

Entregamos
coberturas

Fonasa e
Isapres



Seguro

Complementario de Salud FULL 60%

Nuestro seguro complementaria de salud entrega coberturas de hasta un 60% en exámenes, consultas, procedimientos y hospitalizaciones, y además, entrega una extensión de cobertura en enfermedades y accidentes de alto costo.

- Día Cama Hospitalización
- Servicios Hospitalarios
- Honorario Médicos Quirúrgicos
- Consultas Médicas
- Exámenes de Laboratorio e Imagenología

**SEGURO COMPLEMENTARIO DE SALUD
FULL 60%**

Prima

La prima bruta del "Seguro Complementario de Salud FULL 60%" será desde UF 0,87 mensual 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

Recuerde que la cobertura Complementario complementaria de salud está sujeta a un período de carencia de 60 (sesenta) días, contados desde la fecha de vigencia inicial del asegurado, el que será aplicable tanto al asegurado titular como a sus dependientes, siempre que la póliza se encuentre vigente, para las siguientes prestaciones en la medida que estén incluidas en el Plan de Reembolso: Tomografías Computarizadas, Resonancias Magnéticas, Procedimientos de Diagnósticos y Procedimientos Terapéuticos no Quirúrgicos. Asimismo, para la cobertura Hospitalaria, se aplicará una carencia de un (1) año contada desde la fecha de contratación para las siguientes Cirugías Restringidas: Cirugía Bariátrica y Cirugía Rinoplastia y/o Septoplastia.

Debes saber

La cobertura anual por asegurado tiene un tope de UF 450, cuya aplicación se realiza de la siguiente manera: Por cada solicitud de reembolso en exámenes, consultas, procedimientos y hospitalización, se aplicará un 60% de bonificación en el copago durante 12 meses o hasta completar el tope de bonificación de UF 450. Los topes de cobertura se reinician a la renovación de la póliza, por lo que el tope de cobertura de UF 450 se comienza a contabilizar una vez renovado el seguro por el siguiente período de 12 meses.

Preexistencias

Este seguro no cubre preexistencias. Además, se solicitará completar una declaración de salud al momento de la contratación del seguro. 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

Deducible

Este seguro considera un deducible de UF 1 anuales por asegurado.



Contrata 100% Online en

[vidacamara.cl](https://www.vidacamara.cl)

Plan de Coberturas

Ambulatorio 60% – Hospitalario 60%

COBERTURA		% DE REEMBOLSO	% DE REEMBOLSO REDSALUD	TOPE POR PRESTACIÓN	TOPE ANUAL COBERTURA
BENEFICIOS DE HOSPITALIZACIÓN	DÍA DE CAMA HOSPITALIZACIÓN	60%	80%	4,00 UF	
	DÍA DE CAMA UTI/UCI	60%	80%	4,00 UF	
	SERVICIOS HOSPITALARIOS	60%	80%		
	MATERIALES E INSUMOS	60%	60%		
	HONORARIOS MÉDICOS	60%	60%		
	CIRUGÍA AMBULATORIA	60%	60%		
	MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS	60%	60%		
	PARTO NORMAL	60%	80%		30,00 UF
	CESÁREA	60%	80%		40,00 UF
	COMPLICACIONES DEL EMBARAZO Y PARTO	60%	80%		
	ABORTO NO VOLUNTARIO	60%	80%		15,00 UF
	PRÓTESIS QUIRÚRGICAS	60%	60%	30,00 UF	
	SERVICIO DE AMBULANCIA TERRESTRE (MAX. 50KM)	60%	60%		10,00 UF
	PRESTACIONES NO ARANCELADO	30%	30%	10,00 UF	
CIRUGÍAS RESTRINGIDAS	60%	60%	10,00 UF		
BENEFICIOS AMBULATORIOS	CONSULTAS MÉDICAS	60%	80%	0,50 UF	35,00 UF
	EXÁMENES DE LABORATORIO	60%	80%		
	EXÁMENES DE IMAGENOLOGÍA, RADIOGRAFÍAS, ULTRASONOGRAFÍA Y MEDICINA NUCLEAR	60%	80%		
	PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICOS NO QUIRÚRGICOS	60%	80%		
	KINESIOLOGÍA (*)	60%	80%		
	CONSULTAS MÉDICAS PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA	60%	60%	1,00 UF	5,00 UF
	CONSULTA MÉDICA ATENCION DE URGENCIA	10%	20%		5,00 UF
	PRESTACIONES NO ARANCELADAS	20%	40%		
TOPE ANUAL DE COBERTURA EN UF		450 UF			
DEDUCIBLE EN UF		1 UF			

(*) Para la prestación de Kinesiología el tope será de 12 sesiones anuales, manteniendo los porcentajes y topes máximos de reembolso descritos en el plan de coberturas.
El porcentaje de bonificación del 60% libre elección no es aplicable a todos los prestadores.

