REDSALUD SOMOS CChC

Sanatorio Alemán

Vida Cámara SOMOS CChC



Entregamos coberturas

Fonasa e Isapres

Seguro

RedSalud Complementario de Salud FULL 25%-50%

SOYREDSALUD

Nuestro **seguro complementario de salud** entrega **cobertura de hasta un 25% en exámenes, consultas y procedimientos y de hasta un 50% en hospitalizaciones** realizadas en **Clínicas y Centros Médicos RedSalud.**

REDSALUD COMPLEMENTARIO DE SALUD FULL 25%-50%

- Día Cama Hospitalización
- Servicios/Medicamentos Hospitalarios
- Honorario Médicos
- Consultas Médicas
- Radiografías
- Exámenes de Laboratorio e Imagenología
- Urgencias

El Seguro RedSalud Complementario de Salud FULL 25%-50% se hace efectivo una vez aplicados los beneficios y coberturas del sistema de salud previsional respectivo, así como también los de cualquier otro beneficio o plan que posea el asegurado titular y sus cargas.

Prima

La prima bruta del **“Seguro RedSalud Complementario de Salud FULL 25%- 50%”** será desde **UF 0,38** por asegurado. El precio varía según el número de asegurados y la tabla de tramo de edades incluido en la póliza.

Cobro

El pago de la prima será con cargo a una tarjeta de débito o crédito. El cobro se realizará sobre el medio de pago seleccionado **por el titular al momento de la contratación de la póliza.**

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

La cobertura anual por asegurado tiene un tope de UF 200, cuya aplicación se realiza de la siguiente manera: Por cada solicitud de reembolso en exámenes, consultas y procedimientos de la cobertura ambulatoria se bonificará un 25% y en hospitalización un 50%, ambos porcentajes en base a la bonificación del copago durante 12 meses o hasta completar el tope de bonificación de UF 200. **Los topes de cobertura se reinician a la renovación de la póliza**, por lo que el tope de cobertura de UF 200 se comienza a contabilizar una vez renovado el seguro por el siguiente **periodo de 12 meses**.

Este seguro cuenta con cobertura en urgencias.

Deducible

Este seguro considera un deducible de UF 0,5 anuales por asegurado.

Preexistencias

Este seguro no cubre preexistencia ni actividades o deportes riesgosos. 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.

Carencias

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 en la medida que estén incluídas en el Plan de Reembolso contenido en este certificado: Tomografías Computarizadas, Resonancias Magnéticas, Procedimientos de Diagnósticos y Procedimientos Terapéuticos no Quirúrgicos.

Sin perjuicio de lo anterior, tratándose de los planes de cobertura complementaria de salud con cobertura Hospitalaria, se aplicará una carencia de 1 (un) año contada desde la fecha de contratación para las siguientes Cirugías Restringidas: Cirugía Bariátrica, Cirugía Rinoplastia y/o Septoplastia y Cirugía Ocular Lásik, indicadas en este documento.

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	0,38 UF
21 - 30	0,52 UF
31 - 40	0,60 UF
41 - 50	0,63 UF
51 - 60	0,67 UF
61 - 65	0,71 UF
66 - 70	0,79 UF
71 - 75	0,81 UF
76 - 80	0,93 UF
81 - 85	0,98 UF
86 - 90	1,18 UF
Más de 90	1,33 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.
- Las primas por asegurado detalladas corresponden al valor bruto (IVA incluido).

Plan de Coberturas

	COBERTURA	PORCENTAJE REEMBOLSO EN REDSALUD	TOPE POR PRESTACIÓN	TOPE ANUAL COBERTURA
BENEFICIOS DE HOSPITALIZACIÓN	DÍA DE CAMA HOSPITALIZACIÓN	50%		
	DÍA DE CAMA UTI/UCI	50%		
	SERVICIOS HOSPITALARIOS	50%		
	HONORARIOS MÉDICOS	50%		
	CIRUGÍA AMBULATORIA	50%		
	MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS	50%		
	PARTO NORMAL	50%		
	CESÁREA	50%		
	COMPLICACIONES DEL EMBARAZO Y PARTO	50%		
	ABORTO NO VOLUNTARIO	50%		
	PRÓTESIS QUIRÚRGICAS	50%	20 UF	
	SERVICIO DE AMBULANCIA TERRESTRE (MÁXIMO 50 KILÓMETROS)	50%		10 UF
	PRESTACIONES NO ARANCELADO	25%	5 UF	
	CIRUGÍAS RESTRINGIDAS	50%	10 UF	
BENEFICIOS AMBULATORIOS	CONSULTAS MÉDICAS Y URGENCIAS	25%		20 UF
	EXÁMENES DE LABORATORIO	25%		
	EXÁMENES DE IMAGENOLOGÍA, RADIOGRAFÍAS, ULTRASONOGRAFÍA Y MEDICINA NUCLEAR	25%		
	PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICOS NO QUIRÚRGICOS	25%		
	*KINESIOLOGÍA	25%		
	CONSULTAS MÉDICAS PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA	25%	1 UF	5 UF
	PRESTACIONES NO ARANCELADAS	20%		

