REDSALUD SOMOS CChC

Sanatorio Alemán

Vida Cámara SOMOS CChC



Entregamos coberturas

Fonasa e Isapres

Seguro

RedSalud de Enfermedades de Alto Costo Deducible 50 UF

SOYREDSALUD

Nuestro **seguro catastrófico por evento** entrega **cobertura en enfermedades y accidentes de alto costo** realizadas en **Clínicas y Centros Médicos RedSalud.**

REDSALUD DE ENFERMEDADES DE ALTO COSTO DEDUCIBLE 50 UF

- Día Cama Hospitalización
- Servicios/Medicamentos Hospitalarios
- Honorario Médicos Quirúrgicos
- Cirugía dental por accidente
- Cirugía ambulatoria
- Consultas médicas
- Exámenes de laboratorio e imagenología
- Cobertura Complementaria en Exámenes de Laboratorio e Imagenología

El Seguro RedSalud Enfermedades de Alto Costo Deducible 50 UF se hace efectivo una vez aplicados los beneficios y coberturas del sistema de salud previsional respectivo, así como también los de cualquier otro beneficio, plan o seguro que posea el asegurado titular y sus cargas.

Prima

La prima bruta del **“Seguro RedSalud Enfermedades de Alto Costo deduible 50 UF”** será desde **UF 0,23** por asegurado. El precio varía según el plan escogido, el número de asegurados y la tabla de tramo de edades incluido en la póliza. El pago de la prima **será con cargo a una** tarjeta de débito o crédito.

Cobro

El cobro se realizará sobre el medio de pago seleccionado **por el titular al momento de contratación de la póliza** o sobre el medio de pago registrado por el titular con posterioridad.

Inicio de Cobertura

Podrás hacer uso de tu cobertura al día siguiente de la contratación de la póliza.

Además, estará disponible el ingreso de solicitudes de reembolso a través de la APP y Portal Privado web de Vida Cámara.

DEBES SABER

COBERTURA CATASTRÓFICA POR EVENTO

	ASEGURADOS HASTA 69 AÑOS Y 364 DÍAS	ASEGURADOS MAYORES DE 70 AÑOS
	Para eventos ocurridos hasta el día anterior a aquél en que el asegurado cumpla los 70 años de edad.	Para eventos ocurridos a contar del día en que el asegurado cumpla los 70 años de edad.
MONTO ASEGURADO	UF 30.000 por evento	UF 5.000 por evento
DEDUCIBLE	UF 50	UF 150



Contrata 100% Online en **redsalud.cl** o **vidacamara.cl**

Plan de Coberturas

	COBERTURA	PORCENTAJE DE REEMBOLSO EN PRESTADOR REDSALUD CCHC
BENEFICIOS HOSPITALIZACIÓN	DÍA DE CAMA MEDICINA, UTI, UCI, INTERMEDIO, RECUPERACIÓN	100%
	SERVICIOS/MEDICAMENTOS HOSPITALARIOS	100%
	HONORARIOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS	100%
	PRÓTESIS QUIRURGICAS	100%
	CIRUGÍA DENTAL POR ACCIDENTE	100%
	SERVICIO PRIVADO DE ENFERMERÍA*	100%
	AMBULANCIA TERRESTRE**	100%
BENEFICIOS AMBULATORIOS	CIRUGÍA AMBULATORIA	100%
	CONSULTAS MÉDICAS	100%
	EXÁMENES DE LABORATORIO	100%
	EXÁMENES IMAGENOLOGÍA	100%
	PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS	100%
BENEFICIO MEDICAMENTOS AMBULATORIOS***	MEDICAMENTOS AMBULATORIOS GENÉRICOS	50%
	MEDICAMENTOS AMBULATORIOS BIOEQUIVALENTES GENÉRICOS	50%
	MEDICAMENTOS AMBULATORIOS BIOEQUIVALENTES MARCA	50%
	MEDICAMENTOS AMBULATORIOS DE MARCA	50%
	MEDICAMENTOS AMBULATORIOS REFERENTE, ORIGINAL O INNOVADOR	50%

(*)El Servicio privado de enfermería tendrá tope de 30 días por evento.
(**)El tope será de UF 10 por evento y sin límite de eventos, siempre que el asegurado sea hospitalizado.
(***)Sólo para fármacos directamente relacionados y necesarios para el tratamiento de la patología que activó el pago de beneficios de este seguro, que se encuentre cubierta por esta póliza y haya sido diagnosticada por el médico tratante.

