CARATULA UNIFORME PARA POLIZAS DE SALUD HOSPITALARIO

NOMBRE DEL PLAN: SEGURO DE SALUD HOSPITALARIO

MONTO MÁXIMO DE COBERTURA: UF 1000 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
X	Póliza de plazo definido y renovable con condiciones
	Póliza de plazo definido simple

SISTEMA MODIFICACIÓN DE PRIMA

X	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
X	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 **UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE CHILE** (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
81-8101-2319	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)
Salud Hospitalario	Seguro de Salud Hospitalario	POL 3 2024 0008	1000

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) Salud Hospitalario
Titular sólo	0,14470
Titular con 1 carga	0,26050
Titular con 2 o más cargas	0,37620

En ampliación a lo establecido en el Artículo Nº12 de las Condiciones Generales de la póliza de **Seguro Colectivo Complementario de Salud,** se establece lo siguiente:

a) La prima respectiva deberá ser pagada en forma mensual dentro de los 30 primeros días del mes siguiente a recibida la factura respectiva.
b) 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.
c) La cobranza se efectuará en forma mensual en base a la información de los asegurados titulares y cargas actualizadas, remitida por el Contratante.
d) 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.
e) 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 Nº2: Requisitos de Asegurabilidad

1. Podrán ingresar al seguro:
   a) Todos los trabajadores con contrato indefinido en la entidad contratante y que desempeñan activamente funciones propias de sus cargos.
   b) 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.

2. 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.

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 Nº 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.

Articulo Nº 4: Cobertura.

- De acuerdo a lo indicado en el Artículo Nº 2 de la POL 3 2024 0008 (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 DE SALUD HOSPITALARIO

BENEFICIO HOSPITALARIO	BONO	LIBRE ELECCIÓN	SIN PREVISIÓN	TOPE (UF)
Día Cama sin tope de días	90%	90%	45%	UF 5 diario
Día Cama Acompañante (hijo mayor de 14 años)	90%	90%	45%	UF 5 diario
Gastos Hospitalarios y HMQ	80%	80%	40%	UF 100 por evento
Hospitalización Domiciliaria	90%	90%	45%	UF 5,2 diario
Cirugía Dental y/o Maxilofacial por Enfermedad	80%	80%	40%	UF 22 anual
Cirugía Dental y/o Maxilofacial por Accidente	80%	80%	40%	UF 22 anual
Cirugía Rinolaringológica	Bajo gasto hospitalario			
Cirugía Obesidad Mórbida	Bajo gasto hospitalario			
Cirugía Reducción Mamaria	80%	80%	40%	UF 35 anual
Ambulancia Terrestre (50 km radio)	80%	80%	40%	Sin Tope
Ges / Caec	100%	100%	100%	Sin Tope
Gasto Donante Vivo	85%	85%	45%	UF 30 anual
Gasto Donante Post Mortem	80%	80%	40%	UF 25 anual
BENEFICIO AMBULATORIO	**BONO**	**LIBRE ELECCIÓN**	**SIN PREVISIÓN**	**TOPE (UF)**
Cirugía Ambulatoria	90%	90%	45%	UF 40 anual
Procedimiento de Diagnóstico (incluye Scanner y Resonancia Magnética)	80%	80%	40%	Sin Tope
Procedimientos Terapéuticos (incluye imágenes/radiológicos ambulatorios)	90%	90%	45%	UF 40 anual
Prótesis y Ortesis (incluye gastos ópticos, marcos, cristales y lentes de contacto)	80%	80%	80%	UF 80 anual
Psiquiatría, Psicopedagogía y Psicología Ambulatoria	60%	60%	60%	UF 80 anual
Psiquiatría, Psicopedagogía y Psicología Hospitalaria	80%	80%	80%	
Cobertura en el Exterior - 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.	-	-	-	Ídem Plan
OTRAS PRESTACIONES	**BONO**	**LIBRE ELECCIÓN**	**SIN PREVISIÓN**	**TOPE (UF)**
BONO PAD (se cubre para Isapre y Fonasa)	100%	100%	50%	Sin Tope
HORMONAS DE CRECIMIENTO	50%	50%	50%	UF 5 anual
ESTUDIO PREVENTIVO DE LA MAMA	80%	80%	80%	UF 1 anual
ESTUDIO PREVENTIVO DE LA PROSTATA	80%	80%	80%	UF 1 anual

