

CARATULA UNIFORME PARA POLIZAS CATASTRÓFICO DE SALUD

NOMBRE DEL PLAN: SEGURO CATASTRÓFICO CON DEFINICIÓN DE PATOLOGÍAS

MONTO MÁXIMO DE COBERTURA:

UF 2000 anuales por beneficiario

DEDUCIBLE: Individual UF 6,8 anuales

VIGENCIA POLIZA**: Desde 1 de diciembre de 2024 al 30 de noviembre de 2025

SISTEMA DE RENOVACIÓN

☐	Póliza de plazo indefinido sin condiciones
☐	Póliza de plazo indefinido condicionada
☐	Póliza de plazo indefinido (condicionada o no) con término anticipado y renovación no garantizada
☒	Póliza de plazo definido y renovable con condiciones
☐	Póliza de plazo definido simple

SISTEMA MODIFICACIÓN DE PRIMA

☒	Póliza con prima fija
☐	Póliza con prima ajustable según contrato
☐	Póliza con prima ajustable por la compañía

REGLAS SOBRE PREEXISTENCIAS

☐	Póliza sin exclusión de enfermedades preexistentes
☐	Póliza con exclusión específica de enfermedades preexistentes
☒	Póliza con exclusión general de enfermedades preexistentes

REGLAS SOBRE EXCLUSIONES:

*Para mayor detalle léase el artículo pertinente de las condiciones Generales.

**En caso de existir más de un monto de cobertura o deducible, se debe indicar la tabla donde los montos están especificados, ya sea adjunta a este formulario o en la página de la póliza respectiva.

Nota: Al reverso de esta carátula están definidos los conceptos utilizados en esta página para identificar el tipo de póliza de seguro ofrecida o contratada.

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS UTILIZADOS

1. Tipos De pólizas de seguro de salud en relación a su finalidad.

1.1. Póliza de cobertura general de gastos médicos
Aquella que cubre todo o parte de los gastos médicos efectuados por el asegurado, sin que estén limitados a ciertas enfermedades específicas, a enfermedades calificadas como catastróficas o a cubrir el saldo no cubierto por otros seguros de salud, públicos o privados.

1.2. Póliza de cobertura de gastos médicos para enfermedades específicas.

Aquella que cubre los gastos médicos efectuados por el asegurado respecto de ciertas enfermedades o patologías que se especifican en la póliza.

1.3. Póliza de cobertura complementaria de gastos médicos.

Aquella que cubre todo o parte de los gastos médicos efectuados por el asegurado, en la parte que no son cubiertos por el sistema de salud privado o público al que está afiliado.

1.4. Póliza de cobertura catastrófica.

Aquella que cubre todo o parte de los gastos médicos efectuados por el asegurado, limitados a enfermedades identificadas genérica o específicamente y siempre que su costo de atención supere un cierto monto mínimo que se especifica, esto es, un deducible o franquicia, según sea el caso, señalado en la póliza.

2. Tipos De pólizas de seguro de salud en relación a su vigencia.

2.1. Póliza de plazo indefinido sin condiciones.

En que la cobertura no está sujeta a plazo, ni a ningún requisito diferente de los cumplidos a la fecha de suscripción, salvo el pago de la prima, en las condiciones de la cobertura señaladas en la póliza. Se incluirán en este tipo las pólizas cuyo plazo es mayor a los 10 años.

2.2. Póliza de plazo indefinido condicionada.

Aquella en que la cobertura no está sujeta a plazo determinado sino al cumplimiento de alguna de las condiciones objetivas definidas en la póliza, tales como siniestralidad máxima en ciertos períodos de tiempo, límites de edad y otras semejantes, pudiendo la compañía ponerle término cuando alguna de ellas se cumpla. La sola voluntad de la compañía no podrá ser una de estas condiciones.

2.3. Póliza de plazo indefinido (condicionada o no) con término anticipado y renovación garantizada.

Aquella cuya vigencia no está sujeta a un plazo determinado, pero en que cualquiera de las partes le puede poner término.

2.4. Póliza de plazo limitado y renovable con condiciones.

Aquella cuya vigencia está sujeta a un plazo determinado, pero que se entiende renovada en caso de cumplirse con ciertas condiciones que se determinan objetivamente. Se entienden incluidas aquellas pólizas en que la renovación esté condicionada a la aceptación del asegurado de cambios en las primas o en las coberturas, siempre que estos cambios se encuentren dentro de marcos objetivos que se establezcan en la póliza original.

2.5. Póliza de plazo limitado simple.

Aquella cuya vigencia está sujeta a un plazo determinado, sin cláusula de renovación, y que no puede ser terminada antes de ese plazo sino por las causas señaladas en la propia póliza

3. Tipos De pólizas de seguro de salud en relación a la prima o precio

3.1. Póliza con prima fija.

Aquella en que la prima no está sujeta a ajuste o modificación durante su vigencia.

3.2. Póliza con prima ajustable según contrato.

Aquella en que la prima está sujeta a ajuste durante su vigencia, de acuerdo a parámetros objetivos establecidos en ella y que no pueden ser modificados por la compañía.

3.3. Póliza con prima ajustable por la compañía.

Aquella en que la compañía se reserva el derecho de ajustar la prima en cualquier tiempo, con la periodicidad y dentro del marco que se especifica en la póliza. En esta póliza el asegurado siempre tendrá derecho a ponerle término cuando no esté de acuerdo con el cambio de prima.

4. Tipos De pólizas de seguro de salud en relación a las preexistencias.

4.1. Póliza sin exclusión de enfermedades preexistentes.

Aquella en que la cobertura no excluye enfermedades contraídas o diagnosticadas con anterioridad a la fecha de suscripción.

4.2. Póliza con exclusión específica de enfermedades preexistentes.

Aquella en que la cobertura no excluye enfermedades contraídas o diagnosticadas con anterioridad a la fecha de suscripción, salvo las que se identifican específicamente en la póliza. Es obligación del asegurado declarar las preexistencias que tenga.

4.3. Póliza con exclusión general de enfermedades preexistentes.

4.4. Aquella en que la cobertura excluye las enfermedades contraídas o diagnosticadas con anterioridad a la fecha de suscripción, sin que éstas se especifiquen en la póliza. Es obligación del asegurado declarar las preexistencias que tenga.



CONDICIONES PARTICULARES POLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE SALUD

Help Seguros de Vida S.A., en consideración a la Solicitud de Incorporación presentada por **NNNNN S.A.** (en adelante el "Contratante") y del asegurado, la Declaración Personal de Salud del asegurado, la cotización ofrecida, las Condiciones Generales respectivas y las Condiciones Particulares que a continuación se detallan, acepta por medio de la presente póliza en asegurar lo siguiente:

Nº de Póliza	Inicio Vigencia	Término Vigencia
81-8301-2321	01 de diciembre de 2024	30 de noviembre de 2025

Contratante	
Nombre	: UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE CHILE
RUT	: 60.911.000-7
Dirección	: AV. LIBERTADOR BERNADO O'HIGGINS 3363
Comuna	: ESTACION CENTRAL
Ciudad	: SANTIAGO
Región	: METROPOLITANA

Grupo Asegurado	
Nombre	: SERVICIO DE BIENESTAR DEL PERSONAL USACH - PENSIONADOS

Coberturas	Nombre Coberturas	Condiciones Generales	Tope Máximo Anual por Beneficiario (UF)
Catastrófico de Salud	Seguro Colectivo Catastrófico de Salud	POL 3 2024 0008	2000

Datos de Cobranza	
Periodicidad de Pago	: MENSUAL
Tipo de Cobranza	: VENCIDA
Fecha Corte Altas y Bajas	: Hasta el día 20 de cada mes
Día de Pago	: Dentro de los primeros 30 días una vez recibida la factura.
Moneda	: UF, en pesos al valor de la unidad de fomento correspondiente al día 09 del mes de cobertura en cobro.

Datos Facturación	
Nombre	: UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE CHILE
RUT	: 60.911.000-7
Dirección	: AV. LIBERTADOR BERNADO O'HIGGINS 3363
Comuna	: ESTACION CENTRAL
Ciudad	: SANTIAGO
Región	: METROPOLITANA
Tipo Facturación	: ANTICIPADA CON ORDEN DE COMPRA

Intermediario	
Nombre	: FR GROUP CORREDORES DE SEGUROS
RUT	: 79.619.240-2
Comisión	: 10% de la prima neta recaudada más IVA

Artículo N°1: Primas y Efecto del No Pago de Primas.

La prima mensual de este seguro para las coberturas de Salud y Adicionales son las detalladas en el cuadro siguiente y se expresarán en UF:

Asegurado	Prima Neta Mensual (UF) Catastrófico
Titular	0,14879
Cónyuge	0,09210
Hijos	0,06850
Cargas Duplo	0,06850

En ampliación a lo establecido en el Artículo N°12 de las Condiciones Generales de la póliza de **Seguro Colectivo Catastrófico de Salud**, se establece lo siguiente:

- La prima respectiva deberá ser pagada en forma mensual dentro de los 30 primeros días del mes siguiente a recibida la factura respectiva.
- El contratante se compromete a efectuar el pago de las primas desde el inicio de la vigencia del seguro. El atraso por parte del contratante en más de 60 días de la fecha pactada determinará el término de la cobertura del seguro, respecto de los asegurados cuyas primas no se hubieren pagado. Por lo tanto, no se indemnizarán los siniestros que ocurran después de los 60 días de gracia.
- La cobranza se efectuará en forma mensual en base a la información de los asegurados titulares y cargas actualizadas, remitida por el Contratante.
- Se deja constancia que la cobranza de las primas se efectuará en función de los movimientos y/o modificaciones a las características de los asegurados vigentes, por consiguiente, las diferencias que se generen se reflejarán en la cobranza del mes siguiente.
- El pago de primas e indemnizaciones por siniestros cubiertos será en Unidades de Fomento (UF), convertidas a pesos chilenos al correspondiente día de pago convenido (Valor UF al día 09 del mes de cobertura).

Modalidad de Financiamiento:

- Modalidad Contributoria:** BIENESTAR 50% - AFILIADO 50%

Artículo N°2: Requisitos de Asegurabilidad

- Podrán ingresar al seguro:
 - Todos los trabajadores con contrato indefinido en la entidad contratante y que desempeñan activamente funciones propias de sus cargos.
 - Todos los nuevos trabajadores que se encuentren en buenas condiciones de salud (no podrán estar hospitalizadas), sin síntomas ni padecimientos de enfermedad. Los nuevos asegurables que se encuentren haciendo uso de licencia médica, no podrán incorporarse hasta el término de su licencia y previa aprobación de su solicitud por parte de la Compañía.
- No podrán ingresar a la póliza, los asegurados que superen las siguientes edades máximas:

Asegurado	Edad Máxima de Ingreso (hasta)	Edad Máxima de Permanencia (cumpliendo)
Titular, Cónyuge o Conviviente	64 años	80 años
Hijos	23 años (**)	28 años (**)
Cargas Duplo	Sin límite de edad	Sin límite de edad

(*) La condición de permanencia hasta los 80 años para titular, cónyuge/conviviente regirá siempre y cuando el funcionario siga perteneciendo al Bienestar de la Universidad.

(**) Los hijos mayores a 18 años deben cumplir con los siguientes requisitos: soltero, carga legal del asegurado titular, con dependencia económica de sus padres y alumno regular de Institución Superior reconocida legalmente por el Estado.

Los hijos solteros mayores de 18 años vigentes en la póliza, que cuenten con Isapre o Fonasa y que dependan económicamente del titular, y que por razones de salud deban suspender sus estudios y no puedan acreditar su calidad de estudiantes, podrán solicitar su permanencia en el seguro proporcionando los antecedentes médicos que respalden su situación. Cada caso será evaluado con los antecedentes médicos, previa solicitud del Contratante.

