

NUEVO SEGURO DE SALUD COMPLEMENTARIO FAMILIAR

FENPRUSS



Año 2023

CONDICIONES GENERALES

¿En qué consiste el Renovado Seguro Colectivo de Salud Familiar?

Es un programa exclusivo y especialmente diseñado para FENPRUSS, sus Asociados y familias.

Condiciones preferentes de cobertura, prestaciones y el precio más conveniente del mercado con un marcado eje inclusivo para todos los asociados.

Con un foco principal en gastos médicos mayores y hospitalarios.

1. **Amplia Cobertura:** Nuestro seguro brinda la cobertura más completa disponible en el mercado. Puede ser utilizado por el titular, su cónyuge o pareja hasta los 70 años, así como también por sus hijos propios o los hijos de su pareja hasta los 28 años de edad.
2. **Reembolso de Gastos Médicos:** Ofrecemos un reembolso de Salud (Gastos Médicos) de UF 400 por año, por asegurado y por cada uno de sus dependientes. Este reembolso corresponde a un porcentaje del valor no reembolsado (copago) por su sistema de salud (Isapre o Fonasa), según se detalla en el cuadro de coberturas adjunto.
3. Medicamentos Genéricos **sin tope.**
4. **Medicamentos de marca:** Para medicamentos de marca, el tope anual de reembolso es de UF 20 por persona.
5. **Amplia cobertura para hospitalización:** Nuestro seguro proporciona una amplia cobertura para gastos de día cama en UCI, UTI Intensivo, Intermedio y Recuperación, sin límite diario por persona.
6. **Deducible competitivo:** Contamos con un deducible altamente competitivo.
7. **Condiciones exclusivas y precio preferente:** Ofrecemos condiciones exclusivas y un precio preferente para nuestros asociados y sus familias.
8. **Acceso a un Club de Beneficios:** Además, como parte de nuestro seguro, tendrás acceso a nuestro Club de Beneficios, el cual incluye diversas categorías de entretenimiento, gastronomía, viajes, entre otros.

9. **Pre-existencias:** Al igual que todos los seguros Complementarios de Salud, éste no cubre pre-existencias, pero si los gastos relacionados con otras patologías o accidentes, permitiendo al asociado ingresar al seguro.
10. **Plan Salud-Dental opcional:** También contamos con un plan adicional que incluye reembolso dental, el cual está sujeto al Cuadro de Coberturas correspondiente.
11. **Plan Padres opcional:** Cobertura monto de **hasta UF 100 al año** individual para cada padre y madre con las mismas coberturas en el Plan de Salud.

¿Quiénes pueden tener el Seguro?

El programa contempla la inscripción inicial sin restricción de edad máxima de ingreso hasta los 65 años, pudiendo estar hasta los 70 años.

Todos los Asociados en edad de asegurabilidad y su grupo familiar, cónyuge o conviviente, hijos del colegiado e hijos del cónyuge o conviviente.

Asegurado	Límite Ingreso	Término automático
Titular	Menor de 65 años	Cumplido los 70 años
Cónyuge o Conviviente	Menor de 65 años	Cumplido los 70 años
Hijos	Hijos solteros, desde que nacen	Cumplido los 18 o 28 años, siempre que sean estudiantes a tiempo completo y dependientes de sus padres

Asegurado	Límite Ingreso	Término automático
Madre o Padre	Menor de 79 años	Cumplido los 80 años