	COBERTURA	PORCENTAJE DE REEMBOLSO EN PRESTADOR REDSALUD CCHC
OTRAS COBERTURAS	ÓRTESIS HOSPITALARIA	100%
	CIRUGÍA PLÁSTICA REPARADORA POR ACCIDENTE	100%
	DROGAS ANTINEOPLÁSTICAS	100%
	DROGAS INMUNOSUPRESORAS PARA TRANSPLANTES DE ÓRGANOS	100%
	AMBULANCIA AÉREA****	100%
	COMPLICACIONES DEL EMBARAZO	100%
	KINESIOLOGÍA	100%
	PRÓTESIS Y ÓRTESIS AMBULATORIA	100%

(****) El tope será de UF 10 por evento, y con un máximo de 3 eventos por año.

Cobertura Catastrófica por Evento

Este seguro operará una vez consumido el deducible indicado en la póliza y reembolsa, como complemento del Sistema Previsional de Salud de cada asegurado, los gastos razonables y efectivamente incurridos por el(los) asegurado(s) asociados a un Evento, siempre que la cobertura se encuentre vigente, que haya transcurrido el período de carencia establecido la póliza, que no haya transcurrido el plazo del Evento y no se haya consumido el monto máximo de reembolso indicado en esta póliza. Los reembolsos se efectuarán de acuerdo a los montos asegurados, deducibles y demás condiciones descritas en esta 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, 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 esta póliza.

Para los casos que a continuación se indican, los términos de cobertura se ajustarán a lo siguiente:

- En aquellos casos en que el asegurado este afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, y las prestaciones o gastos reclamados se encuentren tipificadas en el Arancel Fonasa vigente a la fecha de la prestación, y no cuenten con bonificación, aporte y/o reembolso mayor que cero (0) en tales instituciones, independiente de la causa que lo provoque, se aplicará una rebaja de 50% al porcentaje de reembolso establecido en el Plan de Reembolsos, debiéndose acreditar la no cobertura, mediante el timbre “NO BONIFICABLE”.

- Los gastos médicos incurridos en el extranjero tendrán cobertura por esta póliza sólo en caso de Atención de Urgencia sujeto al cumplimiento de las siguientes condiciones copulativas:

  a) Los gastos de las prestaciones deben haber sido reembolsados por el Sistema de Salud Previsional del asegurado.

  b) El asegurado debe tener domicilio o residencia permanente en Chile y la permanencia máxima en el extranjero no podrá superar los 30 días.

  Sujeto al cumplimiento de las condiciones antes referidas, en estos casos los porcentajes de reembolso establecidos en el Plan de Reembolsos se reducirán en 25% con tope anual de 500 UF.

- La Compañía realizará la clasificación de las prestaciones de salud cubiertas por esta póliza en conformidad a las definiciones y rubros de prestaciones contenidas en las Normas Técnicas Administrativas del Arancel Fonasa vigente a la fecha de la respectiva prestación.

- En caso de que el asegurado no se encontrara afiliado a un Sistema Previsional al momento del siniestro, estos gastos serán cubiertos por el seguro aplicando una rebaja y reembolsando solo el 50% de los porcentajes del cuadro "Plan de Reembolsos", previa acreditación de la condición.

- En aquellos casos en que el asegurado esté afiliado a un sistema de salud previsional privado o público y durante la vigencia de esta póliza disminuyera la cobertura otorgada por el sistema previsiónal de salud del asegurado, en comparación a la otorgada al momento de contratar esta póliza en más de un 20% ya sea por voluntad o condiciones ajenas al asegurado, la compañía reducirá el porcentaje de reembolso en 80%.

- Ante situaciones de riesgo vital que afecten al asegurado éste podrá atenderse en otros establecimientos médicos u hospitalarios en Chile con cargo al plan de reembolso establecido en la póliza, sin embargo, en tal caso las prestaciones incurridas serán valorizadas de acuerdo al valor establecido para dichas prestaciones por el arancel de Clínica RedSalud Santiago. Será condición de cobertura en estos casos adjuntar la epicrisis y la ficha de atención de urgencia, antecedentes que deberán ser presentado a la Compañía junto con la solicitud de reembolso.

