

I.- COTIZACION SEGURO DE VIDA Y ADICIONALES

Capital Asegurado

Planes	Titular	Conyuge	Hijos
Plan 1	UF 500	UF 50	UF 25
Plan 2	UF 1000	UF 100	UF 50
Plan 3	UF 1500	UF 150	UF 75
Plan 4	UF 2000	UF 200	UF 100

Requisitos de Asegurabilidad

	S.V.S.	Ingreso	Permanencia
Fallecimiento Titular	POL 2 10 165	65 años	70 años
Fallecimiento Accidental	CAD 2 07 034	64 años	65 años
ITP 2/3	CAD 2 10 146	64 años	65 años
Fallecimiento Cónyuge	POL 2 10 165	65 años	70 años
Fallecimiento Hijos	POL 2 10 165	23 años	24 años

Prima Mensual (IVA incluido)

Rango edad Titular	18 - 30 años	31 - 45 años	46 - 65 años
Prima Mensual - Seguro de Vida (plan 1)	0,125	0,198	0,380
Prima Mensual - Seguro de Vida (plan 2)	0,250	0,396	0,759
Prima Mensual - Seguro de Vida (plan 3)	0,375	0,594	1,139
Prima Mensual - Seguro de Vida (plan 4)	0,500	0,792	1,518

Observaciones Seguro de Vida

1. Esta póliza se rige por las condiciones generales registradas en la Superintendencia de Valores y Seguros bajo el código POL 2 10 165, CAD 2 07 034 y CAD 2 10 146.
2. Las coberturas adicionales sólo se aplican a los Titulares de este seguro.
3. Todos los asegurables que soliciten su incorporación deberán completar el formulario Solicitud de Incorporación, el cual incluye una Declaración de Salud, la que será evaluada previo a la aceptación del riesgo por parte de la Compañía. La compañía se reserva el derecho de solicitar mayores antecedentes en aquellos casos que estime necesario y conveniente.
4. Esta cotización no cubre Enfermedades o Patologías preexistentes.
5. Esta cotización no cubre actividades o deportes riesgosos, ni vuelos aéreos no regulares.
6. Las tasas indicadas son válidas sólo si los asegurables incluidos en esta cotización no varían en más de un 10% respecto al grupo cotizado, en caso contrario se retarificará el grupo.
7. El contratante certifica, que todos los empleados incluidos en el seguro, se encuentran trabajando activamente y a tiempo completo al momento de solicitar la emisión de la póliza.
8. De acuerdo a la normativa vigente, las coberturas adicionales están afectas a I.V.A excepto Fallecimiento Accidental.

Cotización n°

II. COTIZACION SEGURO COMPLEMENTARIO DE SALUD

Alternativa 1: Plan Full

GASTOS AMBULATORIOS		
Prestación	Porcentaje	Tope Máximo (UF)
- Consultas Médicas	50%	UF 0,60 por evento
- Exámenes de Laboratorio	50%	UF 10,00 anuales
- Exámenes Radiológicos	50%	UF 10,00 anuales
- Exámenes Preventivo de Mama	100%	Sin Limite
- Exámenes Preventivo de Prostata	100%	Sin Limite
- Procedimientos de Diagnóstico	50%	UF 15,00 anuales
- Cirugía Ambulatoria	50%	UF 15,00 anuales
- Medicamentos Marca	40%	UF 10 por anuales
- Medicamentos Genérico	90%	
GASTOS DE HOSPITALIZACIÓN		
- Día Cama	70%	UF 1,00 diarias
- Home Care	35%	UF 0,50 diarias
- Honorarios Médicos Quirúrgicos	80%	UF 15,00 por evento
- Servicios Hospitalarios	80%	UF 15,00 por evento
- Gastos Donante Vivo	100%	UF 7,50 anuales
- Gastos Donante Post Mortem	100%	UF 7,50 anuales
GASTOS POR MATERNIDAD (incluye la totalidad de los gastos)		
- Aborto no Provocado	70%	UF 10,00 anuales
- Parto Normal	70%	UF 20,00 anuales
- Cesárea	70%	UF 30,00 anuales
GASTOS POR TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO Y/O SICOLOGICO		
- Psiquiatria, Psicología y Psicopedagogía (UF 0,50 por sesión)	60%	UF 10,00 anuales
OTROS BENEFICIOS		
- Kinesiología, Fonoaudiología y Medicina Fisica	50%	UF 0,70 por sesion UF 15,00 anuales
- Protesis, Ortesis y Audifonos	50%	UF 20,00 anuales
- Óptica (Cristales, Marcos y Lentes de Contacto)	50%	UF 2,00 anuales
- Ambulancia Terrestre (Radio 50 Km)	60%	Sin Limite
- Cobertura Deducible GES	100%	Del deducible GES
- Cobertura Deducible CAEC	100%	Del deducible CAEC
Cobertura en el Exterior		IDEM PLAN
Monto Máximo de Reembolso por Beneficiario		UF 200
Deducible por Asegurado :		0,50 por asegurado Máx. 3 deducibles por G. Familiar