1. COBERTURA SEGURO DE SALUD FAMILIAR

CUADRO DE BENEFICIOS "SALUD"		PLAN FINAL O DEFINITIVO				
A) BENEFICIO HOSPITALIZACIÓN						
Descripción Prestación	(1) % Reem. Prestadores Preferentes Institucionales Bonos	% Reem. Bono	% Reem. Libre Elección	% Reem. Sin aporte Institución de Salud	Tope UF	
Día Cama Hospitalización (General), hasta 30 días	100%	60%	60%	30%	UF	3 diario
Día Cama Hospitalización (General), desde el día 31	100%	60%	60%	30%	UF	3 diario
Día Cama en Domicilio (Home Care) (hasta 30 días anuales)	--	60%	60%	30%	UF	2 diario
Día Cama Acompañante (hijos =< 14 años) (hasta 5 días por evento)	--	60%	60%	30%	UF	2 diario
Descripción Prestación	(1) % Reem. Prestadores Preferentes Institucionales Bonos	% Reem. Bono	% Reem. Libre Elección	% Reem. Sin aporte Institución de Salud	Tope UF	
Día Cama o Sala Urgencia, Tratamiento Intensivo, Intermedio, Recuperación, UCI, UTI, Incubadora y Día Sala Cuna.	100%	60%	60%	30%	UF 100 por Evento	
Exámenes de Laboratorio y Radiológicos	100%	60%	60%	30%		
Insumos y Equipos Clínicos y Materiales Clínicos	100%	60%	60%	30%		
Medicamentos Hospitalarios	100%	60%	60%	30%		
Procedimientos de Diagnóstico y Terapéuticos (incluye radioterapia, diálisis y quimioterapia)	100%	60%	60%	30%		
Derecho Pabellón	100%	60%	60%	30%		
Honorarios Médicos	100%	60%	60%	30%		
En exceso de UF 100 por evento	100%	50%	50%	25%	sin Tope	
Prótesis y Ortesis	--	60%	60%	30%	UF 10	año póliza por asegurado
Servicio Privado de Enfermera (en recinto hospitalario)	SIN COBERTURA					
Descripción Prestación	(1) % Reem. Prestadores Preferentes Institucionales Bonos	% Reem. Bono	% Reem. Libre Elección	% Reem. Sin aporte Institución de Salud	Tope UF	
Cirugía Reparadora por Accidente	100%	60%	60%	30%	UF 20	año póliza por asegurado
Cirugía Maxilofacial por Accidente	100%	60%	60%	30%	UF 20	año póliza por asegurado
Cirugía Maxilofacial por Enfermedad	100%	60%	60%	30%	UF 20	año póliza por asegurado
Gasto Donante Vivo	--	60%	60%	30%	UF 20	año póliza por asegurado
Cirugía Bariátrica	--	60%	60%	30%	UF 20	año póliza por asegurado
Interrupción Voluntaria del Embarazo	--	60%	60%	30%	UF 10	año póliza por asegurado
Cirugía por Disforia de Género	--	60%	60%	30%	UF 10	año póliza por asegurado
B) BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN POR MATERNIDAD						
Descripción Prestación	(1) % Reem. Prestadores Preferentes Institucionales Bonos	% Reem. Bono	% Reem. Libre Elección	% Reem. Sin aporte Institución de Salud	Tope UF	
Parto Normal	--	100%	100%	50%	UF 30	por evento anual
Cesárea	--	100%	100%	50%	UF 40	por evento anual
Aborto Espontáneo	--	100%	100%	50%	UF 10	por evento anual
Complicaciones del Embarazo y Parto (según definición)	--	60%	60%	50%	UF 15	año póliza por asegurado
Tratamientos infertilidad y Esterilidad	--	60%	60%	50%	UF 15	año póliza por asegurado

Aporte Mínimo Institución de Salud de 55% aplica sólo para clínicas de alto costo Alemana, Las Condes, UC San Carlos, Santa María, Los Andes.

C) BENEFICIO AMBULATORIO						
Descripción Prestación	(1) % Reem. Prestadores Preferentes Institucionales Bonos	% Reem. Bono	% Reem. Libre Elección	% Reem. Sin aporte Institución de Salud	Tope UF	
Consulta General y de Especialista, Domiciliaria y Urgencia	--	50%	50%	25%	UF 1	por prestación
Exámenes de Laboratorio	--	50%	50%	25%	UF 10	año póliza por asegurado
Exámenes Radiológicos	--	50%	50%	25%	UF 10	año póliza por asegurado
Procedimientos de Diagnóstico (incluye materiales/ insumos)	--	50%	50%	25%	UF 10	año póliza por asegurado
Procedimientos Terapéuticos (<i>incluye medicamentos</i> materiales/insumos, y excluye materiales de vendas de yeso, plástico o similares)	--	50%	50%	25%	UF 10	año póliza por asegurado
Fonoaudiología, Kinesiología o Fisioterapia	--	50%	50%	25%	UF 10	año póliza por asegurado
Cirugía Ambulatoria (incluye materiales/insumos, medicamentos) (no incluye Cirugía Ocular)	--	50%	50%	25%	UF 10	año póliza por asegurado
D) BENEFICIO DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS						
Descripción Prestación	% Reembolso			Tope UF		
Medicamentos Genéricos y Bioequivalentes Genéricos (<i>a través de convenio</i>)	100%			Sin tope	año póliza por asegurado	
Medicamentos Genéricos y Bioequivalentes Genéricos (<i>sin convenio</i>)	100%					
Medicamentos Inmunosupresores o Inmunomoduladores Genéricos (<i>sin convenio</i>)	100%					
Medicamentos Antineoplásicos Genéricos (<i>sin convenio</i>)	100%					
Medicamentos NO Genéricos y Bioequivalentes NO Genéricos (<i>a través de convenio</i>)	50%			UF. 20	año póliza por asegurado	
Medicamentos NO Genéricos y Bioequivalentes NO Genéricos (<i>sin convenio</i>)	50%					
Medicamentos Inmunosupresores o Inmunomoduladores NO Genéricos (<i>sin convenio</i>)	50%			UF. 10		
Medicamentos Antineoplásicos NO Genéricos (<i>sin convenio</i>)	50%					
E) BENEFICIO DE SALUD MENTAL						
Descripción Prestación	(1) % Reem. Prestadores Preferentes Institucionales Bonos	% Reem. Bono	% Reem. Libre Elección	% Reem. Sin aporte Institución de Salud	Tope UF	
Consulta o Sesiones Psiquiátricas	--	60%	60%	30%	UF 1 sesión	UF 20 año póliza por asegurado
Consulta o Sesiones Psicológicas	--	60%	60%	30%	UF 1 sesión	
Consulta o Sesiones Psicopedagógicas	--	60%	60%	30%	UF 1 sesión	
Hospitalización Psiquiátrica	--	60%	60%	30%	--	
Medicamentos asociados a terapia Psiquiátrica Genérico (<i>a través de convenio</i>)	Incluido en D) BENEFICIO DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS					
Medicamentos asociados a terapia Psiquiátrica Genérico (<i>sin convenio</i>)						
Medicamentos asociados a terapia Psiquiátrica NO genérico (<i>a través de convenio</i>)						
Medicamentos asociados a terapia Psiquiátrica NO genérico (<i>sin convenio</i>)						
F) OTROS BENEFICIOS						
Descripción Prestación	(1) % Reem. Prestadores Preferentes Institucionales Bonos	% Reem. Bono	% Reem. Libre Elección	% Reem. Sin aporte Institución de Salud	Tope UF	
Servicio Ambulancia Terrestre (Radio Máximo 50 Km.)	--	60%	60%	30%	UF 10	año póliza por asegurado
Gastos por Óptica (marcos, cristales y lentes de contacto)	--	60%	60%	30%	UF2	año póliza por asegurado
Cirugía Ocular a)	--	60%	60%	30%	UF 10	año póliza por asegurado
Cirugía Ocular b)	--	60%	60%	30%		Sin tope
Prótesis y Ortesis (Ambulatorio y Hospitalario) (excluye lente intraocular, plantillas, sillas de rueda y prótesis dentales)	--	60%	60%	30%	UF 10	año póliza por asegurado
Aparatos Auditivos	--	60%	60%	30%	UF 10	año póliza por asegurado
Materiales de vendas de yeso, plástico o similares	--	60%	60%	30%	UF	año póliza por asegurado
MONTO MÁXIMO		Deducible por Grupo Familiar				
Monto Máximo (anual) año póliza por asegurados hasta los 70 años		UF 400,00	Acumulación del deducible: año póliza, aplicado posterior al reembolso del plan	Titular solo		UF 0,90
				Titular con 1 carga		UF 1,70
				Titular con 2 cargas		UF 2,40
				Titular con 3cargas		UF 3,00
				Titular con 4 o + cargas		UF 3,60