  Para todos los efectos, se entiende que los casos de riesgo vital son aquellos casos de emergencia o urgencia, en los que existe una condición de salud o cuadro clínico que implique riesgo vital o secuela funcional grave para una persona de no mediar atención médica inmediata e impostergable. La condición de salud o cuadro clínico de emergencia o urgencia debe ser determinada por el diagnóstico efectuado por un médico cirujano, en la unidad de urgencia del centro asistencial en que la persona fue atendida, lo que deberá ser certificado por aquél.

  Los casos de emergencia o urgencia deben provenir de fuera de la clínica u hospital y hacer su ingreso a través de la Unidad de Emergencia. No se considerarán pacientes de urgencia o emergencia aquellos cuya condición de urgencia o emergencia fue diagnosticada anteriormente, por lo que se requiere que la condición clínica se haya producido en forma reciente y no que se trate de un caso crónico.

- En el evento de que RedSalud no esté en condiciones de otorgar alguno de los medicamentos o fármacos hospitalarios prescritos y cubiertos por esta póliza, y derive al asegurado a otro prestador o establecimiento de salud para su adquisición, el asegurado deberá acreditar mediante un documento formal emitido por la respectiva clínica o centro médico RedSalud la derivación al momento de denunciar el siniestro, con lo cual será reembolsado según el “Porcentaje de Reembolso” contenido en la póliza.

- En el caso de prestaciones que por causas imputables a RedSalud no puedan ser otorgadas en alguna de las clínicas y centros médicos que la integran, por lo que su otorgamiento deba efectuarse en centros de salud externos, se reembolsarán los gastos médicos incurridos según Arancel de Clínica RedSalud Santiago.

  Las prestaciones que no se encuentren en el Arancel de Clínica RedSalud Santiago se reembolsarán según el arancel de la Institución de Salud donde se realice la prestación, a excepción de Clínica Las Condes, Clínica Alemana de Santiago, Clínica Universidad de los Andes y Clínica UC Christus San Carlos de Apoquindo donde no se otorgara cobertura.

  Los asegurados deberán solicitar a Clínica RedSalud un certificado que indique en forma detallada la prestación que no se pudo otorgar, junto con las razones de aquello y de la imposibilidad material que impidió su otorgamiento en el centro de salud específico.

  La prestación deberá ser pagada por el asegurado con su Sistema de Salud Previsional. El asegurado deberá gestionar los reembolsos en su Sistema previsional de Salud y, posteriormente, solicitar el reembolso en la Compañía Aseguradora.

- La cobertura de medicamentos ambulatorios es sólo aplicable al reembolso de fármacos directamente relacionados y necesarios para el tratamiento del Evento que activó el pago del beneficio de este seguro, que se encuentre cubierto por esta póliza y haya sido diagnosticado por un médico tratante perteneciente a alguna Clínica o Centro Médico de RedSalud.

- Servicio Privado de Enfermería debe ser derivado por un médico perteneciente a alguna Clínica o Centro Médico de RedSalud y asociado al evento o enfermedades derivadas de éste.

- En caso de una enfermedad o un accidente que haya desencadenado el evento, éste debe ser diagnosticado y/o validado por un médico perteneciente a alguna Clínica o Centro de Médico de RedSalud.

- Bajo la cobertura Complicaciones del embarazo quedarán amparadas todas aquellas patologías que estén directamente relacionadas o sean consecuencia directa del embarazo y cuya presencia u ocurrencia afecte gravemente el desarrollo normal de éste, cuando el embarazo se haya gestado después de la fecha de inicio de vigencia a la póliza. Para efectos de esta definición se entienden como complicaciones del embarazo las siguientes:

  - Colestasia intrahepática del embarazo
  - Placenta creta
  - Eclampsia
  - Incompetencia cervical
  - Infección huevo ovular
  - Amenaza de parto prematuro, sin que éste haya terminado en parto
  - Polihidroamnios
  - Rotura prematura de membranas
  - Distosia del embarazo
  - Hipertensión del embarazo
  - Preeclampsia
  - Placenta previa

  En ningún caso se entenderán incluidos los costos asociados a abortos, cesáreas y parto natural, los cuales no gozarán de cobertura en esta póliza.

  La cobertura por gastos médicos provenientes de complicaciones derivadas del embarazo solo es aplicable respecto del Asegurado Titular, su cónyuge, conviviente civil o no civil con hijos en común.