Se extiende la edad de permanencia para cargas hijos hasta los 28 años. Esta condición regirá siempre que cuenten con algún sistema previsional de salud (Isapre o Fonasa), sean solteros y dependan económicamente del titular. Para que esta carga/hijo conserve el beneficio, el titular deberá pagar una sobreprima equivalente al 70% del costo del Empleado Solo.

Las cargas mayores de 24 años y hasta los 28 años, NO serán excluidas de la póliza hospitalaria voluntaria al momento de la renovación y permanecerán vigentes con la aplicación del recargo correspondiente, salvo que el asegurado titular solicite lo contrario.

Cabe señalar que estas cargas NO deberán acreditar su condición de estudiantes, ya que será el Contratante quien vele por el cumplimiento de los requisitos de permanencia descritos precedentemente.

3. Para los seguros de salud hospitalario y Catastrófico, se consideran asegurados dependientes el grupo familiar del asegurado titular que se encuentre afiliado a una Isapre o Fonasa, según el siguiente detalle:
 - a. Cónyuge
 - b. Hijos
 - c. Conviviente con hijos en común
 - d. Hijos del o la conviviente, siempre y cuando existan hijos en común
 - e. Cargas legales
 - f. Cargas duplo

Las **cargas “conviviente”** podrán ser incorporadas sólo si es permitido por el Contratante mediante aceptación por escrito y con timbre que lo avale. Bajo esta condición, no está permitido la incorporación de cónyuge y conviviente de forma simultánea, ni más de una conviviente en la póliza, ni puede ser reemplazada durante una misma vigencia, quien adicionalmente debe cumplir con todos los requisitos de asegurabilidad de la póliza.

Las **cargas “Duplo”**, entendiéndose por ellos los hijos con discapacidad determinada por una Caja de Compensación y que sean carga legal del Asegurado Titular, Cónyuge o Conviviente con o sin hijos en común.

4. Cumpliendo con los requisitos anteriormente señalados, los asegurados deberán optar al seguro dentro de un plazo máximo de 60 días contados desde la fecha que califican para ingresar a la póliza (es decir, dentro de los 60 días siguientes de la fecha de inicio de su contrato, para el caso de los asegurables titulares) y su vigencia regirá desde la fecha de contrato. En caso de que no se incorporen en la fecha definida en la póliza, no podrán ser incluidos hasta una nueva anualidad de la póliza. Si el seguro cubre al grupo familiar, el plazo también es de 60 días desde que el asegurado titular contrae matrimonio o de 60 días desde que nace un hijo.
5. Todos los nuevos asegurados deberán completar como mínimo el formulario de "Solicitud de Incorporación" al seguro dentro de los 60 días siguientes a la fecha que califican para ingresar a la póliza e indicar en éste sus preexistencias.

Artículo N°3: Resumen de Condiciones del Seguro.

En cumplimiento con lo dispuesto en la Circular N° 1935 de la Comisión para el Mercado Financiero, a continuación, se indican antecedentes importantes de este seguro.

Al contratar o incorporarse a este seguro de salud, usted debe tener presente lo siguiente:

1. Este seguro de salud es un seguro voluntario, que reembolsa sólo los gastos médicos cubiertos por esta póliza y de cargo del asegurado.

2. Este seguro de salud, no sustituye la cobertura que otorga la ISAPRE o FONASA y no necesariamente cubre las mismas prestaciones.
3. Antes de contratar este seguro es importante que usted se informe y tenga claridad sobre los siguientes aspectos:
 - Duración de este seguro.
 - Cómo y bajo qué condiciones se renueva este seguro.
 - De qué manera se va a reajustar el costo de este seguro, en caso de renovación.
 - En qué casos no se pagará este seguro.
 - Los requisitos para cobrar este seguro.
4. En el siguiente cuadro se resumen algunos antecedentes importantes que usted debe considerar al momento de contratar este seguro.

Este seguro:

- NO contempla renovación garantizada.
- SI podrá aumentar la prima (precio) en caso de renovación de la póliza.
- NO considera la siniestralidad individual para el aumento de la prima en caso de renovación.
- NO cubre preexistencias. Solamente cubre preexistencias en el caso de continuidad de cobertura

Las Condiciones Generales de este seguro se encuentran depositadas con el código [POL320240008](#) en la Comisión para el Mercado Financiero. Usted puede revisar este texto en www.cmfchile.cl

Se reembolsarán los gastos médicos de salud efectivamente incurridos por los asegurados de acuerdo a las coberturas contratadas descritas en el Plan de Salud cuyos cuadros se adjuntan.

La utilización de los beneficios que otorgan los sistemas previsionales de salud (Isapre/Fonasa) es prioritaria y obligatoria, por cuanto se bonifica sólo el exceso no cubierto.

Artículo N° 4: Cobertura.

- De acuerdo a lo indicado en el Artículo N° 2 de la [POL 3 2024 0008](#) (Catastrófico de Salud))
- Descripción de cobertura de acuerdo a lo indicado en el artículo N° 3 [POL 3 2024 0008](#)
La Compañía de Seguros reembolsará o pagará los gastos incurridos, provenientes de prestaciones realizadas en forma ambulatoria y/o hospitalarias, efectuadas o prescritas por un médico tratante, en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional o de bienestar u otro seguro o convenio, las cuales se indican expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza.

Asimismo, en su caso, la compañía aseguradora proveerá los medicamentos ambulatorios recetados al asegurado por su médico tratante durante el periodo de vigencia de este contrato de seguro, en las dosis establecidas por éste y en los términos descritos en el artículo Liquidación de Siniestros de las Condiciones Particulares o bien, a su opción, reembolsará el costo de los mismos al asegurado, siempre en complemento de lo que cubra su sistema de salud previsional, bienestar u otras instituciones, todo en los términos porcentuales, límites y topes establecidos en estas Condiciones Particulares.

- Se indican los planes de beneficios aplicables a la póliza:

PLAN SEGURO CATASTRÓFICO CON DEFINICIÓN DE PATOLOGÍAS

BENEFICIO HOSPITALARIO	BONO	LIBRE ELECCIÓN	SIN PREVISIÓN	TOPE (UF)
Día Cama	80%	80%	80%	UF 4,8 diario
Servicios Hospitalarios	80%	80%	80%	UF 200 por evento
Honorarios Médicos Quirúrgicos	100%	100%	80%	UF 120 por evento
Excedentes HMQ	90%	90%	80%	Sin Tope
Cirugía Ambulatoria	80%	80%	80%	Sin Tope
Hospitalización Domiciliaria	80%	80%	80%	UF 65 anual
Ambulancia Terrestre (radio 50 km)	85%	85%	85%	Sin Tope
Ges / Caes	100%	100%	50%	Sin Tope
BENEFICIO AMBULATORIO	BONO	LIBRE ELECCIÓN	SIN PREVISIÓN	TOPE (UF)
Consultas Médicas	80%	80%	80%	UF 3 por consulta
*Prestador preferente en clínica Dávila, Dávila Vespucio y Santa María en 90% Bono y Libre Elección	90%	90%	90%	Sin Tope
Procedimientos Diagnóstico	80%	80%	80%	Sin Tope
Ex. De Laboratorio y Radiológicos	80%	80%	80%	Sin Tope
*Prestador preferente en clínica Dávila, Dávila Vespucio y Santa María en 90% Bono y Libre Elección	90%	90%	90%	Sin Tope
Procedimientos Terapéuticos (Incluye Drogas Antineoplásicas)	80%	80%	80%	Sin Tope
Medicamentos Ambulatorios	60%	60%	60%	Sin Tope
Prótesis y Órtesis	80%	80%	80%	UF 68 anual
Cobertura en el Exterior	-	-	-	Ídem Plan
OTRAS PRESTACIONES	BONO	LIBRE ELECCIÓN	SIN PREVISIÓN	TOPE (UF)
BONO PAD (se cubre para Isapre y Fonasa)	100%	100%	50%	Sin Tope
Estudio Preventivo de la mama	80%	80%	80%	UF 1 anual
Estudio Preventivo de la próstata	80%	80%	80%	UF 1 anual

TOPE MÁXIMO POR PERSONA	UF 2.000 ANUAL
DEDUCIBLE INDIVIDUAL	UF 6,8 ANUAL
BMI 50%	Clínica Alemana, Clínica Las Condes
BMI 40%	U Católica San Carlos de Apoquindo
FALLECIMIENTO TITULAR	UF 115 capital asegurado

Prestadores Preferentes (máximo de reembolso 90%)		
Prestación	Clínica Dávila/Vespucio	Clínica Santa María
Consultas Médicas	90%	90%
Exámenes de Laboratorio y Radiológicos	90%	90%

PRESTADORES PREFERENTES	RAZON SOCIAL	RUT PRESTADOR
CLINICA VESPUCIO	CLÍNICA VESPUCIO SpA	96.898.980-4
CLINICA VESPUCIO	SERVICIOS MEDICOS VESPUCIO LTDA	76.696.200-9
CLINICA DAVILA	CLINICA DAVILA Y SERVICIOS MEDICOS	96.530.470-3
CLINICA DAVILA	SERVICIOS INTEGRADOS DE SALUD	79.980.070-5
CLINICA SANTA MARIA	CLINICA SANTA MARIA SPA	90.753.000-0
CLINICA SANTA MARIA	SERVICIOS MEDICOS SANTA MARIA LTDA.	77.200.240-8

CLINICAS ALTO COSTO	RAZON SOCIAL	RUT PRESTADOR
CLINICA ALEMANA DE SANTIAGO	CLINICA ALEMANA DE SANTIAGO S.A.	96.770.100-9
CLINICA ALEMANA DE SANTIAGO	SERVICIOS CLINICA ALEMANA LIMITADA	77.413.290-2
CLINICA ALEMANA DE SANTIAGO	DIAGNOSTICOS CLINICA ALEMANA LTDA.	76.436.880-0
CLINICA LAS CONDES	CLINICA LAS CONDES S.A.	93.930.000-7
CLINICA LAS CONDES	NUEVA SSI S.A.	77.287.693-9
CLINICA LAS CONDES	SERVICIOS DE SALUD INTEGRADOS S.A.	96.809.780-6
UC CHRISTUS	UC CHRISTUS SERVICIOS CLÍNICOS SPA (SAN CARLOS DE APOQUINDO)	99.573.490-7

Condiciones Especiales

- Seguro de Vida
 - Se deja establecido que la presente póliza contempla un Seguro de Vida por UF 115 para cada asegurado titular, por la cobertura de Fallecimiento.
 - El Beneficiario para el Seguro de Vida de UF 115, otorgado al asegurado titular por la cobertura de Fallecimiento, será quién éste designe. De no existir designación de beneficiario en poder de la Compañía, se entenderá que éste será el o los herederos legales del asegurado.
 - Dicha Cobertura se liquidará por medio de la Póliza de Vida N° 80-8001-3074; por ende, todo asegurado titular registrado en póliza de Seguro Catastrófico se debe incorporar en la póliza de vida indicada.
- Considera una (1) ejecutiva(o) In-Situ, un (1) día a la semana, en horario, día y ubicación a convenir, por parte de Help Seguros de Vida S.A.
- Considera una (1) visita al mes de un coordinador, en horario, día y ubicación a convenir, por parte de FR Group (Corredor).
- Se libera el formulario de reembolso para gastos médicos de salud.
- Se cubren los gastos realizados con excedente de Isapre.
- Considera reembolso Web. App y Reembolso WhatsApp (Isapre-Fonasa)
- Se considera convenio Ventanilla Única.
- Se consideran prótesis y órtesis sujetas a reembolso, todas aquellas señaladas en el arancel de prestaciones de Fonasa.