2. CONDICIONES COBERTURA DENTAL PARA EL PLAN DENTAL

CUADRO DE BENEFICIOS "DENTAL" N° OP1321					
A-Cuidado Dental General :	(*)Tope Arancel Vida Security %	% Red Dental % Reembolso Bono, L/E, SCIF	% Reembolso Bono, L/E, SCIF	TOPE ANUAL	
Consulta (estudio preliminar)	100%	50%	30%	UF10 año póliza por asegurado menor de 70 años,	
Atención Urgencia	100%	50%	30%		
Higiene o Profilaxis (una vez por año)	100%	50%	30%		
Fluoración (menores de 14 años)	100%	50%	30%		
Radiografías Dental	100%	50%	30%		
Cirugía Bucal	100%	50%	30%		
Operatoria Dental	100%	50%	30%		
Endodoncia	100%	50%	30%		
Prótesis Dental (primeros 3 meses de vigencia del asegurado, cobertura)	100%	50%	30%		
Odontopediatría	100%	50%	30%		
Periodoncia	100%	50%	30%		
Implantes Dentales, incluye materiales. (primeros 3 meses de vigencia del)	100%	50%	30%		
Disfunción (Plano y tratamiento)	100%	50%	30%		
Medicamentos Dentales	100%	50%	30%		
Bono Pad Fonasa Dental	100%	50%	30%		
Laboratorio Dental	100%	50%	30%		
B-Ortodoncia :					
Ortodoncia (primeros 3 meses de vigencia del asegurado, cobertura solo)	100%	50%	50%		
C-Otros					
GASTO EN EL EXTRANJERO: Según plan para gastos de urgencia y para otros gastos, que sean aprobados previamente por la aseguradora					
Deducible por Grupo Familiar					
Acumulación del deducible: año póliza, aplicado posterior al reembolso del plan	Titular solo			UF 0,90	
	Titular con 1 carga			UF 1,70	
	Titular con 2 cargas			UF 2,40	
	Titular con 3 cargas			UF 3,00	
	Titular con 4 o + cargas			UF 3,60	

(*) La compañía de seguros considera como gasto razonable y acostumbrado aquel que no exceda el 100% valor asignado para esa prestación en el arancel Dental de Referencia Vida Security (arancel Colegio de Cirujano Dentistas de Chile A.G. ajustado a la fecha), salvo que en las Condiciones Particulares de la póliza se establezca un porcentaje diferente.

