

PLAN EMPLEADOS (CARGAS LEGALES) (C)
Cobertura Catastrófico

		Aporte Mínimo Inst. Salud (**)	Bono	Libre Elección	SCIF	Año Poliza por Asegurado
N°	Beneficios Hospitalización / Días Camas					
1	Día Cama General Hasta 30 Días	50%	100%	100%	100%	Sin Tope
2	Día Cama General hasta 31 días	50%	100%	100%	100%	Sin Tope
N°	Beneficios Hospitalización / Demás Gastos Hospital					
3	Día Cama Intermedio	50%	100%	100%	100%	Sin Tope
4	Día Cama Recuperación	50%	100%	100%	100%	Sin Tope
5	Día Cama UCI (Unidad de Cuidado Intensivo)	50%	100%	100%	100%	Sin Tope
6	Día Cama UTI (Unidad De Tratamiento Intensivo)	50%	100%	100%	100%	Sin Tope
7	Día Incubadora	50%	100%	100%	100%	Sin Tope
8	Día Sala Cuna	50%	100%	100%	100%	Sin Tope
9	Insumos Clínicos	50%	100%	100%	100%	Sin Tope
10	Materiales Clínicos	50%	100%	100%	100%	Sin Tope
11	Exámenes de Laboratorio	50%	100%	100%	100%	Sin Tope
12	Exámenes Radiológicos	50%	100%	100%	100%	Sin Tope
13	Procedimientos (Diagnóstico y Terapéutico)	50%	100%	100%	100%	Sin Tope
14	Medicamentos Hospitalarios	50%	100%	100%	100%	Sin Tope
15	Derecho a Pabellón	50%	100%	100%	100%	Sin Tope
16	Honorarios Médicos Quirúrgicos	50%	100%	100%	100%	Sin Tope
N°	Beneficios Hospitalización / Otros Gastos Hospitalarios					
17	Cirugía Maxilo Facial por Accidente	50%	100%	100%	100%	Sin Tope
18	Cirugía Reparadora por Accidente	50%	100%	100%	100%	Sin Tope
19	Enfermera Profesional en Hospitalización (Según Definición)	50%	100%	100%	100%	Sin Tope
N°	Beneficio de Maternidad					
20	Complicaciones del Embarazo (Según Definición)	50%	100%	100%	100%	Sin Tope
21	Complicaciones del Parto (Según Definición)	50%	100%	100%	100%	Sin Tope
N°	Beneficios Ambulatorios					
22	Consulta General	50%	100%	100%	100%	Sin Tope
23	Consulta de Urgencia	50%	100%	100%	100%	Sin Tope
24	Consulta Domicilio	50%	100%	100%	100%	Sin Tope
25	Consulta Especialista	50%	100%	100%	100%	Sin Tope
26	Exámenes de Laboratorio	50%	100%	100%	100%	Sin Tope
27	Exámenes Radiológicos	50%	100%	100%	100%	Sin Tope
28	Procedimientos de Diagnóstico (No Incluye medios de contraste o Materiales)	50%	100%	100%	100%	Sin Tope
29	Procedimientos Terapéuticos (No Incluye Medicamentos o Drogas, y Materiales Clínicos)	50%	100%	100%	100%	Sin Tope
30	Tratamiento Kinesiológicos	50%	100%	100%	100%	Sin Tope
31	Medicamentos de Marca (Incluye Salud Mental)	-	90%	90%	90%	Sin Tope
32	Medicamentos Genéricos (Incluye Salud Mental)	-	90%	90%	90%	Sin Tope
33	Procedimiento de Quimioterapia y Radioterapia	50%	100%	100%	100%	Sin Tope
34	Cirugía Ambulatoria (Incluye Materiales Clínicos e Insumos Ambulatorios) (No Incluye Cirugía Oftalmológica u Ocular)	50%	100%	100%	100%	Sin Tope
35	Procedimiento de Diálisis	50%	100%	100%	100%	Sin Tope
N°	Beneficios Adicionales					
36	Ambulancia Terrestre (Radio Máximo 50 Km.)	50%	100%	100%	100%	Sin Tope
37	Prótesis	50%	100%	100%	100%	Sin Tope
38	Ortesis "Ambulatorio y Hospitalario" (excluye lente intraocular, sillas de rueda y prótesis dentales)	50%	100%	100%	100%	Sin Tope
39	Prótesis Mayor Complejidad (Según Definición)	50%	100%	100%	100%	Sin Tope

Otros

GASTO EN EL EXTRANJERO: * Con cobertura por Isapre/Fonasa *. El gasto incurrido en el extranjero se considerará como gasto efectivo el 50% de éstos. La cobertura rige para gastos de urgencia y para otros gastos que sean aprobados previamente por la aseguradora, en ambos casos, el reembolso se encuentra sujeto a lo establecido en el presente plan y al límite de reembolso mínimo de Isapre o Fonasa (50%).