- **Cobranza Vencida:** La Universidad realizará el pago en forma mensual, de acuerdo al precio de las primas ofertadas en el Anexo N°6, por mes vencido, a los treinta (30) días corridos siguientes a la recepción de la correspondiente factura junto a la nómina detallada de los titulares y sus cargas, previa verificación de la recepción conforme de las prestaciones por el Departamento de Bienestar del Personal
- **Generación de Cobranzas:** Entre los días 21 y 25 de cada mes, la compañía deberá emitir la cobranza respectiva y corresponderá al número de asegurados vigentes informados hasta el día 20 del respectivo mes.
- El **Bono PAD** cubre todos los diagnósticos bajo la condición Bono PAD, siempre y cuando el diagnóstico no esté excluido bajo condición general o particular de la póliza, y cubrirá el diagnóstico en algunos casos bajo condiciones especiales descritas en la póliza.
- Esta **póliza considera las siguientes Asistencias:**
 - Telemedicina
 - Orientación Telefónica de salud
 - Orientación Administrativa
 - Reembolso de Gastos Funerarios
 - Farmacia digital
 - Agendamiento prestadores
- Esta **póliza incluye los siguientes operativos con cuatro (4) eventos al año para 40 personas por cada evento:**
 - AUDITIVO
 - OFTALMOLOGICO
 - NUTRICIONAL
 - DERMATOLOGICO

PAGO DE LIQUIDACIÓN DE GASTOS MÉDICOS (CATASTRÓFICO/SALUD HOSPITALARIA)

Para el Pago de Reembolso de Gastos Médicos (Catastrófico/Salud Hospitalaria) será **5 días hábiles para gastos ambulatorios y 10 días hábiles para gastos hospitalarios**. Estos plazos son desde la liquidación del siniestro.

CONDICIONES VIGENTES

BMI 50%: Aplicable sólo Clínicas Alemana y Clínica Las Condes.

Para prestaciones efectuadas por el asegurado que tengan un reembolso por la institución de salud previsional inferior al cincuenta por ciento (50%), la Compañía aplicará el plan de cobertura sólo al cincuenta por ciento (50%) del costo total de la prestación, para todas las atenciones incurridas en las clínicas de alto costo indicadas.

BMI 40%: Aplicable sólo U Católica San Carlos de Apoquindo

Para prestaciones efectuadas por el asegurado que tengan un reembolso por la institución de salud previsional inferior al cuarenta por ciento (40%), la Compañía aplicará el plan de cobertura sólo al cuarenta por ciento (40%) del costo total de la prestación, para todas las atenciones incurridas en las clínicas de alto costo indicadas.

Cláusula de Bonificación Extraordinaria

La póliza establece que la utilización de los beneficios que otorgan los Sistemas Previsionales de Salud (Fonasa o Isapre) son prioritarios y obligatorios, por lo tanto, esta cobertura bonifica sólo los excedentes no cubiertos por el Sistema Previsional de Salud, en los porcentajes y topes contratados y estipulados en las Condiciones Particulares de la Póliza.

De no existir codificación o cobertura de Fonasa o la Isapre para la prestación, se bonificará el porcentaje y hasta el tope estipulado en las condiciones particulares de la póliza aplicado sobre el 50% del valor de la boleta o factura.

Será requisito para optar a esta Cláusula de Bonificación Extraordinaria, se envíe el documento original boleta o factura, con timbre de la Isapre donde indique 'NO BONIFICABLE' e indicando la causa.

Para afiliados a Fonasa no regirá la presente Cláusula en Tratamientos de Quimioterapia por Cáncer, los cuales serán cubiertos de acuerdo con los porcentajes y topes establecidos en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Se excluyen de estas modalidades, las coberturas de 'Farmacia Ambulatoria' y adicional 'Dental', siempre y cuando éstas se encuentren cubiertas dentro del plan de seguro contratado.

COBERTURA CATASTRÓFICA

En caso de que un asegurado tenga contratado los dos (2) seguros (Catastrófico y Hospitalización Voluntario y que los gastos presentados estén asociados a una patología amparada por ambas pólizas, primero se reembolsará el seguro catastrófico y con la liquidación de éste, se reembolsará posteriormente el seguro hospitalario.

Titular: Serán asegurados los funcionarios pertenecientes al Bienestar de la Universidad.

Cónyuge del funcionario titular, o - Conviviente del funcionario titular, uno u otro, excluyentes entre sí.

Hijos del funcionario titular.

Cargas Duplo, siempre y cuando se encuentren reconocidas por la Universidad.

EDADES MÁXIMAS DE INGRESO Y PERMANENCIA:

Ingreso Titular - Cónyuge o Conviviente: Menores de 65 años de edad

Permanencia Titular - Cónyuge o Conviviente: A los 80 años de edad (siempre y cuando el Funcionario siga perteneciendo al Bienestar de la Universidad)

Ingreso Hijos: Desde la fecha de nacimiento y hasta los 23 años de edad*

- Permanencia Hijos: Hasta los 24 años siempre y cuando dependan económicamente del titular, sean solteros y cuenten con algún sistema previsional (Podrán permanecer vigentes los hijos mayores de 18 y hasta los 28 años cumpliendo con los requisitos de; estar afiliados a Isapre o Fonasa, sean solteros y dependan económicamente del asegurado titular, sin tener que acreditar la calidad de alumno regular anualmente.)

HIJOS, Condición Especial de Cobertura Hijos mayores de 18 años vigentes en la póliza, que cuenten con Isapre o Fonasa y que dependan económicamente del titular, y que por razones de salud deban suspender sus estudios y no puedan acreditar su calidad de estudiantes, podrán solicitar su permanencia en el seguro proporcionando los antecedentes médicos que respalden su situación. Cada caso será evaluado con los antecedentes médicos, previa solicitud del Contratante.

Carga Duplo: podrán permanecer vigentes bajo esta póliza, las cargas mayores de 24 años, por tener condición de Carga Duplo.

Reembolsos: Denunciado un siniestro, la Compañía Aseguradora dispondrá el pago de la indemnización correspondiente dentro de los 10 días hábiles siguientes al cumplimiento de todos los requisitos, expresados en el Condicionamiento General de la póliza, y sólo una vez que se encuentre verificada la ocurrencia del siniestro y se haya determinado el monto a reembolsar.

Plazo de Presentación

Gastos Ambulatorios: 60 días corridos desde la fecha de emisión del bono u otro documento contable.

Gastos Hospitalarios: 120 días corridos desde la fecha de emisión del bono u otro documento contable.

En caso de controversia con la Institución de Salud Previsional, o cualquier otra razón que impida la Facturación o Emisión de Bonos, el Asegurado deberá poner en conocimiento de la Compañía la ocurrencia del Siniestro y solicitar formalmente una prórroga para la prestación de los documentos de cobro. En caso de no renovación, caducidad o anulación de la Póliza se reducirá el Plazo de presentación a 30 días después de la vigencia final del contrato.

Aquellas prestaciones médicas que no se encuentren cubiertas por los Sistemas Previsionales de Salud (Fonasa o Isapre), al cual el funcionario esté afiliado, la Compañía reembolsará el 80% sin tope, del costo real de la prestación, es decir, lo estipulado en el Plan General del Convenio. Será requisito el timbre de Isapre, de 'NO BONIFICABLE'.

PATOLOGÍAS DEFINIDAS

- **Oncológico:** Cubre el cáncer, incluyendo los tratamientos quimioterapia y radioterapia.
- **Enfermedades Neurológica:** Los Accidentes Vasculares encefálicos del sistema nervioso central, como, por ejemplo: Hemorragia cerebral, infarto cerebral, trombosis cerebral. Traumatismo encéfalo craneano y sus complicaciones. Enfermedades Desmielinizantes, como, por ejemplo: Esclerosis múltiple, Esclerosis Lateral amiotrófica.
- **Enfermedades Coronarias:** Cubren las siguientes patologías del corazón.
 - Cardiopatía Coronaria, con insuficiencia coronaria crítica, que lleva a los siguientes cuadros: Angina Refractaria, Infarto del Miocardio y sus complicaciones, tratamientos de Angioplastia y By-Pass coronario.
 - Enfermedades Cardíacas: cubren lo siguiente: Trastorno del Sistema Excitoconductor que implique la necesidad del marcapaso definitivo, desfibrilador y/o resincronizador automático.
 - Insuficiencia cardíaca de cualquier etiología, intratable o refractaria.
 - Valvulopatías con necesidad de recambio valvular por cualquier etiología, sin existencia de enfermedad reumática previa.
- **Enfermedades Crónicas del Riñón:** cubren cualquier enfermedad crónica del riñón, incluyendo los tratamientos de diálisis.
- **Enfermedades de la columna:** cubren lesiones traumáticas con sección o hemisección medular, shock medular, fractura de columna con lesión medular que ocasione secuelas motoras, tumor de columna o medulares. Se excluyen alteraciones degenerativas o discales como, por ejemplo, Escoliosis, hernia del núcleo pulposo, discopatías, listesis, artrosis facetaria, espondiloartrosis
- **Recién nacido:** Tendrán cobertura por cualquier enfermedad que requiera hospitalización, siempre y cuando, la madre se encuentre asegurada en la póliza y la fecha de concepción del embarazo sea posterior a la fecha de su vigencia inicial en el seguro. En caso contrario, el recién nacido podrá incorporarse a contar del día 14 de vida, con evaluación normal del respectivo Formulario de Incorporación. Para efectos de esta cobertura, se entenderá por recién nacido a los hijos hasta 3 meses de vida.
- **Trasplantes:** Se cubre todo tipo de trasplantes con fines curativos, excluyendo pelo, uñas, piel y cualquier otro tipo de trasplante cosmético.
- **Accidentes Graves sobre UF 100:** Cubre las lesiones provocadas por todo suceso imprevisto involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del asegurado.
- **Enfermedades Hepáticas:** Toda enfermedad que se presente en su etapa final como estado crónico e irreversible del funcionamiento hepático, siempre y cuando no tenga ninguna relación con el abuso de alcohol o estupefacientes. Se incluyen dentro de esta definición los gastos provenientes de trasplantes.
- **Enfermedades del Páncreas:** Toda enfermedad pancreática que implique hospitalización y cirugía y su complicación de resolución intrahospitalaria.
- **Hospitalización Domiciliaria**
Se incluye cobertura para Hospitalización Domiciliaria, la cual operará siempre y cuando la patología esté cubierta por la póliza catastrófica, sin necesidad de estar asociada a una hospitalización previa.
- **Gastos Hospitalarios UTI– UCI**
Debe tener cobertura para gastos hospitalarios a causa de cualquier patología, siempre y cuando la enfermedad requiera atención en UTI o UCI. La Compañía reembolsará todos los gastos que genere el paciente mientras permanezca en UTI o UCI.
- **Patologías Colaterales**
Se establece que estarán cubiertas las patologías colaterales, originadas a causa de las complicaciones, consecuencias y/o secuelas de los tratamientos destinados a curar las patologías definidas en la póliza. Estas patologías tendrán un tope máximo anual de reembolso de 250 UF.
- **Servicio de Ambulancia Terrestre**
La cobertura opera solamente para las enfermedades catastróficas definidas.
- **Cobertura en el Exterior**
Se deja establecido que las prestaciones podrán ser tratadas tanto dentro como fuera del país, siendo bonificadas hasta los topes indicados en el plan de cobertura contratado. Sin embargo, esta condición regirá siempre y cuando dichos gastos sean producto de una urgencia, emergencia o porque el tratamiento prescrito no exista dentro del territorio nacional.

