La exclusión de asegurados por cumplimiento de la edad máxima de permanencia, se realizará una vez al año, con motivo de la renovación.

Para los Nuevos Asegurados:

- Deberán estar en buenas condiciones de salud al momento de ingresar a la póliza y deberán ser incorporados a la póliza en la fecha que califican para ingresar a la póliza, suscribiendo su incorporación en el plazo establecido en las condiciones generales de la póliza.
- Vencido el plazo señalado en las condiciones generales, Artículo 9°, el asegurado no podrá ingresar a la póliza y deberá esperar un nuevo período de inscripción definido por el asegurador al momento de la siguiente renovación de la póliza.
- Todo nuevo asegurado, incluyendo los recién nacidos de partos no cubiertos, deberán completar el formulario de inscripción al seguro, es decir, completar una Solicitud de Seguro Colectivo (S.S.C.), o excepcionalmente según lo requiera el asegurador para casos especiales a evaluar, una "Declaración Especial de Salud". (D.E.S.)
- La validez de la S.S.C y D.E.S, es de 60 días, por lo tanto, si dichos documentos superan el plazo indicado, el requisito deberá ser actualizado.
- El Asegurador se reserva el derecho de solicitar mayores antecedentes en aquellos casos que estime necesario y conveniente para la aceptación del asegurable, tales como antecedentes médicos (Exámenes, IMT, Ficha Clínica, etc.) u otros antecedentes para acreditar los requisitos de asegurabilidad y el interés asegurable.
- Cumpliendo los requisitos de asegurabilidad y aprobada la solicitud por el asegurador, la vigencia para el asegurado regirá a contar del primer día del mes siguiente al de su notificación en la aseguradora, exceptuando los hijos recién nacido, quienes tendrán vigencia a contar de la fecha de su solicitud.

Cobertura Excepcional:

- Todo nuevo asegurado incorporado en la fecha que califica para su incorporación al seguro, pero que no cumple con lo establecido en la tabla de requisitos de asegurabilidad, será incorporado **en el plan de la cobertura de salud requerido**, contemplando un límite de monto máximo de reembolso anual de UF10. Se entiende que la cobertura únicamente comprende la cobertura de salud y no comprende coberturas adicionales si las hubiere.
- La vigencia de ésta cobertura excepcional será a partir del primer día del mes siguiente de la fecha que califica como asegurado.
- Si durante los 60 primeros días de vigencia del asegurado en esta cobertura excepcional, el asegurado cumple con los requisitos de asegurabilidad y es aprobado por la aseguradora, en caso de haber coberturas pendientes por otorgar, éstas se cubrirán de acuerdo a lo establecido en el contrato desde el inicio de su vigencia, cobrándose las primas retroactivas respectivas si fuere el caso.
- Si el proceso termina posterior al plazo señalado, la vigencia para las coberturas pendientes regirá a partir de la fecha que dicho proceso termine. La presente condición contempla además, si los plazos de validez de los documentos se han vencido, la obligación del asegurado de actualizar las exigencias de asegurabilidad.

En el evento que el asegurado definitivamente no cumpla con la evaluación exigida, éste seguirá asegurado bajo el plan de "cobertura excepcional".

Procedimiento para la aceptación de resoluciones en los asegurados:

Toda restricción o limitación de cobertura distinta de lo aceptado por el asegurado en su solicitud de incorporación, deberá ser informada por el asegurador mediante carta o en el certificado de su cobertura, y el asegurado deberá dar su consentimiento a las mismas mediante declaración especial firmada por él. Sin perjuicio a esto, no será necesario su consentimiento mediante declaración especial firmada por él, cuando se trate de un seguro contratado por su empleador o por un servicio de bienestar y donde la prima sea pagado íntegramente por alguno de estos.

Los documentos señalados en este inciso, formaran parte integrante de la póliza.

Facultativos:

Podrá ser sometido cualquier asegurado que no cumpla con los requisitos de asegurabilidad, siendo facultad de la aseguradora su aceptación, rechazo o restricción de la solicitud.

N° 5: FORMA DE PAGO DE LA PRIMA

- Periodicidad de pago: Mensual **Vencida**.
- Movimientos de asegurados: Las incorporaciones de asegurados deberán ser remitidos por el contratante en los plazos señalados en la presente póliza, y las exclusiones deberán ser informadas hasta el día 20 de cada período mensual, para que su prima no sea considerada en la cobranza a emitir por el asegurador. Con todo, las exclusiones, solamente pueden corresponder a una fecha de término que se aplicará conforme a la fecha de Recepción de la respectiva Notificación a la Compañía.
- Día de emisión de la cobranza: dentro de los primeros 5 días del mes siguiente al período en cobro.
- Forma de emisión de la cobranza: El documento de cobro, será emitido por la aseguradora, a nivel de empresas.
- Forma de pago de la prima: El contratante abonará el monto del importe de la prima, vía Transferencia en Cuenta Corriente Banco Santander N° 31-2508578-7, Rut Empresa N° 99.301.000-6 Seguros Vida Security Previsión S.A. Una vez realizado el depósito se debe enviar mail a cobranzacolectivo@security.cl. Excepcionalmente, el contratante podrá abonar el monto del importe de la prima, directamente en las oficinas de la aseguradora.
- Día de pago de la prima: hasta el día 10 del mes siguiente al período de cobertura.
- Emisión de factura: Posteriormente con el envío de la cobranza, la compañía deberá emitir la factura respectiva, utilizando para efectos de cambio de la moneda de la póliza, el valor de cambio del día 9 del mes inmediatamente siguiente del período de cobertura.
- Período máximo para el pago de la prima (de gracia): **45** días contados desde la fecha de inicio de la cobertura mensual no pagada, vencido el plazo citado, la póliza queda nula y sin efecto según lo señalado en las condiciones generales de la póliza.
- Contributoriedad en el pago de la prima: "Contributorio" financiada en un 50% por la Empresa Contratante y un 50% por el asegurado titular.

N° 6: BENEFICIARIO

Según lo dispuesto en el Artículo 15° de las condiciones generales de la póliza.

N° 7: PAGO DE SINIESTROS

Se rige según lo señalado en el Artículo 16° y 17° de las condiciones generales de la póliza, considerando adicionalmente lo siguiente:

- En el Artículo 17 numeral 2) letra b) "pago de la indemnización al asegurado", La compañía aseguradora reembolsará los gastos médicos efectivamente incurridos por el asegurado y de cargo de la aseguradora, o bien, a opción de la aseguradora, reembolsará directamente al prestador los servicios médicos por dichos gastos, siempre en complemento de lo que cubra su **sistema de salud previsional** y sólo si corresponden a prestaciones contenidas en el Cuadro de Beneficios incluido en las condiciones particulares de la póliza.
- El plazo máximo para la presentación de los gastos, ante la Compañía, es de 90 días contados desde la fecha de la prestación. En caso de término de la póliza en Vida Security Previsión S.A., automáticamente rige lo establecido en las condiciones generales.

N° 8: REQUISITOS PARA LA MANTENCION DEL CONTRATO

De acuerdo a lo establecido en el Artículo 22° Término Anticipado de la Póliza, en caso que se modifique el mínimo de adhesión de asegurados de este Holding para mantener vigente la póliza, es decir, el equivalente al 80% de los asegurados titulares con un mínimo de 279 Titulares, la Compañía podrá revisar las condiciones de la póliza proponiendo las modificaciones necesarias para el manejo de ésta. De no lograr acuerdo entre las partes y aún cumpliéndose con el pago de las primas pactadas en el presente contrato, la compañía podrá poner término anticipado a la póliza.

N° 9: UNIDAD MONETARIA

Tanto los montos asegurados como las primas, se reajustarán de acuerdo a la variación que experimente la Unidad de Fomento.

N° 10: VIGENCIA DE LA POLIZA

Según lo señalado en página inicial (número 1) del presente contrato.

N° 11: RETRACTO

El asegurado podrá retractarse de la contratación del presente seguro sin necesidad de expresión de causa, dentro del plazo de 35 días corridos contados desde la fecha en que el asegurado firme la solicitud de incorporación al seguro. Para estos efectos, deberá expresar su voluntad de retractarse a través de comunicación escrita dirigida a la compañía aseguradora o a través del mismo medio en que contrató el seguro.

N° 12: CUADRO DE BENEFICIOS

PLAN EMPLEADOS < DE 66 AÑOS

Cobertura Gastos Salud

		Aporte Mínimo Inst. Salud (**)	Prest. Preferente (1)	Prestador (2)	Bono	Libre Elección	SCIF	Tope Diario	Año Poliza por Asegurado	Tope por Evento	Tope por Prestación
N° A) BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN											
1	Día Cama General Hasta 30 Días	50%	100%	-	80%	80%	40%	UF 2	-	-	-
2	Día Cama General desde día 31	50%	100%	-	80%	80%	40%	UF 2	-	-	-
3	Día Cama Home Care (Hasta 30 días Anuales) (Según Definición)	50%	-	-	80%	80%	40%	UF 2	-	-	-
4	Día Cama Acompañantes (Hijo Menor o Igual a 14 Años, Hasta 5 Días por Evento) (Según Definición)	50%	-	-	80%	80%	40%	UF 2	-	-	-
5	Día Cama Intermedio	50%	100%	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
6	Día Cama Recuperación	50%	100%	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
7	Día Cama UCI (Unidad de Cuidado Intensivo)	50%	100%	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
8	Día Cama UTI (Unidad de Tratamiento Intensivo)	50%	100%	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
9	Día Incubadora	50%	100%	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
10	Día Sala Cuna	50%	100%	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
11	Exámenes de Laboratorio	50%	100%	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
12	Exámenes Radiológicos	50%	100%	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
13	Insumos Clínicos	50%	100%	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
14	Materiales Clínicos	50%	100%	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
15	Procedimientos (Diagnóstico y Terapéutico)	50%	100%	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
16	Medicamentos Hospitalarios	50%	100%	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
17	Derecho a Pabellón	50%	100%	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
18	Honorarios Médicos Quirúrgicos	50%	100%	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
19	Bono PAD Fonasa Hospitalario	-	-	-	100%	-	-	-	UF 55	-	-
20	Transplante Donante Vivo (Según Definición)	50%	-	-	80%	80%	40%	-	UF 20	-	-
21	Cirugía Maxilo Facial por Accidente	50%	-	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
22	Cirugía Maxilo Facial por Enfermedad	50%	-	-	80%	80%	40%	-	UF 15	-	-
23	Cirugía Bariátrica	-	-	-	80%	80%	40%	-	UF 10	-	-
24	Enfermera Profesional en Hospitalización (Según Definición)	50%	-	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
25	Cirugía por Disforia de Género	50%	-	-	80%	80%	40%	-	UF 10	-	-
26	Interrupción Voluntaria del Embarazo	50%	-	-	80%	80%	40%	-	UF 10	-	-
N° B) BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN POR MATERNIDAD											
27	Parto Normal	-	-	-	100%	100%	50%	-	-	UF 20	-
28	Cesárea	-	-	-	100%	100%	50%	-	-	UF 30	-
29	Aborto no Provocado	-	-	-	100%	100%	50%	-	-	UF 10	-
30	Tratamientos de Infertilidad y Esterilidad (Según Definición)	-	-	-	70%	70%	35%	-	UF 10	-	-
31	Bono PAD Fonasa Maternidad	-	-	-	100%	-	-	-	UF 55	-	-
32	Complicaciones del Embarazo (Según Definición)	-	-	-	100%	100%	50%	-	UF 10	-	-
33	Complicaciones del Parto (Según Definición)	-	-	-	100%	100%	50%	-	UF 10	-	-
N° C) BENEFICIO AMBULATORIO											
34	Exámenes de Laboratorio	-	-	80%	80%	70%	40%	Sin Tope			
35	Exámenes Radiológicos	-	-	80%	80%	70%	40%	Sin Tope			
36	Procedimientos de Diagnostico (No Incluye Materiales)	-	-	-	70%	70%	40%	Sin Tope			
37	Procedimientos Terapéuticos (No Incluye Medicamentos o Drogas, y Materiales Clínicos)	-	-	-	70%	70%	40%	Sin Tope			
38	Mamografía Preventiva	-	-	-	80%	70%	35%	Sin Tope			
39	Control Preventivos Prostático (Mayores de 40 años contempla consulta y examen antígeno prostático)	-	-	-	80%	80%	40%	-	UF 2	-	-
40	Tratamiento Fonoaudiológico	-	-	-	80%	70%	40%	Sin Tope			

41	Tratamiento Kinesiológicos	-	-	-	80%	70%	40%	Sin Tope			
42	Cirugía Ambulatoria (Incluye Materiales Clínicos e Insumos Ambulatorios) (No Incluye Cirugía Oftalmológica u Ocular)	-	-	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
43	Consulta General	-	-	80%	80%	70%	40%	-	-	-	UF 0,5
44	Consulta de Urgencia	-	-	80%	80%	70%	40%				
45	Consulta Domicilio	-	-	80%	80%	70%	40%				
46	Consulta Especialista	-	-	80%	80%	70%	40%				
N° D) BENEFICIO DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS											
47	Medicamentos Genérico y Bioequivalente Genérico (Sin convenio)	-	-	-	100%	100%	100%	Sin Tope			
48	Medicamentos Genérico y Bioequivalente Genérico (con convenio)	-	-	-	100%	100%	100%	Sin Tope			
49	Medicamentos Inmunosupresores o Inmunomoduladores Genéricos. (Sin convenio)	-	-	-	100%	100%	100%	Sin Tope			
50	Medicamentos Antineoplásicos Genéricos (sin convenio)	-	-	-	100%	100%	100%	Sin Tope			
51	Medicamentos NO Genéricos y Bioequivalentes NO Genéricos (sin convenio)	-	-	-	45%	45%	45%	Sin Tope			
52	Medicamentos No Genérico y Bioequivalente No Genérico (Con convenio)	-	-	-	45%	45%	45%	Sin Tope			
53	Medicamentos Inmunosupresores o Inmunomoduladores NO Genéricos (sin convenio)	-	-	-	45%	45%	45%	Sin Tope			
54	Medicamentos Antineoplásicos NO Genéricos (sin convenio)	-	-	-	45%	45%	45%	Sin Tope			
55	Medicamentos Naturales y Homeopaticos	-	-	-	50%	50%	50%	-	UF 4	-	-
N° E) BENEFICIO DE SALUD MENTAL											
56	Medicamentos asociados a terapia Psiquiátrica Genérico (sin convenio)	Incluido en D) BENEFICIO DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS									
57	Medicamentos asociados a terapia Psiquiátrica Genérico (con convenio)	Incluido en D) BENEFICIO DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS									
58	Medicamentos asociados a terapia Psiquiátrica NO genérico (sin convenio)	Incluido en D) BENEFICIO DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS									
59	Medicamentos asociados a terapia Psiquiátrica NO genérico (con convenio)	Incluido en D) BENEFICIO DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS									
60	Consulta o Sesiones Psiquiátricas (tope UF 0,8 por sesión)	-	-	-	80%	70%	70%	-	UF 25	-	-
61	Consulta o Sesiones Psicológicas (tope UF 0,8 por sesión)	-	-	-	80%	70%	70%				
62	Consulta o Sesiones Psicopedagógicas (tope UF 0,8 por sesión)	-	-	-	80%	70%	70%				
63	Hospitalización Psiquiátrica	-	-	-	80%	70%	70%				
N° F) OTROS BENEFICIOS											
64	Ambulancia Terrestre (Según Condicionado General)	-	-	-	100%	80%	40%	Sin Tope			
65	Gastos Opticos (Lente de Contacto, Marcos y Cristales)	-	-	-	80%	70%	70%	-	UF 3	-	-
66	Cirugía Ocular (A) (Según Definición)	-	-	-	70%	70%	35%	-	UF 15	-	-
67	Cirugía Ocular (B) (Según Definición)	-	-	-	70%	70%	35%	Sin Tope			
68	Audífonos	-	-	-	80%	70%	70%	-	UF 20	-	-
69	Plantillas Ortopédicas	-	-	-	70%	70%	70%	Sin Tope			
70	Materiales de vendas de yeso, plástico o similares.	-	-	-	80%	70%	35%	Sin Tope			
71	Prótesis (Excluye lente intraocular y sillas de rueda y prótesis dentales)	-	-	-	70%	70%	70%	-	UF 20	-	-
72	Ortesis "Ambulatorio y Hospitalario" (excluye lente intraocular, sillas de rueda y prótesis dentales)	-	-	-	70%	70%	70%				

Otros

GASTO EN EL EXTRANJERO: La cobertura rige para gastos de urgencia y para otros gastos que sean aprobados previamente por la aseguradora, en ambos casos el reembolso se encuentra sujeto a lo establecido en el presente plan y al límite de reembolso mínimo de Isapre o Fonasa.

Deducible cobertura AUGÉ O GES Y CAEC: 100% reembolso del deducible que aplique el sistema institucional (ISAPRE O FONASA) al cual el asegurado se encuentre afiliado.

Esta cobertura no se encuentra sujeta a cargo del deducible del plan de seguro. Se entiende por el deducible aplicado por la institución de salud (ISAPRE O FONASA), el monto corresponde a UF126, el cual es el equivalente a la cantidad de 30 (treinta) veces la cotización de salud pactada por cada beneficiario que lo utilice, con un mínimo de UF60 para cada enfermedad catastrófica o diagnóstico. Todo los excedentes no cubiertos por AUGE O GES Y CAEC y que no correspondan al deducible aplicado por la institución de salud (ISAPRE O FONASA), serán reembolsados según las condiciones, porcentajes, topes y deducibles del presente plan de seguro.

Beneficio Maternidad, se otorgará cobertura conforme a lo establecido en Cuadro de Beneficios para todos aquellos casos de embarazos preexistentes que ingresen a una póliza, sea titular o cónyuge de un titular.

Esta nueva condición INCLUYE los gastos ambulatorios durante del embarazo y los gastos de la maternidad cubiertos en los eventos parto normal, parto con cesárea, aborto no voluntario y partos múltiples, según corresponda en el Cuadro de Beneficios, sin embargo NO CUBRE ninguna patología congénita del recién nacido, así como tampoco las complicaciones del embarazo y/o parto en estos casos señalados.

Se establece para Clínica Las Condes, Clínica Los Andes, IRAM, FALP, Clínica Tabancura, Clínica Alemana y Clínica San Carlos de Apoquindo, según plan un 50% REEMBOLSO MINIMO DE ISAPRE o FONASA, en caso que dicho reembolso sea menor, la compañía considerará como reembolso de la institución, el porcentaje mínimo señalado, aplicando el plan de beneficios del seguro sobre el exceso del porcentaje señalado. No se considera esta norma, para ítem beneficio maternidad, ítem beneficio ambulatorio, ítem beneficio de medicamentos ambulatorios, ítem beneficio salud mental, y beneficios adicionales. Para efectos de gastos sin cobertura ISAPRE/FONASA, también procede lo indicado, y el reembolso del excedente será reembolsado bajo la cobertura señalada para esta modalidad.

(1) PRESTADORES PREFERENTES: 100% hasta UF 300 o hasta el monto máximo del plan de salud (si este es menor), en las prestaciones que se indican el plan de beneficios, en todos los centros públicos hospitalarios del país (no incluye clínicas privadas), siempre y cuando se utilice el sistema de salud previsional (Isapre o Fonasa), Habitación Doble e Institucional (excluye Suite) y con los Médicos del Staff del centro Hospitalario correspondiente.

(2) PRESTADORES PREFERENTES: Según listado que se adjunta.