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

3. CONDICIONES COBERTURA PLAN PADRES

CUADRO DE BENEFICIOS "SALUD"		PLAN FINALO DEFINITIVO					
A) BENEFICIO HOSPITALIZACIÓN							
Descripción Prestación	(1) % Reem. Prestadores Preferentes Institucionales Bonos	% Reem. Bono	% Reem. Libre Elección	% Reem. Sin aporte Institución de Salud	Tope UF		
Día Cama Hospitalización (General), hasta 30 días	100%	60%	60%	30%	UF 3 diario		
Día Cama Hospitalización (General), desde el día 31	100%	60%	60%	30%	UF 3 diario		
Día Cama en Domicilio (Home Care) (hasta 30 días anuales)	--	60%	60%	30%	UF 2 diario		
Día Cama Acompañante (hijos =< 14 años) (hasta 5 días por evento)	--	60%	60%	30%	UF 2 diario		
Descripción Prestación	(1) % Reem. Prestadores Preferentes Institucionales Bonos	% Reem. Bono	% Reem. Libre Elección	% Reem. Sin aporte Institución de Salud	Tope UF		
Día Cama o Sala Urgencia, Tratamiento Intensivo, Intermedio, Recuperación, UCI, UTI, Incubadora y Día Sala Cuna.	100%	60%	60%	30%	UF 100 por Evento		
Exámenes de Laboratorio y Radiológicos	100%	60%	60%	30%			
Insumos y Equipos Clínicos y Materiales Clínicos	100%	60%	60%	30%			
Medicamentos Hospitalarios	100%	60%	60%	30%			
Procedimientos de Diagnóstico y Terapéuticos (incluye radioterapia, diálisis y quimioterapia)	100%	60%	60%	30%			
Derecho Pabellón	100%	60%	60%	30%			
Honorarios Médicos	100%	60%	60%	30%			
Prótesis y Ortesis	--	60%	60%	30%	UF 10	año póliza por asegurado	
Servicio Privado de Enfermera (en recinto hospitalario)	SIN COBERTURA						
Descripción Prestación	(1) % Reem. Prestadores Preferentes Institucionales Bonos	% Reem. Bono	% Reem. Libre Elección	% Reem. Sin aporte Institución de Salud	Tope UF		
Cirugía Reparadora por Accidente	100%	60%	60%	30%	UF 20	año póliza por asegurado	
Cirugía Maxilofacial por Accidente	100%	60%	60%	30%	UF 20	año póliza por asegurado	
Cirugía Maxilofacial por Enfermedad	100%	60%	60%	30%	UF 20	año póliza por asegurado	
Gasto Donante Vivo	--	60%	60%	30%	UF 20	año póliza por asegurado	
Cirugía Bariátrica	--	60%	60%	30%	UF 20	año póliza por asegurado	
Interrupción Voluntaria del Embarazo	--	60%	60%	30%	UF 10	año póliza por asegurado	
Cirugía por Disforia de Género	--	60%	60%	30%	UF 10	año póliza por asegurado	
B) BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN POR MATERNIDAD							
Descripción Prestación	(1) % Reem. Prestadores Preferentes Institucionales Bonos	% Reem. Bono	% Reem. Libre Elección	% Reem. Sin aporte Institución de Salud	Tope UF		
Parto Normal	--	100%	100%	50%	UF 30	por evento anual	
Cesárea	--	100%	100%	50%	UF 40	por evento anual	
Aborto Espontáneo	--	100%	100%	50%	UF 10	por evento anual	
Complicaciones del Embarazo y Parto (según definición)	--	60%	60%	50%	UF 15	año póliza por asegurado	
Tratamientos infertilidad y Esterilidad	--	60%	60%	50%	UF 15	año póliza por asegurado	