DEF: DEVOLUCIÓN POR EXPERIENCIA FAVORABLE

En cada aniversario anual de esta Póliza, si la diferencia producida entre la prima neta de IVA total pagada en la vigencia respectiva y los gastos, siniestros y saldos negativos de vigencias anteriores, en su caso, resulta positiva, la compañía se obliga a entregar al contratante de la póliza, para que éste entregue al asegurado en la parte que corresponda, según quien en definitiva soportó el pago de la prima en su patrimonio conforme a lo dispuesto en la circular N°1763 de la Comisión para el Mercado Financiero (CMF), un beneficio por el buen resultado de la póliza, el cual se calculará en razón de un porcentaje de las primas netas pagadas por la vigencia correspondiente, de acuerdo con la siguiente fórmula:

- Beneficios = **30% (P-S-G-A-I)**
 - Donde:
 - P = Prima Neta Pagada Vigencia.
 - G = Gastos Incurridos (25% de P)
 - S = Siniestros ocurridos y en proceso de liquidación
 - A = Arrastre de Resultados Negativos de hasta 3 años anteriores
 - C = Comisiones Pagadas
 - I = Siniestros Incurridos y no Reportados que será un 8,33% de la prima neta pagada.

La participación de beneficios por el buen resultado de la vigencia se hará considerando únicamente las primas, siniestros, gastos y arrastres de la cobertura catastrófica correspondientes a la póliza vigente (seguro catastrófico) considerando como fecha de corte del cálculo **30/11/2025**. En caso de tratarse de una prima contributiva, la Compañía entregará al contratante el total del beneficio, el que fue calculado conforme a la fórmula señalada precedentemente, con el objeto de que el contratante proceda a la distribución de dicho beneficio entre los asegurados de la póliza, según corresponda.

En caso de tratarse de una prima contributiva, la Compañía entregará al contratante el total del beneficio, el que fue calculado conforme a la fórmula señalada precedentemente, con el objeto de que el contratante proceda a la distribución de dicho beneficio entre los asegurados de la póliza, según corresponda.

En razón de lo anterior, el contratante deberá calcular el (%) del beneficio que le corresponde a cada uno de los asegurados en base a la prima pagada y el porcentaje en que estos contribuyeron en el pago de la misma. La restitución que deba hacer el contratante en razón de lo establecido en la presente cláusula deberá efectuarse dentro del plazo de 6 meses, plazo que comenzará una vez que la Compañía transfiera los montos correspondientes a los beneficios. Una vez transcurrido dicho plazo, el contratante deberá rendir cuenta a la Compañía respecto el pago de los mismos. El contratante deberá informar a los asegurados respecto del pago que se les realizará en razón del beneficio, debiendo indicar al menos el concepto del pago, el monto, plazo para y la forma en que se realizará este último, debiendo informar además de la circunstancia de haberse realizado dicho pago.

Se deja establecido que es condición precedente para la procedencia del pago de este beneficio por buen resultado, que la Póliza se encuentre vigente a la fecha de corte del cálculo indicada anteriormente. Se acuerda que, una vez efectuado el pago del Beneficio, el pago de cualquier siniestro que corresponda al período de cálculo de este y que no haya sido considerado en el cálculo del beneficio, generará el derecho de la Compañía al cobro de prima adicional. La participación de beneficios está condicionada a la permanencia del contratante en la compañía, por lo que, en caso de no renovar, queda sin efecto esta cláusula

MOVIMIENTOS DE ASEGURADOS:

Incorporación: Podrán ingresar a la póliza los afiliados al Bienestar, que mantienen vínculo contractual con la Empresa Contratante, pudiendo incluir además a su grupo familiar (cónyuge o conviviente e hijos).

Los antecedentes del titular y sus cargas, deben ser descritos en la Solicitud de Incorporación que proporcionará la Compañía Aseguradora para estos efectos; documento que es indispensable sea presentado a la Compañía Aseguradora para su evaluación, debiendo acreditar a satisfacción de la Compañía la buena salud y cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad que se establecen en las Condiciones Generales de la póliza Artículo N°10. El plazo máximo de notificación es de 60 días, desde la fecha de afiliación al Bienestar, adjuntando el correspondiente Formulario de Incorporación. Si con posterioridad a la vigencia inicial de la Póliza, un asegurado vigente pudiese llegar a tener nuevos dependientes (cónyuge/conviviente e hijos) deberá comunicarlo a la Compañía dentro del plazo y forma descrita anteriormente.

Exclusión: La exclusión de un Titular y/o sus dependientes vigentes, que corresponde, sea a partir de la fecha de término del vínculo contractual con la Empresa Contratante, deberá efectuarse previa notificación expresa a la Compañía Aseguradora, y dentro de un plazo máximo de 3 meses. No obstante, si dentro del plazo de 3 meses el asegurado obtuvo el reembolso de un gasto médico, cuya fecha de prestación es posterior a la fecha de término del vínculo contractual, la exclusión se efectuará, a partir de la fecha de recepción de la notificación enviada por el Contratante.

Condiciones Especiales Jubilados

Contrariamente a lo indicado en el punto "Incorporación y Exclusión de asegurado", se establece que aquellos funcionarios que hayan permanecido 2 años consecutivos como mínimo en el Convenio Colectivo del Servicio de Bienestar del Personal de la Universidad de Santiago- USACH- y dejan de pertenecer a la Universidad como funcionarios, por motivos de jubilación, pero igualmente conservan su calidad de socios del bienestar, podrán permanecer como asegurados vigentes hasta cumplir los 80 años de edad. Respecto de la edad tope de permanencia para las cónyuges o convivientes, también podrán permanecer hasta los 80 años, siempre y cuando el asegurado titular cumpla con los requisitos de asegurabilidad.

Fecha de Vigencia de Asegurados

Las incorporaciones al seguro se harán efectivas a contar del 1er día del mes subsiguiente al mes de la firma de la Solicitud de Incorporación, independiente de que los asegurables declaren o no preexistencias.

Si posterior a su inicio de vigencia, el asegurado decide no aceptar el seguro, podrá ponerse término al mismo. Sin embargo, las primas ya canceladas no serán devueltas. Aquellos asegurables que completen la sección "Declaración de Preexistencia", la Compañía posterior a la evaluación de la misma emitirá una resolución, la cual será entregada por el Bienestar Usach al asegurado. Cabe señalar, que mientras dure la evaluación, la patología no tendrá cobertura dentro del seguro contratado.

Notificación de Movimientos

Las incorporaciones o exclusiones pueden ser informadas hasta los días 20 de cada mes, fecha de cierre de este proceso. Los movimientos informados con fecha posterior serán reflejados en la próxima cobranza.

Patologías CAEC

Debe bonificar el copago y deducible de los gastos amparados por el Caec y tratados por la red de prestadores de la Isapre o Fonasa, definida para tal efecto. Estos se reembolsarán por la cobertura CAEC incluidas en el plan.

Deducible

Se incorpora Deducible Anual por Persona el que será renovable de año en año o hasta el término de vigencia de la póliza, o lo que ocurra primero y será aplicado a cualquier prestación.

PRESTACIONES NO CUBIERTAS POR ISAPRE O FONASA

(Cláusula de Bonificación Extraordinaria)

La póliza establece que la utilización de los beneficios que otorgan los Sistemas Previsionales de Salud (Fonasa o Isapre) son prioritarios y obligatorios, por lo tanto, esta cobertura bonifica sólo los excedentes no cubiertos por el Sistema Previsional de Salud, en los porcentajes y topes contratados y estipulados en las Condiciones Particulares de la Póliza.

De no existir codificación o cobertura de Fonasa o la Isapre para la prestación, se bonificará el porcentaje y hasta el tope estipulado en las condiciones particulares de la póliza aplicado sobre el 50% del valor boleto o factura.

Será requisito para optar a esta Cláusula de Bonificación Extraordinaria, se envíe el documento original boleto o factura, con timbre de la Isapre donde indique 'NO BONIFICABLE' e indicando la causa.

Para afiliados a Fonasa no regirá la presente Cláusula en Tratamientos de Quimioterapia por Cáncer, los cuales serán cubiertos de acuerdo con los porcentajes y topes establecidos en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Se excluyen de estas modalidades, las coberturas de 'Farmacia Ambulatoria' y adicional 'Dental', siempre y cuando éstas se encuentren cubiertas dentro del plan de seguro contratado.

Artículo N° 5: Características.

Definiciones Coberturas de Seguro Catastrófico de Salud:

- a) La Compañía solamente otorga cobertura a las prestaciones identificadas en el plan indicado en prestación en el Artículo N° 4
- b) El período de acumulación del deducible es de 1 año, o hasta el término de la vigencia de la presente póliza, lo que ocurra primero.
- c) La forma en que se acumula el deducible es por es por asegurado.
- d) La Compañía Aseguradora reembolsará sólo en la proporción y hasta el monto máximo señalado en las Condiciones Particulares de la Póliza, sin perjuicio del deducible estipulado.
- e) Esta póliza considera continuidad de cobertura para todos los asegurados vigentes en la póliza previa al traspaso, el Contratante deberá proveer de la copia de la póliza, endosos, nómina de asegurados vigentes con la fecha de inicio de su vigencia en ella y cualquier otro documento que permita respaldar lo vigente con el asegurador anterior para el respectivo traspaso.
- f) Para todos los nuevos asegurados esta póliza no cubre preexistencias.
- g) Se otorga cobertura en el extranjero sólo para urgencias y cuando el tratamiento no esté disponible en Chile, donde aplicará como tope de gastos razonables y acostumbrados, los establecidos según el valor arancel AMCA (Asociación de Médicos Clínica Alemana). La información de los valores a aplicar se encuentra disponible en: <http://www.alemana.cl/amca/ArancelAmca.pdf>
- h) En el caso de ser un evento cubierto por la Ley 18.933, la cobertura será la indicada para cada prestación en el Artículo N° 4 de las presentes Condiciones Particulares.
- i) La Compañía reembolsará la dosis de medicamentos indicada en la receta médica sólo por la cantidad correspondiente al tratamiento. Para los casos de medicamentos indicados por períodos superiores a un mes, la Compañía reembolsará mensualmente las dosis correspondientes a 30 días de tratamiento, reteniendo la boleta original. Las dosis pendientes serán reembolsadas presentando la solicitud de reembolso solo llenada por el asegurado, fotocopias de la boleta y receta médica.
- j) El reembolso de medicamentos ambulatorios, sólo se efectuará si la boleta específica el nombre y valor de cada medicamento prescrito en la receta médica, además del correspondiente timbre de respaldo de la farmacia. Las recetas con medicamentos prescritos a permanencia tendrán una validez máxima de 6 meses.
- k) La cobertura de Medicamentos Ambulatorios podrá efectuarse mediante su reembolso o mediante la provisión del medicamento al asegurado.
Para efectuar la provisión del medicamento al asegurado la compañía podrá facultativamente celebrar convenios con las entidades farmacéuticas en calidad de mandatarias de la Aseguradora, siendo condición para otorgar esta modalidad de pago el que dichos convenios:
 - I. Se encuentren vigentes al momento en que éste sea requerido;
 - II. Que el servicio se encuentre disponible por parte del establecimiento respectivo;
 - III. Que exista el stock de los medicamentos requeridos y
 - IV. Que el asegurado pague en la entidad farmacéutica el monto correspondiente al deducible del medicamento.Para estos efectos el deducible del medicamento corresponderá al porcentaje que no es objeto de cobertura según el plan de reembolso aplicable al beneficio de medicamentos. Lo anterior, no obsta a que se solicite el reembolso diferido del gasto incurrido en el medicamento.
- l) Los medicamentos asociados a otros tratamientos serán cubiertos siempre y cuando estos medicamentos sean coadyuvantes del tratamiento primario y eviten efectos secundarios como, por ejemplo: antiinflamatorios por algún diagnóstico que lo amerite junto con Omeprazol.
- m) Se otorga cobertura para controles y exámenes preventivos de urología (Ej. antígeno prostático).
- n) Queda expresamente establecido que la aplicación del seguro vía I-Med no necesariamente implica la aceptación de la cobertura del diagnóstico que origina dichos gastos, de tal modo que en cualquier momento la Compañía podrá restringir, limitar o excluir dicho diagnóstico por carecer de cobertura, en conformidad a lo establecido en las condiciones particulares y generales del seguro.
- o) Se aplicará como tope de gastos razonables y acostumbrados, los establecidos según el valor arancel AMCA (Asociación de Médicos Clínica Alemana). La información de los valores a aplicar se encuentra disponible en: <http://www.alemana.cl/amca/ArancelAmca.pdf>
- p) La cobertura de esta póliza considera que el cáncer no es una enfermedad preexistente cuando hayan transcurrido más de 5 años desde la finalización del tratamiento radical sin recaída posterior, en consecuencia, la Compañía no impondrá condiciones más onerosas, exclusiones, restricciones o discriminaciones de cualquier tipo a quien haya sufrido una patología oncológica cuando hayan transcurrido más de 5 años desde la finalización del tratamiento radical sin recaída posterior.