Primas Mensuales expresadas en UF (Incluyen IVA)

	PLAN FULL
Titular Solo	0,353
Titular + 1 Carga	0,639
Titular + 2 Cargas o más	0,888

Alternativa 2:

Plan Plus

GASTOS AMBULATORIOS		
Prestación	Porcentaje	Tope Máximo (UF)
- Consultas Médicas	60%	UF 0,70 por evento
- Exámenes de Laboratorio	60%	UF 12,00 anuales
- Exámenes Radiológicos	60%	UF 12,00 anuales
- Exámenes Preventivo de Mama	100%	Sin Limite
- Exámenes Preventivo de Prostata	100%	Sin Limite
- Procedimientos de Diagnóstico	60%	UF 17,00 anuales
- Cirugía Ambulatoria	60%	UF 17,00 anuales
- Medicamentos Marca	40%	UF 10 por anuales
- Medicamentos Genérico	90%	
GASTOS DE HOSPITALIZACIÓN		
- Día Cama	80%	UF 1,50 diarias
- Home Care	40%	UF 0,75 diarias
- Honorarios Médicos Quirúrgicos	80%	UF 25,00 por evento
- Servicios Hospitalarios	80%	UF 25,00 por evento
- Gastos Donante Vivo	100%	UF 12,50 anuales
- Gastos Donante Post Mortem	100%	UF 12,50 anuales
GASTOS POR MATERNIDAD (incluye la totalidad de los gastos)		
- Aborto no Provocado	80%	UF 10,00 anuales
- Parto Normal	80%	UF 20,00 anuales
- Cesárea	80%	UF 30,00 anuales
GASTOS POR TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO Y/O SICOLOGICO		
- Psiquiatria, Psicología y Psicopedagogía (UF 0,60 por sesión)	70%	UF 12,00 anuales
OTROS BENEFICIOS		
- Kinesiología, Fonoaudiología y Medicina Fisica	60%	UF 0,70 por sesion UF 17,00 anuales
- Protesis, Ortesis y Audifonos	60%	UF 25,00 anuales
- Óptica (Cristales, Marcos y Lentes de Contacto)	60%	UF 3,00 anuales
- Ambulancia Terrestre (Radio 50 Km)	80%	Sin Limite
- Cobertura Deducible GES	100%	Del deducible GES
- Cobertura Deducible CAEC	100%	Del deducible CAEC
Cobertura en el Exterior		IDEM PLAN
Monto Máximo de Reembolso por Beneficiario		UF 300
Deducible por Asegurado :		0,50 por asegurado Máx. 3 deducibles por G. Familiar

Primas Mensuales expresadas en UF (Incluyen IVA)

	PLAN PLUS
Titular Solo	0,383
Titular + 1 Carga	0,694
Titular + 2 Cargas o más	0,966

Alternativa 3: Plan Total

GASTOS AMBULATORIOS			
Prestación	Porcentaje		Tope Máximo (UF)
- Consultas Médicas	70%		UF 1,00 por evento
- Exámenes de Laboratorio	70%		UF 15,00 anuales
- Exámenes Radiológicos	70%		UF 15,00 anuales
- Exámenes Preventivo de Mama	100%		Sin Limite
- Exámenes Preventivo de Prostata	100%		Sin Limite
- Procedimientos de Diagnóstico	70%		UF 20,00 anuales
- Cirugía Ambulatoria	70%		UF 20,00 anuales
- Medicamentos Marca	40%		UF 10 por anuales
- Medicamentos Genérico	90%		
GASTOS DE HOSPITALIZACIÓN			
- Día Cama	90%		UF 1,70 diarias
- Home Care	45%		UF 0,85 diarias
- Honorarios Médicos Quirúrgicos	90%		UF 40,00 por evento
- Servicios Hospitalarios	90%		UF 40,00 por evento
- Gastos Donante Vivo	100%		UF 20,00 anuales
- Gastos Donante Post Mortem	100%		UF 20,00 anuales
GASTOS POR MATERNIDAD (incluye la totalidad de los gastos)			
- Aborto no Provocado	90%		UF 10,00 anuales
- Parto Normal	90%		UF 20,00 anuales
- Cesárea	90%		UF 30,00 anuales
GASTOS POR TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO Y/O SICOLÓGICO			
- Psiquiatria, Psicología y Psicopedagogía (UF 0,70 por sesión)	90%		UF 15,00 anuales
OTROS BENEFICIOS			
- Kinesiología, Fonoaudiología y Medicina Fisica	70%	UF 0,70 por sesion	UF 20,00 anuales
- Protesis, Ortesis y Audifonos	70%		UF 30,00 anuales
- Óptica (Cristales, Marcos y Lentes de Contacto)	70%		UF 4,50 anuales
- Ambulancia Terrestre (Radio 50 Km)	90%		Sin Limite
- Cobertura Deducible GES	100%		Del deducible GES
- Cobertura Deducible CAEC	100%		Del deducible CAEC
Cobertura en el Exterior		ÍDEM PLAN	
Monto Máximo de Reembolso por Beneficiario		UF 450	
Deducible por Asegurado :		0,50 por asegurado Máx. 3 deducibles por G. Familiar	