TOPE ANUAL DE COBERTURA EN UF	200 UF

DEDUCIBLE EN UF (POR ASEGURADO)	0,5 UF

*Para la prestación de Kinesiología el tope será de 12 sesiones anuales, manteniendo los porcentajes y topes máximos de reembolso descrito en el plan de cobertura.

Seguro RedSalud Complementario de Salud FULL 25%-50%

SOY REDSALUD





María no se sentía bien y decidió buscar ayuda. Agendó una consulta con un gastroenterólogo en la clínica **RedSalud** más cercana. Al llegar, María se encontró con el obstáculo del costo de la consulta:

Costo de la cobertura	**$60.000**
Cobertura (Fonasa/Isapre)	**$24.000** (40% del valor de la consulta)
Total copago	**$36.000**

Aún con la coberta de salud tendría que desembolsar **$36.000 de su propio bolsillo** al no contar con un seguro complementario.



María descubrió el **Seguro RedSalud Complementario de Salud FULL 25%-50%** que le entregaría un **25% de cobertura** en su copago.

Copago	**$36.000**
Seguro RedSalud Complementario de Salud 25%-50% FULL	**$9.000** (25% sobre el valor del copago)
Total copago	**$27.000**

¡MARÍA SOLO TENDRÍA QUE PAGAR **$27.000** POR SU CONSULTA! Además, este seguro no solo tenía cobertura por consultas médicas, sino también **exámenes, procedimientos y hospitalizaciones.**



Convencida de los beneficios que le brindaría, María decidió contratar el **Seguro RedSalud Complementario de Salud 25%- 50%.**



CON ESTE SEGURO PAGARÍA:

$15.281* / UF 0,38 mensual

Encontró la paz mental que tanto buscaba.

*Valor Seguro RedSalud Complementario de Salud FULL 25%-50%: UF 0,38 mensuales para un titular de 0-20 años sin cargas.
Precios calculados a UF $40.213,45 al 07/05/2026

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 se hubiere presentado siniestros asociados al seguro, ocurridos durante este 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 del asegurado. En los casos que corresponda, se efectuará devolución de prima del periodo de cobertura no consumido.

Requisito de Asegurabiliadad

COBERTURA	EDAD MÍNIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA
Titular	18 años	69 años y 364 días	Ilimitado
Cónyuge, conviviente no civil con hijo en común 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 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.

Sólo podrán ingresar a la póliza los nuevos asegurados dependientes del titular de esta póliza que cumplan con algunas de las siguientes características: i) hijos; ii) cónyuge; iii) conviviente civil, iv) conviviente no civil; v) nietos ; vi) padres y/o madres del asegurado titular. En estos casos la cobertura se iniciará el primer día del periodo de cobertura siguiente al de su aceptación e incorporación al presente seguro, con excepción de los hijos recién nacidos, cuya vigencia se ajustará a lo siguiente:

- Si la Solicitud de Incorporación es presentada a la compañía hasta el día 30 de vida del recién nacido, la vigencia será contar del 14avo día de su nacimiento.
- Si la solicitud de incorporación es presentada a la compañía con posterioridad al día 30 de nacido, la vigencia será a partir del primer día del periodo de cobertura siguiente de la presentación de la solicitud de incorporación.

Sobre la Cobertura Complementaria

El seguro reembolsa, como complemento del Sistema Previsional de Salud de cada asegurado, los gastos médicos razonables y acostumbrados, en que se haya incurrido efectivamente en las clínicas y centros médicos de RedSalud, a consecuencia de una incapacidad cubierta por la póliza y ocurrida durante la permanencia del asegurado en la póliza en los términos porcentuales, límites y topes antes descritos.

No obstante lo anterior, 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. Se excluyen de esta regla los gastos por medicamentos hospitalarios para los asegurados afiliados a FONASA u otros Sistemas Previsionales de Salud, cuyo porcentaje de reembolso será el establecido en el Plan de Reembolso.

- 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 de porcentajes reembolso establecidos en el Plan de Reembolsos se reducirán en 25% con tope anual de 500 UF.