TOPE MÁXIMO POR PERSONA	UF 1.000 ANUAL
DEDUCIBLE INDIVIDUAL	**UF 6,8 ANUAL**
BMI 50%	**Clínica Alemana, Clínica Las Condes**
BMI 40%	**U Católica San Carlos de Apoquindo**

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

- 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
  - OFTALMOLOLOGICO
  - NUTRICIONAL
  - DERAMATOLOGICO

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 HOSPITALARIA

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 Dúplo, 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: 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.

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 Cargas Duplo.

Plazo de Presentación Siniestro

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.

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 Cláusula de Bonificación Extraordinaria en Tratamientos de Quimioterapia por Cáncer, los cuales serán cubiertos de acuerdo a 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.

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.

Modificación Condicionado General
Conforme a la Ley 20.667 que entró en vigencia a partir del 1/diciembre/2013, todas las renovaciones con vigencia posterior a la fecha indicada serán emitidas utilizando nuevos Condicionados Generales, lo cual no genera menoscabo o pérdida en la aplicación de los beneficios contratados.

Exclusiones
Las exclusiones de esta póliza se deben encontrar debidamente señaladas en Condicionado General regido por la Comisión de Mercado Financiero (CMF).

Evento
Siempre la duración máxima de un evento para efectos de acumulación de topes y deducibles, será anual y corresponderá al año de vigencia de la Póliza.

Topes de Cada Cobertura
Se deja establecido que el tope anual o por incapacidad determinado en cada cobertura, será aplicable siempre y cuando el saldo no consumido del Tope Anual por Asegurado lo permitiese.

Continuidad de Cobertura
Se deja establecido que la póliza otorgará continuidad de cobertura a todo el grupo que ingresará al inicio de ésta y que además estuvo vigente en la anterior aseguradora.

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.

Hospitalización Domiciliaria
Debe otorgar cobertura para 'hospitalización Domiciliaria' médicamente prescrita, reembolsando los gastos bajo cobertura 'Día Cama', siempre y cuando la Isapre o Fonasa bonifique. Se excluyen los tratamientos para fines de rehabilitación y de asegurables inválidos permanentes.

Día Cama Acompañante Hijos Menores 14 años
Debe otorgar cobertura al acompañante durante una hospitalización de un menor de 14 años, dichos gastos se liquidarán bajo la cobertura 'Día Cama', siempre y cuando sea cubierto previamente por algún Sistema Previsional de Salud (Isapre/ Fonasa).

Cirugía Dental y/o maxilofacial por Enfermedad o Accidente
Debe otorgar cobertura para gastos por cirugía dental y/o maxilofacial por accidente y enfermedad, siempre y cuando éste se produzca dentro de la vigencia de la póliza, no sea con fines estéticos y los gastos hayan sido bonificados previamente por la Isapre y/o Fonasa, independiente que el prestador sea

Cirujano Dental o Maxilofacial.
Se liquidará bajo la cobertura 'Cirugía Maxilofacial', según lo siguiente:

Cirugía dental y/o maxilofacial p/accidente:
- 80% Tope de UF 22 Anual

Cirugía dental y/o maxilofacial p/enfermedad:
- 80% Tope de UF 22 Anual

Cirugía Rinolaringológica
Bajo esta prestación deberá liquidar todo procedimiento quirúrgico rinolaringológico, incluyendo la cirugía de rinoplastía y/o septoplastía funcional.
Los gastos por este concepto deben ser liquidados bajo el ítem hospitalario. No aplica carencia para esta cobertura.

Cobertura Sida
La póliza debe incluir cobertura para el Sida.