Servicio Ventanilla Única: para los prestadores señalados en esta modalidad, el beneficiario podrá obtener el reembolso del seguro directamente a través del prestador. El servicio es sólo para gastos hospitalarios que sean reembolsados previamente por La Isapre en forma directa al prestador, y podrá incluir los gastos contemplados en las prestaciones de A) BENEFICIO HOSPITALIZACIÓN Y B) BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN POR MATERNIDAD. Listado de estos prestadores, se encuentra disponible en página WEB: www.vidasecurity.cl

Deducible (Individual)	Aplicado después del reembolso del plan(Máx. 3)	
Acumulación del deducible: año póliza, aplicado posterior al reembolso del plan	Por Persona	UF 0,50
	Por Grupo Familiar	UF 1,50
Monto Máximo (anual) año póliza por asegurado para Cobertura excepcional(para asegurados en evaluación):	Monto Máximo (anual) año póliza:	
10 UF	POR PERSONA	UF 500

PLAN EMPLEADOS > 66 AÑOS HASTA 70 AÑOS
Cobertura Gastos Salud

		Aporte Mínimo Inst. Salud (**)	Prest. Preferente (1)	Prestador (2)	Bono	Libre Elección	SCIF	Tope Diario	Año Poliza por Asegurado	Tope por Evento	Tope por Prestación
N° A) BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN											
1	Día Cama General Hasta 30 Días	50%	100%	-	80%	80%	40%	UF 2	-	-	-
2	Día Cama General desde día 31	50%	100%	-	80%	80%	40%	UF 2	-	-	-
3	Día Cama Home Care (Hasta 30 días Anuales) (Según Definición)	50%	-	-	80%	80%	40%	UF 2	-	-	-
4	Día Cama Acompañantes (Hijo Menor o Igual a 14 Años, Hasta 5 Días por Evento) (Según Definición)	50%	-	-	80%	80%	40%	UF 2	-	-	-
5	Día Cama Intermedio	50%	100%	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
6	Día Cama Recuperación	50%	100%	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
7	Día Cama UCI (Unidad de Cuidado Intensivo)	50%	100%	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
8	Día Cama UTI (Unidad de Tratamiento Intensivo)	50%	100%	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
9	Día Incubadora	50%	100%	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
10	Día Sala Cuna	50%	100%	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
11	Exámenes de Laboratorio	50%	100%	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
12	Exámenes Radiológicos	50%	100%	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
13	Insumos Clínicos	50%	100%	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
14	Materiales Clínicos	50%	100%	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
15	Procedimientos (Diagnóstico y Terapéutico)	50%	100%	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
16	Medicamentos Hospitalarios	50%	100%	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
17	Derecho a Pabellón	50%	100%	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
18	Honorarios Médicos Quirúrgicos	50%	100%	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
19	Bono PAD Fonasa Hospitalario	-	-	-	100%	-	-	-	UF 55	-	-
20	Trasplante Donante Vivo (Según Definición)	50%	-	-	80%	80%	40%	-	UF 20	-	-
21	Cirugía Maxilo Facial por Accidente	50%	-	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
22	Cirugía Maxilo Facial por Enfermedad	50%	-	-	80%	80%	40%	-	UF 15	-	-
23	Cirugía Bariátrica	-	-	-	80%	80%	40%	-	UF 10	-	-
24	Enfermera Profesional en Hospitalización (Según Definición)	50%	-	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
25	Cirugía por Disforia de Género	50%	-	-	80%	80%	40%	-	UF 10	-	-
26	Interrupción Voluntaria del Embarazo	50%	-	-	80%	80%	40%	-	UF 10	-	-
N° B) BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN POR MATERNIDAD											
27	Parto Normal	-	-	-	100%	100%	50%	-	-	UF 20	-
28	Cesárea	-	-	-	100%	100%	50%	-	-	UF 30	-
29	Aborto no Provocado	-	-	-	100%	100%	50%	-	-	UF 10	-
30	Tratamientos de Infertilidad y Esterilidad (Según Definición)	-	-	-	70%	70%	35%	-	UF 10	-	-
31	Bono PAD Fonasa Maternidad	-	-	-	100%	-	-	-	UF 55	-	-
32	Complicaciones del Embarazo (Según Definición)	-	-	-	100%	100%	50%	-	UF 10	-	-
33	Complicaciones del Parto (Según Definición)	-	-	-	100%	100%	50%	-	UF 10	-	-
N° C) BENEFICIO AMBULATORIO											
34	Exámenes de Laboratorio	-	-	80%	80%	70%	40%	Sin Tope			
35	Exámenes Radiológicos	-	-	80%	80%	70%	40%	Sin Tope			
36	Procedimientos de Diagnostico (No Incluye Materiales)	-	-	-	70%	70%	40%	Sin Tope			
37	Procedimientos Terapéuticos (No Incluye Medicamentos o Drogas, y Materiales Clínicos)	-	-	-	70%	70%	40%	Sin Tope			
38	Mamografía Preventiva	-	-	-	80%	70%	35%	Sin Tope			
39	Control Preventivos Prostático (Mayores de 40 años contempla consulta y examen antígeno prostático)	-	-	-	80%	80%	40%	-	UF 2	-	-
40	Tratamiento Fonoaudiológico	-	-	-	80%	70%	40%	Sin Tope			
41	Tratamiento Kinesiológicos	-	-	-	80%	70%	40%	Sin Tope			

42	Cirugía Ambulatoria (Incluye Materiales Clínicos e Insumos Ambulatorios) (No Incluye Cirugía Oftalmológica u Ocular)	-	-	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
43	Consulta General	-	-	80%	80%	70%	40%	-	-	-	UF 0,5
44	Consulta de Urgencia	-	-	80%	80%	70%	40%				
45	Consulta Domicilio	-	-	80%	80%	70%	40%				
46	Consulta Especialista	-	-	80%	80%	70%	40%				
N° D) BENEFICIO DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS											
47	Medicamentos Genérico y Bioequivalente Genérico (Sin convenio)	-	-	-	100%	100%	100%	Sin Tope			
48	Medicamentos Genérico y Bioequivalente Genérico (con convenio)	-	-	-	100%	100%	100%	Sin Tope			
49	Medicamentos Inmunosupresores o Inmunomoduladores Genéricos. (Sin convenio)	-	-	-	100%	100%	100%	Sin Tope			
50	Medicamentos Antineoplásicos Genéricos (sin convenio)	-	-	-	100%	100%	100%	Sin Tope			
51	Medicamentos NO Genéricos y Bioequivalentes NO Genéricos (sin convenio)	-	-	-	45%	45%	45%	Sin Tope			
52	Medicamentos No Genérico y Bioequivalente No Genérico (Con convenio)	-	-	-	45%	45%	45%	Sin Tope			
53	Medicamentos Inmunosupresores o Inmunomoduladores NO Genéricos (sin convenio)	-	-	-	45%	45%	45%	Sin Tope			
54	Medicamentos Antineoplásicos NO Genéricos (sin convenio)	-	-	-	45%	45%	45%	Sin Tope			
55	Medicamentos Naturales y Homeopaticos	-	-	-	50%	50%	50%	-	UF 4	-	-
N° E) BENEFICIO DE SALUD MENTAL											
56	Medicamentos asociados a terapia Psiquiátrica Genérico (sin convenio)	Incluido en D) BENEFICIO DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS									
57	Medicamentos asociados a terapia Psiquiátrica Genérico (con convenio)	Incluido en D) BENEFICIO DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS									
58	Medicamentos asociados a terapia Psiquiátrica NO genérico (sin convenio)	Incluido en D) BENEFICIO DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS									
59	Medicamentos asociados a terapia Psiquiátrica NO genérico (con convenio)	Incluido en D) BENEFICIO DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS									
60	Consulta o Sesiones Psiquiátricas (tope UF 0,8 por sesión)	-	-	-	80%	70%	70%	-	UF 25	-	-
61	Consulta o Sesiones Psicológicas (tope UF 0,8 por sesión)	-	-	-	80%	70%	70%				
62	Consulta o Sesiones Psicopedagógicas (tope UF 0,8 por sesión)	-	-	-	80%	70%	70%				
63	Hospitalización Psiquiátrica	-	-	-	80%	70%	70%				
N° F) OTROS BENEFICIOS											
64	Ambulancia Terrestre (Según Condicionado General)	-	-	-	100%	80%	40%	Sin Tope			
65	Gastos Opticos (Lente de Contacto, Marcos y Cristales)	-	-	-	80%	70%	70%	-	UF 3	-	-
66	Cirugía Ocular (A) (Según Definición)	-	-	-	70%	70%	35%	-	UF 15	-	-
67	Cirugía Ocular (B) (Según Definición)	-	-	-	70%	70%	35%	Sin Tope			
68	Audifonos	-	-	-	80%	70%	70%	-	UF 20	-	-
69	Plantillas Ortopédicas	-	-	-	70%	70%	70%	Sin Tope			
70	Materiales de vendas de yeso, plástico o similares.	-	-	-	80%	70%	35%	Sin Tope			
71	Prótesis (Excluye lente intraocular y sillas de rueda y prótesis dentales)	-	-	-	70%	70%	70%	-	UF 20	-	-
72	Ortesis "Ambulatorio y Hospitalario" (excluye lente intraocular, sillas de rueda y prótesis dentales)	-	-	-	70%	70%	70%				

Otros

GASTO EN EL EXTRANJERO: La cobertura rige para gastos de urgencia y para otros gastos que sean aprobados previamente por la aseguradora, en ambos casos el reembolso se encuentra sujeto a lo establecido en el presente plan y al límite de reembolso mínimo de Isapre o Fonasa.

Deducible cobertura AUGES Y CAEC: 100% reembolso del deducible que aplique el sistema institucional (ISAPRE O FONASA) al cual el asegurado se encuentre afiliado. Esta cobertura no se encuentra sujeta a cargo del deducible del plan de seguro. Se entiende por el deducible aplicado por la institución de salud (ISAPRE O FONASA), el monto

corresponde a UF126, el cual es el equivalente a la cantidad de 30 (treinta) veces la cotización de salud pactada por cada beneficiario que lo utilice, con un mínimo de UF60 para cada enfermedad catastrófica o diagnóstico. Todo los excedentes no cubiertos por AUGE O GES Y CAEC y que no correspondan al deducible aplicado por la institución de salud (ISAPRE O FONASA), serán reembolsados según las condiciones, porcentajes, topes y deducibles del presente plan de seguro.

Beneficio Maternidad, se otorgará cobertura conforme a lo establecido en Cuadro de Beneficios para todos aquellos casos de embarazos preexistentes que ingresen a una póliza, sea titular o cónyuge de un titular.

Esta nueva condición INCLUYE los gastos ambulatorios durante del embarazo y los gastos de la maternidad cubiertos en los eventos parto normal, parto con cesárea, aborto no voluntario y partos múltiples, según corresponda en el Cuadro de Beneficios, sin embargo NO CUBRE ninguna patología congénita del recién nacido, así como tampoco las complicaciones del embarazo y/o parto en estos casos señalados.

Se establece para Clínica Las Condes, Clínica Los Andes, IRAM, FALP, Clínica Tabancura, Clínica Alemana y Clínica San Carlos de Apoquindo, según plan un 50% REEMBOLSO MINIMO DE ISAPRE o FONASA, en caso que dicho reembolso sea menor, la compañía considerará como reembolso de la institución, el porcentaje mínimo señalado, aplicando el plan de beneficios del seguro sobre el exceso del porcentaje señalado. No se considera esta norma, para ítem beneficio maternidad, ítem beneficio ambulatorio, ítem beneficio de medicamentos ambulatorios, ítem beneficio salud mental, y beneficios adicionales. Para efectos de gastos sin cobertura ISAPRE/FONASA, también procede lo indicado, y el reembolso del excedente será reembolsado bajo la cobertura señalada para esta modalidad.

(1) PRESTADORES PREFERENTES: 100% hasta UF 300 o hasta el monto máximo del plan de salud (si este es menor), en las prestaciones que se indican el plan de beneficios, en todos los centros públicos hospitalarios del país (no incluye clínicas privadas), siempre y cuando se utilice el sistema de salud previsual (Isapre o Fonasa), Habitación Doble e Institucional (excluye Suite) y con los Médicos del Staff del centro Hospitalario correspondiente.

(2) PRESTADORES PREFERENTES: Según listado que se adjunta.

Servicio Ventanilla Única: para los prestadores señalados en esta modalidad, el beneficiario podrá obtener el reembolso del seguro directamente a través del prestador. El servicio es sólo para gastos hospitalarios que sean reembolsados previamente por La Isapre en forma directa al prestador, y podrá incluir los gastos contemplados en las prestaciones de A) BENEFICIO HOSPITALIZACIÓN Y B) BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN POR MATERNIDAD. Listado de estos prestadores, se encuentra disponible en página WEB: www.vidasecurity.cl

Deducible (Individual)	Aplicado después del reembolso del plan(Máx. 3)	
Acumulación del deducible: año póliza, aplicado posterior al reembolso del plan	Por Persona	UF 0,50
	Por Grupo Familiar	UF 1,50
Monto Máximo (anual) año póliza por asegurado para Cobertura excepcional(para asegurados en evaluación):	Monto Máximo (anual) año póliza:	
10 UF	POR PERSONA	UF 200

PLAN EMPLEADOS DESDE 70 HASTA 75 AÑOS (SOLO VIDA Y SALUD)
Cobertura Gastos Salud

		Aporte Mínimo Inst. Salud (**)	Prest. Preferente (1)	Prestador (2)	Bono	Libre Elección	SCIF	Tope Diario	Año Poliza por Asegurado	Tope por Evento	Tope por Prestación
N° A) BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN											
1	Día Cama General Hasta 30 Días	50%	100%	-	80%	80%	40%	UF 2	-	-	-
2	Día Cama General desde día 31	50%	100%	-	80%	80%	40%	UF 2	-	-	-
3	Día Cama Home Care (Hasta 30 días Anuales) (Según Definición)	50%	-	-	80%	80%	40%	UF 2	-	-	-
4	Día Cama Acompañantes (Hijo Menor o Igual a 14 Años, Hasta 5 Días por Evento) (Según Definición)	50%	-	-	80%	80%	40%	UF 2	-	-	-
5	Día Cama Intermedio	50%	100%	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
6	Día Cama Recuperación	50%	100%	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
7	Día Cama UCI (Unidad de Cuidado Intensivo)	50%	100%	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
8	Día Cama UTI (Unidad de Tratamiento Intensivo)	50%	100%	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
9	Día Incubadora	50%	100%	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
10	Día Sala Cuna	50%	100%	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
11	Exámenes de Laboratorio	50%	100%	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
12	Exámenes Radiológicos	50%	100%	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
13	Insumos Clínicos	50%	100%	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
14	Materiales Clínicos	50%	100%	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
15	Procedimientos (Diagnóstico y Terapéutico)	50%	100%	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
16	Medicamentos Hospitalarios	50%	100%	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
17	Derecho a Pabellón	50%	100%	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
18	Honorarios Médicos Quirúrgicos	50%	100%	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
19	Bono PAD Fonasa Hospitalario	-	-	-	100%	-	-	-	UF 55	-	-
20	Trasplante Donante Vivo (Según Definición)	50%	-	-	80%	80%	40%	-	UF 20	-	-
21	Cirugía Maxilo Facial por Accidente	50%	-	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
22	Cirugía Maxilo Facial por Enfermedad	50%	-	-	80%	80%	40%	-	UF 15	-	-
23	Cirugía Bariátrica	-	-	-	80%	80%	40%	-	UF 10	-	-
24	Enfermera Profesional en Hospitalización (Según Definición)	50%	-	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
25	Cirugía por Disforia de Género	50%	-	-	80%	80%	40%	-	UF 10	-	-
26	Interrupción Voluntaria del Embarazo	50%	-	-	80%	80%	40%	-	UF 10	-	-
N° B) BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN POR MATERNIDAD											
27	Parto Normal	-	-	-	100%	100%	50%	-	-	UF 20	-
28	Cesárea	-	-	-	100%	100%	50%	-	-	UF 30	-
29	Aborto no Provocado	-	-	-	100%	100%	50%	-	-	UF 10	-
30	Tratamientos de Infertilidad y Esterilidad (Según Definición)	-	-	-	70%	70%	35%	-	UF 10	-	-
31	Bono PAD Fonasa Maternidad	-	-	-	100%	-	-	-	UF 55	-	-
32	Complicaciones del Embarazo (Según Definición)	-	-	-	100%	100%	50%	-	UF 10	-	-
33	Complicaciones del Parto (Según Definición)	-	-	-	100%	100%	50%	-	UF 10	-	-
N° C) BENEFICIO AMBULATORIO											
34	Exámenes de Laboratorio	-	-	80%	80%	70%	40%	Sin Tope			
35	Exámenes Radiológicos	-	-	80%	80%	70%	40%	Sin Tope			
36	Procedimientos de Diagnostico (No Incluye Materiales)	-	-	-	70%	70%	40%	Sin Tope			
37	Procedimientos Terapéuticos (No Incluye Medicamentos o Drogas, y Materiales Clínicos)	-	-	-	70%	70%	40%	Sin Tope			
38	Mamografía Preventiva	-	-	-	80%	70%	35%	Sin Tope			
39	Control Preventivos Prostático (Mayores de 40 años contempla consulta y examen antígeno prostático)	-	-	-	80%	80%	40%	-	UF 2	-	-
40	Tratamiento Fonoaudiológico	-	-	-	80%	70%	40%	Sin Tope			
41	Tratamiento Kinesiológicos	-	-	-	80%	70%	40%	Sin Tope			

42	Cirugía Ambulatoria (Incluye Materiales Clínicos e Insumos Ambulatorios) (No Incluye Cirugía Oftalmológica u Ocular)	-	-	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
43	Consulta General	-	-	80%	80%	70%	40%	-	-	-	UF 0,5
44	Consulta de Urgencia	-	-	80%	80%	70%	40%				
45	Consulta Domicilio	-	-	80%	80%	70%	40%				
46	Consulta Especialista	-	-	80%	80%	70%	40%				
N° D) BENEFICIO DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS											
47	Medicamentos Genérico y Bioequivalente Genérico (Sin convenio)	-	-	-	100%	100%	100%	Sin Tope			
48	Medicamentos Genérico y Bioequivalente Genérico (con convenio)	-	-	-	100%	100%	100%	Sin Tope			
49	Medicamentos Inmunosupresores o Inmunomoduladores Genéricos. (Sin convenio)	-	-	-	100%	100%	100%	Sin Tope			
50	Medicamentos Antineoplásicos Genéricos (sin convenio)	-	-	-	100%	100%	100%	Sin Tope			
51	Medicamentos NO Genéricos y Bioequivalentes NO Genéricos (sin convenio)	-	-	-	45%	45%	45%	Sin Tope			
52	Medicamentos No Genérico y Bioequivalente No Genérico (Con convenio)	-	-	-	45%	45%	45%	Sin Tope			
53	Medicamentos Inmunosupresores o Inmunomoduladores NO Genéricos (sin convenio)	-	-	-	45%	45%	45%	Sin Tope			
54	Medicamentos Antineoplásicos NO Genéricos (sin convenio)	-	-	-	45%	45%	45%	Sin Tope			
55	Medicamentos Naturales y Homeopaticos	-	-	-	50%	50%	50%	-	UF 4	-	-
N° E) BENEFICIO DE SALUD MENTAL											
56	Medicamentos asociados a terapia Psiquiátrica Genérico (sin convenio)	Incluido en D) BENEFICIO DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS									
57	Medicamentos asociados a terapia Psiquiátrica Genérico (con convenio)	Incluido en D) BENEFICIO DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS									
58	Medicamentos asociados a terapia Psiquiátrica NO genérico (sin convenio)	Incluido en D) BENEFICIO DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS									
59	Medicamentos asociados a terapia Psiquiátrica NO genérico (con convenio)	Incluido en D) BENEFICIO DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS									
60	Consulta o Sesiones Psiquiátricas (tope UF 0,8 por sesión)	-	-	-	80%	70%	70%	-	UF 25	-	-
61	Consulta o Sesiones Psicológicas (tope UF 0,8 por sesión)	-	-	-	80%	70%	70%				
62	Consulta o Sesiones Psicopedagógicas (tope UF 0,8 por sesión)	-	-	-	80%	70%	70%				
63	Hospitalización Psiquiátrica	-	-	-	80%	70%	70%				
N° F) OTROS BENEFICIOS											
64	Ambulancia Terrestre (Según Condicionado General)	-	-	-	100%	80%	40%	Sin Tope			
65	Gastos Opticos (Lente de Contacto, Marcos y Cristales)	-	-	-	80%	70%	70%	-	UF 3	-	-
66	Cirugía Ocular (A) (Según Definición)	-	-	-	70%	70%	35%	-	UF 15	-	-
67	Cirugía Ocular (B) (Según Definición)	-	-	-	70%	70%	35%	Sin Tope			
68	Audifonos	-	-	-	80%	70%	70%	-	UF 20	-	-
69	Plantillas Ortopédicas	-	-	-	70%	70%	70%	Sin Tope			
70	Materiales de vendas de yeso, plástico o similares.	-	-	-	80%	70%	35%	Sin Tope			
71	Prótesis (Excluye lente intraocular y sillas de rueda y prótesis dentales)	-	-	-	70%	70%	70%	-	UF 20	-	-
72	Ortesis "Ambulatorio y Hospitalario" (excluye lente intraocular, sillas de rueda y prótesis dentales)	-	-	-	70%	70%	70%				

Otros

GASTO EN EL EXTRANJERO: La cobertura rige para gastos de urgencia y para otros gastos que sean aprobados previamente por la aseguradora, en ambos casos el reembolso se encuentra sujeto a lo establecido en el presente plan y al límite de reembolso mínimo de Isapre o Fonasa.