- 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 del 80% sobre los porcentajes del cuadro "Plan de Reembolsos" con tope de 2 UF anual, previa acreditación de la condición.

  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 presentados 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.

- Se otorga cobertura de ambulancia terrestre con un máximo de 50 kilómetros para trasladar al asegurado a RedSalud S.A. o a otro establecimiento médico u hospitalario en Chile, exclusivamente en caso de riesgo vital. El porcentaje de reembolso aplicable será el descrito en el plan de reembolso del asegurado.

- 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 previsión al 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%.

- Las prestaciones ambulatorias y hospitalarias 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.

- 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 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.

- 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 estas condiciones particulares

Informate sobre Cirugías Restringidas

Cirugías Restringidas: La cobertura restringida de las cirugías que se indican a continuación, como su porcentaje de reembolso y topes respectivos, se encuentra detallada en los respectivos planes de reembolsos de las Condiciones Particulares de la póliza.

Cirugía Bariátrica

Si el Índice de Masa Corporal (IMC) es mayor o igual a 40 al momento del diagnóstico se reembolsará o pagará los gastos efectivamente incurridos, provenientes de una hospitalización, en que incurra un asegurado, después de haber cumplido el período de carencia de un (1) año. Los gastos que se cubren bajo esta cobertura son todas aquellas prestaciones definidas en el Condicionado General, en el Artículo 3 letras a, b y c del Beneficio de Hospitalización, todos los cuales se liquidarán bajo esta cobertura según el respectivo Plan de Reembolsos, detallado en el Anexo Cuadro de Condiciones y Características de la Póliza.

Cirugía de Rinoplastía y/o Septoplastía

La compañía de seguros reembolsará o pagará los gastos efectivamente incurridos, provenientes de una hospitalización, en que incurra un asegurado, después de haber cumplido el período de carencia de un (1) año, correspondiente a los gastos de una Cirugía de Rinoplastia y/o Septoplastia. Será requisito para proceder al reembolso la presentación de exámenes de rinomanometría y radiografía de cavidades perinasales con el cual se pueda respaldar el diagnóstico de pérdida funcional. Se cubren bajo esta cobertura todas aquellas prestaciones definidas en el Condicionado General, en el Artículo 3 letras a, b y c del Beneficio de Hospitalización, todos los cuales se liquidarán bajo esta cobertura según el respectivo Plan de Reembolsos, detallado en el Anexo Cuadro de Condiciones y Características de la Póliza.

Cirugía Ocular Lásik

La compañía otorgará cobertura a los gastos derivados del procedimiento de la cirugía ocular Lásik, siempre y cuando el asegurado acredite la necesidad del procedimiento, mediante un informe del médico tratante, con exámenes que lo respalden. Para los casos de Miopía, Hipermetropía y Astigmatismo, se considerará para dar cobertura, que se trate de pérdidas de visión con un mínimo de cinco (5) dioptrías en cada ojo. No se encontrará cubierta la cirugía que sean necesarias para corregir presbicia. Además, para que un asegurado tenga cobertura de la prestación de Cirugía Ocular Lásik debe ser mayor de veinte (20) años de edad a la fecha de la prestación. Se liquidarán bajo esta cobertura según el respectivo Plan de Reembolsos, detallado en el Anexo Cuadro de Condiciones y Características de la Póliza.



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

Principales Exclusiones

Las exclusiones contempladas en esta 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 320230475, a excepción de las exclusiones de cobertura establecida en la letra a), solo en relación a las consultas psiquiátricas y/o psicológicas, dejando por tanto excluido de cobertura las demás prestaciones médicas indicadas en la letra a) de la señalada disposición, la que se procede a levantar por lo que no será aplicables a la presente póliza. Adicionalmente, se procede a levantar la exclusión contenida en la letra f) de la mencionada disposición contractual relativa al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), la que será cubierta según el Plan de Reembolso únicamente respecto de los beneficios hospitalarios siempre y cuando el diagnostico no sea preexistente. Los gastos ambulatorios de esta condición de salud se encuentran expresamente excluidos de toda cobertura.

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 aislamientos.

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 una lesión 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.

II. Una Cirugía Maxilofacial.

III. Una Cirugía de Rinoplastía y/o Septoplastía.

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, aún cuando éstos sean con fines terapéuticos, ellos son:

I. Insumos ambulatorios 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, shampoo, 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 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.

(*) 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 320230475 **del Depósito de Pólizas de la Comisión para el Mercado Financiero y en sus respectivas condiciones particulares.**

SOYREDSALUD



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

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.