Evento Cobertura Catastrófica

Para efectos de la Cobertura Catastrófica, el Evento corresponde a todas las prestaciones hospitalarias o ambulatorias asociadas a un diagnóstico por enfermedad o accidente y sus consecuencias posteriores asociadas directamente al diagnóstico principal. El plazo o duración máxima de un evento será de tres (3) años.

En caso de que la enfermedad o accidente que dio origen a un evento objeto de reembolso se prolongue más allá de tres (3) años, y siempre que la póliza se encuentre vigente, éste será considerado como un nuevo evento para todos los efectos, reinstalándose el deducible y el capital asegurado por una vez más. Transcurrido el período máximo de reembolso de seis (6) años por el mismo evento, cesará la obligación de la Compañía en relación con la cobertura que establece esta póliza.

El asegurado podrá presentar más de un evento durante la vigencia de esta póliza, siempre que esté asociado a un diagnóstico distinto.

Cobertura Especial Ambulatoria

Este seguro reembolsa, como complemento del Sistema Previsional de Salud de cada asegurado, los gastos médicos razonables y acostumbrados, en que se haya incurrido efectivamente a consecuencia de una incapacidad cubierta por este contrato de seguro y ocurrida durante la permanencia del asegurado en la póliza todo en los términos porcentuales, límites y topes establecidos en las Condiciones Particulares.

La cobertura Especial Ambulatoria sólo será aplicable a los gastos incurridos en alguno de los establecimientos de salud correspondientes a Redsalud S.A.

Los términos, proporciones, límites y condiciones de cobertura, se encuentran definidos en el Plan de Reembolsos, incluido en el Cuadro de Condiciones y Características siguiente:

COBERTURA ESPECIAL AMBULATORIA

	COBERTURA	% REEMBOLSO PRESTADOR REDSALUD	TOPE UF POR PRESTACIÓN	TOPE UF ANUAL
BENEFICIO AMBULATORIO	Exámenes Laboratorio	20%	1 UF	10 UF
	Exámenes de Imagenología, Radiografía, Unltrasonografías y Medicina Nuclear	20%	1 UF	

No obstante lo anterior, para los casos que a continuación se indican, los términos de cobertura se ajustarán a lo siguiente:

1. La Compañía realizará la clasificación de las prestaciones de salud cubiertas por esta póliza en conformidad a las definiciones y rubros de prestaciones contenidas en las Normas Técnicas Administrativas del Arancel Fonasa vigente a la fecha de la respectiva prestación.

2. Las prestaciones ambulatorias no tipificadas en el Arancel Fonasa que tengan cobertura por esta póliza serán cubiertas por el seguro según lo indicado en el respectivo Plan de Rembolso.



Conoce la Prima de tu Seguro

La prima mensual en UF será calculada en función del tramo de edad y número de los asegurados incluyendo al asegurado titular y dependientes. Por tanto, cada vez que un asegurado dentro del grupo familiar cambie de tramo de edad, el monto de la prima se ajustará según los términos que se establecen en la siguiente tabla. Igual ajuste se efectuará cada vez que se modifique el número de asegurados cubiertos por el seguro.

TRAMO POR EDAD	PRIMA POR ASEGURADO
0- 20	0,23 UF
21 - 30	0,33 UF
31 - 40	0,46 UF
41 - 50	0,53 UF
51 - 60	0,91 UF
61 - 65	1,23 UF
66 - 70	1,67 UF
71 - 75	1,74 UF
76 - 80	1,92 UF
81 - 85	1,98 UF
86 - 90	2,56 UF
Más de 90	3,06 UF

- Periodicidad de pago de la prima: Pago mensual durante la vigencia de la póliza.
- Modalidad de pago de la prima: Tarjeta de crédito y tarjeta de débito.
- Plazo de Gracia: Para el pago de la prima se concede un plazo de gracia de 30 días el cual será contado a partir del primer día del mes de cobertura no pagado.
- Los cargos mensuales en la tarjeta de crédito y/o débito se harán en el equivalente en pesos a la prima que corresponda al período.

Vigencia y Renovación

La cobertura de este seguro es anual con renovación automática por periodos sucesivos e iguales, mientras se cumplan los requisitos de asegurabilidad, se mantenga el asegurado titular al día en el pago de las respectivas primas y se encuentre vigente el seguro colectivo.