Artículo N°6: Criterios de rechazo, en cualquier caso.

- a) Gastos por alimentación parenteral, aminoácidos, Albúmina Humana, etc.
- b) Gastos médicos ambulatorios y hospitalarios de beneficiarios hijas en estado de embarazo (complicaciones del embarazo, atención de parto y aborto no provocado).
- c) Esterilización de cualquier tipo.
- d) Fisioterapia, homeopatía y productos naturales, esto incluye cualquier tipo de terapias naturales y de principios homeopáticos.
- e) De acné con fines estéticos y de embellecimiento, sólo se cubrirán las consultas médicas dermatológicas, fármacos (antibióticos, corticoides) y/o procedimientos terapéuticos (ej. nitrógeno líquido, nieve carbónica, etc.); en ningún caso cremas, lociones, etc. o tratamientos con fines preventivos.
- f) Tratamientos con: antioxidantes, para subir o bajar de peso, para estimular el crecimiento, todo tipo de hormonas del crecimiento, así como también Antagonistas LH y RH, o cualquier tipo de procedimientos y/o tratamientos con fines preventivos (ej. viagra), medicamentos de recetario magistral, y de homeopatía.
- g) Esta póliza no cubre preexistencias para nuevos asegurados

Artículo N°7: Duplicación de Beneficios.

Esta póliza actúa en forma complementaria a Isapre, Fonasa y cualquier otro beneficio médico que tenga el asegurado (Ejemplo: Bienestar, seguros médicos de vigencia anterior, SOAP y otros similares).

Artículo N°8: Monto Máximo de Reembolso.

- **En cobertura de Seguro Catastrófico**, El monto máximo de reembolso Hospitalario por beneficiario corresponde a UF 2000 anuales

Artículo N°9: Exclusiones

- **Exclusiones coberturas Seguro Catastrófico**: Son aquellas detalladas en el artículo N°8 de las Condiciones Generales ([POL3 2024 0008](#))

Artículo N°10: Riesgos Cubiertos bajo estipulación expresa.

- En el caso de existir riesgos bajo estipulación se especificarán en la póliza.

Artículo N°11: Denuncio Siniestro.

- Para solicitar el beneficio de salud, el asegurado titular debe completar el formulario "Solicitud de Reembolso de Gastos Médicos" en su totalidad e incluir los antecedentes solicitados.
Todos los documentos presentados a reembolso deben ser originales
- El plazo máximo para presentar los documentos a bonificar, se describen a continuación:

Ambulatorios	: 60 días corridos desde la fecha de emisión del bono u otro documento contable.
Hospitalarios	: 120 días corridos desde la fecha de emisión del bono u otro documento contable.

- Para el Pago de Reembolso de Gastos Médicos (Catastrófico/Salud Hospitalaria) será **5 días hábiles para gastos ambulatorios y 10 días hábiles para gastos hospitalarios**. Estos plazos son desde la liquidación del siniestro
- En caso de controversia con la Institución de Salud Previsional, o cualquier otra razón que impida la Facturación o Emisión de Bonos, el Asegurado deberá poner en conocimiento de la Compañía la ocurrencia del Siniestro y solicitar formalmente una prórroga para la prestación de los documentos de cobro. En caso de no renovación, caducidad o anulación de la Póliza se reducirá el Plazo de presentación a 30 días después de la vigencia final del contrato.

- Aquellas prestaciones médicas que no se encuentren cubiertas por los Sistemas Previsionales de Salud (Fonasa o Isapre), al cual el funcionario esté afiliado, la Compañía reembolsará el 80% sin tope, del costo real de la prestación, es decir, lo estipulado en el Plan General del Convenio. Será requisito el timbre de Isapre, de 'NO BONIFICABLE'.
- Se podrá solicitar prórroga a la Compañía dentro de este plazo, por cualquier otro tipo de problema anexo que impida la presentación a esta; la Compañía podrá evaluar la solicitud.
- El pago de los reembolsos se realizará sobre montos superiores o iguales a \$ 2.000 (Dos mil pesos), si el monto es inferior se acumulará hasta el próximo pago.
- Los reembolsos serán depositados en las cuentas corrientes, cuentas vistas o pagados a través de cheques a nombre del titular asegurado o cheque a nombre de la empresa, de acuerdo a la información que la empresa contratante proporcione a través de la carga masiva inicial.
- Las liquidaciones se entregarán vía correo electrónico a las cuentas de correo registradas en la Compañía. Esta modalidad de bonificación podrá ser utilizada en cualquiera de los prestadores e instituciones de salud que tengan el servicio habilitado con Help Seguros de Vida S.A.
- La cobertura a otorgar por parte de la Compañía se calculará una vez aplicado el porcentaje de bonificación por el sistema de salud previsional del asegurado.

Artículo N°12: Vigencia y Terminación de la Póliza.

En caso que la cobertura que otorga la Póliza de Salud termine respecto de un asegurado, los beneficios hospitalarios continuarán en vigor si a la fecha de término de la cobertura el asegurado se encontrare hospitalizado. La extensión del beneficio se otorgará por un período de no más de 30 días contado desde la fecha de término de la cobertura respecto del asegurado siempre y cuando el asegurado haya permanecido hospitalizado en forma continua los 30 días siguientes a la fecha de terminación de su cobertura bajo el presente adicional.

Tanto la Compañía como la entidad contratante podrán poner término a esta póliza en cualquier vencimiento de prima, previo aviso dado por escrito con una anticipación no menor de sesenta (60) días mediante carta certificada u otro medio fehaciente, dirigida al domicilio de la Compañía o al último domicilio del Contratante o Asegurado, en su caso, registrado en las Condiciones Particulares de la póliza.

Término Anticipado: Modificación al Sistema de Salud Previsional

Las partes acuerdan que, en caso de modificación de la legislación o normativa vigente o cambios fácticos en el escenario actual relacionados al Sistema de Salud Previsional público o privado, y siempre que dicho cambio altere las condiciones de cobertura del presente seguro, sea en cuanto al riesgo asumido, bonificaciones mínimas exigidas, deducibles o a los beneficios que otorga o cualquier otro elemento necesario para la evaluación del riesgo, en comparación a las condiciones existentes al momento de la celebración del contrato, la Compañía podrá facultativamente dar por terminado el seguro en forma anticipada previo aviso de 30 días corridos al Contratante, o proponer al Contratante nuevas condiciones de cobertura y prima, las que en caso de no ser aceptadas por el Contratante o no obtener respuesta de parte de éste en el plazo otorgado por la Compañía en la comunicación enviada al efecto, dará lugar a la terminación anticipada del seguro.

Artículo N°13: Incorporación, Exclusión y Modificación de Asegurados.

- a) Todos los asegurados nuevos que ingresen al seguro deberán completar como mínimo el formulario de "Solicitud de Incorporación" al seguro dentro de los 60 días siguientes a la fecha que califican para ingresar a la póliza, indicando en éste sus preexistencias para su evaluación.
- b) Para la inclusión de asegurados, cada persona deberá cumplir con las condiciones de asegurabilidad señaladas en esta póliza.
- c) Para el plazo de movimiento de nóminas, la entidad contratante deberá enviar a la Compañía todas las incorporaciones, exclusiones y modificaciones a las nóminas vigentes antes del día 20 o hábil anterior de cada mes, con el objeto de verlos reflejados en el próximo reporte de cobranza del mes siguiente al de cierre de recepción de movimientos.
- d) Cumpliendo con los requisitos anteriormente señalados, los asegurados deberán optar al seguro dentro de un plazo máximo de 60 días contados desde la fecha que califican para ingresar a la póliza (es decir, dentro de los 60 días siguientes de la fecha de inicio de su contrato, para el caso de los asegurables titulares) y su vigencia regirá desde la fecha de contrato. En caso que no se incorporen en la fecha definida en la póliza, no podrán ser incluidos hasta

una nueva anualidad de la póliza. Si el seguro cubre al grupo familiar, el plazo también es de 60 días desde que el asegurado titular contrae matrimonio o de 60 días desde que nace un hijo.

- e) Aquellos trabajadores que, contratados por el Contratante y reuniendo las condiciones de asegurabilidad establecidas, no hayan ingresado a la fecha de renovación, sólo podrán hacerlo en la siguiente renovación de vigencia de la póliza. Se excluye de lo anterior a los hijos recién nacidos y cónyuges de matrimonios producidos durante la vigencia de la póliza.
- f) Si con posterioridad a la vigencia inicial de la póliza de salud, un asegurado llegara a tener nuevos dependientes, cónyuge o hijos, el asegurado deberá comunicarlo a la Compañía completando el formulario "Solicitud de Incorporación", adjuntando los respectivos certificados de matrimonio y/o nacimiento según corresponda o bien, la debida autorización del Departamento de Recursos Humanos de la empresa contratante con timbre y firma en la Solicitud de Incorporación.
- g) La exclusión de asegurados tendrá un plazo máximo de 3 meses, el contratante deberá indicar la fecha de término del vínculo contractual con la Empresa Contratante, el nombre completo y RUT de la persona excluida del seguro. No obstante, si dentro del plazo de 3 meses el asegurado obtuvo el reembolso de un gasto médico, cuya fecha de prestación es posterior a la fecha de término del vínculo contractual, la exclusión se efectuará, a partir de la fecha de recepción de la notificación enviada por el Contratante.
- h) Para la modificación de las características de un asegurado, el Contratante deberá indicar el nombre completo, RUT y la modificación solicitada. Esta modificación regirá a partir de la fecha de solicitud por parte del Contratante. En caso de no indicar fecha, ésta regirá a partir de la fecha de recepción de la modificación por parte de la Compañía con plazo máximo de retroactividad de 30 días.
- i) La carga de convivientes podrá ser incorporada sólo si es permitido por el contratante mediante aceptación por escrito y con timbre que lo avale. Bajo esta condición, no está permitido la incorporación de cónyuge y conviviente de forma simultánea, ni más de un(a) conviviente en la póliza, ni puede ser reemplazada durante una misma vigencia, quien adicionalmente debe cumplir con todos los requisitos de asegurabilidad de la póliza.
- j) Las personas que están haciendo uso de licencia médica podrán ser ingresadas al término de la licencia, previa aprobación de la Compañía.
- k) La Compañía se reserva el derecho a solicitar antecedentes adicionales con el fin de establecer condiciones de cobertura.
- l) La Compañía se reserva el derecho de solicitar certificado de cobertura de las patologías que estime pertinentes no informadas por el Contratante.
- m) El Contratante deberá adjuntar toda la información relacionada a las patologías asociadas y planes especiales que hayan tenido sus funcionarios, toda vez que aquellas patologías no cubiertas o restringidas por la Compañía anterior, tampoco estarán cubiertas por Help Seguros de Vida SA.
- n) Las patologías que estén diagnosticadas y por lo tanto en conocimiento de un asegurado pero que no estén cubiertas por el actual seguro serán evaluadas por la Compañía, la que determinará si acepta o rechaza su cobertura.
- o) **Para las nuevas incorporaciones no se contempla continuidad de cobertura.** La Compañía se reserva el derecho de aceptar o rechazar la cobertura.
- p) Es obligación del Contratante mantener actualizada la nómina de asegurados. Por consiguiente, el Contratante deberá enviar a la Compañía la nómina total de asegurados con todas las incorporaciones, exclusiones y modificaciones de las nóminas vigentes antes del día 20 de cada mes, o en su defecto el día hábil anterior, con el objeto de verlos reflejados en el próximo reporte de cobranza.