Deducible cobertura AUGÉ O GES Y CAEC: 100% reembolso del deducible que aplique el sistema institucional (ISAPRE O FONASA) al cual el asegurado se encuentre afiliado. Esta cobertura no se encuentra sujeta a cargo del deducible del plan de seguro. Se entiende por el deducible aplicado por la institución de salud (ISAPRE O FONASA), el monto

corresponde a UF126, el cual es el equivalente a la cantidad de 30 (treinta) veces la cotización de salud pactada por cada beneficiario que lo utilice, con un mínimo de UF60 para cada enfermedad catastrófica o diagnóstico. Todo los excedentes no cubiertos por AUGE O GES Y CAEC y que no correspondan al deducible aplicado por la institución de salud (ISAPRE O FONASA), serán reembolsados según las condiciones, porcentajes, topes y deducibles del presente plan de seguro.

Beneficio Maternidad, se otorgará cobertura conforme a lo establecido en Cuadro de Beneficios para todos aquellos casos de embarazos preexistentes que ingresen a una póliza, sea titular o cónyuge de un titular.

Esta nueva condición INCLUYE los gastos ambulatorios durante del embarazo y los gastos de la maternidad cubiertos en los eventos parto normal, parto con cesárea, aborto no voluntario y partos múltiples, según corresponda en el Cuadro de Beneficios, sin embargo NO CUBRE ninguna patología congénita del recién nacido, así como tampoco las complicaciones del embarazo y/o parto en estos casos señalados.

Se establece para Clínica Las Condes, Clínica Los Andes, IRAM, FALP, Clínica Tabancura, Clínica Alemana y Clínica San Carlos de Apoquindo, según plan un 50% REEMBOLSO MINIMO DE ISAPRE o FONASA, en caso que dicho reembolso sea menor, la compañía considerará como reembolso de la institución, el porcentaje mínimo señalado, aplicando el plan de beneficios del seguro sobre el exceso del porcentaje señalado. No se considera esta norma, para ítem beneficio maternidad, ítem beneficio ambulatorio, ítem beneficio de medicamentos ambulatorios, ítem beneficio salud mental, y beneficios adicionales. Para efectos de gastos sin cobertura ISAPRE/FONASA, también procede lo indicado, y el reembolso del excedente será reembolsado bajo la cobertura señalada para esta modalidad.

(1) PRESTADORES PREFERENTES: 100% hasta UF 300 o hasta el monto máximo del plan de salud (si este es menor), en las prestaciones que se indican el plan de beneficios, en todos los centros públicos hospitalarios del país (no incluye clínicas privadas), siempre y cuando se utilice el sistema de salud previsual (Isapre o Fonasa), Habitación Doble e Institucional (excluye Suite) y con los Médicos del Staff del centro Hospitalario correspondiente.

(2) PRESTADORES PREFERENTES: Según listado que se adjunta.

Servicio Ventanilla Única: para los prestadores señalados en esta modalidad, el beneficiario podrá obtener el reembolso del seguro directamente a través del prestador. El servicio es sólo para gastos hospitalarios que sean reembolsados previamente por La Isapre en forma directa al prestador, y podrá incluir los gastos contemplados en las prestaciones de A) BENEFICIO HOSPITALIZACIÓN Y B) BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN POR MATERNIDAD. Listado de estos prestadores, se encuentra disponible en página WEB: www.vidasecurity.cl

Deducible (Individual)	Aplicado después del reembolso del plan(Máx. 3)	
Acumulación del deducible: año póliza, aplicado posterior al reembolso del plan	Por Persona	UF 0,50
	Por Grupo Familiar	UF 1,50
Monto Máximo (anual) año póliza por asegurado para Cobertura excepcional(para asegurados en evaluación):	Monto Máximo (anual) año póliza:	
10 UF	POR PERSONA	UF 200

PLAN HIJOS > DE 24 AÑOS HASTA 28 AÑOS
Cobertura Gastos Salud

		Aporte Mínimo Inst. Salud (**)	Prest. Preferente (1)	Prestador (2)	Bono	Libre Elección	SCIF	Tope Diario	Año Poliza por Asegurado	Tope por Evento	Tope por Prestación
N° A) BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN											
1	Día Cama General Hasta 30 Días	50%	100%	-	80%	80%	40%	UF 2	-	-	-
2	Día Cama General desde día 31	50%	100%	-	80%	80%	40%	UF 2	-	-	-
3	Día Cama Home Care (Hasta 30 días Anuales) (Según Definición)	50%	-	-	80%	80%	40%	UF 2	-	-	-
4	Día Cama Acompañantes (Hijo Menor o Igual a 14 Años, Hasta 5 Días por Evento) (Según Definición)	50%	-	-	80%	80%	40%	UF 2	-	-	-
5	Día Cama Intermedio	50%	100%	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
6	Día Cama Recuperación	50%	100%	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
7	Día Cama UCI (Unidad de Cuidado Intensivo)	50%	100%	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
8	Día Cama UTI (Unidad de Tratamiento Intensivo)	50%	100%	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
9	Día Incubadora	50%	100%	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
10	Día Sala Cuna	50%	100%	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
11	Exámenes de Laboratorio	50%	100%	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
12	Exámenes Radiológicos	50%	100%	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
13	Insumos Clínicos	50%	100%	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
14	Materiales Clínicos	50%	100%	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
15	Procedimientos (Diagnóstico y Terapéutico)	50%	100%	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
16	Medicamentos Hospitalarios	50%	100%	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
17	Derecho a Pabellón	50%	100%	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
18	Honorarios Médicos Quirúrgicos	50%	100%	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
19	Bono PAD Fonasa Hospitalario	-	-	-	100%	-	-	-	UF 55	-	-
20	Trasplante Donante Vivo (Según Definición)	50%	-	-	80%	80%	40%	-	UF 20	-	-
21	Cirugía Maxilo Facial por Accidente	50%	-	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
22	Cirugía Maxilo Facial por Enfermedad	50%	-	-	80%	80%	40%	-	UF 15	-	-
23	Cirugía Bariátrica	-	-	-	80%	80%	40%	-	UF 10	-	-
24	Enfermera Profesional en Hospitalización (Según Definición)	50%	-	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
25	Cirugía por Disforia de Género	50%	-	-	80%	80%	40%	-	UF 10	-	-
26	Interrupción Voluntaria del Embarazo	50%	-	-	80%	80%	40%	-	UF 10	-	-
N° B) BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN POR MATERNIDAD											
27	Parto Normal	Sin Cobertura									
28	Cesárea	Sin Cobertura									
29	Aborto no Provocado	Sin Cobertura									
N° C) BENEFICIO AMBULATORIO											
30	Exámenes de Laboratorio	-	-	80%	80%	70%	40%	Sin Tope			
31	Exámenes Radiológicos	-	-	80%	80%	70%	40%	Sin Tope			
32	Procedimientos de Diagnostico (No Incluye Materiales)	-	-	-	70%	70%	40%	Sin Tope			
33	Procedimientos Terapéuticos (No Incluye Medicamentos o Drogas, y Materiales Clínicos)	-	-	-	70%	70%	40%	Sin Tope			
34	Mamografía Preventiva	-	-	-	80%	70%	35%	Sin Tope			
35	Control Preventivos Prostático (Mayores de 40 años contempla consulta y examen antígeno prostático)	-	-	-	80%	80%	40%	-	UF 2	-	-
36	Tratamiento Fonoaudiológico	-	-	-	80%	70%	40%	Sin Tope			
37	Tratamiento Kinesiológicos	-	-	-	80%	70%	40%	Sin Tope			
38	Cirugía Ambulatoria (Incluye Materiales Clínicos e Insumos Ambulatorios) (No Incluye Cirugía Oftalmológica u Ocular)	-	-	-	80%	80%	40%	Sin Tope			

39	Consulta General	-	-	80%	80%	70%	40%	-	-	-	UF 0,5
40	Consulta de Urgencia	-	-	80%	80%	70%	40%				
41	Consulta Domicilio	-	-	80%	80%	70%	40%				
42	Consulta Especialista	-	-	80%	80%	70%	40%				

N° D) BENEFICIO DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS

43	Medicamentos Genérico y Bioequivalente Genérico (Sin convenio)	-	-	-	100%	100%	100%	Sin Tope			
44	Medicamentos Genérico y Bioequivalente Genérico (con convenio)	-	-	-	100%	100%	100%	Sin Tope			
45	Medicamentos Inmunosupresores o Inmunomoduladores Genéricos. (Sin convenio)	-	-	-	100%	100%	100%	Sin Tope			
46	Medicamentos Antineoplásicos Genéricos (sin convenio)	-	-	-	100%	100%	100%	Sin Tope			
47	Medicamentos NO Genéricos y Bioequivalentes NO Genéricos (sin convenio)	-	-	-	45%	45%	45%	Sin Tope			
48	Medicamentos No Genérico y Bioequivalente No Genérico (Con convenio)	-	-	-	45%	45%	45%	Sin Tope			
49	Medicamentos Inmunosupresores o Inmunomoduladores NO Genéricos (sin convenio)	-	-	-	45%	45%	45%	Sin Tope			
50	Medicamentos Antineoplásicos NO Genéricos (sin convenio)	-	-	-	45%	45%	45%	Sin Tope			
51	Medicamentos Naturales y Homeopáticos	-	-	-	50%	50%	50%	-	UF 4	-	-

N° E) BENEFICIO DE SALUD MENTAL

52	Medicamentos asociados a terapia Psiquiátrica Genérico (sin convenio)	Incluido en D) BENEFICIO DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS									
53	Medicamentos asociados a terapia Psiquiátrica Genérico (con convenio)	Incluido en D) BENEFICIO DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS									
54	Medicamentos asociados a terapia Psiquiátrica NO genérico (sin convenio)	Incluido en D) BENEFICIO DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS									
55	Medicamentos asociados a terapia Psiquiátrica NO genérico (con convenio)	Incluido en D) BENEFICIO DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS									
56	Consulta o Sesiones Psiquiátricas (tope UF 0,8 por sesión)	-	-	-	80%	70%	70%	-	UF 25	-	-
57	Consulta o Sesiones Psicológicas (tope UF 0,8 por sesión)	-	-	-	80%	70%	70%				
58	Consulta o Sesiones Psicopedagógicas (tope UF 0,8 por sesión)	-	-	-	80%	70%	70%				
59	Hospitalización Psiquiátrica	-	-	-	80%	70%	70%				

N° F) OTROS BENEFICIOS

60	Ambulancia Terrestre (Según Condicionado General)	-	-	-	100%	80%	40%	Sin Tope			
61	Gastos Opticos (Lente de Contacto, Marcos y Cristales)	-	-	-	80%	70%	70%	-	UF 3	-	-
62	Cirugía Ocular (A) (Según Definición)	-	-	-	70%	70%	35%	-	UF 15	-	-
63	Cirugía Ocular (B) (Según Definición)	-	-	-	70%	70%	35%	Sin Tope			
64	Audífonos	-	-	-	80%	70%	70%	-	UF 20	-	-
65	Plantillas Ortopédicas	-	-	-	70%	70%	70%	Sin Tope			
66	Materiales de vendas de yeso, plástico o similares.	-	-	-	80%	70%	35%	Sin Tope			
67	Prótesis (Excluye lente intraocular y sillas de rueda y prótesis dentales)	-	-	-	70%	70%	70%	-	UF 20	-	-
68	Órtesis "Ambulatorio y Hospitalario" (excluye lente intraocular, sillas de rueda y prótesis dentales)	-	-	-	70%	70%	70%				

Otros

GASTO EN EL EXTRANJERO: La cobertura rige para gastos de urgencia y para otros gastos que sean aprobados previamente por la aseguradora, en ambos casos el reembolso se encuentra sujeto a lo establecido en el presente plan y al límite de reembolso mínimo de Isapre o Fonasa.

Deducible cobertura AUGÉ O GES Y CAEC: 100% reembolso del deducible que aplique el sistema institucional (ISAPRE O FONASA) al cual el asegurado se encuentre afiliado. Esta cobertura no se encuentra sujeta a cargo del deducible del plan de seguro. Se entiende por el deducible aplicado por la institución de salud (ISAPRE O FONASA), el monto corresponde a UF126, el cual es el equivalente a la cantidad de 30 (treinta) veces la cotización de salud pactada por cada beneficiario que lo utilice, con un mínimo de UF60 para cada enfermedad catastrófica o diagnóstico. Todo los excedentes no cubiertos por AUGÉ O GES Y CAEC y que no correspondan al deducible aplicado por la institución de salud (ISAPRE O FONASA), serán reembolsados según las condiciones, porcentajes, topes y deducibles del presente plan de seguro.

Se establece para Clínica Las Condes, Clínica Los Andes, IRAM, FALP, Clínica Tabancura, Clínica Alemana y Clínica San Carlos de Apoquindo, según plan un 50% REEMBOLSO MINIMO DE ISAPRE o FONASA, en caso que dicho reembolso sea menor, la compañía considerará como reembolso de la institución, el porcentaje mínimo señalado, aplicando el plan de beneficios del seguro sobre el exceso del porcentaje señalado. No se considera esta norma, para ítem beneficio maternidad, ítem beneficio ambulatorio, ítem beneficio de medicamentos ambulatorios, ítem beneficio salud mental, y beneficios adicionales. Para efectos de gastos sin cobertura ISAPRE/FONASA, también procede lo indicado, y el reembolso del excedente será reembolsado bajo la cobertura señalada para esta modalidad.

(1) PRESTADORES PREFERENTES: 100% hasta UF 300 o hasta el monto máximo del plan de salud (si este es menor), en las prestaciones que se indican el plan de beneficios, en todos los centros públicos hospitalarios del país (no incluye clínicas privadas), siempre y cuando se utilice el sistema de salud previsional (Isapre o Fonasa), Habitación Doble e Institucional (excluye Suite) y con los Médicos del Staff del centro Hospitalario correspondiente.

(2) PRESTADORES PREFERENTES: Según listado que se adjunta.

Servicio Ventanilla Única: para los prestadores señalados en esta modalidad, el beneficiario podrá obtener el reembolso del seguro directamente a través del prestador. El servicio es sólo para gastos hospitalarios que sean reembolsados previamente por La Isapre en forma directa al prestador, y podrá incluir los gastos contemplados en las prestaciones de A) BENEFICIO HOSPITALIZACIÓN Y B) BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN POR MATERNIDAD. Listado de estos prestadores, se encuentra disponible en página WEB: www.vidasecurity.cl

Deducible (Por Grupo Familiar)		Aplicado después del reembolso del plan	
Acumulación del deducible: año póliza, aplicado posterior al reembolso del plan		TIT. SOLO	UF 0,5
Monto Máximo (anual) año póliza por asegurado para Cobertura excepcional(para asegurados en evaluación):		Monto Máximo (anual) año póliza:	
10 UF		POR PERSONA	UF 500

PLAN EMPLEADOS < DE 66 AÑOS

Cobertura Catastrófico

		Aporte Mínimo Inst. Salud (**)	Bono	Libre Elección	SCIF	Año Poliza por Asegurado
N°	A) BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN					
1	Día Cama General Hasta 30 Días	50%	100%	100%	50%	Sin Tope
2	Día Cama General desde día 31	50%	100%	100%	50%	Sin Tope
3	Día Cama Intermedio	50%	100%	100%	50%	Sin Tope
4	Día Cama Recuperación	50%	100%	100%	50%	Sin Tope
5	Día Cama UCI (Unidad de Cuidado Intensivo)	50%	100%	100%	50%	Sin Tope
6	Día Cama UTI (Unidad de Tratamiento Intensivo)	50%	100%	100%	50%	Sin Tope
7	Día Incubadora	50%	100%	100%	50%	Sin Tope
8	Día Sala Cuna	50%	100%	100%	50%	Sin Tope
9	Exámenes de Laboratorio	50%	100%	100%	50%	Sin Tope
10	Exámenes Radiológicos	50%	100%	100%	50%	Sin Tope
11	Insumos Clínicos	50%	100%	100%	50%	Sin Tope
12	Materiales Clínicos	50%	100%	100%	50%	Sin Tope
13	Procedimientos (Diagnóstico y Terapéutico)	50%	100%	100%	50%	Sin Tope
14	Medicamentos Hospitalarios	50%	100%	100%	50%	Sin Tope
15	Derecho a Pabellón	50%	100%	100%	50%	Sin Tope
16	Honorarios Médicos Quirúrgicos	50%	100%	100%	50%	Sin Tope
17	Cirugía Maxilo Facial por Accidente	50%	100%	100%	50%	Sin Tope
18	Cirugía Maxilo Facial por Enfermedad	50%	100%	100%	50%	Sin Tope
19	Cirugía Reparadora por Accidente	50%	100%	100%	50%	Sin Tope
N°	C) BENEFICIO AMBULATORIO					
20	Consulta General	-	100%	100%	50%	Sin Tope
21	Consulta de Urgencia	-	100%	100%	50%	Sin Tope
22	Consulta Domicilio	-	100%	100%	50%	Sin Tope
23	Consulta Especialista	-	100%	100%	50%	Sin Tope
24	Exámenes de Laboratorio	-	100%	100%	50%	Sin Tope
25	Exámenes Radiológicos	-	100%	100%	50%	Sin Tope
26	Procedimientos de Diagnostico (No Incluye Materiales)	-	100%	100%	50%	Sin Tope
27	Procedimientos Terapéuticos (No Incluye Medicamentos o Drogas, y Materiales Clínicos)	-	100%	100%	50%	Sin Tope
28	Tratamiento Fonoaudiológico	-	100%	100%	50%	Sin Tope
29	Tratamiento Kinesiológicos	-	100%	100%	50%	Sin Tope
30	Cirugía Ambulatoria (Incluye Materiales Clínicos e Insumos Ambulatorios) (No Incluye Cirugía Oftalmológica u Ocular)	-	100%	100%	50%	Sin Tope
N°	D) BENEFICIO DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS					
31	Medicamentos Genérico y Bioequivalente Genérico, incluye salud mental (Sin convenio)	-	100%	100%	100%	Sin Tope
32	Medicamentos NO Genéricos y Bioequivalentes NO Genéricos, incluye salud mental (sin convenio)	-	100%	100%	100%	Sin Tope
N°	F) OTROS BENEFICIOS					
33	Ambulancia Terrestre (Según Condicionado General)	-	100%	100%	50%	Sin Tope
34	Ambulancia Aérea	-	100%	100%	50%	Sin Tope
35	Prótesis (Excluye lente intraocular, sillas de rueda y prótesis dentales)	-	100%	100%	50%	Sin Tope
36	Ortesis "Ambulatorio y Hospitalario" (excluye lente intraocular, sillas de rueda y prótesis dentales)	-	100%	100%	50%	Sin Tope
37	Materiales de vendas de yeso, plástico o similares.	-	100%	100%	50%	Sin Tope

Otros

GASTO EN EL EXTRANJERO: La cobertura rige para gastos de urgencia y para otros gastos que sean aprobados previamente por la aseguradora, en ambos casos, la Compañía considerará como mínimo un 50% de aporte o reembolso Isapre/ Fonasa, aplicando el plan de beneficios del seguro sobre, el exceso de porcentaje señalado. Para efectos de gastos sin cobertura ISAPRE, también procede lo indicado, y el reembolso del excedente será reembolsado bajo la cobertura señalada para esta modalidad.

Deducible cobertura AUGO O GES Y CAEC: Reembolso 100% del deducible que aplique el sistema institucional al cual el asegurado se encuentre afiliado. Todo los excedentes no cubiertos por el sistema institucional y que no correspondan al deducible, serán reembolsados según plan. Deducible máximo a cubrir al 100%, UF126, el cual es el equivalente a la cantidad de 30 (treinta) veces la cotización de salud pactada por cada beneficiario que lo utilice, con un mínimo de UF60 para cada enfermedad catastrófica o diagnóstico.