DERECHO A RETRACTO

Como asegurado, podrás retractarte del seguro, sin expresión de causa ni cargo alguno, dentro de diez (10) días desde la recepción de la póliza, teniendo a la devolución de la prima que hubiere pagado, a no ser que el evento asociado al seguro ocurra durante ese período de tiempo.

TÉRMINO ANTICIPADO DEL SEGURO

El asegurado podrá comunicar su decisión de terminar anticipadamente el seguro a través del portal Vida Cámara, contenido en el sitio web de la compañía, ingresando con su acceso personal y seleccionando la solicitud correspondiente, o a través de una comunicación escrita dirigida a la compañía.

La terminación del seguro se efectuará a contar de la fecha de recepción en la compañía de la comunicación delasegurado. En los casos que corresponda, se efectuará devolución de prima del periodo de cobertura no consumido.

Requisitos para tu Seguro

COBERTURA	EDAD MÍNIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA
Titular	18 años	69 años y 364 días	Ilimitado
Cónyuge, conviviente civil o conviviente no civil	18 años	69 años y 364 días	Ilimitado
Hijos	Desde el 14avo día de nacimiento	23 años y 364 días	24 años y 364 días
Nietos	Desde el 14avo día de nacimiento	23 años y 364 días	24 años y 364 días
Padre y/o Madre	18 años	69 años y 364 días	Ilimitado

Los asegurados deben ser afiliados o beneficiarios de alguna ISAPRE; FONASA u Otros Sistemas de Salud Previsionales. Los asegurados que cumplan la edad máxima de permanencia durante la vigencia del contrato de seguro, mantendrán su cobertura hasta el término de la vigencia anual del período en que cumplieron la edad máxima de permanencia

Los asegurados titulares deberán llenar un Formulario titulado “Declaración Personal de Salud” y completar las preguntas sobre enfermedades y condiciones de salud preexistente y actividades y deportes, por si y por sus dependientes. Las categorías de cónyuge, conviviente civil y conviviente no civil son excluyentes entre sí; por ello, en cada grupo familiar sólo podrá permanecer vigente una de estas tipologíascompletar las preguntas sobre Enfermedades y condiciones de salud preexistente y Actividades y Deportes, por si y por sus dependientes.

Deducible

La cobertura Catastrófica por Evento está afecta a un deducible de UF 50 por evento para asegurados hasta los 69 años y 364 días y UF 150 para los mayores a 70 años. Este deducible se aplicará por asegurado y será establecido en los primeros gastos médicos presentados por el evento denunciado

Excepcionalmente, los gastos de las siguientes patologías diagnosticadas durante la vigencia del seguro una vez transcurrida la carencia respectiva, se encontrarán sin deducible. Estas son:

- Cáncer
- Infarto al Miocardio
- Accidente Vascular Cerebral
- Trasplante de órganos mayores
- Apendicitis
- Angioplastia por Balón
- Injerto Aórtico
- Cirugía de válvulas cardiacas

La cobertura complementaria de salud no considera la aplicación de deducibles, pero los copagos realizados en base a prestaciones cubiertas por dicha cobertura que tengan relación a un Evento se acumularán en el deducible de la cobertura catastrófica del evento, siempre y cuando el asegurado presente la solicitud de reembolso con diagnostico comprobados por un médico perteneciente a alguna clínica o centro de salud de RedSalud CCHC

Carencia

La cobertura catastrófica tiene un período de carencia de sesenta (60) días, contados desde la vigencia inicial del asegurado, el que será aplicable tanto al asegurado titular como a sus dependientes siempre que la póliza se encuentre vigente. Esta carencia no se considera en caso de accidentes.

El beneficio ambulatorio de la cobertura complementaria de salud contempla un período una carencia de 60 (sesenta) días contados desde la fecha de contratación para las siguientes prestaciones: **Tomografías Computarizadas y Resonancias Magnéticas.**

Preexistencias

Este seguro no cubre preexistencias ni actividades o deportes riesgosos, a excepción del beneficio ambulatorio de la cobertura complementaria de salud, que cubre preexistencias y actividades y deportes riesgosos en la forma señalada en los respectivos certificados de coberturas.

Para estos efectos, no se consideran como incapacidades preexistentes las patologías oncológicas cuando hayan transcurrido más de 5 años desde la finalización del tratamiento radical sin recaída posterior.