Para la exclusión, el Contratante deberá indicar el nombre completo y RUT de la persona excluida del seguro.

Riesgos Especiales

La presente póliza está basada en la información suministrada por el contratante a la Compañía, por lo que cualquier variación en la información entregada para cotizar podría afectar las tarifas aquí ofrecidas. Las primas informadas en la presente póliza son de riesgo normal, cualquier actividad riesgosa no informada no estará cubierta en la póliza.

Continuidad De Cobertura

Esta póliza considera continuidad de cobertura para todos los asegurados vigentes en la póliza previa al traspaso, el Contratante deberá proveer de la copia de la póliza, endosos, nómina de asegurados vigentes con la fecha de inicio de su vigencia en ella y cualquier otro documento que permita respaldar lo vigente con el asegurador anterior para el respectivo traspaso. Para todos los nuevos asegurados esta póliza no cubre preexistencias.

Artículo N°14: Moneda o unidad de la póliza.

Tanto los montos asegurados como las primas se reajustarán de acuerdo a la variación que experimente la Unidad de Fomento, o la unidad que la reemplace en su caso.

Artículo N°15: Domicilio.

Para todos los efectos legales del presente contrato de seguro, las partes señalan como domicilio especial la comuna y ciudad de Santiago de Chile.

Artículo N°16: Cláusula de Morosidad.

En mi calidad de Contratante, autorizo a la Compañía a comunicar a los registros públicos de información de morosidades y protestos o a los sistemas de información comercial cualquier situación de incumplimiento, retardo y/o mora en el cumplimiento de las obligaciones derivadas del presente contrato de seguro, tales como el no pago de la prima y/o cualquier otra suma de dinero que se adeude por el Contratante por tal concepto. Los costos inherentes a aclarar la información en el evento de pago serán de cargo del Contratante. Para tal efecto, la Compañía otorgará certificados de pago sólo una vez cumplidas las obligaciones recién referidas por parte del Contratante.

Artículo N°17: Código de Autorregulación.

Help Seguros de Vida S.A. se encuentra adherida al Código de Autorregulación de las Compañías de Seguros y está sujeta al Compendio de Buenas Prácticas Corporativas, que contiene un conjunto de normas destinadas a promover una adecuada relación de las compañías de seguros con sus clientes. Copia de este Compendio se encuentra disponible en las oficinas de la Compañía y en la página web www.aach.cl

Asimismo, ha aceptado la intervención del Defensor del Asegurado cuando los clientes le presenten reclamos en relación a los contratos celebrados con la Compañía. Los clientes pueden presentar sus reclamos ante el Defensor del Asegurado utilizando los formularios disponibles en las oficinas de Help Seguros de Vida S.A., dirección Av. Apoquindo #3600, Las Condes, o a través de la página web www.ddachile.cl

Artículo N°18: Información Sobre Presentación de Consultas y Reclamos

En virtud de la circular N° 2.131 de 28 de noviembre de 2013, las compañías de seguros, corredores de seguros y liquidadores de siniestros, deberán recibir, registrar y responder todas las presentaciones, consultas o reclamos que se les presenten directamente por el contratante, asegurado, beneficiario o legítimos interesados o sus mandatarios.

Las presentaciones pueden ser efectuadas en todas las oficinas de las entidades en que se atienda público, presencialmente, por correo postal, medios electrónicos, o telefónicamente, sin formalidades, en el horario normal de atención.

Recibida una presentación, consulta o reclamo, ésta deberá ser respondida en el plazo más breve posible, el que no podrá exceder de 20 días hábiles contados desde su recepción.

El interesado, en caso de disconformidad respecto de lo informado, o bien cuando demora injustificada de la respuesta, podrá recurrir a la Comisión Para El Mercado Financiero, área de protección al inversionista y asegurado, cuyas oficinas se encuentran ubicadas en av. Libertador Bernardo O'Higgins 1449, piso 1, Santiago, o a través del sitio web www.cmfchile.cl

Comunicación

Cualquier comunicación, declaración o notificación que deba efectuar el tomador y/o la Compañía al Contratante o Asegurado con motivo de esta póliza, deberá efectuarse a su dirección de correo electrónico indicado en el presente instrumento.

En caso de oposición, de desconocerse su correo electrónico o de recibir una constancia de que dicho correo no fue enviado o recibido exitosamente, las comunicaciones deberán efectuarse mediante el envío de carta certificada dirigida a su domicilio señalado en este documento.

Indisputabilidad

La compañía de Seguros, Help Seguros de Vida S.A., no puede impugnar el contrato de seguro una vez transcurrido el plazo de un año desde la fecha de la conclusión, a no ser que el asegurado hay actuado con dolo y haya intentado, deliberadamente y a sabiendas, estafar o defraudar al seguro.

Artículo N°19: Procedimiento de Liquidación de Siniestros

1. Objeto de la Liquidación

La liquidación tiene por fin establecer la ocurrencia de un siniestro, determinar si el siniestro está cubierto en la póliza contratada en una compañía de seguros determinada, y cuantificar el monto de la pérdida y de la indemnización a pagar.

El procedimiento de liquidación está sometido a los principios de celeridad y economía procedimental, de objetividad y carácter técnico y de transparencia y acceso.

2. Forma de Efectuar la Liquidación

La liquidación puede efectuarla directamente la Compañía o encomendarla a un Liquidador de Seguros. La decisión debe comunicarse al Asegurado dentro del plazo de tres días hábiles contados desde la fecha de la denuncia del siniestro.

3. Derecho de Oposición a la Liquidación Directa

En caso de liquidación directa por la Compañía, el Asegurado o beneficiario puede oponerse a ella, solicitándole por escrito que designe un Liquidador de Seguros, dentro del plazo de cinco días hábiles contados desde la notificación de la comunicación de la Compañía. La Compañía deberá designar al Liquidador en el plazo de dos días hábiles contados desde dicha oposición.

4. Información al Asegurado de Gestiones a Realizar y Petición de Antecedentes

El Liquidador o la Compañía deberá informar al Asegurado, por escrito, en forma suficiente y oportuna, al correo electrónico (informado en la denuncia del siniestro) o por carta certificada (al domicilio señalado en la denuncia de siniestro), de las gestiones que le corresponde realizar, solicitando de una sola vez, cuando las circunstancias lo permitan, todos los antecedentes que requiere para liquidar el siniestro.

5. Pre-Informe de Liquidación

En aquellos siniestros en que surgieren problemas y diferencias de criterios sobre sus causas, evaluación del riesgo o extensión de la cobertura, podrá el Liquidador, actuando de oficio o a petición del Asegurado, emitir un pre-informe de Liquidación sobre la cobertura del siniestro y el monto de los daños producidos, el que deberá ponerse en conocimiento de los interesados. El Asegurado o la Compañía podrán hacer observaciones por escrito al pre-informe dentro del plazo de cinco días hábiles desde su conocimiento.

6. Plazo de Liquidación

Dentro del más breve plazo, no pudiendo exceder de 45 días corridos desde la fecha denuncia, a excepción de:

- a) siniestros que correspondan a seguros individuales sobre riesgos del Primer Grupo cuya prima anual sea superior a 100 UF: 90 días corridos desde fecha denuncia.
- b) siniestros marítimos que afecten a los cascos o en caso de Avería Gruesa: 180 días corridos desde fecha denuncia.

7. Prórroga del Plazo de Liquidación

Los plazos antes señalados podrán, excepcionalmente siempre que las circunstancias lo ameriten, prorrogarse, sucesivamente por iguales períodos, informando los motivos que la fundamenten e indicando las gestiones concretas y específicas que se realizarán, lo que deberá comunicarse al Asegurado y a la Comisión para el mercado financiero, pudiendo esta última dejar sin efecto la ampliación, en casos calificados, y fijar un plazo para entrega del Informe de Liquidación. No podrá ser motivo de prórroga la solicitud de nuevos antecedentes cuyo requerimiento pudo preverse con anterioridad, salvo que se indiquen las razones que justifiquen la falta de requerimiento, ni podrán prorrogarse los siniestros en que no haya existido gestión alguna del liquidador, registrado o directo.

8. Informe Final de Liquidación

El informe final de liquidación deberá remitirse al Asegurado y simultáneamente al Asegurador, cuando corresponda, y deberá contener necesariamente la transcripción íntegra de los artículos 26 y 27 del Reglamento de Auxiliares del Comercio de Seguros (D.S. de Hacienda N° 1.055, de 2012, Diario Oficial de 29 de diciembre de 2012).

9. Impugnación Informe de Liquidación

Recibido el informe de Liquidación, la Compañía y el Asegurado dispondrán de un plazo de diez días hábiles para impugnarla. En caso de liquidación directa por la Compañía, este derecho sólo lo tendrá el Asegurado.

Impugnado el informe, el Liquidador o la compañía dispondrá de un plazo de 6 días hábiles para responder la impugnación.



APODERADO HELP SEGUROS DE VIDA S.A.

CONVENIOS ¹

CLINICAS GRUPO BANMEDICA Y PRESTADORES EN CONVENIO

Contratos Ventanilla Única



¡Beneficios!

- ✓ Evitas realizar el trámite manual del reembolso.
- ✓ El copago a cancelar es más bajo, puesto que se aplica la cobertura de tu previsión de salud y la de Help Seguros.
- ✓ Las clínicas en convenio reconocen a los pacientes y les entregan la liquidación del seguro.

¹ Los servicios adicionales no constituyen cobertura de seguros, siendo responsabilidad de los prestadores indicados en cada anexo la entrega del servicio correspondiente. La Compañía Aseguradora podrá poner término a los servicios adicionales en cualquier momento, informando de ello al contratante de la póliza.

ASISTENCIAS



Orientación Médica Telefónica

Recibe orientación telefónica por parte de un médico en cualquier momento.



Consulta Médica Virtual

Recibe atención de telemedicina general a través de videollamada.



Reembolso de Gastos Funerarios

Realiza el reembolso de los gastos funerarios en caso de fallecimiento de un beneficiario



Cotización de medicamentos

Cotiza en distintas farmacias tus medicamentos y cómpralos de manera 100% online vía Yapp.



Orientación de Salud

Recibe orientación telefónica y resuelve tus dudas relacionadas al sistema de salud.



Agendamiento de Consulta Médica

Agenda una hora médica o solicita información en las clínicas y centros médicos disponibles.

Cotiza, compra y recibe tus medicamentos



Alianza YAPP-HELP SEGUROS

- ✓ Recibe en tu e-mail tu receta cotizada al salir de la consulta médica.
- ✓ Entra al link, compara los precios de tus medicamentos en distintas farmacias y compra la que más te convenga.
- ✓ Puedes programar tus siguientes compras y olvidarte de ir a la farmacia todos los meses.