Activación Seguro Catastrófico

El presente seguro opera en exceso de Isapre/Fonasa y se activará una vez consumido el Tope anual del Seguro Salud de UF 500

Monto Máximo (anual) año póliza:

POR PERSONA UF 1000

PLAN EMPLEADOS > 66 AÑOS HASTA 70 AÑOS
Cobertura Catastrófico

		Aporte Mínimo Inst. Salud (**)	Bono	Libre Elección	SCIF	Año Poliza por Asegurado
N°	A) BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN					
1	Día Cama General Hasta 30 Días	50%	100%	100%	50%	Sin Tope
2	Día Cama General desde día 31	50%	100%	100%	50%	Sin Tope
3	Día Cama Intermedio	50%	100%	100%	50%	Sin Tope
4	Día Cama Recuperación	50%	100%	100%	50%	Sin Tope
5	Día Cama UCI (Unidad de Cuidado Intensivo)	50%	100%	100%	50%	Sin Tope
6	Día Cama UTI (Unidad de Tratamiento Intensivo)	50%	100%	100%	50%	Sin Tope
7	Día Incubadora	50%	100%	100%	50%	Sin Tope
8	Día Sala Cuna	50%	100%	100%	50%	Sin Tope
9	Exámenes de Laboratorio	50%	100%	100%	50%	Sin Tope
10	Exámenes Radiológicos	50%	100%	100%	50%	Sin Tope
11	Insumos Clínicos	50%	100%	100%	50%	Sin Tope
12	Materiales Clínicos	50%	100%	100%	50%	Sin Tope
13	Procedimientos (Diagnóstico y Terapéutico)	50%	100%	100%	50%	Sin Tope
14	Medicamentos Hospitalarios	50%	100%	100%	50%	Sin Tope
15	Derecho a Pabellón	50%	100%	100%	50%	Sin Tope
16	Honorarios Médicos Quirúrgicos	50%	100%	100%	50%	Sin Tope
17	Cirugía Maxilo Facial por Accidente	50%	100%	100%	50%	Sin Tope
18	Cirugía Maxilo Facial por Enfermedad	50%	100%	100%	50%	Sin Tope
19	Cirugía Reparadora por Accidente	50%	100%	100%	50%	Sin Tope
N°	C) BENEFICIO AMBULATORIO					
20	Consulta General	-	100%	100%	50%	Sin Tope
21	Consulta de Urgencia	-	100%	100%	50%	Sin Tope
22	Consulta Domicilio	-	100%	100%	50%	Sin Tope
23	Consulta Especialista	-	100%	100%	50%	Sin Tope
24	Exámenes de Laboratorio	-	100%	100%	50%	Sin Tope
25	Exámenes Radiológicos	-	100%	100%	50%	Sin Tope
26	Procedimientos de Diagnostico (No Incluye Materiales)	-	100%	100%	50%	Sin Tope
27	Procedimientos Terapéuticos (No Incluye Medicamentos o Drogas, y Materiales Clínicos)	-	100%	100%	50%	Sin Tope
28	Tratamiento Fonoaudiológico	-	100%	100%	50%	Sin Tope
29	Tratamiento Kinesiológicos	-	100%	100%	50%	Sin Tope
30	Cirugía Ambulatoria (Incluye Materiales Clínicos e Insumos Ambulatorios) (No Incluye Cirugía Oftalmológica u Ocular)	-	100%	100%	50%	Sin Tope
N°	D) BENEFICIO DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS					
31	Medicamentos Genérico y Bioequivalente Genérico, incluye salud mental (Sin convenio)	-	100%	100%	100%	Sin Tope
32	Medicamentos NO Genéricos y Bioequivalentes NO Genéricos, incluye salud mental (sin convenio)	-	100%	100%	100%	Sin Tope
N°	F) OTROS BENEFICIOS					
33	Ambulancia Terrestre (Según Condicionado General)	-	100%	100%	50%	Sin Tope
34	Ambulancia Aérea	-	100%	100%	50%	Sin Tope
35	Prótesis (Excluye lente intraocular, sillas de rueda y prótesis dentales)	-	100%	100%	50%	Sin Tope
36	Ortesis "Ambulatorio y Hospitalario" (excluye lente intraocular, sillas de rueda y prótesis dentales)	-	100%	100%	50%	Sin Tope
37	Materiales de vendas de yeso, plástico o similares.	-	100%	100%	50%	Sin Tope

Otros

GASTO EN EL EXTRANJERO: La cobertura rige para gastos de urgencia y para otros gastos que sean aprobados previamente por la aseguradora, en ambos casos, la Compañía considerará como mínimo un 50% de aporte o reembolso Isapre/ Fonasa, aplicando el plan de beneficios del seguro sobre, el exceso de porcentaje señalado. Para efectos de gastos sin cobertura ISAPRE, también procede lo indicado, y el reembolso del excedente será reembolsado bajo la cobertura señalada para esta modalidad.

Deducible cobertura AUGES Y CAEC: Reembolso 100% del deducible que aplique el sistema institucional al cual el asegurado se encuentre afiliado. Todo los excedentes no cubiertos por el sistema institucional y que no correspondan al deducible, serán reembolsados según plan. Deducible máximo a cubrir al 100%, UF126, el cual es el equivalente a la cantidad de 30 (treinta) veces la cotización de salud pactada por cada beneficiario que lo utilice, con un mínimo de UF60 para cada enfermedad catastrófica o diagnóstico.

Activación Seguro Catastrófico

El presente seguro opera en exceso de Isapre/Fonasa y se activará una vez consumido el Tope anual del Seguro Salud de UF 200

Monto Máximo (anual) año póliza:

POR PERSONA	UF 500
-------------	--------

PLAN EMPLEADOS < DE 66 AÑOS
Cobertura Gastos Dentales

		UCO (*)	Bono	Libre Elección	SCIF	Año Poliza por Asegurado
N°	Cuidado Dental General / Ortodoncia					
1	Consulta Dental (Estudio Preliminar)	100%	35%	35%	35%	UF 15
2	Atención de Urgencia (Cuidado Dental Rutinario)	100%	35%	35%	35%	
3	Profilaxis o Higiene (Una vez por año)	100%	35%	35%	35%	
4	Fluoración (Menores de 14 años)	100%	35%	35%	35%	
5	Radiología Dental (Cuidado Dental Rutinario)	100%	35%	35%	35%	
6	Cirugía Bucal	100%	35%	35%	35%	
7	Operatoria Dental	100%	35%	35%	35%	
8	Endodoncia	100%	35%	35%	35%	
9	Prótesis Dental (Primeros 6 meses cobertura por accidente)	100%	35%	35%	35%	
10	Odontopediatría	100%	35%	35%	35%	
11	Periodoncia	100%	35%	35%	35%	
12	Implantes Dentales (Cubre tratamiento y procedimientos, se excluye materiales tales como Oro o Titanio) (Primeros 6 meses cobertura por accidente)	100%	35%	35%	35%	
13	Disfunción (Plano y Tratamiento)	100%	35%	35%	35%	
14	Medicamentos Dentales	100%	35%	35%	35%	
15	Laboratorio Dental	100%	35%	35%	35%	
16	Ortodoncia (Primeros 6 meses cobertura por accidente)	100%	35%	35%	35%	
Otros						
GASTO EN EL EXTRANJERO: Según plan para gastos de urgencia y para otros gastos, que sean aprobados previamente por la aseguradora.						
(*) Arancel UCO: último arancel de recomendación del Colegio de Cirujano Dentistas de Chile						
Deducible (Por Grupo Familiar)		Aplicado después del reembolso del plan				
Acumulación del deducible: año póliza, aplicado posterior al reembolso del plan		TIT. SOLO		UF 0,8		
		TIT. + 1 DEP.		UF 1,6		
		TIT. + 2 DEP.		UF 2,4		
Monto Máximo (anual) año póliza:						
		POR PERSONA		UF 15		

PLAN EMPLEADOS > 66 AÑOS HASTA 70 AÑOS
Cobertura Gastos Dentales

		UCO (*)	Bono	Libre Elección	SCIF	Año Poliza por Asegurado
N°	Cuidado Dental General / Ortodoncia					
1	Consulta Dental (Estudio Preliminar)	100%	35%	35%	35%	UF 7,5
2	Atención de Urgencia (Cuidado Dental Rutinario)	100%	35%	35%	35%	
3	Profilaxis o Higiene (Una vez por año)	100%	35%	35%	35%	
4	Fluoración (Menores de 14 años)	100%	35%	35%	35%	
5	Radiología Dental (Cuidado Dental Rutinario)	100%	35%	35%	35%	
6	Cirugía Bucal	100%	35%	35%	35%	
7	Operatoria Dental	100%	35%	35%	35%	
8	Endodoncia	100%	35%	35%	35%	
9	Prótesis Dental (Primeros 6 meses cobertura por accidente)	100%	35%	35%	35%	
10	Odontopediatría	100%	35%	35%	35%	
11	Periodoncia	100%	35%	35%	35%	
12	Implantes Dentales (Cubre tratamiento y procedimientos, se excluye materiales tales como Oro o Titanio) (Primeros 6 meses cobertura por accidente)	100%	35%	35%	35%	
13	Disfunción (Plano y Tratamiento)	100%	35%	35%	35%	
14	Medicamentos Dentales	100%	35%	35%	35%	
15	Laboratorio Dental	100%	35%	35%	35%	
16	Ortodoncia (Primeros 6 meses cobertura por accidente)	100%	35%	35%	35%	
Otros						
GASTO EN EL EXTRANJERO: Según plan para gastos de urgencia y para otros gastos, que sean aprobados previamente por la aseguradora.						
(*) Arancel UCO: último arancel de recomendación del Colegio de Cirujano Dentistas de Chile						
Deducible (Por Grupo Familiar)		Aplicado después del reembolso del plan				
Acumulación del deducible: año póliza, aplicado posterior al reembolso del plan		TIT. SOLO		UF 0,8		
		TIT. + 1 DEP.		UF 1,6		
		TIT. + 2 DEP.		UF 2,4		
Monto Máximo (anual) año póliza:						
POR PERSONA		UF 7,5				

PRESTADORES PREFERENTES AMBULATORIOS (2)**Para Gastos Ambulatorios según indica el Cuadro de Beneficios**

El excedente de BONOS emitidos por su sistema de salud previsional (Isapre o Fonasa), se otorga cobertura en Prestadores Preferentes según detalle, en las prestaciones, condiciones y porcentajes indicados en el cuadro de beneficios de la póliza.

Prestador	Rut	DV
Integramedica	76.398.000	6
Megasalud	96.942.400	2
Clinica Avansalud	78.040.520	1
Omesa S. A.	96.617.350	5
Sonorad S.A.	96.879.440	K
	79.716.500	K
Laboratorio Clinico Blanco Ltda.	84.655.500	5

N° 15: CONDICIONES ADICIONALES DE LA COBERTURA

DEFINICIONES:

- **Complicaciones del Embarazo y Parto:** Son todas aquellas complicaciones que se asocian a un embarazo fisiológico y que pueden ocurrir tanto durante el propio embarazo, como en el evento mismo del parto o cesárea, tales como, diabetes gestacional, placenta previa, embarazo ectópico, hiperémesis, hemorragia, hipertensión embarazo prolongado, y en el momento del parto, puede que el este no comience cuando se rompen las membranas que contienen al feto (rotura prematura de las membranas), o bien puede empezar antes de las 37 semanas de embarazo (parto pre término) o más de 2 semanas después de la fecha estimada de parto (embarazo pos término, así mismo, se añaden en ocasiones problemas o trastornos médicos de la madre (pelvis estrecha), o el feto, un desarrollo del parto lento o una posición anormal del feto(distocias), excesiva hemorragia vaginal y una frecuencia cardíaca anormal del feto, prolapso del cordón umbilical, doble circular del cordón, cuello cervical incompetente, cesárea, etc. Se bonificarán los gastos de las complicaciones mencionadas, sólo bajo éste ítem de cobertura que deriven o no en un parto, cuando este ítem se encuentra habilitado y con cobertura, considerando que se bonificarán todos los excesos no cubiertos por el ítem respectivo (parto normal, cesárea o aborto).
- **Plantillas Ortopédicas:** Misma definición de Ortesis: Comprende todos los gastos derivados de aparatos que ayuda a recuperar una función, no es supletorio (no supe) si no que es complementario u órgano o parte del mismo y los gastos provenientes de la adquisición de dispositivos ortopédicos que auxilian parcial o totalmente las funciones de un miembro con incapacidad física o invalidez. Bajo este beneficio, se excluye la cobertura de zapatos ortopédicos, plantillas, medias para várices y toda aquellas prestaciones utilizadas con fines estéticos de embellecimiento. Es aquel aparato que supe la función de una extremidad u órgano, siempre que esta sea discapacitante para la vida del paciente.

N° 16 CONDICION ESPECIALES EN ASEGURADOS:

- Se otorga cobertura de UF 20 anual por asegurado por Preexistencia, según siguiente detalle:

Asegurado	Rut	Preexistencia Declarada
CARMEN FLORES CASTRO	09.151.896-1	Quiste
CARLOS FOWERAKER CASTRO	09.121.489-K	Miopia
RAUL RIOS RIVERO	05.799.279-4	Hipertensión Arterial
IVETTE RIQUELME ECHEVERRIA	11.491.989-6	Afección Hepática
ALFREDO SAAVEDRA RODRIGUEZ	06.198.427-5	Reumatismo

- Asegurados aceptados para mantenerse vigentes un año más, en plan asegurados mayores de 66 hasta 70 años, el cual contempla cobertura Salud con tope máximo anual UF 200, Dental UF 7,5 y Catastrófico UF 500. Su continuidad será evaluada en cada renovación.

Asegurado	Rut	Edad
EUGENE KING KUSSELL	09.213.170-K	69,4
JAIME MARABOLI LEYTON	05.575.116-1	68,4
MARIO GONGORA SEARLE	05.851.049-1	68,6

RAUL RIOS RIVERO	05.799.279-4	67,6
PABLO OSORIO SILVA	6.222.639-0	67,0
ADOLFO MORALES CELIS	06.797.560-K	68,1

- Asegurados aceptados para ser traspasados a plan asegurados mayores de 70 hasta 75 años, el cual contempla cobertura solo Salud con tope máximo anual UF 200, Sin cobertura Dental y Catastrófico. Su continuidad será evaluada en cada renovación.

Asegurado	Rut	Edad
SERGIO BUSTAMANTE BONELLI	05.018.001-8	73,9
CARLOS MEDINA FERNANDEZ	04.942.955-K	72,7
ALFREDO SAAVEDRA RODRIGUEZ	06.198.427-5	71,1
PABLO SAAVEDRA SAAVEDRA	05.791.988-4	72,9
JOSE GAJARDO ALMUNA	05.413.673-0	71,4
EDWARD BROWN BROWN	10.948.444-K	70,8

N° 17 BENEFICIOS ESPECIALES

Convenio Canje: equivale a un 15% de la Prima, monto que el cliente canjea con un paquete de entradas para ser usadas durante el año, en operas, conciertos, ballet o lo que se acuerde con la cía.

PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO PARA GASTOS DE SALUD CONDICIONES GENERALES

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320190104

ARTÍCULO 1º: REGLAS APLICABLES AL CONTRATO

Se aplicarán al presente contrato de seguro las disposiciones contenidas en los artículos siguientes y las normas legales de carácter imperativas establecidas en el Título VIII, del Libro II, del Código de Comercio.

Sin embargo, se entenderán válidas las estipulaciones contractuales que sean más beneficiosas para el asegurado o el beneficiario.

La presente póliza se otorga en base a las declaraciones, informaciones y antecedentes proporcionados por el asegurado a solicitud de la compañía aseguradora, y en base a la información que ha entregado la compañía aseguradora al asegurado respecto a las condiciones, términos y modalidades del seguro, todos los cuales forman parte integrante de la presente póliza. La presente póliza genera derechos y obligaciones para el asegurado e indistintamente para la compañía aseguradora o la aseguradora. Si el contratante del seguro y el asegurado son personas distintas, corresponde al contratante el cumplimiento de las obligaciones del contrato, salvo aquellas que por su naturaleza deben ser cumplidas por el asegurado. Las obligaciones del contratante podrán ser cumplidas por el asegurado conforme al inciso penúltimo y último respectivamente del artículo 524 del Código de Comercio.

ARTÍCULO 2º: DEFINICIONES

Para los efectos de este seguro se entiende por:

1. **CONTRATANTE O TOMADOR:**
El empleador, o una entidad jurídica, o la persona que celebra el contrato de seguros colectivo, el cual, es señalado como tal en las Condiciones Particulares de la póliza.
2. **ASEGURADOS:**
Las personas que tienen vínculo con el contratante, que habiendo solicitado su incorporación a la póliza, hayan sido aceptadas por la aseguradora.
 - 2.1 **ASEGURADO TITULAR:**
La persona que, cumpliendo los requisitos de asegurabilidad establecidos en las Condiciones Particulares, tiene un vínculo directo con el contratante.
 - 2.2. **ASEGURADOS DEPENDIENTES:**
Los familiares del asegurado titular que tengan los siguientes vínculos:
 - a) El cónyuge o conviviente civil y los hijos solteros dependientes económicamente de sus padres, que cumpliendo los requisitos de asegurabilidad establecidos en las Condiciones Particulares, se encuentren señalados en dichas condiciones.
 - b) Otros dependientes del asegurado titular, que se describan expresamente en las Condiciones Particulares.
Cuando en esta póliza se utilice el término "asegurado", sin indicar si se trata de un asegurado titular o dependiente, se deberá entender que dicho término abarca y comprende tanto a un asegurado titular como a un asegurado dependiente.
3. **REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD:**
Corresponde a las condiciones que deben cumplir los asegurados para ingresar a la póliza, quienes podrán ser incorporados previa calificación de su estado de salud y suscripción de la propuesta, o la solicitud de incorporación al seguro, o sus documentos accesorios o complementarios, en su caso, y el reconocimiento médico y exámenes cuando

corresponda, de acuerdo a lo señalado en las Condiciones Particulares de la póliza. Asimismo, considera el plazo para su incorporación al seguro desde el momento de su calificación, las edades límites de ingreso y término de la cobertura, el tipo de relación entre el titular y el contratante, el tipo de relación entre los dependientes y el titular, el tipo de dependencia económica entre los dependientes y el titular, y por último, la exigencia de contar cada uno de los asegurados con un plan previsional de salud en una Institución de Salud Previsional estatal o privada.

4. **ASEGURADORA:**

Es la compañía de seguros que toma de su cuenta el riesgo.

5. **FINANCIAMIENTO DE LA PRIMA:**

Independiente que la prima sea financiada por el contratante o, por el contratante y el asegurado en forma conjunta, la responsabilidad de su pago dentro de los plazos estipulados en el presente contrato, será siempre del contratante.

6. **INCAPACIDAD:**

Toda enfermedad o dolencia, y además toda lesión corporal sufrida como resultado de un accidente, que afecte al organismo de un asegurado y que requiera tratamiento médico con el objetivo de la recuperación de la salud o rehabilitación del mismo. Todas las lesiones sufridas por una persona en un mismo accidente, se consideran como una sola incapacidad. Todas las incapacidades que existan simultáneamente debidas a la misma causa o a otras relacionadas entre sí, serán consideradas como una misma incapacidad.

7. **ENFERMEDAD:**

Es toda alteración de la salud cuyo diagnóstico se encuentra clasificado en el "Manual de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción" editada por la Organización Mundial de la Salud y que dicho diagnóstico sea confirmado por un médico legalmente reconocido.

8. **ACCIDENTE :**

Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del asegurado ocasionándole una o más lesiones físicas.

9. **ENFERMEDADES Y DOLENCIAS PREEXISTENTES:**

Conforme a lo establecido en el artículo 591 del Código de Comercio son aquellas enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata en su favor. Es decir, cualquier enfermedad, patología congénita y/o condición genética, incapacidad, lesión, dolencia, padecimiento o problema de salud en general que afecte al asegurado, y que haya sido diagnosticada o sean conocidas por el asegurado titular con anterioridad a la fecha de su incorporación a la póliza, quien declara por sí y su grupo familiar dependiente.

10. **MÉDICO:**

Toda persona habilitada y autorizada legalmente para practicar la medicina humana y calificada para efectuar el tratamiento requerido, según el artículo 112 del Código Sanitario.

11. **MEDICAMENTO:**

Producto farmacéutico registrado como tal en el Instituto de Salud Pública de Chile (o el organismo que lo reemplace en un futuro) y cuya finalidad es tratar o mitigar una incapacidad y que no se indiquen para el reemplazo de alimentos o con propósito de cosmética, o de higiene, o preventivo.

12. **HOSPITAL:**

Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento médico de personas enfermas o lesionadas, que proporcionen asistencia de enfermeras las veinticuatro (24) horas y que cuenten con instalaciones y facilidades para efectuar diagnósticos, procedimientos e intervenciones quirúrgicas. En ningún caso, se interpretará que incluye a un asilo, sanatorio, casa para convalecientes, hotel, termas, o un lugar para la internación o tratamiento de enfermos mentales, o adictos a drogas o alcohólicos.

13. **HOSPITALIZACIÓN:**

Se entenderá que una persona se encuentra hospitalizada cuando está registrada como paciente de un hospital por prescripción médica, dado que su diagnóstico médico así lo sustenta, y que permanezca a lo menos un día completo de servicio de habitación, alimentación y atención general de enfermería.