Primas Mensuales expresadas en UF (Incluyen IVA)

	PLAN TOTAL
Titular Solo	0,442
Titular + 1 Carga	0,800
Titular + 2 Cargas o más	1,114

Cotización n°

Observaciones Seguro Complementario de Salud

1. Esta póliza se rige por las condiciones generales registradas en la Superintendencia de Valores y Seguros bajo el código POL 2 12 060. (www.svs.cl)
2. Esta cotización cubre a los Titulares y su Grupo Familiar (Cónyuge e Hijos).
3. Esta cotización no cubre Enfermedades o Condiciones Preexistentes. (Exclusiones Pol 2 12 060)
4. Todos los asegurables que soliciten su incorporación deberán completar el formulario Solicitud de Incorporación, el cual incluye una Declaración de Salud, la que será evaluada previo a la aceptación del riesgo por parte de la Compañía. La compañía se reserva el derecho de solicitar mayores antecedentes en aquellos casos que estime necesario y conveniente.
5. Para las personas que soliciten su incorporación, la Compañía podrá limitar la cobertura, según las patologías y condiciones especiales de suscripción declaradas por el asegurado al momento de solicitar su ingreso al seguro.
6. En aquellos casos en que el asegurado no esté afiliado a un sistema previsional, privado o estatal, no tendrá cobertura por el presente seguro, liberando a la compañía de toda responsabilidad.
7. En aquellos casos en que las prestaciones cubiertas por el seguro no sean reembolsadas por la institución de salud previsional del asegurado, no se encuentren codificadas en el Arancel Fonasa o se encuentren contractualmente excluidas de cobertura por dichas instituciones, se considerará como monto afecto al seguro el 50% del valor de la prestación, aplicándose sobre este valor el porcentaje de reembolso de acuerdo al cuadro de beneficios señalado en esta cotización. Se excluye de esta norma Medicamento, Óptica y prestaciones de psiquiatría.
8. Esta cotización considera que en aquellos casos en que las prestaciones efectuadas por los asegurados tengan un porcentaje de reembolso por parte de la Institución de Salud Previsional FONASA / ISAPRE inferior al 50% del costo de la prestación, se considerará como gastos efectivamente incurrido por el asegurado para dicha prestación, el 50% del costo real de la prestación, monto sobre el cual se aplicará el porcentaje de cobertura estipulado en el cuadro de beneficios señalado anteriormente. Se exceptúan los Medicamentos Ambulatorios, Óptica y Audífonos para afiliados a FONASA.
9. Edades Máximas

	Ingreso	Permanencia
Titular	64 años	65 años
Cónyuge	64 años	65 años
Hijos (*)	23 años	24 años

(*) Siempre y cuando sean estudiantes de tiempo completo en un establecimiento educacional Superior reconocido por la autoridad pertinente y que vivan a expensas del asegurado titular.

10. Los hijos menores de 14 días de edad estarán cubiertos por la póliza desde su nacimiento sólo si se ha contratado el Beneficio de Maternidad y siempre que éste se encuentre señalado en las Condiciones Particulares bajo el título "Cuadro de Beneficios Seguro Complementario de Salud", y el parto haya sido cubierto por este contrato.
11. Para CAEC y GES considera cobertura solo para el copago del deducible (máximo UF 126).
12. La cobertura de Psicopedagogía está incluida en la prestación de Psiquiatría - Psicología. Para evaluar el pago de las prestaciones de Psicopedagogía el asegurado debe haber sido derivado por un médico neurólogo o psiquiatra.
13. Cobertura en el Exterior: Cubre las prestaciones de urgencia con los mismo beneficios del Plan Complementario de Salud y para los Tratamientos y Hospitalizaciones realizadas en el extranjero por derivación médica siempre y cuando estas no se puedan realizar en el país y sólo después de cubiertos los gastos por la institución de Salud Previsional (Isapre o Fonasa) del asegurado.
14. Todas las personas asegurables consideradas en la presente cotización deberán incorporarse a esta cobertura al momento de emitir el seguro.

15. Las primas son válidas sólo si los asegurables y el promedio de cargas (total cargas/total titulares) incluidos en esta cotización no varía en más de un 10% respecto al grupo cotizado, en caso contrario se tarificará nuevamente al grupo.
16. Este seguro considera reembolso con sistema I-MED.
17. Este seguro considera Convenio Tarjeta SalcoBrand.