C) BENEFICIO AMBULATORIO						
Descripción Prestación	(1) % Reem. Prestadores Preferentes Institucionales Bonos	% Reem. Bono	% Reem. Libre Elección	% Reem. Sin aporte Institución de Salud	Tope UF	
Consulta General y de Especialista, Domiciliaria y Urgencia	--	50%	50%	25%	UF 1	por prestación
Exámenes de Laboratorio	--	50%	50%	25%	UF 10	año póliza por asegurado
Exámenes Radiológicos	--	50%	50%	25%	UF 10	año póliza por asegurado
Procedimientos de Diagnóstico (incluye materiales/ insumos)	--	50%	50%	25%	UF 10	año póliza por asegurado
Procedimientos Terapéuticos (incluye medicamentos materiales/insumos, y excluye materiales de vendas de yeso, plástico o similares)	--	50%	50%	25%	UF 10	año póliza por asegurado
Fonoaudiología, Kinesiología o Fisioterapia	--	50%	50%	25%	UF 10	año póliza por asegurado
Cirugía Ambulatoria (incluye materiales/insumos, medicamentos) (no incluye Cirugía Ocular)	--	50%	50%	25%	UF 10	año póliza por asegurado
D) BENEFICIO DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS						
Descripción Prestación	% Reembolso				Tope UF	
Medicamentos Genéricos y Bioequivalentes Genéricos (a través de convenio)	100%				Sin tope	año póliza por asegurado
Medicamentos Genéricos y Bioequivalentes Genéricos (sin convenio)	100%					
Medicamentos Inmunosupresores o Inmunomoduladores Genéricos (sin convenio)	100%					
Medicamentos Antineoplásicos Genéricos (sin convenio)	100%					
Medicamentos NO Genéricos y Bioequivalentes NO Genéricos (a través de convenio)	50%				UF. 20	año póliza por asegurado
Medicamentos NO Genéricos y Bioequivalentes NO Genéricos (sin convenio)	50%					
Medicamentos Inmunosupresores o Inmunomoduladores NO Genéricos (sin convenio)	50%				UF. 10	
Medicamentos Antineoplásicos NO Genéricos (sin convenio)	50%					
E) BENEFICIO DE SALUD MENTAL						
Descripción Prestación	(1) % Reem. Prestadores Preferentes Institucionales Bonos	% Reem. Bono	% Reem. Libre Elección	% Reem. Sin aporte Institución de Salud	Tope UF	
Consulta o Sesiones Psiquiátricas	--	60%	60%	30%	UF 1 sesión	UF 20 año póliza por asegurado
Consulta o Sesiones Psicológicas	--	60%	60%	30%	UF 1 sesión	
Consulta o Sesiones Psicopedagógicas	--	60%	60%	30%	UF 1 sesión	
Hospitalización Psiquiátrica	--	60%	60%	30%	--	
Medicamentos asociados a terapia Psiquiátrica Genérico (a través de convenio)	Incluido en D) BENEFICIO DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS					
Medicamentos asociados a terapia Psiquiátrica Genérico (sin convenio)						
Medicamentos asociados a terapia Psiquiátrica NO genérico (a través de convenio)						
Medicamentos asociados a terapia Psiquiátrica NO genérico (sin convenio)						
F) OTROS BENEFICIOS						
Descripción Prestación	(1) % Reem. Prestadores Preferentes Institucionales Bonos	% Reem. Bono	% Reem. Libre Elección	% Reem. Sin aporte Institución de Salud	Tope UF	
Servicio Ambulancia Terrestre (Radio Máximo 50 Km.)	--	60%	60%	30%	UF 10	año póliza por asegurado
Gastos por Óptica (marcos, cristales y lentes de contacto)	--	60%	60%	30%	UF 2	año póliza por asegurado
Cirugía Ocular a)	--	60%	60%	30%	UF 10	año póliza por asegurado
Cirugía Ocular b)	--	60%	60%	30%	Sin tope	
Prótesis y Ortesis (Ambulatorio y Hospitalario) (excluye lente intraocular, plantillas, sillas de rueda y prótesis dentales)	--	60%	60%	30%	UF 10	año póliza por asegurado
Aparatos Auditivos	--	60%	60%	30%	UF 10	año póliza por asegurado
Materiales de vendas de yeso, plástico o similares	--	60%	60%	30%	UF	año póliza por asegurado
MONTO MÁXIMO		Deducible por Grupo Familiar				
Monto Máximo (anual) año póliza por asegurados hasta los 70 años		UF 100,00	Acumulación del deducible: año póliza, aplicado posterior al reembolso del plan	Titular solo	UF 0,90	
				Titular con 1 carga	UF 1,70	
				Titular con 2 cargas	UF 2,40	
				Titular con 3 cargas	UF 3,00	
				Titular con 4 o + cargas	UF 3,60	

Aporte Mínimo Institución de Salud de 55% aplica sólo para clínicas de alto costo Alemania, Las Condes, UC San Carlos, Santa María, Los Andes.

Todas las condiciones generales de las coberturas se encuentran debidamente inscritas en la Comisión para el Mercado Financiero (CMF) y se encuentran disponibles en www.cmfchile.cl, bajo los siguientes registros:

Condiciones Generales en uso por la Compañía	
Salud (y Catastrófico)	POL 320190104
Dental	CAD 320131535

4. CONDICIONES DE PRECIO PREFERENCIALES

Plan de Salud Complementario

Categoría	Prima Neta UF	Impuesto IVA	Prima Bruta UF Mensual	Prima Bruta \$ Mensual
Titular solo	UF 0,46	UF 0,09	UF 0,55	\$ 19.773
Titular con 1 carga	UF 0,92	UF 0,18	UF 1,10	\$ 39.546
Titular con 2 carga	UF 1,38	UF 0,26	UF 1,65	\$ 59.320
Titular con 3 carga	UF 1,84	UF 0,35	UF 2,20	\$ 79.093
Titular con 4 o + cargas	UF 2,31	UF 0,44	UF 2,74	\$ 98.866

(*) Valores en pesos calculados a la UF de 36.028,10 del día 09/08/2023.