14. **GASTOS AMBULATORIOS:**
Son los gastos incurridos por el asegurado a causa del tratamiento de una incapacidad que no requiere de su internación en un hospital, aún cuando el tratamiento se haya efectuado en dicho establecimiento.
15. **DEDUCIBLE:**
Es el monto o porcentaje del valor de una prestación cubierta por este seguro, que será siempre de cargo del asegurado, y cuyo monto, forma de aplicación y período de acumulación se establecen en las Condiciones Particulares de la póliza, pudiéndose estipular por asegurado, grupo familiar, u otro grupo de asegurados, así como también para cada una de las coberturas contratadas, prestaciones o grupos de prestaciones cubiertas, o prestadores médicos, o por cada solicitud de reembolso.
16. **EVENTO:**
Conjunto de acciones o prestaciones efectuadas para una misma incapacidad, sus consecuencias y complicaciones, cuyo periodo de acumulación se establece en las Condiciones Particulares de la póliza.
17. **PERIODO DE ACUMULACION:**
Es el período de tiempo que se considera para contabilizar el monto del deducible, cualquier otro tope o límite que se establezca en las prestaciones, el monto máximo de reembolso y el tope o limite por evento, todo lo cual será siempre dentro del período de vigencia de la póliza.
18. **MONTO MÁXIMO DE REEMBOLSO:**
La compañía aseguradora según sea el caso, sólo reembolsará al asegurado, o pagará a terceros, o proveerá al asegurado, hasta el límite de monto máximo y por el período de acumulación, que se establece en las Condiciones Particulares de la póliza.
19. **BONIFICACIÓN MÍNIMA DE LA INSTITUCIÓN DE SALUD PREVISIONAL:**
Corresponde a una condición particular establecida por la aseguradora y que se define en el "Cuadro de Beneficios" de la póliza, que en el evento que el aporte de la institución de salud previsional sea menor a la condición establecida en la póliza, el monto de cargo de la aseguradora será ajustado a esta condición.
20. **CUADRO DE BENEFICIOS:**
Corresponde al detalle de todos los beneficios o prestaciones, a que tiene derecho de cobertura el asegurado de una determinada póliza, y que se encuentran descritos en sus Condiciones Particulares.
En consecuencia, el "Cuadro de Beneficios" comprenderá el detalle de las prestaciones cubiertas, los porcentajes de reembolso, los límites o topes por prestación o por evento, el deducible, la bonificación mínima de la institución previsional, el monto máximo de reembolso y el período de acumulación para los topes o límites. Por último, tratándose de los porcentajes de reembolso, estos podrán asociarse a la existencia o no de reembolso de la Institución de Salud Previsional o a uno o más instituciones o prestadores médicos.
21. **COSTOS MÉDICOS RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS:**
Es el monto que habitualmente un profesional o institución cobra por prestaciones de carácter similar en establecimientos similares de la localidad donde éstas son efectuadas a personas del mismo sexo y edad considerando además, que sean las prestaciones que generalmente se suministran para el tratamiento de la incapacidad; la característica y nivel de los tratamientos y servicios otorgados; y el prestigio, experiencia de las personas encargadas de la atención y que se encuentran definidas en el Arancel del Régimen de Prestaciones de Salud, contenido en la Ley número 18.469 (Arancel Fonasa).
22. **GASTO MÉDICO INCURRIDO POR EL ASEGURADO**
Es el gasto médico razonable y acostumbrado incurrido a causa de una prestación o acción médica que ha sido efectivamente recibida o realizada en el asegurado, durante el período de vigencia de su cobertura en la póliza.
El gasto señalado precedentemente, corresponde al monto de la prestación descontando las sumas reembolsadas, financiadas o bonificadas por la Institución de Salud Previsional a la cual pertenece el asegurado, como asimismo, cualquier otro aporte proporcionado por otros seguros u otros sistemas o instituciones médicas al cual pertenezca el asegurado y que le otorgue beneficios similares al de este contrato.
23. **REEMBOLSO DE CARGO DE LA ASEGURADORA**
La compañía aseguradora reembolsará los gastos médicos incurridos por el asegurado sólo si corresponden a

prestaciones contenidas en el Cuadro de Beneficios incluido en las Condiciones Particulares de la póliza, por prestaciones con cobertura realizadas durante el período de vigencia del asegurado en la póliza.

No obstante lo anterior, en el evento que el aporte de la Institución de Salud Previsional sea menor al aporte mínimo considerado en el Cuadro de Beneficios de la póliza, el monto de gasto incurrido por el asegurado sujeto a reembolso, se determinará como el menor monto entre el gasto médico incurrido presentado por el asegurado y el costo de la prestación menos el porcentaje de bonificación mínimo exigido en la póliza como aporte del sistema de salud previsional del asegurado.

Con todo, la compañía de seguros no reembolsará más allá del gasto médico incurrido por el asegurado, así como tampoco más allá de los límites y monto máximo de reembolso indicado en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza.

24. **URGENCIA MEDICA:**

Aquella situación crítica de peligro evidente para la vida de la persona y que hace necesario una actuación y asistencia médica-terapéutica inmediata.

25. **CONTRATO DE SEGURO COLECTIVO:**

De acuerdo a los artículos 515, 517, 518 y 519 del Código de Comercio, corresponde al documento que estipula y contiene todas las condiciones particulares pactadas con el contratante además de estas condiciones generales del seguro y cláusulas adicionales si las hubiere, y que mediante un único contrato, se cubren los mismos riesgos a un grupo determinado o determinable de personas. En adelante "Póliza".

ARTÍCULO 3º: COBERTURA Y MATERIA ASEGURADA

La compañía aseguradora reembolsará los gastos médicos efectivamente incurridos por el asegurado y de cargo de la aseguradora, o bien, a opción de la aseguradora, reembolsará directamente al prestador los servicios médicos por dichos gastos, siempre en complemento de lo que cubra su sistema de salud previsional y solo si corresponden a prestaciones contenidas en el Cuadro de Beneficios incluido en las Condiciones Particulares de la póliza. Asimismo, tratándose de los medicamentos, según los beneficios pactados en la póliza, la compañía aseguradora reembolsará el costo de los medicamentos recetados al asegurado por su médico tratante durante el período de vigencia de este contrato de seguro, en las dosis establecidas por éste, o bien, a opción de la aseguradora, proveerá al asegurado de los mismos, también siempre en complemento de lo que cubra su sistema de salud previsional. Con todo, la cobertura corresponderá por prestaciones realizadas durante el período de vigencia del asegurado en la póliza, siempre que sean razonables y acostumbrados y tengan por finalidad la recuperación de la salud o la rehabilitación del asegurado, cuando esté presente una condición o, haya sufrido una incapacidad resultante de una enfermedad o un accidente, cubiertos en esta póliza.

La compañía aseguradora cubrirá los gastos del asegurado que hayan sido prestados e incurridos estando vigente su cobertura, aun cuando estos sean facturados en forma posterior al término de su vigencia en la póliza, y no será responsable de aquellos gastos en que el asegurado incurra con posterioridad al término de su cobertura, aun cuando se trate del mismo evento o enfermedad.

El ámbito de la cobertura se otorgará por los gastos médicos ambulatorios y hospitalarios incurridos por el asegurado dentro del territorio nacional. La cobertura fuera del país, debe quedar expresamente incorporada en el Cuadro de Beneficios incluido en las Condiciones Particulares, en cuanto a porcentajes, límites y topes, como asimismo las condiciones para su otorgamiento.

Los beneficios podrán ser contratados como un todo o selectivamente cada uno de ellos, y tendrán cobertura en la póliza siempre y cuando, cada uno de estos esté expresamente indicado en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares.

En virtud de lo anterior, los beneficios que pueden ser contratados y sujetos a cobertura según lo señalado anteriormente, se definen a continuación como:

A) BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN:

1. **Día Cama Hospitalización:** Gasto por habitación, alimentación y atención general de enfermería, suministrada al asegurado durante su hospitalización.
2. **Día Cama en Domicilio (Home Care):** Corresponde al tratamiento que debería ser efectuado en un hospital o clínica, a pesar de lo cual y a causa del pronóstico del paciente, se determina que sus dolencias sean mitigadas a través de este tipo de servicio directamente en el domicilio del asegurado. La cobertura comprende los gastos asociados al tratamiento

de la dolencia o incapacidad del asegurado, tales como el arriendo del catre clínico, atención de auxiliar de enfermería, suministro de oxígeno, insumos por agujas, bajadas de suero, gasas, etc. Las prestaciones por consultas médicas, exámenes y kinesiología, no se incluyen en este beneficio.

Para el derecho a esta cobertura, se requiere de aprobación previa de la aseguradora, con la documentación e informe médico necesario para realizar la evaluación del caso.

3. Día Cama Acompañante: Corresponde al alojamiento del padre o madre asegurada, quien acompaña al paciente hijo menor y hasta catorce (14) años, beneficio que incluye gastos de alimentación.
4. Servicios Hospitalarios: Son los gastos por concepto de servicios prestados durante la hospitalización, no incluidos en el numeral 1 de este beneficio, según lo siguiente:
Sala de urgencia, unidades de tratamiento intensivo, intermedio, recuperación, UCI, UTI, Incubadora. Exámenes de laboratorio y radiología. Insumos y equipos utilizados para los procedimientos de diagnóstico o terapéutico durante la hospitalización del asegurado, correspondiendo a gastos inherentes o necesarios para el tratamiento médico, excluyéndose de esta definición, productos o artículos tales como: termómetros, para higiene personal, dermocosméticos, vendas elásticas si la cirugía no es de extremidades, fajas abdominales, cortes de pelo, postura de aros, depilaciones, llamadas telefónicas, publicaciones en cualquier medio, gastos del o los acompañantes, etc. Medicamentos. Procedimientos de diagnóstico o terapéuticos, debidamente prescritos por el médico tratante como necesarios para el tratamiento de la incapacidad, incluyendo la Alimentación o Nutrición Parenteral que corresponde a la administración por vía intravenosa de glucosa, aminoácidos, electrolitos, vitaminas y nutrientes, como asimismo, la alimentación o Nutrición Enteral que corresponde a la administración por sondas de fórmulas líquidas directamente al tracto digestivo a través de sondas de intubación. Derecho de pabellón. Honorarios Médicos: Aquellos asociados a los profesionales médicos, arsenalera y anestesta que hubieran intervenido en el procedimiento quirúrgico u otro procedimiento otorgado al asegurado.
5. Prótesis y Ortesis: según lo establecido en este mismo Artículo, letra F) OTROS BENEFICIOS, numeral 5., siempre y cuando este beneficio se encuentre incluido en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares.
6. Servicio privado de enfermera profesional: Los honorarios de este profesional durante la hospitalización, siempre que sea debidamente justificado por el médico tratante.
Para las acciones o condiciones médicas siguientes, si se encuentran expresamente indicados en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares, los gastos hospitalarios incurridos, sus consecuencias y complicaciones, se reembolsarán como un todo bajo el porcentaje y tope o límite que se ha establecido para dichas acciones o condiciones en el Cuadro de Beneficios.
7. Cirugía reparadora por Accidente: Tratamiento debido a lesiones ocasionadas como consecuencia directa de un accidente ocurrido mientras el asegurado se encuentre cubierto, y que dicha cirugía plástica sea realizada por un médico dentro de los noventa (90) días siguientes de ocurrido el accidente. Los gastos ambulatorios si el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares los comprende, serán cubiertos manteniéndose el mismo plazo señalado.
8. Cirugía maxilofacial por accidente: Tratamiento maxilar, que excepcionalmente incluirá el tratamiento dental, a causa de lesiones provenientes de un accidente, efectuado por un médico cirujano máxilo - facial o un odontólogo, siempre que éstos se realicen dentro de los seis (6) meses siguientes al accidente. Los gastos ambulatorios a consecuencia de dicha cirugía, si el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares los incluye, serán cubiertos manteniéndose el mismo plazo señalado.
9. Cirugía maxilofacial por Enfermedad: El tratamiento maxilar a causa directa de malformaciones que provocan menoscabo y deterioro en la salud del asegurado, a través, de enfermedades de signos con sintomatologías claramente demostrables por exámenes y por tratamientos previos de larga evolución en el asegurado y que estos estén asociados al menoscabo de la salud del asegurado.
10. Gasto Donante Vivo (trasplante): la cobertura comprende los estudios de histocompatibilidad, hospitalización, procedimientos quirúrgicos relacionados con la extracción del órgano (ectomía) y el traslado y conservación del órgano. La cobertura rige para el donante que sea asegurado y que su donación sea para un miembro del grupo familiar asegurado, es decir, ambos asegurados en la presente póliza.
11. Cirugía Bariátrica: La cobertura es para aquella condición cuyo IMC es mayor o igual a 40, o mayor a IMC 35, este último cuando es acompañado de una comorbilidad directa y asociada, es decir con la presencia de al menos una u otra

enfermedad significativa o discapacidad severa y minusvalía a causa del exceso de peso, lo cual implique un riesgo para la salud y la vida del asegurado. Se considera como ¿comorbilidad significativa o discapacidad severa¿ cualquiera de las siguientes patologías: diabetes mellitus 2; hipertensión arterial, enfermedad coronaria, enfermedades osteoarticulares severas y apnea obstructiva del sueño severa.

Para la evaluación y reembolso de un gasto bajo esta cobertura, el asegurado deberá presentar toda la información necesaria que permita a la compañía aseguradora determinar la procedencia del caso. Asimismo, la compañía de seguros podrá evaluar facultativamente cualquier otra condición asociada no mencionada en párrafo anterior, si esta cumple con lo señalado, es decir, "cuando la obesidad es acompañada de una comorbilidad directa y asociada, incluyendo la presencia de, al menos, una u otra enfermedad significativa o discapacidad severa y minusvalía a causa del exceso de peso, lo cual implica un riesgo para la salud y la vida del asegurado".

Se entiende por IMC (índice de masa corporal), como el índice para determinar si el peso y estatura de una persona es el indicado y corresponde al cociente o cociente, entre el peso expresado en kilos y la altura en metro elevado al cuadrado.

13. Interrupción Voluntaria del Embarazo: esta cobertura comprende todo el procedimiento hospitalario a causa de la interrupción del embarazo según la Ley 21030.

14. Cirugía relacionada con la Disforia de Género: la cobertura considera todo el procedimiento hospitalario por cambio de sexo, debido a la incongruencia de género clínicamente significativa asociada a la discordancia entre la identidad de género y sexo físico o asignado al nacer, y que el individuo no reconoce, no acepta, ni siente como propio. Esta definición no considera los trastornos de comportamiento correspondientes a la condición de preferencia de orientación sexual.

El derecho a cobertura, aplica a individuos mayores de dieciocho (18) años y con cobertura ininterrumpida por treinta seis (36) o más meses de vigencia en la póliza, como asimismo, de la presentación de un informe del médico tratante que indique el tratamiento previo efectuado al asegurado y que sustente la necesidad del tratamiento definitivo e irreversible en el asegurado.

B) BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN POR MATERNIDAD:

1. Para la madre asegurada, este beneficio considera el parto normal o prematuro, cesárea, o aborto espontáneo y las complicaciones del embarazo sea que el resultado del mismo termine en parto normal, prematuro, cesárea, aborto no voluntario, embarazo extrauterino o ectópico y o cualquier otra condición inherente al embarazo que requiera de una hospitalización pre o post natal de la madre o del recién nacido.

Para otorgar esta cobertura, la fecha de la concepción debe ser posterior a la fecha de inicio de la vigencia de esta cobertura para el asegurado que se aplica y será cubierto bajo la cobertura sólo una vez por cada embarazo, es decir independiente del número de hijos nacidos en el parto.

Los gastos hospitalarios incurridos por el titular o el cónyuge y para el recién nacido, se reembolsarán como un todo bajo el porcentaje y tope o límite que se ha establecido según el tipo de parto, en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares, y la parte que exceda de dicho tope, se entenderá no cubierta por esta póliza.

Las prestaciones en cobertura y cubiertas hasta el tope que se establezca, son los siguientes:

Día cama, sala de urgencia, unidades de tratamiento intensivo, intermedio, recuperación, UCI, UTI, Incubadora. Exámenes de laboratorio y radiología Insumos y equipos utilizados para los procedimientos de diagnóstico o terapéutico durante la hospitalización del asegurado, correspondiendo a gastos inherentes o necesarios para el tratamiento médico, excluyéndose de esta definición, productos o artículos tales como: termómetros, para higiene personal, dermocosméticos, vendas elásticas si la cirugía no es de extremidades, fajas abdominales, cortes de pelo, postura de aros, depilaciones, llamadas telefónicas, publicaciones en cualquier medio, gastos del o los acompañantes, etc. Medicamentos. Procedimientos de diagnóstico o terapéuticos. Derecho de pabellón Honorarios Médicos: Se considera los honorarios de los profesionales médicos, matrona, arsenalera y anestesista que hubieran intervenido en el procedimiento quirúrgico u otro procedimiento otorgado al paciente asegurado.

Para el evento de gastos de un recién nacido, de una madre con cobertura en este beneficio, que presente complicaciones no contempladas en el evento normal de un parto, serán cubiertos a contar del quinto día, bajo las condiciones propias de un asegurado, es decir, sus gastos a reembolsar tendrán cobertura según los beneficios con cobertura en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza.

2. Tratamientos infertilidad y Esterilidad: Comprende todos aquellos procedimientos que tienen por finalidad lograr el embarazo, actuando sobre la causal directa de la infertilidad. Este beneficio considera los procedimientos hospitalarios, tales como la fertilización asistida, histeroscopia, laparoscopia, reanastomosis tubárica y otras intervenciones asociadas

y además, considera procedimientos y exámenes específicos asociados al estudio, tales como histerosalpingografía y espermograma.

C) BENEFICIO AMBULATORIO:

1. Consultas médicas general y de especialidades, domiciliaria, urgencia;
2. Exámenes de laboratorio y exámenes radiológicos;
3. Procedimientos de diagnóstico, incluyendo medio de contraste y o materiales para el procedimiento.
4. Procedimientos terapéuticos, que incluye el tratamiento médico ambulatorio, realizado al asegurado en una sala de procedimientos o pabellón quirúrgico, contemplando materiales y medicamentos utilizados en el procedimiento.
5. Tratamientos terapéuticos de Fonoaudiología y Kinesioterapia o Fisioterapia, debidamente ordenados por el médico tratante.
6. Cirugía ambulatoria, procedimiento médico que requiera de cirugía sin que fuere necesario la hospitalización en un hospital o clínica. El procedimiento contempla todos los gastos inherentes a esta prestación, tales como los honorarios médicos, pabellón, materiales, insumos y medicamentos utilizados. Este beneficio no contempla la Cirugía Ocular, definida en letra F) OTROS BENEFICIOS, numeral 4.

D) BENEFICIO DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS

Bajo este beneficio y a opción de la aseguradora, se podrán proveer o reembolsar las siguientes categorías de medicamentos ambulatorios, todos los cuales deben contar con la debida certificación del Instituto de Salud Pública de Chile.

1. Medicamentos ambulatorios Genéricos y Bioequivalentes Genéricos: Corresponden a los medicamentos que se comercializan bajo la denominación del principio activo que incorpora, siendo igual en composición y forma farmacéutica a la marca original, pero sin marca comercial, que producen el mismo efecto terapéutico de un fármaco original.
2. Medicamentos ambulatorios no Genéricos y Bioequivalentes no Genéricos: Se entienden incluidos en esta categoría los medicamentos no incluidos en el numeral anterior, que se comercializan bajo un nombre comercial específico, sujeto a la protección comercial que otorgan las agencias internacionales de patentes y que han sido registrados por un laboratorio farmacéutico, los que pueden corresponder a la fórmula original o a una copia.
3. Medicamentos ambulatorios Inmunosupresores o Inmunomoduladores: Se entienden por esta categoría aquellos fármacos que actúan sobre el sistema inmunológico disminuyendo los efectos adversos sobre la enfermedad o trasplante. Estos medicamentos pueden ser genéricos o no genéricos.
4. Medicamentos ambulatorios Antineoplásicos: Aquellos fármacos directamente asociados al tratamiento curativo o paliativo del cáncer. Se incluyen los medicamentos específicos usados en la quimioterapia y radioterapia, además de las drogas citotóxicas o citastaxicas.

Con todo, los medicamentos cubiertos por este beneficio, descritos en este artículo, serán sólo aquellos que el asegurado debe consumir durante su vigencia en la póliza, de acuerdo a las dosis prescritas por su médico tratante. En ningún caso, las dosis a reembolsar, podrán incluir un período de tratamiento superior a treinta (30) días a partir de la fecha de su compra.

A opción de la aseguradora, se proveerán los medicamentos a través de aquellas cadenas de farmacias en convenio con la aseguradora, las cuales actuarán como mandatarios de la aseguradora y bajo los términos y condiciones establecidos en la póliza.

Adicionalmente, la aseguradora, previa evaluación del caso, podrá considerar bajo este beneficio los medicamentos recetados en el territorio nacional, pero adquiridos en el extranjero, siempre y cuando cumplan con las condiciones descritas en este beneficio, como asimismo, cuando dicho producto se encuentre aprobado por la FDA (Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos), o por la EMA (Agencia Europea de Medicamentos) o la ANVISA (Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria).