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	0,87 UF
21 - 30	0,99 UF
31 - 40	1,11 UF
41 - 50	1,17 UF
51 - 60	1,25 UF
61 - 65	1,30 UF
66 - 70	1,44 UF
71 - 75	1,49 UF
76 - 80	1,72 UF
81 - 85	1,81 UF
86 - 90	2,20 UF
Más de 90	2,50 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).

Vigencia y Renovación

La cobertura de este seguro es anual con renovación automática no garantizada por periodos de un año al final de cada vigencia, mientras se cumplan los requisitos de asegurabilidad y el pago de la prima al día, a menos que alguna de las partes manifieste su opinión en contrario a través de comunicación escrita, con una anticipación de, a lo menos, 60 días corridos a la fecha de vencimiento de la póliza.

DERECHO A RETRACTO

Como asegurado, podrás retractarte del seguro, sin expresión de causa ni cargo alguno, dentro de diez (10) días contados desde la recepción de la póliza teniendo el derecho 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 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 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.

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 tipologías. Los nuevos asegurados dependientes ingresarán al seguro sólo una vez evaluada su solicitud de incorporación y aceptado su ingreso por Vida Cámara.

En estos casos la cobertura se iniciará el primer día del período de cobertura siguiente al de su aceptación en incorporación al seguro, con excepción de los hijos recién nacido, 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.

Carencia

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 incluidas en el Plan de Reembolso: 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 un (1) año contada desde la fecha de contratación para las siguientes Cirugías Restringidas: Cirugía Bariátrica y Cirugía Rinoplastia y/o Septoplastia, las que se encuentran descritas en el artículo 3, numerales 8.1 y 8.2 respectivamente, de las Condiciones Particulares de la póliza de seguros.

Preexistencias

Este seguro no cubre preexistencias, actividades ni 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.

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 cuales forman parte de las Condiciones Particulares de la póliza de seguros.

Bonificación Mínima del Sistema Previsional de Salud (BM)

Si el aporte del sistema de salud previsional del asegurado es menor al 50% del valor de la prestación cuyo reembolso se solicita, el reembolso de la compañía se aplicará sobre el 50% del valor real de la prestación, monto sobre el cual se aplicarán los porcentajes, topes y deducibles del plan contratado. Se exceptúan los medicamentos ambulatorios.

Contrata 100% Online en [vidacamara.cl](https://www.vidacamara.cl)



Sobre la Cobertura Complementaria

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 seguro y ocurrida durante la permanencia del asegurado en la póliza en los términos porcentuales, límites y topes antes descritos.

Los términos, proporciones, límites y condiciones de cobertura, se encuentran definidos en el Plan de Reembolso, detallado en el Anexo 1, "Cuadros de Condiciones y Características de la Cobertura Complementaria de Salud".

Con todo, los porcentajes de bonificación establecidos en el Plan de Reembolso anteriormente mencionado podrán ser incrementados en el porcentaje que se indique para las respectivas prestaciones del referido Plan si éstas son realizadas u otorgadas en las clínicas o centros médicos de Red Salud, siempre que éstas gocen de cobertura en la póliza. Se exceptuarán del incremento porcentual de reembolso, las prestaciones que en el Plan de Reembolsos contemplen un porcentaje de bonificación del 100%.

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.
- 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 Reembolso.

- 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.
- El porcentaje de bonificación será de un 25% con los topes establecidos en el Plan de Reembolso para prestaciones médicas, ambulatorias y hospitalarias realizadas en Clínica Las Condes, Clínica Alemana de Santiago, Clínica Universidad de los Andes, Clínica UC Christus San Carlos de Apoquindo y Centro de la Visión CLC.

Infórmate 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 el plan de reembolso de estas condiciones particulares.

- **CIRUGIA BARIATRICA:** 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 RINOPLASTIA Y/O SEPTOPLASTIA:** 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.



Principales Exclusiones de Cobertura

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 320230476, a excepción de las exclusiones de cobertura establecida en la letra a), solo en relación a las consultas psiquiátricas y/o psicológicas, la que se procede a levantar por lo que no será aplicables a la presente póliza, dejando por tanto excluido de cobertura las demás prestaciones médicas indicadas en la letra a) de la señalada disposición. Adicionalmente, se procede a levantar la exclusión contenida en la letra f) relativa al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), lo que será cubierto según el Plan de Reembolso sólo respecto de los beneficios hospitalarios siempre y cuando el diagnóstico 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 la cobertura:

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

A. Curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamientos.

B. 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.

C. 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.

D. 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.

E. 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:

F. 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.

(*) 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 320230476, del Depósito de Pólizas de la Comisión para el Mercado Financiero y en sus respectivas condiciones particulares. Compañía de Seguros de Vida Cámara S.A. y RedSalud S.A. son empresas relacionadas de acuerdo a lo dispuesto en el Título XVI de la Ley N° 18.046 sobre Sociedades Anónimas, formando parte del grupo empresarial Inversiones la Construcción S.A