Plan de Salud Complementario + Dental

Categoría	Prima Neta UF	Impuesto IVA	Prima Bruta UF Mensual	Prima Bruta \$ Mensual
Titular solo	UF 0,54	UF 0,10	UF 0,64	\$ 23.109
Titular con 1 carga	UF 1,08	UF 0,20	UF 1,28	\$ 46.218
Titular con 2 carga	UF 1,62	UF 0,31	UF 1,92	\$ 69.326
Titular con 3 carga	UF 2,16	UF 0,41	UF 2,57	\$ 92.435
Titular con 4 o + cargas	UF 2,70	UF 0,51	UF 3,21	\$ 115.544

(*) Valores en pesos calculados a la UF de 36.028,10 del día 09/08/2023.

Plan de Salud Complementario Padres

Categoría	Prima Neta UF	Impuesto IVA	Prima Bruta UF Mensual	Prima Bruta \$ Mensual
1 Padre	UF 0,46	UF 0,09	UF 0,55	\$ 19.773
2 Padres	UF 0,92	UF 0,18	UF 1,10	\$ 39.546

(*) Valores en pesos calculados a la UF de 36.028,10 del día 09/08/2023.

(**) Requiere que el Titular este inscrito en el seguro

Importante Considerar

- El valor **máximo del Programa es Titular con 4 cargas**, asegurados adicionales no pagan.
- El plan padres requiere que el Asociado ingrese al seguro.

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

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

Aporte mínimo de ISAPRE o FONASA de 55%. Sólo Clínicas Alto Costo (Santa María, Alemana, Las Condes, UC San Carlos, U. Los Andes y MEDS.): En el evento que se establezca esta condición en el plan, en caso que el reembolso de la institución de salud (Isapre o Fonasa) sea menor al porcentaje mínimo establecido, la compañía considerará como reembolso de la institución de salud previsional, el porcentaje de aporte mínimo señalado en el cuadro de beneficios, aplicando el porcentaje de reembolso del presente seguro sobre la diferencia del costo facturado menos el aporte mínimo señalado. Para efectos de gastos sin cobertura en la institución de salud, también procede lo indicado, en consecuencia el reembolso del presente seguro para esta modalidad de reembolso, aplicará sobre la diferencia del costo facturado menos el aporte mínimo señalado.

Maternidad (Ampliación): Se otorgará cobertura conforme a lo establecido en Cuadro de Beneficios para todos aquellos casos de Embarazos Preexistentes que ingresen a una póliza, sea titular o cónyuge de un titular. Esta condición CUBRE los gastos ambulatorios durante el embarazo y los gastos considerados en la cobertura.

% Reembolso Prestadores Preferentes Institucionales: 100% hasta UF300 o hasta el monto máximo del plan de salud (si este es menor), en las prestaciones que se indican en plan de beneficios, en todos los centros públicos hospitalarios del país (no incluye clínicas privadas), siempre y cuando se utilice el sistema de salud previsional (Isapre o Fonasa), Habitación Doble e Institucional (excluye Suite) y con los Médicos del Staff del centro hospitalario

correspondiente. Listado de estos prestadores, se encuentra disponible en página WEB: www.vidasecurity.cl.

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

**SI SU PLAN CONTEMPLA ALGUNA DE ESTAS COBERTURAS POR FAVOR LEER
DETENIDAMENTE LAS SIGUIENTES DEFINICIONES**

Detalle de definiciones adicionales a las Condiciones Generales de Póliza

Día Cama Home Care	Corresponde a tratamiento que debe ser efectuado en un hospital o Clínica, sin embargo, a causa del pronóstico del paciente (enfermedad terminal) se determina que sus dolencias sean mitigadas a través de este tipo de servicio. Esta cobertura, por sus características, debe ser evaluada y autorizado su pago a través de un análisis con el médico de la aseguradora. Con un máximo de cobertura, hasta 30 días anuales.
Día Cama Acompañante	Corresponde al alojamiento del padre o madre asegurada, por Hijo menor y hasta 14 años, quien acompaña al paciente incluyendo gastos de alimentación. Con un máximo de cobertura, hasta 5 días por evento anual.
Cirugía Máxilo - Facial por Accidente	Es aquella que se realiza en las mandíbulas y aparato masticador, en general se puede realizar por un cirujano maxilofacial u odontólogo, es por accidente cuando hay una lesión traumática apreciable y que afecte a los dientes naturales. El tratamiento hospitalario y sus gastos ambulatorios posteriores (si la póliza los cubriere), a causa de las lesiones, tendrán cobertura, siempre que éstos se realicen dentro de los seis (6) accidente.
Cirugía Máxilo - Facial por Enfermedad	Cubre el tratamiento y sus gastos posteriores, a causa directa de malformaciones que provocan menoscabo y deterioro en la salud del asegurado, a través de enfermedades de signo-sintomatología claramente demostrables por exámenes y por tratamientos previos de larga evolución en el asegurado y que estos estén asociados al menoscabo de la salud del asegurado. No se cubrirán Cirugías y/o tratamientos con fines estéticos.
Cirugía Reparadora por Accidente	Corresponde al procedimiento realizado por un cirujano plástico que tiene como objetivo reparar una lesión, malformación o secuela que provoque menoscabo a la persona, es decir que no sea meramente con fin estético. Sólo tendrá cobertura si la cirugía se realiza dentro de los 90 días siguientes de ocurrido el accidente.
Trasplante Donante Vivo	Si el donante es asegurado de la póliza y será donante para un miembro del grupo familiar asegurado, se otorga cobertura a o los estudios de histocompatibilidad, hospitalización, procedimientos quirúrgicos relacionados con la extracción del órgano(ectomía), los siguientes exámenes: Anticuerpos linfocitotóxicos PRA) por microlinfotoxicidad (0305052), Alocrossmatch con linfocitos totales. (0305056), Alocrossmatch con linfocitos T Y B (0305057), Tipificación HLA-A, B serología (0305063), - Cultivo Mixto de Linfocitos(0305058), - Grupo Sanguíneo ABO y Rho y el traslado y conservación del órgano.
Trasplante Donante	Si el donante es asegurado de la póliza y será donante para un