E) BENEFICIO DE SALUD MENTAL:

En esta cobertura, se incluye toda acción de evaluación, prestación o tratamiento asociada a un diagnóstico psiquiátrico o de salud mental, que considere:

1. Gastos por consulta o sesiones de Psiquiatría
2. Gastos por consulta o sesiones de Psicología. Para otorgar la cobertura de este beneficio, el asegurado debe proveer informe del médico tratante especificando el diagnóstico y la justificación del tratamiento y el periodo necesario de la terapia.
3. Gastos por consulta o sesiones por Psicopedagogía. Para otorgar la cobertura de este beneficio, el asegurado debe proveer informe del médico tratante especificando el diagnóstico y la justificación del tratamiento y el periodo necesario de la terapia.
4. Gastos por medicamentos asociados a terapia señalada en este beneficio.
5. Gastos hospitalarios, en función del diagnóstico médico, independiente de la especialidad del médico o del centro

médico hospitalario que la otorgue. Este beneficio considerará todas las prestaciones que se incluyen bajo un procedimiento hospitalario.

F) OTROS BENEFICIOS:

1. Servicio de traslado vía ambulancia terrestre, para conducir al asegurado desde y hacia un hospital local, dentro de un radio máximo de 50 km., contados desde o hacia el recinto hospitalario.
2. Servicio de ambulancia aérea, cuando por la condición de gravedad del asegurado (riesgo vital), se hace indispensable la utilización de este servicio aéreo, dado que requiere traslado inminente a un centro asistencial de mayor complejidad, dada la insuficiencia técnica del prestador de origen y/o insuficiencia técnica de los centros hospitalarios de la ciudad de origen. Para otorgar la cobertura de este beneficio, se requerirá de informe del médico tratante que justifique y especifique su necesidad.
3. Gastos por Óptica, lo que incluye todo gasto por marcos, cristales y lentes de contacto, que sean recetados por un oftalmólogo con el fin de corregir una malformación congénita o alteración de la visión. Este beneficio no incluye todos aquellos gastos que tengan fines de protección como los lentes V.D.T., polarizados, reflection free y otros similares, aún cuando estos incluyan cristales para corregir defectos visuales o refractivos.
4. Cirugía Ocular, comprende el tratamiento relacionado a esta cirugía, tales como procedimientos, insumos, honorarios médicos y lentes intraoculares, conforme a lo siguiente:
 - a) Cirugía específica por los siguientes diagnósticos (láser o no láser): miopía, hipermetropía, astigmatismo, presbicia, defectos aberrométricos o astigmatismo irregular. Esta cobertura estará condicionada a que se trate de pérdidas de visión mayores o iguales tres (3) dioptrías y que, además, el asegurado que produce los gastos aquí descritos, sea mayor de veinte (20) años y con cobertura ininterrumpida en la póliza por más de dieciocho (18) meses.
 - b) Cirugía general por otros diagnósticos no incluidos en la letra a) anterior, cuando estos se produzcan por enfermedad diagnosticada o por accidente ocurrido con posterioridad al inicio de la vigencia del asegurado en la póliza. Esta cobertura estará sujeta a la acreditación de la necesidad de la cirugía mediante un informe del médico tratante y la presentación de todos los exámenes que lo respalden.
5. Prótesis y Ortesis Hospitalaria o Ambulatoria, Comprende los gastos de aparatos protésicos u ortésicos utilizados en el procedimiento hospitalario o ambulatorio, vale decir, aparatos que reemplazan temporal o permanentemente, un órgano o parte del mismo tales como las prótesis definidas como híbridas y bioeléctricas (marcapaso y válvulas cardíacas), así como los gastos provenientes de la adquisición de dispositivos ortopédicos o implantes que auxilian parcial o totalmente las funciones de un miembro con incapacidad física o invalidez, que se requieren en el tratamiento. Bajo este beneficio, se excluye la cobertura de lente intraocular, prótesis dentales y lo excluido en letra o) del artículo 6 Exclusiones, como asimismo, todas aquellas utilizadas con fines estéticos de embellecimiento.
6. Gastos hospitalarios o ambulatorios en el Extranjero: La cobertura rige únicamente para gastos de urgencia, y para otros gastos, solamente cuando estos sean aprobados previamente por la aseguradora. En ambos casos la cobertura procederá según lo establecido en las condiciones particulares de la póliza y en el Cuadro de Beneficios, el cual forma parte de esta.

Con todo, las coberturas señaladas en este Artículo serán los que se convengan expresamente en el Cuadro de Beneficios incluido en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO 4º: MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO

El monto de los límites de cada beneficio en cobertura, los deducibles y el monto de la prima, se expresarán en, en Unidades de Fomento, o en moneda extranjera u otra unidad reajutable autorizada por la Comisión para el Mercado Financiero, que se establezca en las Condiciones Particulares.

El valor de la unidad de fomento, o de la unidad reajutable señalada en las Condiciones Particulares, que se considerará para el pago de prima y beneficios, será el vigente al momento del pago.

Si la moneda o unidad estipulada dejara de existir, se aplicará en su lugar aquella que oficialmente la reemplace, a menos que el contratante no acepte la nueva unidad, debiendo comunicarlo por escrito a la compañía aseguradora dentro de los treinta (30) días siguientes a la notificación que ésta última le haya hecho sobre el cambio de unidad, en cuyo caso se producirá la terminación anticipada del contrato.

ARTÍCULO 5°: DUPLICACIÓN DE BENEFICIOS

Los beneficios de este seguro no se duplicarán con los beneficios o coberturas de cualquier otro seguro, sistema o institución que otorgue beneficios médicos y al cual pertenezca o esté asociado el asegurado, de manera que este seguro, no cubrirá los gastos que deban pagar o reintegrar otras coberturas ya sean de seguro o no que tenga el asegurado; tales como bienestar, Seguro Obligatorio de Accidentes Personales establecido en la Ley N° 18.490, etc.

El contratante o el asegurado tendrá la obligación de informar a la compañía aseguradora de la existencia de otros beneficios contratados que otorguen iguales coberturas médicas o seguros que cubran la totalidad o alguno de los beneficios otorgados por el presente seguro, como asimismo, de su afiliación a alguna Institución de Salud Previsional (Isapre o Fonasa).

ARTÍCULO 6°: EXCLUSIONES

La presente póliza no otorga ninguna cobertura por gastos de beneficios que no estén expresamente indicados en el Cuadro de Beneficios detallado en las Condiciones Particulares.

Asimismo, no cubre ninguno de los beneficios o coberturas estipuladas en el contrato, cuando el reembolso o el pago directo correspondan a, o se originen por, o se produzcan a consecuencia de, o por complicaciones de:

- a) Curas de reposo, Cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento
- b) Epidemias oficialmente declaradas.
- c) Cirugía y/o tratamientos plásticos, cosméticos o estéticos, que sean con fines de embellecimiento.
- d) Cirugía reparadora y/o tratamientos para corregir malformaciones producidas por enfermedades o accidentes anteriores a la fecha de vigencia del asegurado en la póliza.
- e) Cirugía y/o todo tipo de tratamientos dentales, entendiendo por tales, todos aquellos tratamientos efectuados en piezas dentales y por afecciones de tipo esquelético articulares (temporomandibular), inclusive aquellos tratamientos kinesiológicos o farmacológicos por causa de bruxismo, salvo por los gastos incurridos y señalados en artículo 3°, letra A) BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN, numeral 8 y 9, siempre y cuando en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares así lo contemple.
- f) Cirugía y/o tratamientos causado por la adicción a drogas o alcoholismo; lesión, enfermedad o tratamiento causado por la ingesta voluntaria de alcohol, somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares.
- g) Cirugía y/o tratamientos a consecuencia de intento de suicidio, auto mutilación o auto lesión, conforme al inciso primero del artículo 598 del Código de Comercio.
- h) Cirugía y/o tratamientos por impotencia y esterilización masculina o femenina; tallas bajas, gigantismo u otros similares; tratamientos anticonceptivos y cirugía de reducción mamaria.
- i) Tratamientos inhibidores del apetito, gimnasios y masajes reductivos por obesidad mórbida. Asimismo, la cirugía por obesidad cuando el IMC mayor a 35 y menor a 40, no obedece o no existe comorbilidad significativa o discapacidad severa por cualquiera de las siguientes patologías: diabetes mellitus 2; hipertensión arterial, enfermedad coronaria, enfermedades osteoarticulares severas y apnea obstructiva del sueño severa.
- j) Tratamientos, visitas médicas, exámenes, medicamentos, o vacunas, para él sólo efecto preventivo, no inherente o necesario para el diagnóstico de una incapacidad, salvo el control de niño sano y sus vitaminas, el control ginecológico en la mujer y el prostático en el hombre.
- k) Tratamientos dermatológicos que requiera el uso de cremas, lociones faciales, jabones, champús, filtros solares, u otros de higiene corporal, salvo cuando estos contengan un principio activo farmacológico (antibiótico y corticoides), que sean recetados y justificados por el médico tratante y se encuentren con cobertura en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza.
- l) Cualquier tipo de sustancia indicada como reemplazo o sustituto alimenticio, aunque sean con fines terapéuticos.
- m) Tratamientos homeopáticos, iriología, reflexología, acupuntura, quiropraxia y, en general, tratamientos médicos no tradicionales o experimentales, empíricos y de medicina alternativa.
- n) Insumos ambulatorios, tales como: gasas, jeringas, sondas, termómetros, etc., salvo aquellos que sean señalados expresamente en cada uno de los beneficios asegurados y pactados en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones

Particulares.

- o) Adquisición o arriendo de sillas de ruedas, camas médicas, ventiladores mecánicos, cintas glucosuria y aparato o dispositivo para medir glucemia, bomba de insulina, cpap, muletas, bastones, zapatos ortopédicos, plantillas, medias anti embolicas para el tratamiento de várices.
- p) Crio preservación, compra de células madre, sangre o hemoderivados y cualquier otro tejido u órgano.
- q) Atención particular de enfermera domiciliaria.
- r) Lesión o enfermedad surgidas de la ocupación del asegurado, cubierta por la legislación de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.
- s) Gastos de costo del asegurado que fueron reembolsados por el fondo de los excedentes de cotizaciones del sistema ISAPRE, al cual pertenece el asegurado.
- t) Gastos ambulatorios u hospitalarios por cualquier procedimiento a través de nuevas tecnologías no reconocidas por el sistema previsional de salud (Fonasa).
- u) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), y/o cualquier otro cuadro producido favorecido por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) sus consecuencias y complicaciones.
- v) Embarazos, enfermedades y dolencias preexistentes.
Para los efectos de la aplicación de esta exclusión, al momento de la contratación la compañía aseguradora deberá consultar al solicitante acerca de todas aquellas situaciones, enfermedades, dolencias, lesiones, o condiciones, o problemas de salud en general que afecte al asegurado, y que hayan sido diagnosticadas o sean conocidas al momento de su declaración y que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura.
- w) Realización de una actividad o deporte riesgoso, independiente de la frecuencia con que se practique, entendiéndose como tal aquellas en que se pone en peligro la vida o integridad física de las personas y que objetivamente constituyan una flagrante agravación del riesgo, es decir, pongan en peligro la integridad física de la persona asegurada y/o se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos, aún cuando haya sido declarado por el asegurado y/o contratante y que no haya sido expresamente aprobada por el asegurador. A modo de ejemplo se considera: manejo de explosivos, actividades subterráneas, trabajos en altura sobre 20 metros o en líneas de alta tensión, uso de vuelos en líneas aéreas no regulares, tanto como pasajero o piloto; bombero, inmersión submarina, alas delta, paracaidismo, Flyboard, Bungee Jumping, Parkour, Alpinismo, Rápel, Parapente, Rafting, esquí fuera de canchas habilitadas; carreras de automóviles, motocross, cuatrimotor, motocicleta, lancha, o a caballo; montañismo, etc.
- x) Lesión o enfermedad causada por:

Participación directa o no del asegurado en actos Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín, o hechos que las leyes califican como delitos contra la ley de seguridad interior del Estado. Participación del asegurado en cualquier acto delictivo, o actos calificados como delito por la ley, sea este en calidad de autor, cómplice o encubridor, o quien pudiera reclamar la(s) cobertura(s) de esta póliza, incluyéndose, toda lesión o enfermedad ocurrida a causa o con ocasión de su estado de ebriedad o de los efectos de drogas o alucinógenos. Negligencia médica o del asegurado, imprudencia o culpa grave por parte del asegurado, o la participación del asegurado en cualquier acto temerario o notoriamente peligroso, entendiéndose por tales aquellas donde conscientemente y de manera imprudente se pone en peligro la vida o integridad física de las personas. Pérdidas, daños, costos o gastos de cualquier naturaleza, directa o indirectamente causados por, resultante de, o relacionados con cualquier acto de terrorismo, sin perjuicio de la existencia de cualquier otra causa o acontecimiento que contribuya al siniestro en forma concurrente o en cualquier otra secuencia. Para los efectos de la presente póliza, un acto terrorista consiste en una conducta calificada como tal por la ley, así como el uso de fuerza o violencia o la amenaza de ésta, por parte de cualquier persona o grupo, motivado por causas políticas, religiosas, ideológicas o similares, con la intención de ejercer influencia sobre cualquier gobierno o de atemorizar a la población, o a cualquier segmento de la misma. Se excluye también las pérdidas, daños, costos o gastos de cualquier naturaleza, directos o indirectos, originados en cualquier acción ejercida para controlar, evitar o suprimir actos de terrorismo o que se relacionen con éstos. Pérdidas, daños, costos o gastos de cualquier naturaleza, directa o indirectamente causados por, resultante de, o

relacionados con la práctica como deportista profesional de alto rendimiento según la Ley 19.172. Cuando los hechos en que se basa la exclusión configuren un delito de cuya comisión estén conociendo los Tribunales de Justicia, la compañía de seguros no estará obligada a pagar ninguna indemnización por siniestro, mientras no exista un sobreseimiento judicial basado en que no concurrieron los hechos constitutivos del delito, en que éstos no son constitutivos de delito o en que no se encuentra completamente justificada la perpetración del mismo delito. Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.

ARTÍCULO 7º: RIESGOS CUBIERTOS BAJO ESTIPULACION EXPRESA

La compañía aseguradora podrá evaluar y otorgar cobertura a los riesgos excluidos en el artículo 6º de la presente póliza, con un pago de extra prima, si fuere el caso, y dejando expresamente establecido en las Condiciones Particulares de la póliza, los riesgos cubiertos bajo esta estipulación.

ARTICULO 8º EMISIÓN POLIZA :

Pactadas las condiciones particulares con el contratante, la aseguradora emitirá la póliza de seguro colectivo, dentro de un plazo de cinco (5) días hábiles, contados desde la perfección del contrato, es decir, desde que la aseguradora y el contratante a entera satisfacción de ambos, hayan acordado cada una de las condiciones que regirán el contrato.

Cumplido lo anterior, la aseguradora podrá entregar el contrato vía documento físico o digitalmente a través de correo electrónico al contratante.

ARTÍCULO 9º: INGRESO Y VIGENCIA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

El contratante de la póliza, deberá informar el ingreso de nuevos asegurados a la cobertura de la póliza, dentro de un plazo no mayor a treinta (30) días a contar de la fecha en la que estos califican para ingresar al seguro.

1. La vigencia de su cobertura, comenzará el primer día del mes inmediatamente siguiente al de su notificación a la aseguradora.
2. El plazo para incorporar a un asegurado es el siguiente:
 - a) Para el titular, dentro de los treinta (30) días siguientes de la fecha que pertenece al grupo, o de inicio de su contrato de trabajo, u otro, si así se indica en las Condiciones Particulares de la póliza.
 - b) Para el cónyuge, conjuntamente con el asegurado titular, o si se trata de un nuevo cónyuge de un asegurado titular vigente en la póliza, dentro de los treinta (30) días siguientes a la celebración del matrimonio, u otra condición si así se indica en las Condiciones Particulares de la póliza.
 - c) Para el o los hijos, conjuntamente con el asegurado titular, o si se trata de un nuevo hijo de un asegurado titular vigente en la póliza, dentro de los treinta (30) días siguientes de la fecha del nacimiento. Específicamente, el hijo recién nacido de madre asegurada, con fecha de concepción del hijo dentro de la vigencia de la cobertura para la asegurada madre en la póliza, será cubierto desde el primer día de vida, sin perjuicio a ello, debe también ser incorporado dentro del plazo señalado, u otro, si así se indica en las Condiciones Particulares de la póliza.
3. Todos los asegurados deberán completar los Requisitos de Asegurabilidad establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza y su ingreso y posterior aceptación deberá constar y ser aprobada por la aseguradora.
4. La empresa contratante se hace responsable de informar a la aseguradora las personas que califican en el presente seguro y a cada una de sus coberturas, formalizando su incorporación a través del llenado de una solicitud de incorporación al seguro, cuyo procedimiento se podrá llevar a cabo mediante un documento físico o un documento vía digital, ambos provistos por la aseguradora al contratante. Para este último (documento digital), recibida la instrucción del contratante, la aseguradora habilitará y comunicará al solicitante directamente (asegurado titular) el medio de suscripción a utilizar vía internet, u otro sistema electrónico dispuesto para llevar a cabo su incorporación al seguro.
5. Todo asegurado que no haya sido notificado a la aseguradora y/o no cumpliera con los Requisitos de Asegurabilidad establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza, no tendrá cobertura en el presente seguro.
6. Las personas que reuniendo los Requisitos de Asegurabilidad establecidas en las condiciones generales y particulares de la póliza, no hayan ingresado al seguro en el momento que califican para ingresar, no lo podrán hacer hasta el aniversario siguiente de la póliza, debiendo acreditar en dicha ocasión a satisfacción de la compañía aseguradora, su buen estado de salud. Esta condición rige tanto para los asegurados titulares como para los asegurados dependientes de estos.

7. La aseguradora aprobada la incorporación del asegurado, a través del contratante entregará a cada uno de los asegurados incorporados al presente seguro, un certificado que acredite su cobertura, documento que podrá ser despachado vía correo electrónico dirigido al señalado por el asegurado en su solicitud de incorporación, o según sea el caso al del contratante.
Tanto la aseguradora, como el contratante y el corredor de seguros si lo hubiere, deberán mantener a disposición de los interesados una copia de los certificados.
8. El contratante se hace responsable de cumplir diligentemente con las notificaciones de incorporación al seguro y es responsable de cualquier menoscabo provocado a Seguros Vida Security Previsión S.A., por aquellas ordenes de suscripción o incorporación de un asegurado que no correspondía fuera incluido a la póliza o a una cobertura de la presente póliza, sea esta por cualquier causa, resolución, motivo u otra razón cualquiera.

ARTÍCULO 10º: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

El asegurado conforme al artículo 524 del Código de Comercio estará obligado a:

1. Declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar los riesgos a que se encuentra expuesto el asegurado y apreciar la extensión de los mismos;
2. Informar, a requerimiento del asegurador, la existencia de otros seguros que amparen al mismo asegurado;
3. Pagar la prima en la forma y época pactadas, si así fuere el caso,
4. Emplear el cuidado y celo de un diligente padre de familia para prevenir el siniestro;
5. No agravar el riesgo y dar noticia al asegurador o compañía aseguradora sobre las circunstancias que lleguen a su conocimiento y que reúnan las características señaladas en el artículo 526 del Código de Comercio;
6. Notificar a la compañía aseguradora, tan pronto sea posible una vez tomado conocimiento, de la ocurrencia de cualquier hecho que pueda constituir o constituya un siniestro, y
7. Acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado, y declarar fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias. Si el tomador del seguro o contratante y el asegurado son personas distintas, corresponde al tomador o contratante el cumplimiento de las obligaciones del contrato, salvo aquellas que por su naturaleza deben ser cumplidas por el asegurado. Las obligaciones del tomador o contratante podrán ser cumplidas por el asegurado.

ARTÍCULO 11º: OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE DEL SEGURO

Con anterioridad a la celebración de este seguro, el contratante deberá declarar por escrito a la compañía aseguradora, todos los hechos y circunstancias que ésta le consulte, respecto de las personas amparadas por esta póliza, que permitan a la compañía aseguradora evaluar y asumir correctamente el riesgo y que puedan influir en las condiciones del contrato conforme a lo establecido en el artículo 525 del Código de Comercio.

Conforme al artículo 517 del Código de Comercio el contratante deberá entregar a cada uno de los asegurados que se incorporen al contrato de seguro Colectivo, una copia de la póliza o, al menos, un certificado que acredite la cobertura. En el último caso, tanto el asegurador como el tomador y el Corredor del Seguro deberán mantener a disposición de los interesados una copia de la póliza.