Cobertura Obesidad
La cobertura a aplicar para cirugías realizadas bajo el diagnóstico 'Obesidad', deben ser bonificadas siempre y cuando:
- El Índice de Masa Corporal (IMC) sea mayor o igual a 40, ó,
- Si el Índice de Masa Corporal es mayor o igual a 35, con la presencia de al menos 1 o más de las siguientes enfermedades agregadas a la obesidad: Diabetes Mellitus tipo 2; Cardiopatías Severas Secundarias a Obesidad; Apnea Obstructiva del Sueño Severa o Enfermedades Osteo-Articulares Severas candidatas a prótesis de reemplazo. La compañía de seguros reembolsará o pagará los gastos efectivamente incurridos, provenientes de una hospitalización, en que incurra un asegurado.
Los gastos por este concepto deben ser liquidados bajo el ítem hospitalario. No aplica carencia para esta cobertura.

Cirugía Reducción Mamaria
La aseguradora deberá reembolsar o pagar los gastos efectivamente incurridos en una reducción mamaria después de haber cumplido el periodo de carencia de 36 meses, siempre y cuando el monto de la reducción sea igual o superior a 350 gramos por cada mama.

Incorporación de Asegurados Póliza Voluntaria
El pago de primas de la póliza será con el siguiente orden:
- Catastrófico: 50% empleador, 50 % trabajador
- Hospitalario: 50% Bienestar, 50% trabajador
- Seguro de vida: 100% trabajador

Por lo anterior, el trabajador puede escoger voluntariamente incorporarse o no a las pólizas, según el procedimiento establecido a continuación:

Podrán ingresar sólo a la renovación, los trabajadores activos, 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 proporciona 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 contratación del trabajador, adjuntando el correspondiente Formulario de Incorporación.

Dada la condición de la Póliza, los trabajadores recién contratados por la Empresa Contratante que no hayan ingresado al inicio, habiendo reunido los requisitos de asegurabilidad para hacerlo, no podrán incorporarse en el transcurso de la vigencia de ésta, debiendo esperar hasta la fecha de la siguiente renovación de la póliza.

Esta condición también rige para los dependientes que no fueron incluidos en la fecha de vigencia inicial de cobertura del trabajador respectivo.

Se excluyen de la condición anterior, los nuevos trabajadores y nuevos dependientes que pueda tener un asegurado vigente, los cuales podrán ser incorporados en el transcurso de la vigencia de la póliza, bajo las condiciones descritas anteriormente, en cuanto a forma, plazo y requisitos de asegurabilidad.

Exclusión:

La exclusión de un asegurado vigente, que corresponda, a partir de la fecha de término del vínculo contractual con la Empresa Contratante, deberá efectuarse previa notificación expresa a la Compañía y dentro de un plazo máximo de 30 días.

No obstante, si dentro del plazo de 30 días 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.

OTRAS CONDICIONES
Cirugías realizadas bajo el diagnóstico 'Obesidad', serán bonificadas siempre y cuando:
- El Índice de Masa Corporal (IMC) sea mayor o igual a 40, ó,
- Si el Índice de Masa Corporal es mayor o igual a 35, con la presencia de al menos 1 o más de las siguientes enfermedades agregadas a la obesidad: Diabetes Mellitus tipo 2; Cardiopatías Severas Secundarias a Obesidad; Apnea Obstructiva del Sueño Severa o Enfermedades Osteo-Articulares Severas candidatas a prótesis de reemplazo. La compañía de seguros reembolsará o pagará los gastos efectivamente incurridos, provenientes de una hospitalización, en que incurra un asegurado.
Los gastos por este concepto serán liquidados bajo el ítem hospitalario. No aplica carencia para esta cobertura.

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 Condicionado General de la póliza, y sólo una vez que se encuentre verificada la ocurrencia del siniestro y se haya determinado el monto a reembolsar.

El presente contrato otorga cobertura para Sida
La aseguradora reembolsará o pagará los gastos efectivamente incurridos en una reducción mamaria después de haber cumplido el periodo de carencia de treinta y seis (36) meses, siempre y cuando el monto de la reducción sea igual o superior a 350 gramos por cada mama.

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 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.

Artículo Nº 5: Características.