Sin perjuicio de lo anterior, en virtud de la Declaración Personal de Salud y actividades y deportes riesgosos efectuada por el asegurado al momento de solicitar su incorporación a la póliza, la Compañía Aseguradora establecerá restricciones y limitaciones especiales de cobertura respecto de situaciones o enfermedades preexistentes o actividades y deportes riesgosos declaradas, las que se entenderán aceptadas por el asegurado una vez firmada la respectiva Declaración Personal de Salud y actividades y deportes riesgosos.

Las restricciones y limitaciones de cobertura que se establezcan en virtud de la Declaración Personal de Salud y actividades y deportes riesgosos del asegurado se detallarán en el certificado de cobertura correspondiente.

Exclusiones

Las exclusiones contempladas en la póliza corresponden a las establecidas en el Artículo 8 de las Condiciones Generales inscritas en la Comisión para el Mercado Financiero bajo el código POL 320230367.

La póliza no cubre gastos médicos en que haya incurrido un asegurado que sean relativos a alguna de las prestaciones, medicamentos, gastos farmacéuticos, procedimientos o estudios que se indican a continuación, o se originen, o sean consecuencia o complicación de alguna incapacidad que se menciona en el presente artículo.

Se encuentran excluidos de cobertura:

A. La hospitalización para fines de reposo, de rehabilitación, como asimismo la hospitalización, consultas, exámenes y/o tratamientos por enfermedades psiquiátricas y/o psicológicas.

B. Curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento.

C. Cirugía y/o tratamientos estéticos, cosméticos, plásticos, dentales, ortopédicos y otros tratamientos que sean para fines de embellecimiento o tengan como finalidad para corregir malformaciones producidas por enfermedades o accidentes anteriores a la fecha de vigencia inicial del asegurado en la póliza.

D. Cirugía plástica, estética, cosmética o reparadora y tratamientos secundarios a dichas cirugías, a menos que sea necesitada por accidental que ocurra mientras el asegurado se encuentre amparado por la póliza.

E. Tratamientos por adicción a drogas, alcoholismo o tabaquismo. Lesión, enfermedad o tratamiento causado por ingestión de alcohol, somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares, o hechos deliberados que cometa el asegurado, tales como los intentos de suicidio, lesiones auto inferidas y abortos provocados.

F. Tratamiento por Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - SIDA - y/o cualquier otro cuadro producido o favorecido por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), sus consecuencias y complicaciones, y por enfermedades asociadas, incapacidades, desórdenes, lesiones, operaciones y tratamientos relacionados con la condición de portador del V.I.H. o el SIDA que padezca el Asegurado.

G. No se consideran para efecto de este seguro como enfermedad la cirugía y/o tratamientos a causa de:

I. Cirugía por obesidad o sobrepeso, independientemente del grado de obesidad o sobrepeso del asegurado, sus tratamientos, consecuencias y complicaciones, excepto cuando se haya contratado la cobertura de Cirugía Bariátrica descrita en el Beneficio de Hospitalización del Artículo N°3 de este condicionado y esté expresamente indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

II. Una Cirugía Maxilofacial, excepto cuando se haya contratado la cobertura de Cirugía Maxilofacial descrita en el Beneficio de Hospitalización del Artículo N°3 de este condicionado y esté expresamente indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

III. Una Cirugía de Rinoplastía y/o Septoplastía, excepto cuando se haya contratado la cobertura de Cirugía de Rinoplastia y/o Septoplastía descrita en el Beneficio de Hospitalización del Artículo N°3 de este condicionado, y esté expresamente indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

IV. Cirugía de reducción o aumento mamario y ginecomastia por cualquier causa, aunque sean para fines terapéuticos.

V. Estudios y tratamientos por talla baja, gigantismo y todo tipo de hormonas del crecimiento, así como también antagonistas LH y RH.

VI. Tratamientos y/o cirugías oculares para vicios o defectos de refracción, tales como, miopía, astigmatismo, hipermetropía, y otras enfermedades oculares.

VII. Esterilización quirúrgica femenina y masculina independiente de la causa por la cual, se indique.

viii. Estudios de diagnóstico y tratamientos y procedimiento que tengan relación con problemas de esterilidad, impotencia masculina o femenina, fertilidad e infertilidad, sus complicaciones y consecuencias.

ix. Tratamientos para adelgazar.