Observaciones Generales

1. Esta cotización aplica para grupos con más de 10 Titulares y menos de 50 Titulares que pertenezcan a una empresa.
2. Este producto considera las coberturas de Vida y Salud, por lo que no es posible contratar sólo una de ellas.
3. La adhesión mínima a este seguro es de un 80% del total de empleados o miembros de la empresa o institución solicitante.
4. Renovación automática por bloque de pólizas.
5. Esta cotización considera una comisión de intermediación del 15%.
6. Las personas asegurables consideradas en la presente cotización que no soliciten su incorporación a esta cobertura al momento de emitir el seguro, solo lo podrán hacer a la renovación de la póliza.

III. CONVENIOS

SERVICIO IMED



Acreditándose a través de su huella digital, podrá recibir el reembolso de su Seguros Complementario de Salud que tiene con Chilena Consolidada, en forma automática, según el cuadro de beneficios establecido en su póliza.

Esta bonificación opera en prestaciones ambulatorias tales como:

- Consultas Médicas
- Exámenes de Laboratorio y Radiológicos

Beneficio para el asegurado

- Bonificación inmediata en Centros Médicos en Línea
- Menor copago.
- Su bonificación estará identificada en el bono.
- La red de prestadores adheridos a esta modalidad es a nivel nacional.
- Disminuye la documentación a enviar a la compañía.

CONVENIO CENTRO ODONTOLÓGICO PADRE MARIANO



Este convenio brinda atención Odontológica, con condiciones muy convenientes, para nuestros clientes y sus empleados, incluyendo a sus familias.

- 1.- 50% de descuento en todas las prestaciones dentales.
- 2.- Plan de facilidades de pago hasta 8 meses, con una cuota mínima de UF 1,50.
- 3.- Diferentes modalidades de pago: Cuenta Corriente, Tarjetas de Crédito, Tarjeta Casas Comerciales, Efectivo, Abono sesión a sesión.
- 4.- Garantía de dos años en los tratamientos (excepto en Odontopediatría y Periodoncia).
- 5.- Más de 160 prestigiados profesionales que abarcan todas las especialidades odontológicas a su servicio.
- 6.- Los beneficios del convenio se hacen extensivos al grupo familiar, incluso a padres y suegros del asociado.
- 7.- Presupuestos, controles y consultas sin costo.
- 8.- Permanente preocupación por la puntualidad en su atención.
- 9.- Infraestructura de alto nivel con los últimos adelantos en tecnología (radiografías digitales, robot odontológico, ortodoncia sin frenillos para adolescentes y adultos).
- 10.- Excelente ubicación: Alcántara 295 - Burgos 345, Las Condes.
Tenderini 82, 4° piso, Santiago Centro.
- 11.- Horario de atención: Lunes a viernes de 08:30 hrs. a 14:00 hrs.
Lunes a viernes de 14:30 hrs. a 20:00 hrs.
Sábado de 09:00 hrs a 13:00 hrs.
- 12.- Fonos: (02) 485 70 00 - Sede Alcáncanta y Burgos, Las Condes
(02) 638 17 07 - Sede Tenderini, Santiago
- 13.- El convenio tiene el CODIGO 1006. Así puede identificarse como asegurado de Chilena Consolidada.

CONVENIO OPTICA SCHILLING



Todos nuestros asegurados podrán acceder a importantes beneficios en todas las sucursales de Óptica Schilling.

Sólo identificándose como asegurados de Chilena Consolidada, usted accederá a los siguientes descuentos:

Pago en Efectivo

- 18% descuento en la compra de lentes de ópticos (armazones y cristales)
- 12% descuento en la compra de lentes de Sol.
- 12% descuento en la compra de lentes de contacto Laboratorio Óptica Schilling.

Pago hasta 3 cheques

- 10% descuento en la compra de lentes de ópticos (armazones y cristales)
- 5% descuento en la compra de lentes de Sol.
- 5% descuento en la compra de lentes de contacto Laboratorio Óptica Schilling.

Nota: Descuento sobre precio lista (No acumulables con otros descuentos o promociones)

CONVENIO CLÍNICA DÁVILA



Se reembolsará en un 100% los montos no cubiertos por su sistema previsional de salud (Isapre/Fonasa) producto de una Hospitalización Programada en Clínica Dávila.