Definiciones Coberturas 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 l-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 raída 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 Salud Hospitalario**, El monto máximo de reembolso Hospitalario por beneficiario corresponde a UF 1000 anuales

Artículo N°9: Exclusiones

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

Artículo Nº10: Riesgos Cubiertos bajo estipulación expresa.

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

Artículo Nº11: 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 Nº12: 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 30 días, 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 30 días 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.
   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.

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 Nº16: 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 denuncio, 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 denuncio.
   b) siniestros marítimos que afecten a los cascos o en caso de Avería Gruesa:180 días corridos desde fecha denuncio.

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

¡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 con-venga.
- Puedes programar tus siguientes compras y olvidarte de ir a la farmacia todos los meses.

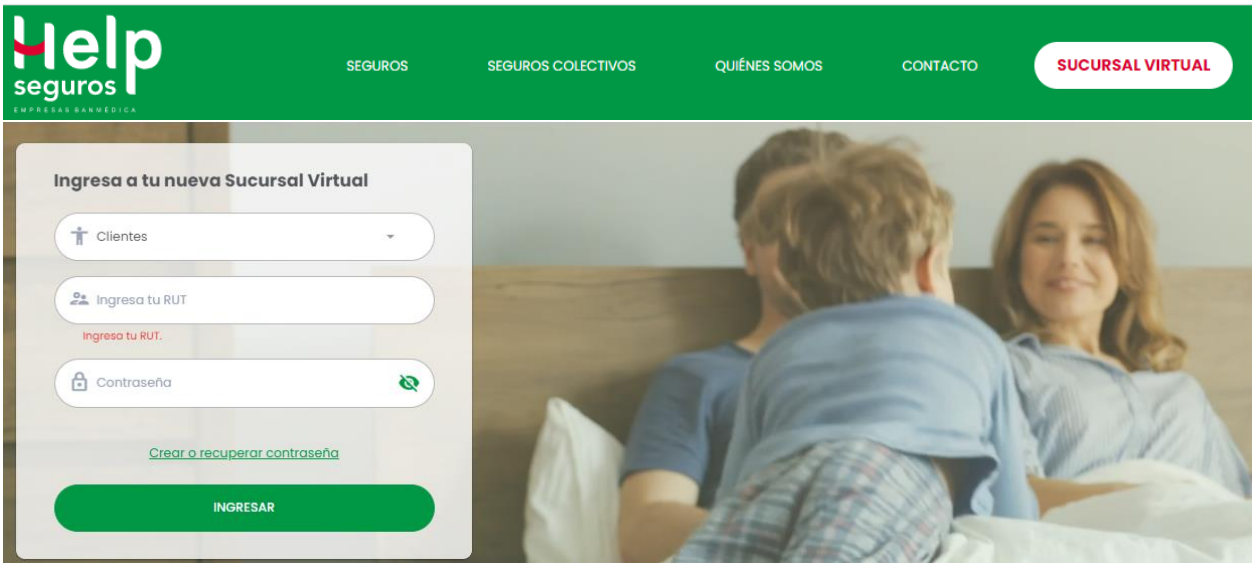
¿Qué es YAPP?