Post Mortem	miembro del grupo familiar asegurado, se otorga cobertura a o los estudios de histocompatibilidad, hospitalización, procedimientos quirúrgicos relacionados con la extracción del órgano(ectomía), los siguientes exámenes: Anticuerpos linfocitotóxicos PRA) por microlinfotoxicidad (0305052), Alocrossmatch con linfocitos totales. (0305056), Alocrossmatch con linfocitos T Y B (0305057), Tipificación HLA-A, B serología (0305063), - Cultivo Mixto de Linfocitos(0305058), - Grupo Sanguíneo ABO y Rho y el traslado y conservación del órgano.
Complicaciones del Embarazo y Parto	Son todas aquellas complicaciones que se asocian a un embarazo fisiológico y que pueden ocurrir tanto durante el propio embarazo, como en el evento mismo del parto o cesárea, tales como, diabetes gestacional, placenta previa, embarazo ectópico, hiperémesis, hemorragia, hipertensión embarazo prolongado, y en el momento del parto, puede que el este no comience cuando se rompen las membranas que contienen al feto (rotura prematura de las membranas), o bien puede empezar antes de las 37 semanas de embarazo (parto pre término) o más de 2 semanas después de la fecha estimada de parto (embarazo pos término, así mismo, se añaden en ocasiones problemas o trastornos médicos de la madre (pelvis estrecha), o el feto, un desarrollo del parto lento o una posición anormal del feto(distocias), excesiva hemorragia vaginal y una frecuencia cardíaca anormal del feto, prolapso del cordón umbilical, doble circular del cordón, cuello cervical incompetente, cesárea, etc. Se bonificarán los gastos de las complicaciones mencionadas, sólo bajo éste ítem de cobertura que deriven o no en un parto, cuando este ítem se encuentra habilitado y con cobertura, considerando que se bonificarán todos los excesos no cubiertos por el ítem respectivo (parto normal, cesárea o aborto).
Tratamientos infertilidad y Esterilidad	Corresponde a todos aquellos procedimientos que tienen por finalidad lograr el embarazo, estos tratamientos pueden estar dirigido a la mujer o al hombre dependiendo la causa que motiva la infertilidad, los procedimientos pueden ser ambulatorios (exámenes, tratamientos hormonales, etc.) u hospitalarios (cirugía ginecológica, varicocele, endometriosis, quistes, fertilización asistida, distocias uterinas etc.).
Cirugía Ocular	La Cirugía Ocular, comprende tratamiento relacionado a esta cirugía, tales como procedimientos, insumos, honorarios médicos y lentes intraoculares, conforme a lo siguiente: a) Cirugía específica por los siguientes diagnósticos (láser o no láser): Miopía, Hipermetropía, Astigmatismo, presbicia, defectos aberrométricos o astigmatismo irregular. Esta cobertura estará condicionada a que se trate de pérdidas de visión con un mínimo de 3 dioptrías, y que además, el asegurado que produce los gastos aquí descritos, sea mayor de 20 años y con cobertura ininterrumpida en la póliza por más de 18 meses. b) Cirugía general por otros diagnósticos no incluidos en la letra a) anterior, cuando estos se produzcan por enfermedad diagnosticada o por accidente ocurrido con posterioridad al inicio de la vigencia del asegurado en la póliza. Esta cobertura estará sujeta a la acreditación de la necesidad de la cirugía mediante un informe del médico tratante y la presentación de todos los exámenes que lo respalden.