Así también el contratante deberá notificar a los asegurados de todas las modificaciones del seguro que haya convenido con el asegurador, las que sólo podrán efectuarse y regir, a partir de la siguiente renovación del contrato.

Las modificaciones no informadas serán inoponibles al asegurado, y en tal evento, el asegurado podrá renunciar al contrato mediante comunicación escrita dirigida al asegurador, dentro de los diez días siguientes de recibida la notificación, en cuyo caso deberá restituirse la prima que se hubiere abonado desde la modificación. Si la comunicación de renuncia se hubiere presentado ante el tomador o el intermediario, se presumirá su conocimiento por el asegurador, a contar de la fecha de su presentación.

Con todo, el contratante es responsable de los daños causados por su actuación en las pólizas colectivas en que intervenga, sin perjuicio de la responsabilidad del asegurador por las gestiones que hubiere encomendado.

El asegurador no podrá oponer al asegurado los errores, omisiones o deficiencias del tomador.

ARTÍCULO 12º: DECLARACIONES DEL ASEGURADO

El asegurado titular conforme al artículo 524 y 525 del Código de Comercio, tendrá la obligación de declarar por escrito el estado de salud y sus actividades (laborales o recreativas) propias y de sus dependientes, al tenor de lo que solicita el asegurador, sobre los hechos o circunstancias que conozca y que permitan a la aseguradora apreciar la extensión del riesgo.

La veracidad de las declaraciones hechas por el asegurado o el contratante, según sea el caso, en la propuesta o solicitud de incorporación al seguro, o en sus documentos accesorios o complementarios y en el reconocimiento médico, cuando éste corresponda, constituyen parte integrante y esencial de este contrato.

Asimismo, la compañía aseguradora se reserva el derecho de comprobar la veracidad de las declaraciones formuladas, en cualquier momento que ella lo estime conveniente, antes del inicio de la vigencia del asegurado en la póliza, incluso haciendo examinar médicamente a las personas amparadas por el presente seguro.

Cualquier omisión o reticencia, declaración falsa, equivoca o inexacta relativa a las materias consultadas por la compañía aseguradora sobre el estado de salud, edad, ocupación, actividades o deportes riesgosos del asegurado, que pudiere influir en la apreciación del riesgo, o de cualquiera circunstancia que, conocida por la compañía aseguradora, hubiese podido retraerla de la celebración del contrato o producir alguna modificación sustancial en sus condiciones, faculta a la compañía aseguradora para excluirlos del presente contrato y dicho asegurado no tendrá derecho a ninguna indemnización en virtud de esta póliza.

La compañía aseguradora podrá exigir la restitución de los gastos en que ella haya incurrido, cuando los asegurados hayan recibido beneficios fundamentados en documentos falsos o adulterados y otorgados a personas no cubiertas en el contrato. La no-restitución de dichos gastos producirá la resolución de la póliza.

ARTÍCULO 13º: MODIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES PARTICULARES DEL SEGURO

Las Condiciones Particulares del presente seguro, así como las Condiciones Particulares de las cláusulas adicionales, si las hubiere, podrán ser modificadas, al momento de la renovación de la póliza, por acuerdo entre la compañía aseguradora y el contratante del seguro colectivo, previa notificación a cada uno de los asegurados. Sin embargo, tal modificación no afectará en manera alguna a los siniestros incurridos con anterioridad a la fecha del cambio.

Las modificaciones a las Condiciones Particulares de la póliza deberán constar en endoso u otro documento similar, los cuales se entenderán que forman parte de las Condiciones Particulares de la póliza. Dichos documentos deberán ser firmados por el representante legal u otra persona autorizada de la compañía aseguradora, o en escrito separado suscrito por el contratante y el asegurador.

El contratante de la póliza deberá dar oportuno aviso a cada una de las personas aseguradas por esta póliza o de los beneficiarios de la misma, de cualquier modificación a las Condiciones Particulares de esta póliza o de las Condiciones Particulares de las cláusulas adicionales si las hubiere. Si así no lo hiciere, tales modificaciones serán inoponibles a los asegurados.

Por lo señalado anteriormente, el contratante asume las responsabilidades que emanen de su actuación como contratante del seguro colectivo.

ARTÍCULO 14º: PRIMA Y EFECTOS DEL NO PAGO DE LA PRIMA

1. Pago de Primas: El pago de la prima será abonado en forma anticipada por el contratante, en la oficina principal de la compañía aseguradora o, en los lugares que ésta designe y dentro de los primeros cinco (5) días de cada periodo de cobertura mensual, salvo que en las Condiciones Particulares se establezca una periodicidad y fecha de pago diferente.
2. Independiente de la forma de financiamiento de la prima, la recaudación, entrega y el pago de ésta a la compañía aseguradora, será de responsabilidad del contratante, salvo que en las Condiciones Particulares de la póliza se haya establecido otra.
3. Período de gracia: Para el pago de la prima se concede un plazo de gracia de treinta (30) días, salvo que en las Condiciones Particulares de la póliza se establezca otro plazo, el cual, será contado a partir del primer día del mes de cobertura no pagada, de acuerdo a la forma de pago convenida. Durante este plazo, la póliza permanecerá vigente.
4. Término Anticipado del Contrato: Si al vencimiento del plazo establecido para el pago de la prima, esta no hubiese sido pagada, conforme al artículo 528 del Código de Comercio, se producirá la terminación del contrato a la expiración del plazo de quince días contado desde la fecha de envío de la comunicación que, con este objeto, la compañía

aseguradora dirija al contratante y dará derecho a la primera a exigir que se le pague la prima devengada hasta la fecha de terminación, incluyendo los gastos de formalización del contrato.

Producida la terminación, la responsabilidad de la compañía aseguradora por los siniestros posteriores cesará de pleno derecho, sin necesidad de declaración judicial alguna.

El pago de la prima después de haber quedado sin efecto esta póliza, no dará derecho, en ningún caso, al pago de ninguna indemnización por un siniestro que se produzca con posterioridad a la fecha en que quede sin efecto esta póliza.

5. Impuestos: Se establece que cualquier cambio relativo a impuestos aplicables a la prima, no será de cargo del asegurador, por ende, a contar de la fecha de la modificación se aplicarán sobre la prima neta establecida para la póliza o sus adicionales, si fuere el caso.

ARTÍCULO 15º: BENEFICIARIO

Los beneficiarios por la cobertura amparada bajo el presente contrato, serán los propios asegurados y el monto reembolsable por cada siniestro presentado, será pagado al asegurado titular de la póliza, o en su defecto al contratante si así ha sido autorizado por el asegurado.

En el evento que corresponda pagar un reembolso al asegurado titular y este no se encuentre habido, el pago de dicho siniestro será girado a nombre del asegurado cónyuge o conviviente civil y, a falta de este, a sus herederos legales, o si así ha sido autorizado por el propio asegurado, al contratante de la póliza. En cualquiera de los casos, la compañía aseguradora se libera de cualquier responsabilidad o reclamo posterior por dicho pago.

ARTÍCULO 16º: DENUNCIA DE SINIESTROS

Efectuado un gasto médico reembolsable en virtud de la presente póliza, el asegurado deberá informarlo a la aseguradora, tan pronto como ello sea posible, en forma directa o a través del contratante, dentro del plazo máximo de treinta (30) días contados desde la fecha de emisión del documento que da cuenta del gasto médico de cargo del asegurado y cuyo reembolso se solicita, salvo que se indique otro plazo en las Condiciones Particulares de la póliza.

El incumplimiento o presentación extemporánea de los antecedentes requeridos conforme a esta póliza o sus adicionales, según sea el caso, hará perder el derecho de los beneficiarios, liberando a la compañía aseguradora del pago de la indemnización o reembolso que habría correspondido bajo la presente póliza, salvo en caso de fuerza mayor debidamente justificado a juicio de la aseguradora.

ARTÍCULO 17º: REQUISITOS PARA PAGO DE SINIESTRO

- 1) Presentación de un siniestro: Constituye requisito esencial para cualquier reembolso de gasto por parte de la compañía aseguradora:
 - a) La entrega oportuna a la compañía de seguros, de la solicitud de siniestro mediante el formulario proporcionado o puesto a disposición del asegurado, con toda la información que en éste se indique.
 - b) La declaración del asegurado respecto de su gasto, por el cual se solicita reembolso, si fue cubierto por otros seguros, o sistemas o instituciones que otorguen beneficios médicos y a los cuales pertenezca o esté asociado el asegurado.
 - c) La entrega a la compañía aseguradora de los originales extendidos a nombre del asegurado de los recibos, boletas y facturas cuando corresponda, copia de bonos, copia de órdenes de atención, copia de programas médicos u otros documentos que acrediten el gasto incurrido y su cancelación; como asimismo, en su caso, los documentos que acrediten el pago o el reembolso de parte de los otros seguros, o instituciones referidos en el punto anterior, y el o los informes del médico tratante, para aquellos casos que la aseguradora lo exija.
 - d) Tratándose de gastos por medicamentos ambulatorios, para obtener reembolso si corresponde cobertura por la póliza, el asegurado deberá presentar una receta válidamente emitida, entendiéndose como tal, aquella que contenga a lo menos lo siguiente:

Nombre del asegurado, que deberá corresponder siempre a la persona efectivamente atendida por el médico que prescribe. Los requisitos establecidos por el Código Sanitario y reglamentación vigente respecto a dispensación de medicamentos; Fecha de emisión no anterior a treinta (30) días de la fecha de aviso de

sinistro. Nombre del medicamento, posología, duración del tratamiento y cantidad a dispensar. Nombre, Rut y Firma del médico que emite la receta.

- e) Con todo, la compañía aseguradora queda facultada para solicitar, a su voluntad, los documentos adicionales que estime necesarios, a efectos de aclarar satisfactoriamente la ocurrencia de un siniestro y determinar su monto, como asimismo podrá practicar a su costa, exámenes médicos al asegurado respecto del cual se refiera la solicitud de indemnización, inclusive, tratándose de solicitudes de nuevos reembolsos por las mismas causas previamente reembolsadas en forma directa al prestador o a través de plataforma electrónica, no implicará precedente o derecho alguno para el asegurado, frente a la nueva solicitud de reembolsos por la misma condición pagada, en tal caso, la compañía aseguradora también queda facultada para solicitar a su voluntad, los documentos adicionales que estime necesarios para determinar el pago de una indemnización.
- f) Sin el cumplimiento de los requisitos indicados precedentemente, la aseguradora no estará obligada a efectuar reembolso alguno de gastos médicos reclamados por el asegurado.

2) Pago de un siniestro:

- a) La compañía de seguros dispondrá la liquidación del siniestro conforme al procedimiento de liquidación establecido en el Título IV del D.S. N° 1.055, de 2012, sobre Reglamento de los Auxiliares del Comercio de Seguros.
- b) El pago de la indemnización al asegurado, se efectuará en las oficinas principales de la compañía aseguradora, o a través del contratante, u otro medio establecido en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO 18°: AUTORIZACION PARA SOLICITAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Para la correcta liquidación del siniestro, tanto el asegurado como los beneficiarios deberán entregar a la compañía de seguros o a la persona que actúe en su representación, información confidencial o no, de cualquier Médico, Enfermera, Psicólogo, u otro profesional de salud, Clínica, Hospital, Laboratorio Clínico, Fondo Nacional de Salud (Fonasa), Isapre, compañía de seguros o a cualquier otra institución pública o privada, información relativa a su estado de salud y cualquier documento asociado, a vía de ejemplo, y sin ser restrictivos en su enumeración, copia del parte policial y relato de los hechos, ficha médica completa, epicrisis, cartola histórica detallada de gastos médicos en su institución de salud. Para lo anterior, tanto el asegurado como los beneficiarios desde ya autorizan a la compañía aseguradora para solicitar tales documentos.

ARTÍCULO 19°: TÉRMINO ANTICIPADO DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

La presente póliza terminará anticipadamente respecto de un asegurado, en los siguientes casos:

- 1. Por la pérdida de requisitos que lo califican como asegurado, de acuerdo a lo señalado en el artículo 2°, numerales 2 y 3.
- 2. Por término de la cobertura del asegurado titular, termina automáticamente la cobertura de los asegurados dependientes.
- 3. Cuando el contratante lo excluya de la nómina de asegurados mediante comunicación dirigida a la compañía aseguradora.
- 4. Por término de la póliza, o por término de alguna cobertura adicional y el pago de alguna indemnización prevista en ella, proceda el término de esta cobertura, tal como se señala en el artículo 26° de este condicionado general.
- 5. Cuando el asegurado cambia su residencia fuera de Chile, según lo establecido en el artículo 27° de este condicionado general.
- 6. Por mora en el pago de las primas requeridas, en los términos y condiciones establecidas en esta póliza.
- 7. Cuando el asegurado hubiere omitido, retenido o falseado información sobre si o sus dependientes que haya sido requerida por el asegurador y altere el concepto de riesgo asumido por la compañía aseguradora; o cuando presentare reclamaciones fraudulentas, o engañosas, o apoyadas en declaraciones falsas.
- 8. Si el Interés Asegurable, según artículo 520 del Código de Comercio, no llegare a existir o cesare durante la vigencia del seguro. En este caso, el asegurado tendrá derecho a la restitución de la parte de la prima pagada a la compañía aseguradora, pudiendo ésta retener el importe de sus gastos conforme al artículo 589 del Código de Comercio.
- 9. Cuando el asegurado sea declarado con una "Invalidez Dos Tercios", otorgada por la Comisión Médica Regional (CMR) correspondiente o por la Comisión Medica Central si fuese el caso, o por el Compin (Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez). La fecha de exclusión en estos casos, corresponderá a la fecha que dicha invalidez fue ejecutoriada.

Con todo, el término de la cobertura en el evento que sea informada tardíamente ya sea por el asegurado, el contratante o el

beneficiario, la exclusión regirá a contar de la fecha que fue ejecutoriado el dictamen.

Excepcionalmente la aseguradora a solicitud del contratante, podrá evaluar la continuidad del asegurado en la póliza y determinar nuevas condiciones de asegurabilidad para el caso.

10. Por incumplimiento de los requisitos para la mantención del contrato, según artículo 22° de este condicionado general.

En estos casos, cesará toda responsabilidad de la compañía aseguradora y ésta no tendrá obligación alguna respecto de los riesgos que cubre al asegurado que fuere excluido, a contar de la fecha en que opere tal exclusión del asegurado. Del mismo modo, en tales casos y a contar de la misma fecha, cesará toda responsabilidad de la compañía aseguradora respecto de los riesgos que amparaba esta póliza a los Dependientes del asegurado excluido.

ARTÍCULO 20°: NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO

El contrato de seguro es nulo si el asegurado, a sabiendas, proporciona al asegurador o a la compañía aseguradora información sustancialmente falsa al prestar la declaración a que se refiere el artículo 10° Y 12° de este condicionado general y se resuelve si incurre en esa conducta al reclamar la indemnización de un siniestro, conforme al artículo 539 del Código de Comercio.

En dichos casos, pronunciada la nulidad o la resolución del seguro, el asegurador o la compañía aseguradora podrá retener la prima o demandar su pago y cobrar los gastos que le haya demandado acreditarlo, aunque no haya corrido riesgo alguno, sin perjuicio de la acción criminal.

Por otra parte, esta póliza se encuentra sujeta al artículo 470 del Código Penal, que en su punto 10° establece que a los que maliciosamente obtuvieren para sí, o para un tercero, el pago total o parcialmente indebido de un seguro, sea simulando la existencia de un siniestro, provocándolo intencionalmente, presentándolo ante el asegurador o la compañía aseguradora como ocurrido por causas o en circunstancias distintas a las verdaderas, ocultando la cosa asegurada o aumentando fraudulentamente las pérdidas efectivamente sufridas. Si no se verifica el pago indebido por causas independientes de su voluntad, se aplicará el mínimo o, en su caso, el grado mínimo de la pena. La pena se determinará de acuerdo con el monto de lo indebidamente solicitado.

ARTÍCULO 21°: VIGENCIA Y TÉRMINO DE LA PÓLIZA

La póliza tendrá vigencia hasta la fecha señalada en las Condiciones Particulares, y se renovará automáticamente por nuevos períodos anuales, salvo aviso en contrario dado por escrito por cualquiera de las partes, con treinta (30) días de anticipación a la fecha de vencimiento del contrato. No obstante lo anterior, el contratante podrá poner término anticipado a la póliza, con aviso previo por escrito de a lo menos de treinta (30) días a la fecha en que se quiera terminar, y el asegurador, podrá poner término anticipado al seguro sólo en los casos previstos en las Condiciones Particulares, que así lo justifiquen.

Terminada la vigencia del contrato, sea anticipada o no, cesará toda responsabilidad de la compañía aseguradora sobre los riesgos que asume y éste no tendrá obligación alguna respecto de los siniestros que ocurran con posterioridad a esa fecha.

ARTÍCULO 22°: TÉRMINO ANTICIPADO DE LA PÓLIZA

La compañía aseguradora para mantener vigente la póliza, o su renovación por un nuevo período, establecerá como requisito mínimo el cumplimiento del porcentaje de adhesión o del número mínimo de asegurados establecidos en las respectivas Condiciones Particulares, u otro concepto que se haya definido en conjunto con el contratante, lo cual debe quedar establecido en forma expresa en dichas Condiciones Particulares.

ARTÍCULO 23°: REHABILITACION DE LA PÓLIZA

Producida la terminación anticipada del contrato por no pago de prima, podrá el contratante solicitar por escrito su rehabilitación dentro del período original de vigencia del contrato.

A tal efecto, deberá acreditar y reunir las condiciones de Asegurabilidad a satisfacción de la compañía aseguradora y pagar todas las primas vencidas y devengadas que corresponda, y que se encuentren pendientes de pago.

La sola entrega a la compañía aseguradora del valor de la prima vencida, no producirá el efecto de rehabilitar la póliza si previamente no ha habido aceptación escrita de la compañía de seguros a la solicitud de rehabilitación presentada por el contratante. El rechazo de la solicitud sólo generará la obligación de la compañía aseguradora de devolver el valor de las

primas recibidas por este concepto, sin responsabilidad ulterior.

ARTÍCULO 24°: EXTENSIÓN DE LA COBERTURA PARA EL ASEGURADO POR TÉRMINO DE VIGENCIA

Tratándose del término de la cobertura para un asegurado según lo señalado en el artículo 19°, Terminación Anticipada de la Cobertura Individual, numerales 1 al 3 de la presente condiciones generales, se extenderá la cobertura para un asegurado que al momento del término de su cobertura se encontrare hospitalizado. Esta extensión de cobertura, operará por treinta (30) días más como máximo, contados desde la fecha de término de la cobertura del asegurado y mientras este se encuentre hospitalizado.

Con todo, la cobertura terminará automáticamente al momento en que el asegurado salga del recinto hospitalario o hasta el término de la extensión de 30 días, lo que suceda primero, y regirá, únicamente para los gastos incurridos dentro del recinto hospitalario y hasta el monto máximo disponible de reembolso del asegurado, antes del término de su cobertura.

ARTÍCULO 25°: INDISPUTABILIDAD

Esta póliza, respecto al contratante o cada asegurado en forma individual, no será impugnada, cuando hayan transcurrido dos (2) años completos desde que entró en vigencia él o su seguro en la compañía aseguradora, salvo en caso de dolo o de fraude conforme lo establecido en el artículo 592 del Código de Comercio.

ARTÍCULO 26°: CLÁUSULAS ADICIONALES

Las cláusulas adicionales que se contraten en forma accesorio a esta póliza complementan o amplían la cobertura establecida en ella, pudiendo, ciertos adicionales, con motivo del pago de las indemnizaciones contemplados en ellos, provocar el término anticipado de la cobertura de esta póliza o la pérdida de derechos establecidos en esta, cuando dichos efectos estén previstos en los adicionales respectivos.

ARTÍCULO 27°: LUGAR DE RESIDENCIA PARA LOS ASEGURADOS

Se establece como país de residencia para los asegurados, Chile, por lo tanto, en caso que un asegurado se encuentre en el extranjero por más de tres meses consecutivos, se considerará no califica como asegurado para los efectos de esta póliza y deberá ser excluido del presente contrato, y los gastos que se produzcan por prestaciones realizadas en el extranjero después de vencido el plazo, no tendrán cobertura de seguro.