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

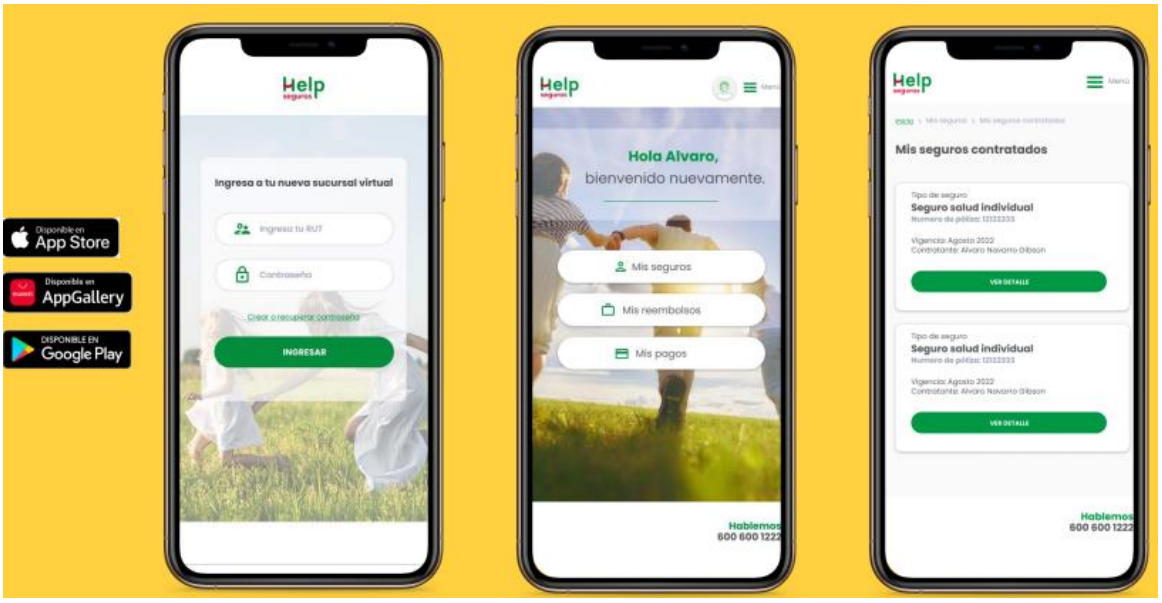
www.helpseguros.cl
Soluciones de Salud a un click

www.helpseguros.cl / botón Sucursal Virtual



Servicios Adicionales **App Mobile**

reembolso Whatsapp



Podrás revisar en detalle

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

Help seguros
EMPRESAS BANMÉDICA

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:

Help seguros
EMPRESAS BANMÉDICA

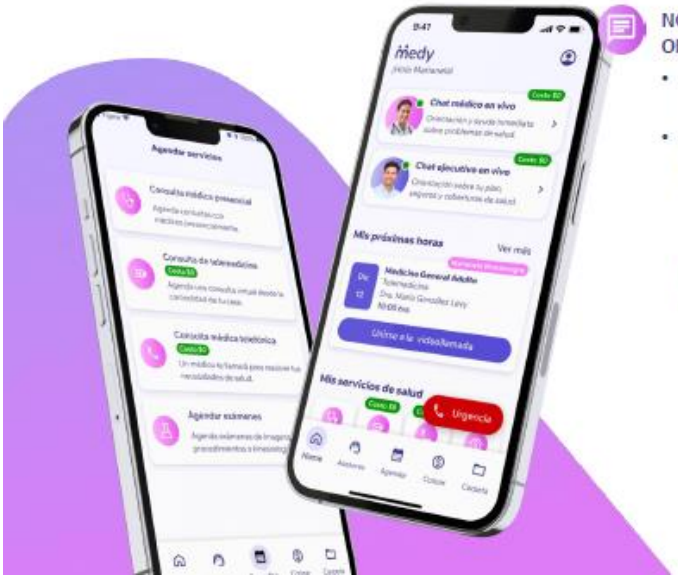
medy
La atención que tu salud necesita

La nueva App para asegurados

Help seguros
EMPRESAS BANMÉDICA

DESCUBRE TODO LO QUE SE PUEDE HACER CON MEDY

medy



NO TE QUEDES CON DUDAS, RECIBE ORIENTACIÓN INMEDIATA

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

ATIÉNDETE DONDE SEA QUE ESTÉS

- Agenda consultas virtuales edicina 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

Beneficios Adicionales Seguros Colectivos

IntegraMédica

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

Ubicaciones:

- Región Metropolitana
- Región del Biobío
- Región del Maule
- Región de O´Higgings
- 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

Help seguros
EMPRESAS BANMÉDICA

Clínica Santa María
Especialistas en ti

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).

Dávila

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).

Help seguros
EMPRESAS BANMÉDICA

Dávila 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.

VIDAINTEGRA
CENTROS MÉDICOS

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).