¿Qué es YAPP?

Es la plataforma de comparación y compra de medicamentos N°1 en Chile. En donde cotizan en múltiples farmacias, ahorrando en promedio un 31% respecto de lo que hoy gastas y con la comodidad de recibirlo en tu casa.

SERVICIOS PARA EL CONTRATANTE Y ASEGURADOS

www.helpseguros.cl
Soluciones de Salud a un click



www.helpseguros.cl / botón Sucursal Virtual

SEGUROS

SEGUROS COLECTIVOS

QUIÉNES SOMOS

CONTACTO

SUCURSAL VIRTUAL

Ingresar a tu nueva Sucursal Virtual

Cientes

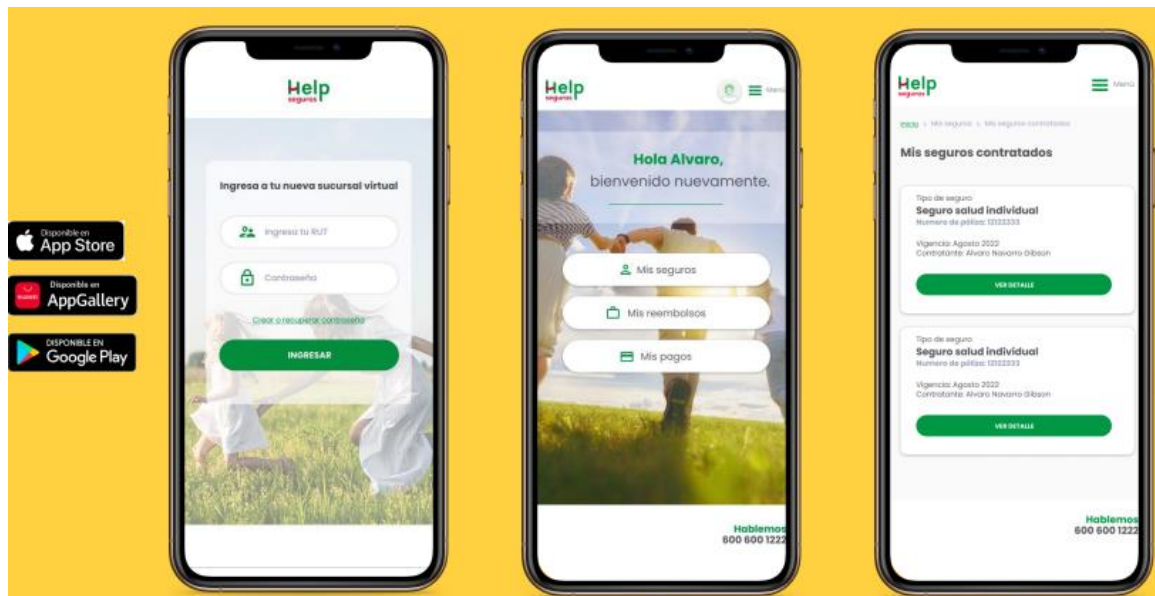
Ingresar tu RUT

Ingresar tu RUT.

Contraseña

Crear o recuperar contraseña

INGRESAR





¡Nuevo servicio!



Reembolso WhatsApp

Ahora podrás solicitar tu reembolso de gastos médicos directamente desde tu teléfono:
¡Más cómodo, simple y 100% digital!

¿En qué consiste?

- 1 Escribe al número **+569 6 468 22 39**
- 2 Ingresa tu **nombre y Rut** sin guion ni dígito verificador
- 3 Escoge la opción **"Ingresar un reembolso"**
- 4 Sigue los pasos, envía los documentos que te soliciten ¡y listo!

Podrás revisar en detalle

- ✓ Detalle del estado de reembolsos
- ✓ Coberturas vigentes
- ✓ Cargas vigentes



Telemedicina sin costo

Agenda y recibe atención médica 100% online en estas especialidades:



Medicina
General



Pediatría



Nutricionista



Psicología

¿Cómo agendar una consulta de Telemedicina?

Sigue estos simples pasos:

- 1 Ingresa a tu Sucursal Virtual en **helpseguros.cl**
- 2 Accede al menú "**Mis Asistencias**".
- 3 Selecciona la opción "**Consulta Médica Virtual**".
- 4 Escoge al beneficiario y haz click en "**Continuar**".
- 5 **Completa los datos** de la atención y confirma tu cita de Telemedicina.

Agenda tu hora de Telemedicina **aquí**

| Además, en el menú "Mis Asistencias" podrás acceder a:



- Orientación Médica Telefónica (OMT)
- Agendamiento de consulta médica
- Cotización de medicamentos
- Reembolso de gastos funerarios

Porque miramos el mundo con una sonrisa,
sigue protegiéndote junto a nosotros
y aprovecha todos nuestros beneficios.



**Y para que no te pierdas de nada,
únete a nuestras redes sociales:**





La nueva App para asegurados



DESCUBRE TODO LO QUE SE PUEDE HACER CON MEDY



NO TE QUEDES CON DUDAS, RECIBE ORIENTACIÓN INMEDIATA

- Chat de salud: **resuelve** dudas con enfermeras y doctores
- Chat ejecutivo: asesórate sobre cómo **aprovechar tu plan, póliza y productos**



ATIÉNDETE DONDE SEA QUE ESTÉS

- **Agenda consultas virtuales** medicina general, nutricionista, psicología y pediatría
- Solicita un **llamado de un médico** a recibir orientación de salud
- Comunícate directamente con la Central médica de Help en caso de **emergencia**

mеды

Beneficios Adicionales Seguros Colectivos



Descuentos en exámenes, imágenes, urgencias, vacunas y más.









Hasta 65% de descuento en centros dentales










Hasta 20% de descuento de descuento en ópticas







Nombre Beneficio	Descripción	IMED	Previsión de Salud	Estado	Inicio Vigencia
15% descuento copago	En exámenes de laboratorio e imágenes.	Si	<u>Isapre/Fonasa</u>	Vigente	jul-24
62% descuento	En arancel base dental.	Si	<u>Isapre/Fonasa</u>	Vigente	jul-24

Ubicaciones:

- Región Metropolitana
- Región del Biobío
- Región del Maule
- Región de O'Higgins
- Región de Valparaíso
- Región de Coquimbo
- Región de Atacama

Región Metropolitana:

- Santiago
- Providencia
- Estación Central
- Cerrillos
- Maipú
- Independencia
- Huechuraba
- La Reina
- Peñalolén
- La Florida
- San Bernardo
- San Miguel
- Puente Alto
- Las Condes

20% descuento Vacunas particulares primer año de vida (*Rotarex, Rotateq, Menveo, Bexero).

20% descuento Exámenes e imágenes ambulatorios y urgencias.

30% descuento Copago consulta urgencia.

Convenio de Accidentes Costo \$0 Hasta el segundo año de vida
(*Exclusivo si el hijo nace en Clínica Santa María. Solo pacientes de Isapre).

65% descuento Arancel dental (*Excluye insumos y laboratorio. No aplica para evaluación inicial. Válido solo en Centro Médico El Golf).

Costo \$0 Consulta Dental Primera consulta dental y set radiográfico
(*Válido solo en Centro Médico El Golf).

Precio Preferente Dental Arancel preferente implantología
(*Implante unitario Titamax \$629.990. Precio ref: \$699.990. Válido solo en Centro Médico El Golf).

20% descuento Vacunas particulares primer año de vida (*Rotarex, Rotateq, Menveo, Bexero).

20% descuento Exámenes e imágenes ambulatorios.

20% descuento Copago consulta urgencia.

Cupón descuento Hospitalización \$100.000 en hospitalizaciones.

Convenio de Accidentes Costo \$0 Hasta el segundo año de vida (*Exclusivo si el hijo nace en Clínica Dávila. Solo pacientes de Isapre).

65% descuento Arancel dental (*Excluye insumos y laboratorio. No aplica para evaluación inicial. Válido solo en Centro Médico Dávila Ñuñoa y Vespucio).

Costo \$0 Consulta Dental Primera consulta dental y set radiográfico (*Válido solo en Centro Médico Dávila Ñuñoa y Vespucio).

Precio Preferente Dental Arancel preferente implantología (*Válido solo en Centro Médico Dávila Ñuñoa y Vespucio).



20% descuento Vacunas particulares primer año de vida (*Rotarex, Rotateq, Menveo, Bexero).

20% descuento Exámenes e imágenes ambulatorios.

30% descuento Copago consulta urgencia.

Cupón descuento Hospitalización \$100.000 en hospitalizaciones.

Convenio de Accidentes Costo \$0 Hasta el segundo año de vida (*Exclusivo si el hijo nace en Clínica Dávila Vespucio. Solo pacientes de Isapre).

65% descuento Arancel dental Arancel dental (*Excluye insumos y laboratorio).

Costo \$0 Consulta Dental Primera consulta dental y set radiográfico.

Precio Preferente Dental Arancel preferente implantología.



20% descuento Exámenes e imágenes ambulatorios.

65% descuento Arancel dental (*Excluye insumos y laboratorio).

Costo \$0 Consulta Dental Primera consulta dental y set radiográfico.

Precio Preferente Dental Arancel preferente implantología (Implante unitario Titamax \$530.000. Precio ref: \$587.880).



Chequéate hoy

Con un 20% de descuento
en el copago de tus
imágenes

Clinica Ciudad del Mar



Asegúrate de prevenir

Con un 10% de descuento
en el copago de exámenes
de laboratorio.

Clinica Ciudad del Mar



20% dcto.

En copago consulta
medica de urgencia (No
incluye interconsulta)

Clinica Biobío



20% dcto.

Copago en rayos, scanner
y resonancia urgencia -
ambulatoria

Clinica Biobío



15% dcto.

En copago exámenes de
laboratorio

Clinica Biobío

Descuento:

- 60% (sesenta por ciento) de descuento sobre el Arancel 100 Dental de cada prestación dental realizada, en cualquier especialidad contenida en él, de acuerdo al listado del Anexo N° 3.
- Diagnóstico Dental PRO que incluye el set radiográfico inicial a \$19.990 (diecinueve mil novecientos noventa pesos).
- Pack de prevención dental a \$39.990 (treinta y nueve mil novecientos noventa pesos).

Exclusiones:

- Asegurados Covid-19, Minera BHP, Carabineros.

Contacto:

- Agendamiento: www.redsalud.cl (web) o 600 718 6000 (Call Center)
- Denuncias: <https://bgrc-redsalud.com/denuncias>

Envío de Bases:

- RUT del asegurado sin puntos y con dígito verificador separado por un guión (Ej: 11111111-1).
- Se envía al proveedor todos los días 24 de cada mes (javiera.Baquedano@redsalud.cl).