ARTÍCULO 28°: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración o notificación que haya de hacerse entre la compañía aseguradora y el contratante, el asegurado o sus beneficiarios con motivo de esta póliza, deberá realizarse por correo electrónico u otro medio electrónico o no, registrado para estos efectos en las Condiciones Particulares o certificados correspondientes, según sea el caso, la cual se entenderá como recibida al día hábil siguiente de haberse enviado éstas, independientemente de la fecha en que el contratante, asegurado o beneficiario haya dado lectura al mismo. Asimismo, el contratante, asegurado y beneficiario serán responsables por la privacidad de este medio de comunicación, siendo de su exclusiva responsabilidad, la revisión, lectura y administración de los documentos enviados o su posible delegación a un tercero.

Sin perjuicio de lo anterior, respecto de la comunicación, declaración o notificación, la compañía aseguradora podrá efectuarla por escrito, mediante carta certificada u otro medio fehaciente que demuestre la recepción del comunicado, dirigida al domicilio registrado en la compañía aseguradora o al último domicilio del contratante, registrado en las Condiciones Particulares de la póliza. Las notificaciones hechas por carta certificada, se entenderán realizadas al tercer día hábil siguiente al ingreso a correos de la carta, según timbre que conste en el sobre respectivo.

Las comunicaciones dirigidas a la compañía de seguros deberán efectuarse al domicilio de ésta por carta certificada u otra forma que fehacientemente acredite su recepción por la compañía de seguros.

ARTÍCULO 29°: ARBITRAJE

Conforme lo dispone el artículo 543 del Código de Comercio, cualquier dificultad que se suscite entre el asegurado, el contratante o el beneficiario, según corresponda, y el asegurador, sea en relación con la validez o ineficacia del contrato de

seguro, o con motivo de la interpretación o aplicación de sus condiciones generales o particulares, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre la procedencia o el monto de una indemnización reclamada al amparo del mismo, será resuelta por un árbitro arbitrador, nombrado de común acuerdo por las partes cuando surja la disputa. Si los interesados no se pusieren de acuerdo en la persona del árbitro, éste será designado por la Justicia Ordinaria y, en tal caso, el árbitro tendrá las facultades de arbitrador en cuanto al procedimiento, debiendo dictar sentencia conforme a derecho.

En ningún caso podrá designarse en el contrato de seguro, de antemano, a la persona del árbitro.

En las disputas entre el asegurado y el asegurador que surjan con motivo de un siniestro cuyo monto sea inferior a diez mil (10.000) unidades de fomento, el asegurado podrá optar por ejercer su acción ante la Justicia Ordinaria.

Sin embargo, el asegurado o el beneficiario podrán por sí solos someter al arbitraje de la CMF (Comisión para el Mercado Financiero), las resolución de las dificultades que se produzcan con la compañía aseguradora cuando el monto de la indemnización reclamada no sea superior a ciento veinte (120) Unidades de Fomento.

ARTÍCULO 30º: DOMICILIO

Será tribunal competente para conocer de las causas a que diere lugar el contrato de seguro el del domicilio del beneficiario conforme al artículo 543 del Código de Comercio.

CLÁUSULA DE GASTOS DENTALES

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código CAD320131535

Esta cláusula adicional, no obstante lo estipulado en las condiciones de la póliza de Seguro Colectivo para Gastos de Salud, se regirá por las siguientes estipulaciones que son adicionales a las señaladas en la póliza principal:

I) CONDICIONES GENERALES

ARTÍCULO N° 1: COBERTURA Y MATERIA ASEGURADA

Mediante este contrato, la compañía reembolsará los gastos dentales razonables y acostumbrados efectivamente incurridos por el asegurado a causa de una enfermedad o accidente de origen odontológico.

Los beneficios o prestaciones cubiertas o contratadas, el monto máximo de reembolso, los porcentajes de reembolso, deducible, carencias y período de acumulación, los cuales pueden o no estar restringidos a una o más personas, se detallan expresamente en Cuadro de Beneficios, el cual forma parte de las condiciones particulares de la esta cláusula adicional.

Se otorgará cobertura a los gastos dentales incurridos por los asegurados, tanto dentro como fuera del país, donde en este último caso, debe quedar expresamente incorporada en las condiciones particulares, en cuanto a porcentajes y condiciones para su otorgamiento.

Se entenderá que tienen cobertura todos aquellos beneficios o prestaciones que tengan asignado un monto o porcentaje de reembolso señalado en el Cuadro de Beneficios Dentales, el cual forma parte de las condiciones particulares de esta cláusula adicional y se regirá en todo lo no establecido en este adicional, por lo definido en las condiciones generales de la póliza principal, de la cual forma parte, cuyos beneficios o coberturas son:

- a) Cuidado Dental General
- b) Ortodoncia.

Estas coberturas podrán ser contratadas como un todo o selectivamente cada una de ellas, lo que deberá quedar expresamente señalado en las condiciones particulares de esta cláusula adicional.

La definición de cada una de las coberturas que incluye este adicional, se encuentran en el punto III.
DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS.

ARTÍCULO N° 2: EXCLUSIONES

La presente cláusula adicional no otorga ninguna de las coberturas o beneficios estipulados en ella, cuando se originen por:

1. Gastos que se encuentren cubiertos en el seguro principal, incluidos sus excesos.
2. Cualquier tratamiento dental iniciado con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la cobertura para el asegurado, y aquellos gastos por tratamientos pagados y terminados después de la fecha de término de la

vigencia del asegurado en la póliza.

3. Las exclusiones señaladas en las condiciones generales de la póliza principal, excepto la exclusión c) del artículo 3 de dicha póliza.

4. Tratamientos con fines estéticos como blanqueamiento dentario, mediante peróxido u otros compuestos con y sin láser.

5. Gastos de materiales de oro y titanio.

6. Aplicación de bótox o equivalentes.

7. Gastos que no estén expresamente indicados en el Cuadro de Beneficios detallado en las condiciones particulares de la póliza, como asimismo, gastos de exámenes a través de nuevas tecnologías no reconocidas por el Colegio de Cirujano Dentistas de Chile A.G., y no registrados en "Aranceles de Referencia". Para otorgar cobertura, deberán contar con el pronunciamiento de la compañía aseguradora.

8. Situaciones o enfermedades preexistentes, entendiéndose por tales las definidas en título II, artículo 4°, punto 7° de estas condiciones generales. Para los efectos de la aplicación de esta exclusión, al momento de la contratación la compañía aseguradora deberá consultar al asegurable acerca de todas aquellas situaciones o enfermedades preexistentes que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura. En las condiciones particulares se establecerán las restricciones y limitaciones de la cobertura en virtud de la declaración de salud efectuada por el asegurable, quien deberá entregar su consentimiento a las mismas mediante declaración especial firmada por él, la cual formará parte integrante de la póliza.

Con todo, no será aplicable el consentimiento señalado, en el caso de seguros contratados colectivamente a favor de trabajadores o de afiliados a Servicios de Bienestar, por su empleador o el citado servicio, respectivamente, y siempre y cuando el pago de la prima sea íntegramente cubierto por estos.

ARTÍCULO N° 3: RIESGOS CUBIERTOS BAJO ESTIPULACIÓN EXPRESA

La compañía aseguradora podrá evaluar y otorgar cobertura a los riesgos excluidos en el artículo 2° de este adicional, con un pago de extra-prima, si fuere el caso, y dejando expresamente establecido en las condiciones particulares de la póliza, los riesgos cubiertos bajo esta estipulación.

II) DISPOSICIONES GENERALES

ARTÍCULO N° 4: DEFINICIONES

Para los efectos de este seguro se entiende por:

1.- ENFERMEDAD DE ORIGEN ODONTOLÓGICO

Toda enfermedad que afecta al diente, encía periodonto y hueso alveolar.

2.- ACCIDENTE

Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del asegurado ocasionándole una o más lesiones físicas y que afecta al diente, encía periodonto y hueso alveolar.

3.- GASTOS DENTALES RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS

Es el monto que habitualmente se cobra por prestaciones de carácter similar en la localidad donde éstas son efectuadas a personas del mismo sexo y edad considerando además, que sean las prestaciones que generalmente se suministran para un tratamiento odontológico; la característica y nivel de los tratamientos y servicios otorgados; y el prestigio, experiencia de las personas encargadas de la atención, cuyo valor de

referencia será el arancel odontológico del Colegio de Cirujano Dentistas de Chile A.G., denominado "Aranceles de Referencia", por tanto, la compañía de seguros considera como gasto razonable y acostumbrado aquel que no exceda el 100% valor asignado para esa prestación en el arancel de referencia del Colegio de Cirujano Dentistas de Chile A.G. , salvo que en las Condiciones Particulares de la póliza se establezca un porcentaje diferente.

En el caso de que el gasto dental reclamado exceda al tope de la prestación del arancel estipulado en el párrafo anterior, los porcentajes de reembolso se aplicarán sobre dicho tope.

4.- CIRUJANO-DENTISTA

Todo profesional habilitado y autorizado legalmente para practicar la odontología y que esté calificada para efectuar el tratamiento requerido, según el artículo 112 del Código Sanitario. Para efectos de algunos tratamientos cubiertos en la cobertura 2 de la "Descripción de Coberturas", se considera también autorizado para efectuar el tratamiento, a un Médico, según la definición establecida en las condiciones generales de la póliza de la cual esta cláusula forma parte como adicional.

5.- CARENCIA

Período de espera durante el cual los asegurados no tienen derecho a bonificación, indemnización o reembolso bajo el presente adicional, y siempre y cuando se encuentre estipulado en las condiciones particulares de la póliza.

El período de carencia rige a partir de la fecha de vigencia inicial del asegurado en la póliza o desde su rehabilitación de esta cobertura adicional.

El período de carencia para las personas que se incorporen con posterioridad a la vigencia inicial de esta cláusula adicional, será a partir de su fecha de incorporación.

6.- CUADRO DE BENEFICIOS:

Corresponde al detalle de todos los beneficios, o servicios o prestaciones, a que tiene derecho de cobertura un asegurado de una determinada póliza, y que se encuentra y forma parte de las condiciones particulares de dicha póliza.

Cuando en esta cláusula se utilice el término "Cuadro de Beneficios", se entiende que comprende al Cuadro de Beneficios Dentales, cuya cobertura ampara esta cláusula adicional.

7.- SITUACIÓN O ENFERMEDAD PREEXISTENTE:

Cualquiera enfermedad, patología, tratamiento, incapacidad, lesión, traumatismo, dolencia, padecimiento o problema de salud en general que afecte al asegurado y que haya sido conocida o diagnosticada con anterioridad a la fecha de incorporación del Asegurado en esta cobertura adicional.

III) DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS

En virtud de este seguro las coberturas que otorga la compañía aseguradora, siempre y cuando estén expresamente indicadas en el Cuadro de Beneficios, el cual forma parte de las condiciones particulares de este adicional, en la forma y los límites allí señalados, son:

a) CUIDADO DENTAL GENERAL:

1. Cuidado dental Rutinario: Es el gasto incurrido por concepto de:

Consulta y estudio preliminar clínico, control y exámenes periódicos. Atención de urgencia, trepanación y pulpectomía de urgencia. Las prestaciones higiene o profilaxis y o de la limpieza coronaria rutinaria o limpieza simple efectuada únicamente una vez como máximo al año, con el objeto de eliminar tinciones, manchas o sarro (tártaro dental) sobre la encía o como tratamiento de gingivitis simple, Los gastos incurridos por fluoración tópica en asegurados menores de 14 años. Los gastos por todas las técnicas de radiografías intraorales y extraorales,

indicados por un cirujano-dentista con el objeto de diagnosticar cualquier terapia odontológica.

2. Cirugía Bucal: Todos los gastos incurridos por el procedimiento invasivo que se realiza con el fin de devolver la normalidad a las estructuras óseas y blandas de la boca, según lo definido en numeral 1 y 2 del Artículo 4°, entre estos: extracciones, apertura de abscesos, resección de frenillos, tumores, y cualquier técnica quirúrgica que necesiten de ayudante, arsenalera y pabellón.

3. Operatoria Dental: Todos los gastos incurrido para el tratamiento de las caries o lesiones dentales para devolver a la pieza dentaria su forma y sus funciones. Están cubiertos solo los tratamientos efectuados con materiales e insumos, tales como: amalgamas de plata, materiales estéticos como composites en todas sus variedades y tipos, vidrios ionomeros y todos los insumos para efectuar estos procedimientos.

4. Endodoncia: Todo gasto incurrido referido al tratamiento del conducto radicular del diente que ha sido afectado por caries o traumatismo.

5. Prótesis: Los gastos incurridos por el tratamiento para reponer una o más piezas dentarias usando las piezas remanentes o implantes como inserción, incluyendo todo tipo de coronas y puentes y el tratamiento para reponer parcial o totalmente la dentadura perdida mediante prótesis removibles, prótesis parciales o totales.

6. Odontopediatría: Los gastos incurridos por todo el tratamiento curativo en niños hasta los 14 años, por caries dentales, sus complicaciones y su prevención, a través, de la aplicación de flúor, excluyéndose bajo este ítem, los gastos por Ortodoncia.

7. Periodoncia: Todo gasto incurrido por la enfermedad que afecte a las estructuras de soporte del diente; básicamente encías, y hueso alveolar.

8. Implantes: Incluye el tratamiento para el implante(s) dentario(s) y todos los procedimientos clínicos y de laboratorio para su indicación y ejecución.

9. Disfunción: Los gastos incurridos por el tratamiento para recuperar la función articular y muscular bucal mediante planos de relajación, excluyéndose los gastos de apoyo kinesiológico.

10. Medicamentos: Antibióticos, antiinflamatorios, analgésicos y relajantes musculares, que sean recetados por el cirujano-dentista exclusivamente para el tratamiento dental.

11. Laboratorio Dental: Incluye todos los procedimientos y materiales de apoyo para la ejecución de todo tipo de restauraciones, prótesis e implantes dentales ejecutadas por un laboratorista dental bajo la indicación y supervisión de un Cirujano-Dentista, exceptuando los gastos para un tratamiento de ortodoncia, que serán cubiertos bajo su cobertura.

b) ORTODONCIA:

Esta cobertura incluye el tratamiento con aparatología fija o removible en cualquiera de sus técnicas, aparatos de contención, mentoneras, fuerzas extraorales y ortodoncia interceptiva.

Además se incluye todos los gastos asociados al tratamiento de mantención, en este caso, laboratorio o consultas, si fuere el caso.

Las coberturas señaladas en cada uno de los beneficios descritos en las letras A) y B), si en las condiciones particulares de esta cláusula a adicional se hubiere estipulado un deducible, la compañía aseguradora descontará del reembolso o del monto reclamado, el deducible que se determine, cuyo monto, período y forma de acumulación y aplicación se señalan en las condiciones particulares del contrato.

ANEXO 1
A CONDICIONES PARTICULARES PÓLIZA N° 282.020
EMPRESA: CORP. CULTURAL DE LA I. MUNICIPALIDAD DE SANTIAGO

Mediante el presente anexo, se incluye a contar de la vigencia de la póliza, la liberación de evaluación médica para el pago de la cobertura ambulatoria que da cuenta la póliza, en consecuencia, el contratante de la póliza, se responsabiliza de informar a sus trabajadores asegurados, respecto de la operativa detallada a continuación, como asimismo, garantiza que el asegurado conoce y acepta que toda cobertura otorgada a través de esta liberación, no implica que otra prestación presentada por el mismo u otro diagnóstico deba ser cubierta por la Compañía y que, por lo tanto, no sienta precedente o derecho alguno de cobertura posterior. De este modo, la Compañía podrá excluir, limitar o restringir la cobertura de Salud para futuras solicitudes de cobertura asociadas a dichos diagnósticos, en caso que la evaluación del gasto produzca como resultado la improcedencia de la respectiva cobertura, según lo señalado en el Artículo 6, Exclusiones, letra v) de las condiciones generales de la póliza.

Adicionalmente se incluye los medios para requerir la cobertura que da cuenta la póliza, según lo siguiente:

I - SOLICITUDES REQUERIDAS A LA ASEGURADORA:

Rige para las coberturas ambulatorias y definidas en forma general como se detalla más adelante, todo lo cual se encontrará sujeto a las condiciones pactadas y definidas en el respectivo Cuadro de Beneficios de la póliza.

- Prestaciones generales:

Consulta General	Procedimientos de Diagnóstico
Consulta Especialista	Procedimientos Terapéuticos
Consulta de Urgencia	Fonoaudiología
Exámenes de Laboratorio	Kinesiología
Exámenes Radiológicos	Gastos Ópticos
	Medicamentos Ambulatorios

- Condiciones:

- Hasta un monto máximo de cobertura de UF4 por solicitud para la prestación de medicamentos y UF7 por solicitud para las demás prestaciones señaladas.
- Si en base de datos en poder la Compañía el asegurado se encuentra informado con su respectivo RUT.

II - SOLICITUDES REQUERIDAS A TRAVÉS DE I-MED

Rige para las coberturas ambulatorias efectuadas únicamente bajo el sistema de bonos y definidas en forma general como se detalla más adelante, todo lo cual se encontrará sujeto a las condiciones pactadas y definidas en el respectivo Cuadro de Beneficios de la póliza.

- Prestaciones generales:

Consulta General	Procedimientos de Diagnóstico
Consulta Especialista	Procedimientos Terapéuticos

Consulta de Urgencia
Exámenes de Laboratorio
Exámenes Radiológicos

Fonoaudiología
Kinesiología
Gastos Ópticos

• Condiciones:

- Hasta un monto máximo de cobertura de UF7 por solicitud.
- Si en base de datos en poder la Compañía el asegurado se encuentra informado con su respectivo RUT.
- Cuando el prestador tenga convenio vigente tanto con la Isapre/Fonasa en la cual se encuentra afiliado el asegurado, como con I-Med.
- Cuando el sistema de I-Med para la póliza se encuentre activo y vigente en la póliza.
- El prestador médico como la compañía, no serán responsables de alguna transacción que no pueda ser realizada, y para cualquier efecto, el asegurado siempre tendrá derecho a solicitar la cobertura que da cuenta su póliza, presentando sus gastos a la compañía a través de su empleador.

III - SOLICITUDES REQUERIDAS A TRAVES DEL CONVENIO DE FARMACIA : CRUZ VERDE, PHARMA BENEFITS (Salco Brand) Y ABF (Fasa).

Rige para la cobertura de **medicamentos ambulatorios**, lo cual se encontrará sujeto a las condiciones pactadas y definidas en el respectivo Cuadro de Beneficios de la póliza.

• Condiciones:

- Hasta un monto máximo de cobertura de **UF4** por solicitud.
- Si en base de datos en poder la Compañía el asegurado se encuentra informado con su respectivo RUT.
- Cuando el convenio para la póliza se encuentre activo y vigente en la póliza.
- La farmacia como la compañía, no serán responsables de alguna transacción que no pueda ser realizada, y para cualquier efecto, el asegurado siempre tendrá derecho a solicitar la cobertura que da cuenta su póliza, presentando sus gastos a la compañía a través de su empleador.
- La cobertura será otorgada según las siguientes condiciones:

1. Definiciones generales

DEFINICIONES	CONDICION
Según lo que indique la tabla Vademécum, organizada según la acción o descripción terapéutica	Incluido, farmacia paga automáticamente. Excluido, no paga
Días transcurridos desde la emisión de la receta hasta su despacho:	30 días
Exigible la captura del médico que prescribe receta:	No exigible
Monto sobre el cual comienza a aplicarse el beneficio:	Según póliza
La cobertura por tipo de producto, es decir: los productos de marca son aquellos que, asociado al nombre de la sustancia activa responsable de la acción farmacológica, llevan un nombre de fantasía o marca comercial. Los productos genéricos son aquellos que sólo tienen el nombre del principio activo.	Según póliza

Se restringe por sexo del paciente los productos que tengan indicación exclusiva para hombres o mujeres. Tales como: Yohimbina uso exclusivo para hombres y Cabergolina uso exclusivo en mujeres.	Aplica lo que corresponde
Número máximo de envases que un beneficiario puede comprar en un mes.	Máximo tratamiento a reembolsar, para un mes o menor según prescripción médica.
Deducible	Según póliza.

2. Acciones o descripción terapéuticas:

Considera en forma agrupada según la acción terapéutica del producto o medicamento, la condición de cobertura o no cobertura del producto.

- **Según Vademécum autorizado por la Compañía.**

El beneficio de liberación de evaluación médica para el pago de la cobertura ambulatoria que da cuenta la póliza, como asimismo, los medios de I-Med y Convenios de Farmacia, podrá ser excluido por la compañía en cualquier tiempo de la vigencia de la póliza, situación que será avisada al contratante con 30 días de anticipación, sin perjuicio a lo señalado, este beneficio terminará automáticamente en caso de término de la póliza.

CORP. CULTURAL DE LA I. MUNICIPALIDAD DE SANTIAGO

Nombre Representante

Rut

Firma por poder y en representación de todas

Las empresas incluidas en la póliza

Compañía Aseguradora

Esteban Fuenzalida

Rut: 8.825.646-8