* Sin cobertura por Isapre/Fonasa* El gasto incurrido en el extranjero se considerará como gasto efectivo el 25% de éstos. La cobertura rige para gastos de urgencia y para otros gastos que sean aprobados previamente por la aseguradora, en ambos casos, el reembolso se encuentra sujeto a lo establecido en el presente plan y al límite de reembolso mínimo de Isapre o

Fonasa (50%).

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

(**) Se establece según plan un REEMBOLSO MINIMO DE ISAPRE o FONASA, en caso que dicho reembolso sea menor, la compañía considerará como reembolso de la institución, el porcentaje mínimo señalado, aplicando el plan de beneficios del seguro sobre el exceso de porcentaje señalado. Para efectos de gastos sin cobertura ISAPRE, también procede

Activación Seguro Catastrófico

El presente seguro opera únicamente para los copagos de los reembolsos del Seguro Complementario Salud u otros seguros que mantenga el asegurado en otra cía, y que tengan cobertura en el presente plan y que superen por causa de un mismo evento por beneficiario y por año póliza, el monto de deducible señalado en "Deducible por evento TRIANUAL y por beneficiario" según cada caso. En ningún caso, los gastos de este deducible tendrán cobertura.

Cúmulo por evento: Se considera para la acumulación de cualquier límite relacionado a un mismo evento, todos los copagos de los reembolsos del sistema previsional Isapre o Fonasa, que tengan cobertura en el presente plan.

Monto Máximo (anual) año póliza:

POR PERSONA UF 5000

Tipo Plan	Rango Edad	Deducible por evento TRIANUAL y por beneficiario	Monto Max. Anual por beneficiario
Asegurados sin preexistencia	hasta 64 años 364 días	UF 40	UF 5.000
	entre 65 años y 69 años con 364 días	UF 90	UF 5.000
	entre 70 años y 80 años cumplidos	UF 200	UF 2.000
Asegurados limitados por preexistencia declaradas y aceptadas por la aseguradora, cobertura para los primeros tres años de vigencia ininterrumpida en la póliza	hasta 69 años y 364 días	UF 200	UF 3.000
Asegurados con preexistencias no declaradas, cobertura para los primeros cinco años de vigencia ininterrumpida en la póliza	hasta 69 años y 364 días	UF 200	UF 3.000

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 Post Mortem	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.
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 24 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

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

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

<p>Obesidad Mórbida (u obesidad severo o clase II):</p>	<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. 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. 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>
<p>Septoplastia:</p>	<p>Es la cirugía de desviación del tabique nasal. Esta deformidad se acredita anatómicamente a través del estudio imagenológico (Rx, escáner o resonancia nuclear magnética), para que esta cirugía sea de carácter reparativo y no estético, es decir que produzca un menoscabo funcional debe haber una Rinomanometría que demuestre una obstrucción respiratoria y que no mejora con el uso de inhaladores, se debe complementar la evaluación con ficha clínica y protocolo operatorio.</p>
<p>Recién Nacido</p>	<p>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</p>
<p>CAEC y GES (Auge)</p>	<p>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.</p>
<p>Tratamiento para Crecimiento</p>	<p>Tratamiento para Crecimiento: Son aquellos tratamientos con la finalidad de mejorar la talla baja y se realizan a través de análogos de la hormona crecimiento. Se cubrirán los medicamentos, exámenes y su tratamiento, siempre que exista una causa hormonal demostrable con laboratorio u otros procedimientos y siempre que estos estén relacionados con el tratamiento de ésta causa primaria, de lo contrario, de no existir exámenes que demuestren causa primaria, no corresponderá el pago, ya que no habrá menoscabo demostrable</p>
<p>Patologías o Malformaciones Congénitas</p>	<p>Las malformaciones congénitas son alteraciones anatómicas que ocurren en la etapa intrauterina y que pueden ser alteraciones de órganos, extremidades o sistemas, debido a factores medioambientales, genéticos, deficiencias en la captación de nutrientes, o bien consumo de sustancias nocivas.</p>
<p>Consulta Nutricionista</p>	<p>Prescrito por Médico Tratante y con patologías asociadas.</p>
<p>Partos Múltiples</p>	<p>Según se señala en Cuadro de Beneficios.</p>
<p>Tratamiento por adicción a droga o alcoholismo</p>	<p>Es aquel tratamiento realizado a un drogadicto o alcohólico a través de fármacos o prestaciones psiquiátricas específicas y cuya finalidad será la cura de esta, contempla psicoterapia individual y grupal además de hospitalización.</p>
<p>Medicamentos Oncológicos</p>	<p>Se define para este contrato, todos aquellos fármacos alopatícos 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.</p>
<p>Productos Dermocosméticas</p>	<p>Se cubrirán todos aquellos Productos Dermocosméticos recetados por un dermatólogo y siempre que estén asociados a una de las siguientes patologías: Rosácea, Vitiligo, Soriasis y Cáncer de Piel</p>
<p>Prótesis de Mayor Complejidad</p>	<p>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.</p>
<p>Tratamiento de Kinesiología y Fisioterapia</p>	<p>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.</p>
<p>Procedimiento Quimioterapia y Radioterapia</p>	<p>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.</p>
<p>Carencia en cobertura dental</p>	<p>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.</p>

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