GASTOS DE HOSPITALIZACIÓN		
Prestación	Porcentaje	Tope Máximo (UF)
- Día Cama Habitación Doble	100%	Sin Limite
- Honorarios Médicos Quirúrgicos	100%	Sin Limite
- Servicios Hospitalarios	100%	Sin Limite
GASTOS POR MATERNIDAD (incluye la totalidad de los gastos)		
- Aborto no Provocado	100%	UF 10,00 anuales
- Parto Normal	100%	UF 20,00 anuales
- Cesárea	100%	UF 30,00 anuales
Monto Máximo de Reembolso por Beneficiario		UF 200
Deducible por Asegurado :	Sin Deducible	

- El convenio únicamente tendrá aplicación y operará respecto de aquellas personas que cuenten con Isapre o Fonasa.
- Se deberá verificar la identidad de la persona que solicita los servicios de los que da cuenta este convenio, por lo que se requerirá la presentación de la Cédula de Identidad y Certificado de Hospitalización otorgado por la Compañía al momento de ingresa.
- Los beneficios y prestaciones materia del convenio no se aplicarán respecto de la prestación de servicios médicos que sean consecuencia de accidentes del trabajo o enfermedades profesionales.
- Las patologías que se señalan a continuación requieren autorización previa y por escrito por parte de Chilena Consolidada Seguros de Vida S.A. para beneficiarios que se hospitalicen en forma programada. Para tales efectos, el respectivo beneficiario deberá comunicarse con la Compañía, a efecto de que ésta última emita una autorización de atención hospitalaria, la que deberá ser presentada y entregada a la Clínica en forma previa a la atención que solicite:

Cáncer, Insuficiencia Renal Crónica, trasplante de órganos mayores, heridas de bala o por arma blanca, lesiones en accidentes de tránsito si es el conductor y grado de alcoholemia supera 1gr, lesiones originadas por accidentes laborales.

- Este Convenio aplica para la Hospitalización con Médicos de "Staff" de la Clínica y en pieza doble o pluripersonal según la disponibilidad que la Clínica tenga en el momento de la Hospitalización.
- Patologías incluidas en el convenio.

TOTAL PAQ. SINDROME TUNEL CARPIANO TOTAL PAQ. HERNIA NUCLEO PULPOSO TOTAL PAQ. CHALAZION TOTAL PAQ. PTERIGION TOTAL PAQ. ESTRABISMO TRAT QUIR TOTAL PAQ. GLAUCOMA TRAT QUIR TOTAL PAQ. DESPRENDIMIENTO RETINAL TOTAL PAQ. CATARATAS TOTAL PAQ. MUCOSIS TIMPANICA TOTAL PAQ. VEGETACIONES ADENOIDES TOTAL PAQ. ENF. CRÓNICA DE AMIGDALAS TOTAL PAQ. RINOPLASTÍA TOTAL PAQ. SAFENECTOMÍA TOTAL PAQ. HERNIAS CORRIENTES INSICIONAL O UMBILICAL GRANDE (1) NO INCLUYE MALLA TOTAL PAQ. HERNIA EPIGASTRICA (1) NO INCLUYE MALLA	TOTAL PAQ. MENISCECTOMIA VIA ARTROSCOPICA. TOTAL PAQ. APENDICECTOMIA Y/O DREN. TOTAL PAQ. COLECISTECTOMIA VIA LAPAROSCOPICA TOTAL PAQ. HEMORROIDECTOMIA TOTAL PAQ. AUTO O HETEROTRANSPLANTE TOTAL PAQ. ADENOMA O CANCER PROSTATICO TOTAL PAQ. DESCENSO TESTICULO INGUINAL TOTAL PAQ. ORQUIDOPEXIA TOTAL PAQ. VARICOCELE TOTAL PAQ. CIRCUNCISIÓN TOTAL PAQ. LITIASIS RENAL TOTAL PAQ. MASTECTOMÍA PARCIAL TOTAL PAQ. MASTECTOMÍA RADICAL O TUMORECT TOTAL PAQ. HISTERECTOMIA POR VIA VAGINAL. TOTAL PAQ. HISTERECTOMIA TOTAL VIA ABDOMINAL TOTAL PAQ. ABORTO RETENIDO
--	---

Cotización n°

TOTAL PAQ. COLECISTECTOMIA ABIERTA ELECTIVA TOTAL PAQ. RASPADO UTERINO DIAGNOSTICO O TERAPEUTICO POR METRORRRA- TOTAL MADRE TOTAL RECIEN NACIDO TOTAL PAQ. PARTO PRESENTACION CEFALICA O PODALICA, C/S EPISIOTOMIA, TOTAL PAQ. CESAREA C/S SALPINGOLIGADURA O SALPINGECTOMIA. TOTAL PAQ. ENDOPROTESIS TOTAL DE CADERA TOTAL PAQ. ENDOPROTESIS TOTAL DE RODILLA,	TOTAL PAQ. CIRUGIA CARDIACA COMPLEJ MAYOR C/CEC TOTAL PAQ. CIRUGIA CARDIACA COMPLEJ MEDIANA C/CEC TOTAL PAQ. CIRUGIA CARDIACA COMPLEJ MENOR C/CEC TOTAL PAQ. GASTRECTOMIA SUBTOTAL SIN DISECCION GANGLIONAR CON COLECISTECTOMIA TOTAL PAQ. VARICOCELE Y ORQUIDOPEXIA 2006 ANESTESIA GRAL. ADULTOS TOTAL PAQ. VARICOCELE Y ORQUIDOPEXIA ANESTESIA ESPINAL ADULTOS TOTAL PAQ. PAQ.S DE HEMORROIDECTOMIA CON STAPLER
--	---

CONVENIO HOSPITAL CLINICO UNIVERSIDAD DE CHILE



El convenio permite el reembolso del 100% en prestaciones hospitalarias para cualquiera de las 48 Patologías incluidas en el Convenio, bajo la modalidad Institucional (*)

(*) Se define la Modalidad Institucional como todos los gastos asociados al paquete indicado en la siguiente página, incluyendo Hotelaría (días cama, derecho a pabellón, etc.) y Honorarios Médicos.