Ambulancia Aérea	Servicio aéreo utilizado por el paciente grave, que requiere traslado inminente a un centro asistencial de mayor complejidad, dada la insuficiencia técnica del prestador de origen y/o insuficiencia técnica de los centros hospitalarios de la ciudad de origen.
Obesidad Mórbida (u obesidad severa o clase II) (Cirugía Bariátrica)	<p>Es aquella condición cuyo IMC ≥ 40, o mayor a IMC 35 cuando es acompañado de una comorbilidad directa y asociada, es decir con la presencia de al menos una u otra enfermedad significativa o discapacidad severa y minusvalía a causa del exceso de peso, lo cual implica un riesgo para la salud y la vida del asegurado. Se consideran como "comorbilidad significativa o discapacidad severa" lo siguiente: Diabetes, Hipertensión arterial, enfermedad coronaria, enfermedades osteo-articulares severas y apnea obstructiva del sueño severa.</p> <p>La cobertura será cubierta según el plan de seguro estipulado en la póliza, y no considera gastos por gimnasio ni pastillas para bajar de peso.</p> <p>Para la evaluación y pago de un gasto bajo esta cobertura, el asegurado deberá presentar toda la información necesaria que permita a la compañía determinar la procedencia del caso, asimismo, la compañía podrá evaluar facultativamente cualquier otra condición asociada no mencionada, si esta cumple con lo señalado, es decir, "cuando la obesidad es acompañada de una comorbilidad directa y asociada, incluyendo la presencia de al menos una u otra enfermedad significativa o discapacidad severa y minusvalía a causa del exceso de peso, lo cual implica un riesgo para la salud y la vida del asegurado".</p>
Recién Nacido	Se otorga cobertura desde el día 1 de nacido según lo siguiente: El Recién Nacido tendrá vigencia inicial desde el 1er día de nacido, siempre que sea incorporado al seguro en un plazo no superior a los 30 días contados de la fecha de su nacimiento, sea o no madre asegurada y haya o no estado cubierto el parto, de lo contrario rige lo establecido en las condiciones generales. Se otorgará cobertura a prestaciones producto del Recién Nacido prematuro, patologías o dolencias producidas durante el embarazo o parto y enfermedades congénitas del Recién Nacido, siempre y cuando la concepción haya sido durante la vigencia de la madre en el seguro
CAEC y GES (Auge)	Para prestaciones cubiertas por la póliza y de corresponder otorgar la cobertura, en el caso que el asegurado se acoja a CAEC o GES (auge), se reembolsará el 100% del deducible aplicado por la institución de salud previsional respectiva, no aplicando en dicho reembolso, el deducible que se asigna en el presente cuadro de beneficios. Para aquellas prestaciones, del diagnóstico que activaran CAEC o GES (auge), que no sean cubiertas por dicho sistema CAEC o GES (auge), su reembolso será bonificado según plan de beneficios normal, siempre cuando, los gastos correspondan a prestaciones cubiertas en el cuadro de beneficios

	de esta póliza.
Partos Múltiples	Según se señala en Cuadro de Beneficios.
Medicamentos Oncológicos	Se define para este contrato, todos aquellos fármacos alopáticos que se usan para el tratamiento curativo, para esta clasificación de drogas antineoplásicas se encuentran sólo los coadyuvantes en terapia citostáticas, antibióticos antineoplásicos y citostáticos antineoplásicos. Los antiestrogénicos y antiandrogénicos quedan excluidos de esta clasificación ya que actúan a nivel hormonal evitando el recrudescimiento del cáncer ya tratado.
Prótesis de Mayor Complejidad	Si este ítem se incluye, implica que bajo este concepto se consideran aquellas prótesis definidas como Híbridas y bioeléctricas (marcapaso, válvulas cardiacas, etc.). En caso que no se encuentre incluido este ítem en póliza y sí se encuentra Prótesis y Ortesis, entonces este concepto se entiende incluido en este.
Tratamiento de Kinesiología y Fisioterapia	Son aquellas acciones terapéuticas efectuadas por un kinesiólogo, con el fin de recuperar la función o corregir una deficiencia. Estas acciones, sólo se cubren con orden médica.
Procedimiento Quimioterapia y Radioterapia	sólo se cubre el procedimiento. En este ítem no se cubren las drogas oncológicas, estas deben cubrirse por el ítem medicamentos o si lo tiene el plan el ítem específico de drogas oncológicas.
Carencia en cobertura dental	Período de espera durante el cual los asegurados no tienen derecho a bonificación, indemnización o reembolso bajo el presente adicional. El periodo de carencia regirá a partir de la fecha de vigencia inicial del asegurado en la Póliza o desde la fecha en la cual se contrate esta cobertura como también para los asegurados (titulares o cargas), que se incorporen con posterioridad a la vigencia inicial de esta cobertura en la Póliza en cuyos casos regirá a contar de su fecha de Incorporación.

IMPORTANTE: ESTE RESUMEN NO REPRESENTA EL 100% DE LAS CONDICIONES PARTICULARES DE SU PÓLIZA, CUALQUIER ACLARACIÓN POR FAVOR CONSULTAR CON SEGUROS COLMED.