Help seguros
EMPRESAS BANMÉDICA

CLÍNICA Ciudad del Mar

Chequéate hoy

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

Clínica Ciudad del Mar

Asegúrate de prevenir

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

Clínica Ciudad del Mar

clínica biobío

20% dcto.

En copago consulta medica de urgencia (No incluye interconsulta)

Clínica Biobío

20% dcto.

Copago en rayos, scanner y resonancia urgencia - ambulatoria

Clínica Biobío

15% dcto.

En copago examenes de laboratorio

Clínica 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. Huanhuali 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 Peñalolen	RM	Peñalolén	Av. Grecia 8585, Local 6 y 7	
CD Plaza Puente Alto	RM	Puente Alto	José Luis Coo 106 y 118	
CD Punta Arenas	Región XII	Punta Arenas	Pedro Montt 890	
CD Quilpué	Región V	Quilpué	Av. Aníbal Pinto 843	
CD Talca	Región VII	Talca	Calle Uno sur 931	
CMD Alameda	RM	Santiago	San Martín Nº 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	
CMD Conchalí	RM	Conchalí	Av. Fermín Vivaceta 3161	600 718 6000
CMD Eleuterio Ramirez	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 Llona 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 (ftellería@unosalud.com).
- Se está desarrollando un Webservice para compartir bases de datos en línea.

Nomina Clinicas Dentales UNO SALUD DENTAL						
N°	Nombre Clinicas	Dirección	N°	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	Froilan Roa	894		La Florida	Metropolitana
8	Teatinos	Teatinos	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	Andres 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	Andres 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	Curico	Manuel Montt	455	Local 104-105 B	Curicó	Maule
22	Merced	Mosquelo	408		Santiago	Metropolitana
23	Tobalaba	Hernando De Aguirre	215	Local 101	Providencia	Metropolitana
24	Los Ángeles	Av. Valdivia	485		Los Ángeles	Bio Bio
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	Baquedano	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

Help seguros
EMPRESAS BANMÉDICA

Uno salud Dental

37	Talcahuano	Avda. Cristóbal Colon	3.236	Local E	Talcahuano	Bio Bio
38	Melipilla	Arturo Prat	561		Melipilla	Metropolitana
39	Concepción 2	Freire	820		Concepción	Bio Bio
40	Manquehue	Manquehue Sur	430	Local 1-A	Las Condes	Metropolitana
41	Viña del Mar	Trece Norte	798		Viña 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	Illapel	10	Local 1	Puerto Montt	Los Lagos
46	Maipú	Avenida 5 de Abril	33	Local 35	Maipú	Metropolitana
47	San Bernardo	Eyzaguirre	650	6 piso	San Bernardo	Metropolitana
48	San Miguel	Llano Subercaseaux	3.811		San Miguel	Metropolitana
49	Ñuñoa	Av. Irarrázaval	2.401	Local N° 12	Ñuñoa	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	Lo Barnechea	Metropolitana
55	Manuel Montt	Manuel Montt N° 211	211	Local B	Providencia	Metropolitana
56	San Pedro de la Paz	Avda. Michimalonco N° 1143	1.147		San Pedro de la Paz	Bio Bio
54	Peñalolén	Av. Consistorial	2.701	Locales B26 - B29	Peñalolén	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 Ramirez	1.961		Calama	Antofagasta
59	Antofagasta II	Almirante Juan José Latorre	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	466	Local N° 2	Quilpué	Valparaíso
64	Chile-España	Avenida José Pedro Alessandri	43		Ñuñoa	Metropolitana
65	Viña del Mar III	Calle Libertad	1.097		Viña 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 Aldea	Calle Sargento Aldea	823	Local N°1	Chillán	Ñuble
68	Maipú El Rosal	Av. A. Vespucio	1.076	locales 6, 18, 19, 20, 21, 22	Maipú	Metropolitana
69	Quillota	La Concepción	351		Quillota	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. Colin	665	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	Viña del Mar Ecuador	Calle Ecuador	80	Local 2	Viña del Mar	Valparaíso
78	Los Ángeles Av. Alemania	Av. Alemania	610	Locales 5 y 6	Los Ángeles	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