GASTOS DE HOSPITALIZACIÓN		
Prestación	Porcentaje	Tope Máximo (UF)
- Día Cama Habitación Doble	100%	Sin Limite
- Honorarios Médicos Quirúrgicos	100%	Sin Limite
- Servicios Hospitalarios	100%	Sin Limite
GASTOS POR MATERNIDAD (incluye la totalidad de los gastos)		
- Aborto no Provocado	100%	UF 10,00 anuales
- Parto Normal	100%	UF 20,00 anuales
- Cesárea	100%	UF 30,00 anuales
Monto Máximo de Reembolso por Beneficiario		UF 200
Deducible por Asegurado :		Sin Deducible

Para hacer efectivo el convenio, la persona deberá solicitar una carta de autorización de la Compañía y presentar su Cédula de identidad al momento de su hospitalización para ser validado en el sistema.

Características del Convenio:

1. El Convenio aplicará únicamente respecto de aquellas personas que cuenten con Isapre o Fonasa.
2. Los beneficios y prestaciones materia del presente convenio no se aplicarán respecto de la prestación de servicios médicos que sean consecuencia de accidentes del trabajo o enfermedades profesionales.
3. En el evento que un médico en particular no hubiere convenido honorarios con el Hospital, éstos no podrán exceder los máximos honorarios acordados por el prestador con los médicos del staff del Hospital. En caso contrario, no aplicará este convenio.
4. Las exclusiones que rigen para este convenio serán las mismas establecidas en el Condicionado General de la póliza Incorporada en el registro de pólizas de la Superintendencia de Valores y Seguros bajo el código POL 310 178 y en el Condicionado Particular de la Póliza, establecido de mutuo acuerdo entre la Compañía y el Contratante de cada una de las pólizas que se acogen a este Convenio.

- Patologías incluidas en el convenio.

TOTAL PAQ. SINDROME TUNEL CARPIANO TOTAL PAQ. HERNIA NUCLEO PULPOSO TOTAL PAQ. CHALAZION TOTAL PAQ. PTERIGION TOTAL PAQ. ESTRABISMO TRAT QUIR TOTAL PAQ. GLAUCOMA TRAT QUIR TOTAL PAQ. DESPRENDIMIENTO RETINAL TOTAL PAQ. CATARATAS TOTAL PAQ. MUCOSIS TIMPANICA TOTAL PAQ. VEGETACIONES ADENOIDES TOTAL PAQ. ENF. CRÓNICA DE AMIGDALAS TOTAL PAQ. RINOPLASTÍA TOTAL PAQ. SAFENECTOMÍA TOTAL PAQ. HERNIAS CORRIENTES INSICIONAL O UMBILICAL GRANDE (1) NO INCLUYE MALLA TOTAL PAQ. HERNIA EPIGASTRICA (1) NO INCLUYE MALLA TOTAL PAQ. COLECISTECTOMIA ABIERTA ELECTIVA TOTAL PAQ. RASPADO UTERINO DIAGNOSTICO O TERAPEUTICO POR METRORRRA- TOTAL MADRE TOTAL RECEN NACIDO TOTAL PAQ. PARTO PRESENTACION CEFALICA O PODALICA, C/S EPISIOTOMIA, TOTAL PAQ. CESAREA C/S SALPINGOLIGADURA O SALPINGECTOMIA. TOTAL PAQ. ENDOPROTESIS TOTAL DE CADERA TOTAL PAQ. ENDOPROTESIS TOTAL DE RODILLA,	TOTAL PAQ. MENISCECTOMIA VIA ARTROSCOPICA. TOTAL PAQ. APENDICECTOMIA Y/O DREN. TOTAL PAQ. COLECISTECTOMIA VIA LAPAROSCOPICA TOTAL PAQ. HEMORROIDECTOMIA TOTAL PAQ. AUTO O HETEROTRASPLANTE TOTAL PAQ. ADENOMA O CANCER PROSTATICO TOTAL PAQ. DESCENSO TESTICULO INGUINAL TOTAL PAQ. ORQUIDOPEXIA TOTAL PAQ. VARICOCELE TOTAL PAQ. CIRCUNCISCION TOTAL PAQ. LITIASIS RENAL TOTAL PAQ. MASTECTOMÍA PARCIAL TOTAL PAQ. MASTECTOMÍA RADICAL O TUMORECT TOTAL PAQ. HISTERECTOMIA POR VIA VAGINAL. TOTAL PAQ. HISTERECTOMIA TOTAL VIA ABDOMINAL TOTAL PAQ. ABORTO RETENIDO TOTAL PAQ. CIRUGIA CARDIACACOMPLEJ MAYOR C/CEC TOTAL PAQ. CIRUGIA CARDIACA COMPLEJ MEDIANA C/CEC TOTAL PAQ. CIRUGIA CARDIACACOMPLEJ MENOR C/CEC TOTAL PAQ. GASTRECTOMIA SUBTOTAL SIN DISECCION GANGLIONAR CON COLECISTECTOMIA TOTAL PAQ. VARICOCELE Y ORQUIDOPEXIA 2006 ANESTESIA GRAL. ADULTOS TOTAL PAQ. VARICOCELE Y ORQUIDOPEXIA ANESTESIA ESPINAL ADULTOS TOTAL PAQ. PAQ.S DE HEMORROIDECTOMIA CON STAPLER
---	--