H. Los siguientes insumos o gastos farmacéuticos no se cubrirán, aun cuando éstos sean con fines terapéuticos, ellos son:

i. Insumos ambulatorios no utilizados en una cirugía.

ii. Cualquier tipo de alimento o sustitutos alimenticios, aunque sean con fines terapéuticos.

iii. Homeopatías y/o Recetario Magistral.

iv. Cremas, lociones faciales, jabones, shampo, filtros solares, medias antiembólicas o para el tratamiento de várices.

v. Medicamentos biológicos e inmunoterapias.

I. Lesión o enfermedad causada por:

i. Guerra civil o internacional, sea que esta haya sido declarada o no, invasión y actividades u hostilidades de enemigos extranjeros.

ii. Participación activa del asegurado en rebelión, revolución, insurrección, poder militar, terrorismo, sabotaje, tumulto o conmoción contra el orden público, dentro o fuera del país.

iii. Participación del asegurado en actos calificados como delitos por la ley.

iv. Negligencia, imprudencia o culpa grave por parte del asegurado.

v. Encontrarse el Asegurado bajo los efectos de drogas o alucinógenos o en estado de ebriedad, de acuerdo a la graduación establecida en la legislación vigente a la fecha del hecho constatado mediante la documentación emanada de la autoridad u organismo competente.

vi. Accidentes provocados por conducir un vehículo motorizado en estado de ebriedad, de acuerdo a la graduación establecida en la legislación vigente a la fecha del accidente, constatado mediante la documentación emanada de la autoridad u organismo competente.

vii. Fusión y fisión nuclear o cualquier accidente nuclear.

J. Todo tipo de exámenes dentales, extracciones, empastes, cirugía y/o tratamiento dental en general, como también todo tipo de Cirugía Maxilofacial, a excepción de la necesaria a raíz de un accidente ocurrido durante la vigencia del asegurado en la póliza, sólo serán cubiertas si se ha contratado el beneficio o la cobertura adicional dental correspondiente, en los porcentajes y monto asegurado que para ella se definan en las condiciones particulares de la póliza.

K. Aparatos auditivos, lentes o anteojos ópticos y de contacto, prótesis, órtesis, miembros artificiales y suministro de aparatos o equipos médicos y/u ortopédicos, así como también la adquisición o arriendo de equipos, tales como: sillas de ruedas, camas médicas, ventiladores mecánicos, etc. La compañía de seguros sólo reembolsará o pagará uno o más de estos elementos en la medida que estén expresamente indicados en las Condiciones Particulares bajo la cobertura de Beneficio Ambulatorio.

L. Tratamientos, visitas médicas, exámenes, medicamentos, remedios o vacunas para el sólo efecto preventivo, no inherentes o necesarios para el diagnóstico de una incapacidad, a excepción de los gastos por control de niño sano y control ginecológico que serán reembolsados de acuerdo a la cobertura contratada de la póliza.

M. Hospitalización domiciliaria y la atención particular de enfermería fuera del recinto hospitalario.

N. Gastos por acompañantes, mientras el asegurado se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comidas y similares.

O. Lesión o enfermedad surgidas de la ocupación del asegurado, cubierta por la legislación de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.

P. Epidemias y Pandemias declaradas por la autoridad competente o por el organismo de salud mundial competente, respectivamente.

Q. Gastos médicos provenientes de una hospitalización en que incurra un asegurado o el recién nacido a consecuencia de embarazo, parto, cesárea y sus complicaciones.

R. Situaciones, dolencias o enfermedades preexistentes.

S. Malformaciones y/o incapacidad congénita.*

T. Tratamientos, drogas o medicamentos que sean utilizados habitualmente como método anticonceptivo, aun cuando su prescripción se indique como necesaria para el tratamiento de otra enfermedad distinta al de la anticoncepción. En estos se incluirán anticonceptivos tradicionales o de emergencia, anovulatorios, DIU, métodos de barrera, y otros de similares o distintos principios.

U. Iriología, reflexología y en general tratamientos médicos no tradicionales o experimentales, empíricos y también la medicina alternativa.