Centro	Región	Comuna	Dirección	Contacto
CD Agustinas	RM	Santiago	Agustinas 641	600 718 6000
CD Apoquindo	RM	Las Condes	Av. Apoquindo 4680	
CD Arica	Región XV	Arica	San Marcos 121	
CD Clínica Elqui	Región IV	La Serena	Av. Huanhuall 186	
CD Copiapó	Región III	Copiapó	Chacabuco 210	
CD Huechuraba	RM	Huechuraba	Pedro Fontova 6121, local 2	
CD Independencia	RM	Independencia	Av. Independencia 1930 Local 2	
CD Kennedy	RM	Las Condes	Av. Kennedy 5735 (Hotel Marriott) , piso 3 Torre Poniente	
CD La Dehesa	RM	Lo Barnechea	Luis Bascuñan 1872	
CD La Reina	RM	La Reina	Carlos Ossandón 1301, La Reina Príncipe de Gales 8531 Local 2	
CD Manuel Montt	RM	Providencia	Av providencia 1346	
CD Ñuble	Región VIII	Chillán	Arturo Prat 430	
CD Ovalle	Región IV	Ovalle	Vicuña Mackenna 406	
CD Peñalolén	RM	Peñalolén	Av. Grecia 8585, Local 6 y 7	
CD Plaza Puente Alto	RM	Puente Alto	José Luis Coe 106 y 118	
CD Punta Arenas	Región XII	Punta Arenas	Pedro Montt 890	
CD Quilpué	Región V	Quilpué	Av. Anibal Pinto 843	
CD Talca	Región VII	Talca	Calle Uno sur 931	
CMD Alameda	RM	Santiago	San Martín N° 30	
CMD Antofagasta	Región II	Antofagasta	Antonio José de Sucre 251	
CMD Calama	Región II	Calama	Av. Granaderos 1474	
CMD Concepción	Región VIII	Concepción	Freire 1445	

Concepción				600 718 6000
CMD Conchalí	RM	Conchalí	Av. Fermín Vivaceta 3161	
CMD Eleuterio Ramírez	Región I	Iquique	Eleuterio Ramírez 1162	
CMD Germán Riesco	Región VI	Rancagua	Av. Germán Riesco 206	
CMD La Florida	RM	La Florida	Av. Vicuña Mackenna 7747	
CMD Los Angeles	Región VIII	Los Ángeles	Lautaro 615	
CMD Maipú	RM	Maipú	Alberto Lona 1770	
CMD Muelle Barón	Región V	Valparaíso	Av. Argentina 1, 2° piso	
CMD Ñuñoa	RM	Ñuñoa	Av. Irarrázaval 2305	
CMD Osorno	Región X	Osorno	Av. Bernardo O' Higgins 791	
CMD Parque Arauco	RM	Las Condes	Av Presidente Kennedy 5413, (Parque Arauco)	
CMD Pedro de Valdivia	RM	Providencia	Av. Nueva Providencia 1920	
CMD Puente Alto	RM	Puente Alto	Av. Concha y Toro 3779	
CMD Puerto Montt	Región X	Puerto Montt	Rengifo 412	
CMD Quilicura	RM	Quilicura	O' Higgins 581 Local 67 (Arauco Quilicura)	
CMD San Bernardo	RM	San Bernardo	Av. América 654	
CMD San Miguel	RM	San Miguel	Av. José Miguel Carrera 5728	
CMD Temuco	Región IX	Temuco	Manuel Bulnes 846	
CMD Valdivia	Región XIV	Valdivia	Av. Alemania 475	
CMD Viña del Mar	Región V	Viña del Mar	3 Norte 464	
CMD Coquimbo	Región IV	Coquimbo	José Santiago Aldunate 840	
CD Talcahuano	Región VIII	Talcahuano	Colón 650	



Descuento:

- Arancel preferente Uno Salud Dental
- 60% de descuento en prestaciones dentales (excluye insumos para implante, Ortodoncia, Análisis Histopatológicos, trabajos de laboratorio y pabellón).

Exclusiones:

- Asegurados Covid-19, Minera BHP, Carabineros.

Contacto:

- Agendamiento: www.unosalud.cl/, 600 707 1010 desde teléfonos fijos, o al +562-27638900 desde celulares.

Envío de Bases:

- RUT del asegurado sin puntos y con dígito verificador separado por un guión (Ej: 11111111-1).
- Se envía al proveedor todos los días 24 de cada mes (ftelleria@unosalud.com).
- Se está desarrollando un Webservice para compartir bases de datos en línea.

Nomina Clinicas Dentales UNO SALUD DENTAL						
Nº	Nombre Clinicas	Dirección	Nº	Local	Comuna	Región
1	Coyancura	Coyancura	2.229		Providencia	Metropolitana
2	Moneda	Moneda	953		Santiago	Metropolitana
3	Estación Central	San Francisco de Borja	122	Local S-122 A.	Estación Central	Metropolitana
4	Rancagua	Javiera Carrera	957		Rancagua	O'Higgins
5	La Concepción	La Concepción	201	Local 102	Providencia	Metropolitana
6	Santa Lucia	Santa Rosa	12	Local 14	Santiago	Metropolitana
7	La Florida	Erolan Roa	894		La Florida	Metropolitana
8	Teatino	Teatino	333	Local 335 - 339	Santiago	Metropolitana
9	Puente Alto	Concha y Toro	625	Local 4-13-14-15	Puente Alto	Metropolitana
10	Antofagasta	Manuel Antonio Matta	2.001	Local 2	Antofagasta	Antofagasta
11	La Serena	Balmaceda	1.115		La Serena	Coquimbo
12	La Reina	Príncipe de Gales	6.938		La Reina	Metropolitana
13	Temuco	Andrés Bello	850		Temuco	La Araucanía
14	La Serena	Balmaceda	1.115		La Serena	Coquimbo
15	La Reina	Príncipe de Gales	6.938		La Reina	Metropolitana
16	Temuco	Andrés Bello	850		Temuco	La Araucanía
17	Talca	Uno Norte	1.601		Talca	Maule
18	Rancagua II	Campos	221	Locales 2 y 3	Rancagua Centro	O'Higgins

19	La Cisterna	Américo Vespucio	33	Intermodal La Cisterna Locales 312 al 315	La Cisterna	Metropolitana
20	Valdivia	Ismael Valdes	365		Valdivia	Los Ríos
21	Cunco	Manuel Montt	455	Local 104-105 B	Cunco	Maule
22	Merced	Mosquito	408		Santiago	Metropolitana
23	Tobalaba	Hernando De Aguirre	215	Local 101	Providencia	Metropolitana
24	Los Angeles	Av. Valdivia	485		Los Angeles	Bío Bío
25	Padre Hurtado	Av. Padre Hurtado Sur	1.621	Local 24, 25, 26	Las Condes	Metropolitana
26	Linares	Calle Chacabuco	575		Linares	Linares
27	Macul	Av. JP Alessandri	2.555	locales 5 y 6	Macul	Metropolitana
28	Coquimbo	Baquesano	86	Mall Vivo Coquimbo	Coquimbo	Coquimbo
29	Escuela Militar	Av. Apoquindo	4.579	Local 6	Las Condes	Metropolitana
30	Chillán	Constitución	486		Chillán	Chillán
31	San Fernando	AV Bernardo O'Higgins	701	Mall Vivo San Fernando, Local 110	San Fernando	O'Higgins
32	Viña del Mar II	Av. Valparaíso	1.070	Mall Paseo Viña Centro, Local 102	Viña del Mar	Valparaíso
33	Iquique	Calle Serrano	630		Iquique	Tarapacá
34	La Florida II	Av. Vicuña Mackenna Poniente	7.372		La Florida	Metropolitana
35	Osorno	Lord Cochrane	627		Osorno	Los Lagos
36	Talca II	Av. San Miguel	3.050		Talca	Maule

37	Talcahuano	Avda. Cristóbal Colón	3.236	Local E	Talcahuano	Bio Bio
38	Melipilla	Arturo Prat	561		Melipilla	Metropolitana
39	Concepción 2	Freire	820		Concepción	Bio Bio
40	Marquehue	Marquehue Sur	430	Local 1-A	Las Condes	Metropolitana

41	Vila del Mar	Trece Norte	798		Vila Del Mar	Valparaíso
42	Vitacura	Vitacura	5.250	Local 101	Vitacura	Metropolitana
43	Concepción	Cochrane	635	Local 106	Concepción	Bio Bio
44	Valparaíso	Blanco	1.297		Valparaíso	Valparaíso
45	Puerto Montt I	Ilapel	10	Local 1	Puerto Montt	Los Lagos
46	Mapu	Avenida 5 de Abril	33	Local 35	Mapu	Metropolitana
47	San Bernardo	Eyzaguirre	650	6 piso	San Bernardo	Metropolitana
48	San Miguel	Llano Subercaseaux	3.811		San Miguel	Metropolitana
49	Nuñoa	Av. Iramizaval	2.401	Local N° 12	Nuñoa	Metropolitana
50	Puente Alto II	Av. Concha y Toro	3.955		Puente Alto	Metropolitana
51	Temuco II	Av. Alemania	890	Local N° 5	Temuco	La Araucanía
52	Arica	Av. Diego Portales	157	Local N° 116 y N° 202	Arica	Arica y Parinacota
53	Puerto Montt II	Calle Benavente	308	5 piso	Puerto Montt	Los Lagos
54	La Dehesa	Avda. El Rodeo	12.850	Espacio Urbano Local N° 80	La Barchesa	Metropolitana
55	Manuel Montt	Manuel Montt N° 211	211	Local B	Providencia	Metropolitana
56	San Pedro de la Paz	Avda. Michasles N° 1143	1.147		San Pedro de la Paz	Bio Bio
54	Peñalén	Av. Concesional	2.701	Locales 826 - 829	Peñalén	Metropolitana
55	Quilicura	José Francisco Vergara N° 409	409	Local N° 01 y 09	Quilicura	Metropolitana
56	Villa Alemana	Av. Valparaíso N° 945	945	0	Villa Alemana	Valparaíso
57	Independencia	Av. Independencia N° 565, Local B-03, Independencia	565	Local B-03	Independencia	Metropolitana
58	Calama	Calle Eleuterio Ramírez	1.961		Calama	Antofagasta
59	Antofagasta II	Almirante Juan José Latrón	2.318	Piso 2	Antofagasta	Antofagasta

61	Coronel	Calle Manuel Montt	327	Local 1	Coronel	Bio Bio
62	Antofagasta III	Calle Pedro Aguirre Cerda	20.578	Locales 12, 13, 14 y 102	Antofagasta	Antofagasta
63	Quilpué	Avenida Los Carrera	496	Local N° 2	Quilpué	Valparaíso
64	Chile-España	Avenida José Pedro Alessandri	43		Nuñoa	Metropolitana

65	Vila del Mar III	Calle Libertad	1.097		Vila del Mar	Valparaíso
66	Gran Av. Departamental	Gran Av. J. M. Carrera	5.553	Local N° 5, 12, 13, 14, 15 y 16	San Miguel	Metropolitana
67	Chillán Sargento Aldao	Calle Sargento Aldao	823	Local N° 1	Chillán	Nuble

68	Mapu El Rosal	Av. A. Vespucio	1.076	locales 6, 18, 19, 20, 21, 22	Mapu	Metropolitana
69	Quilota	La Concepción	351		Quilota	Valparaíso
70	Puente Alto Eyzaguirre	Av. Concha y Toro	95		Puente Alto	Metropolitana
71	Cerrillos	Camino a Melipilla	7.003	Local A-2	Cerrillos	Metropolitana
72	Talca La Florida	Av. Colín	995	Local N° 1	Talca	Maule
73	San Felipe	Calle Arturo Prat	692		San Felipe	Valparaíso
74	Valparaíso Pedro Montt	Las Heras 41	414		Valparaíso	Valparaíso
75	Puerto Montt Parque Industrial	Av. Parque Industrial	450	Local 101	Puerto Montt	Los Lagos
76	Concepción Barros Arana	Calle Angol	518		Concepción	Bio Bio
77	Vila del Mar Ecuador	Calle Ecuador	80	Local 2	Vila del Mar	Valparaíso
78	Los Angeles Av. Alemania	Av. Alemania	610	Locales 5 y 6	Los Angeles	Bio Bio
79	Rancagua Paseo Independencia	Calle Paseo Independencia	477		Rancagua	O'Higgins
80	La Serena Centro	Av. J. Manuel Balmaceda	555	Local 2	La Serena	Coquimbo