IV. ASISTENCIA MEDICALL

1) Mediphone: Orientación Médica Telefónica: Ilimitado

El origen de este servicio nace de la necesidad de poder disponer de un médico al otro lado del teléfono de forma inmediata, que nos permita aclarar o asesorar cualquier duda médica que tengamos.

El servicio de Mediphone es la conexión telefónica con un médico a cualquier hora del día para que oriente al cliente ante cualquier consulta médica.

El servicio de información es proporcionado por médicos de Sur Asistencia S.A. Este servicio es de carácter informativo por lo que no reemplaza la consulta de un médico:

- Consultas sobre urgencias médicas y primeros auxilios:
Orientado a responder las inquietudes relacionadas con las principales urgencias médicas y procedimientos de primeros auxilios, como por ejemplo: ingesta de productos tóxicos, reacciones alérgicas, manipulación accidental de productos químicos, etc.
- Información sobre medicamentos:
Orientado a responder consultas acerca del uso de medicamentos, como por ejemplo, reacciones adversas a la medicación, efectos secundarios, dosis, contraindicaciones, entre otros.
- Consulta sobre evolución de tratamientos:
Consultas acerca de las inquietudes que surjan en torno a un tratamiento médico en curso. Esta prestación es de carácter referencial y en ningún caso reemplaza la consulta con el médico tratante.
- Información sobre centros de la red médica pública y privada:
A través de una llamada telefónica el beneficiario podrá acceder a toda información disponible en Sur Asistencia S.A. acerca de los principales servicios de atención médica tanto públicos como privados. Se entregará información referente a teléfonos, direcciones y horarios de las principales clínicas, centros médicos y dentales del país.

Cotización n°

- Servicio de Información Pediátrica:
Se entregará al beneficiario que así lo solicite, información relativa a salud, nutrición, pestes, vómitos, cólicos, dolores estomacales, contagios, temas respecto a la leche materna, trastornos del sueño, tratamientos, entre otros.
- Información sobre Farmacias:
Sur Asistencia S.A. dispondrá durante las 24 horas del día información relevante acerca de farmacias y servicios afines que pueda requerir el beneficiario, como por ejemplo, direcciones y teléfonos, farmacias de turno y otros servicios ofrecidos por las redes farmacéuticas del país.

2) Segunda Opinión Médica: Ilimitado

Servicio que proporciona al cliente el contacto con un especialista de reconocido prestigio para confirmar el diagnóstico y/o las posibilidades terapéuticas.

Médicamente y de manera muy resumida entendemos como enfermedades graves, patologías agudas o crónicas que requieran de un tratamiento prolongado, exámenes especializados para su diagnóstico y que en el transcurso de su evolución pueda desencadenar en un corto período en fallecimiento y que en algún momento ha requerido hospitalización para compensación o estudio y además invalidante para ejercer sus labores habituales.

En caso de que el cliente y/o su grupo familiar presente alguna enfermedad de difícil diagnóstico y/o tratamiento, o bien ante una enfermedad grave, ya diagnosticada, que requiera una mayor precisión para optimizar el tratamiento u obtener otra opinión médica respecto al diagnóstico o con el objeto de evaluar diferentes o mejores alternativas terapéuticas, podrá solicitar al encargado de asistencia una segunda opinión médica.

Para acceder al servicio, el cliente y/o su grupo familiar deberá solicitar el envío de la solicitud de Segunda Opinión Médica y un formulario de consentimiento para acceder a su información médica, ambos documentos serán enviados al cliente mediante correo certificado, e-mail u fax, según determine este último, los documentos deberán ser devueltos con toda la información requerida. Además, el cliente deberá enviar los documentos a Sur Asistencia con el primer diagnóstico por escrito y su historia médica. Se le indica al cliente que estos datos están amparados por la cláusula de confidencialidad y que sólo serán manejados por el personal médico y por el especialista que efectúe el análisis para entregar la Segunda Opinión Médica.