V. Realización o participación habitual o no habitual en una actividad o deporte riesgoso, considerándose como tales aquellos que objetivamente constituyan una agravación del riesgo o se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos. A vía de ejemplo, y sin que la enumeración sea taxativa o restrictiva sino que meramente enunciativa, se considera actividad o deporte riesgoso el manejo de explosivos, la minería subterránea, los trabajos en altura o líneas de alta tensión, la inmersión submarina, el pilotaje civil, el paracaidismo, el montañismo, las alas delta, el bungee, el parapente, las carreras de autos y motos, entre otros.

W. Criopreservación, así como la compra de células madre, sangre, hemoderivados y cualquier otro tejido u órgano.

X. Gastos que no estén expresamente indicados en el Cuadro de Beneficios detallado en las Condiciones Particulares de la Póliza, como asimismo, gastos de exámenes y procedimientos a través de nuevas tecnologías no reconocidas por el sistema previsional de salud.

Y. Ambulancia aérea.

Z. La práctica como deportista profesional de alto rendimiento según la Ley 19.712.

AA. Eventos que sean consecuencia del viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase como pasajero o piloto, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.

BB. Eventos ocurridos a Asegurados que, al momento de la contratación del seguro o, en fecha posterior, no estuvieran incorporados a un sistema previsional de salud.

SOY REDSALUD



Contrata 100% Online en redsalud.cl o vidacamara.cl

(*) Para los efectos de la exclusión de cobertura de situaciones, dolencias o enfermedades preexistentes, no se consideran como incapacidades preexistentes las patologías oncológicas cuando hayan transcurridos más de 5 años desde la finalización del tratamiento radical sin recaída posterior.
Los términos del seguro, sus características y demás condiciones se encuentran descritos bajo el código POL 320230367 del Depósito de Pólizas de la Comisión para el Mercado Financiero y en sus respectivas condiciones particulares.

REDSALUD
SOMOS CChC

Vida Cámara
SOMOS CChC



Cruz Verde®

BENEFICIO ADICIONAL

Descuento Fármaco Ambulatorio

Otorga hasta un 70% de descuento en todas las Farmacias Cruz Verde del país* en la solicitud de medicamentos genéricos y bioequivalentes con receta médica.

Sobre el Beneficio Adicional

Descuento Fármaco Ambulatorio

Beneficio adicional que otorga hasta un 70% de descuento en todas las Farmacias Cruz Verde a lo largo del país* en la solicitud de los medicamentos genéricos y bioequivalentes que se indican más adelante recetados por un médico.

El beneficio adicional **se extiende tanto para el asegurado titular como a sus asegurados dependientes,** garantizando una cobertura amplia y equitativa. Para disfrutar de estos descuentos, el asegurado deberá presentar la **receta médica** correspondiente, su **cédula de identidad vigente**, y mencionar el nombre del beneficio adicional al momento de la solicitud de medicamentos. Es importante destacar que estos descuentos **no son acumulables con otras promociones.**

El beneficio adicional cuenta con un **tope maximo de $25.000 (pesos) mensual por beneficiario.**

La receta debe ser presentada antes de los 30 días desde su fecha de emisión, en caso contrario estará vencida. Las recetas a permanencia generan copias de la receta original por hasta 6 meses desde la primera presentación. Después de ese plazo se debe presentar una nueva receta médica.

DESCRIPCIÓN	BENEFICIO
Medicamentos de Marca y Bioequivalentes de Marca	30%
Medicamentos Genéricos y Bioequivalentes Genéricos	70%

Exclusiones del Beneficio Adicional

- Medicamentos no prescritos por un profesional médico cirujano.
- Solicitud de medicamentos fuera de la Red de Farmacias Cruz Verde.
- El descuento aplicará sólo a medicamentos comercializados en Chile.
- No se aceptarán cambios ni devoluciones de los productos

Listado de medicamentos incluídos



*Con excepción de locales o sucursales de Farmacias Cruz Verde ubicados en Cerro Sombrero e Isla de Pascua.

Los beneficios adicionales, descuentos y ofertas son otorgados por Farmacias Cruz Verde S.A., los cuales no constituyen cobertura de seguros, siendo de responsabilidad del prestador el otorgamiento de los beneficios a los asegurados titulares y sus dependientes, la entrega de éstos se ajustará a la vigencia del contrato que mantiene Compañía de Seguros de Vida Cámara S.A y Farmacias Cruz Verde S.A., junto con la continuidad de la póliza de seguros del asegurado.