Una vez que el equipo médico de Sur Asistencia recibe la información y analiza los datos, seleccionará el especialista apropiado para realizar la revisión, pudiendo ser este especialista nacional o extranjero dependiendo del diagnóstico inicial y de las posibilidades evaluadas por el cliente antes de solicitar la Segunda Opinión Médica. Si es necesario, se coordinará la traducción de la información médica a través de profesionales especializados. Si el caso amerita ser revisado por más de un especialista, se coordinará el envío a todos ellos de la información médica.

En caso de ser necesario, se realizará el contacto entre el médico tratante y el médico que realiza la Segunda Opinión Médica. Este último emitirá un informe sobre los hallazgos fundamentales y las pruebas realizadas junto con recomendaciones y bibliografía aplicable al caso.

El plazo máximo para proporcionar al cliente el informe de Segunda Opinión Médica generado por el especialista, es de 30 días corridos contados desde la recepción de la totalidad de los antecedentes médicos requeridos.

Una vez remitido el reporte al paciente, Sur Asistencia S.A. procederá a cerrar el caso.

3) Traslado Médico en caso de accidente traumático: UF 4 por evento, Máximo 2 eventos por año

Sur Asistencia S.A. financiará los gastos de traslado médico del cliente por accidente traumático, en ambulancia o en el medio que considere más idóneo el facultativo que lo atienda, desde el lugar del incidente hasta el Centro Hospitalario más cercano y adecuado para el tratamiento médico según diagnóstico.

Se entiende por Accidente Traumático: Fracturas, golpes en la cabeza, asfixias por humo, asfixias por inmersión, quemaduras, electrocutamientos, intoxicaciones, picaduras de insectos que expongan al cliente a riesgo vital.

Condiciones

- a) El objetivo del Servicio Mediphone es recomendar y orientar telefónicamente sobre las acciones que más conviene seguir en caso de dolencias, problemas, dudas o inquietudes de salud.
- b) Los servicios se otorgarán, las 24 horas del día, los 7 días a la semana.
- c) Las recomendaciones emanadas de SUR ASISTENCIA en ningún caso constituyen la realización de diagnóstico ni indicación de tratamiento.

Quedan excluidos:

- Los servicios que el titular haya concertado por su cuenta, sin previo consentimiento de Sur Asistencia, salvo que la comunicación haya sido imposible por razón de fuerza mayor.

Sur Asistencia queda relevado de responsabilidad cuando por causa de fuerza mayor le sea imposible prestar las acciones de asistencia prescritas en este documento, sin perjuicio de las indemnizaciones a que hubiere lugar.

Ámbito Territorial

El servicio se extiende a todo el territorio nacional, excluyendo territorios insulares, excepto la Isla Grande de Chiloé.

La asistencia puede ser utilizada por el titular informado previamente al contratar el servicio.

Prestaciones Hospitalarias Aumento de Cobertura

Prestadores Preferentes	Aumento de Cobertura
Hosp. Parroquial de San Bdo.(Santiago)	10%
Hosp. Clínico U. de Chile (Santiago)	10%
Clinica Hospital del Profesor (Santiago)	10%
Hosp. Clínico San Borja Arriaran(Santiago)	10%
Hospital del Salvador (Santiago)	10%
Clínica Avansalud Vespucio (Santiago)	10%
Clinica Providencia (Santiago)	10%
Hospital de Arica (Arica)	10%
Hosp. Regional de Iquique (Iquique)	10%
Hospital de Antofagasta (Antofagasta)	10%
Clínica Médica Copiapó (Copiapó)	10%
Clínica Regional Elqui (La Serena)	10%
Clínica Reñaca (Viña del Mar)	10%
Clínica de Salud Integral (Rancagua)	10%
Hosp. de San Fernando (San Fernando)	10%
Hospital de Curicó (Curicó)	10%
Hospital Base los Angeles (Los Angeles)	10%
Hosp. Clínico Regional Concepción (Concepción)	10%
Hosp. Clínico Universidad Mayor (Temuco)	10%
Hosp. Regional de Temuco (Temuco)	10%
Hosp. Clínico Regional de Valdivia (Valdivia)	10%
Hospital Base de Osorno (Osorno)	10%
Hospital de Puerto Montt (Puerto Montt)	10%
Hospital Coyhaique (Coyhaique)	10%
Clínica Magallanes (Punta Arenas)	10%
Hosp. Regional Punta Arenas (Punta Arenas)	10%

Prestaciones Ambulatorias Aumento de Cobertura

Consultas médicas y Exámenes

Prestadores Preferentes	Aumento de Cobertura
Avansalud (Santiago)	10%
Red Integramédica (Red Nacional)	10%
Red Megasalud (Santiago)	10%
Lab.Blanco (Santiago)	10%
Sonorad (Santiago)	10%