

SOY REDSALUD

Entregamos
coberturas

Fonasa
e Isapres

Seguro

RedSalud Complementario de Salud FULL 25%-50% con Extensión Catastrófica

Nuestro **seguro complementario de salud** entrega **cobertura de hasta un 25% en exámenes, consultas y procedimientos y de hasta un 50% en hospitalizaciones**, y además, entrega una extensión de **cobertura en enfermedades y accidentes de alto costo** realizadas en **Clínicas y Centros Médicos RedSalud**.

SOY REDSALUD

¡NUEVO SEGURO!

**REDSALUD COMPLEMENTARIO
DE SALUD FULL 25%-50% CON
EXTENSIÓN CATASTRÓFICA**

- ✓ Día cama Hospitalización
- ✓ Servicios/Medicamentos Hospitalarios
- ✓ Honorario Médico
- ✓ Consultas Médicas
- ✓ Radiografías
- ✓ Exámenes de Laboratorio e Imagenología
- ✓ Urgencias

El Seguro RedSalud Complementario de Salud FULL 25%-50% con Extensión Catastrófica 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% con Extensión Catastrófica**” será desde **UF 0,46** 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.

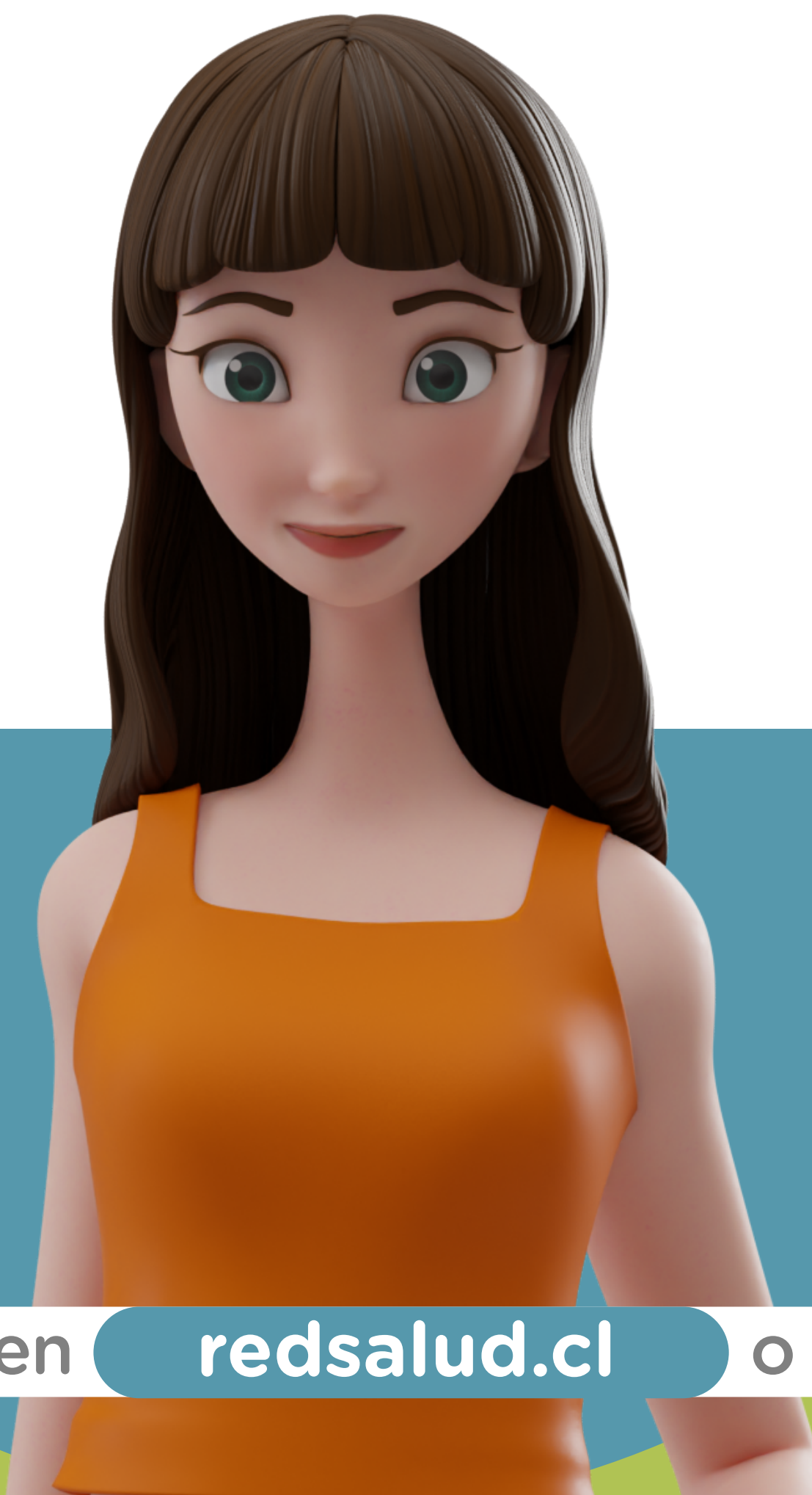
Inicio de Cobertura

Recuerde que algunas prestaciones médicas se encuentran sujetas a un período de carencia, cuyo detalle y alcance se especifica en las Condiciones Particulares de la póliza de seguro.

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.



Contrata 100% online en [redsaud.cl](https://www.redsalud.cl) o [vidacamara.cl](https://www.vidacamara.cl)

Plan de Coberturas

Ambulatorio 25% - Hospitalario 50%

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 SIQUIATRÍA 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.



Plan de Coberturas Extensión Catastrófica

COBERTURA		PORCENTAJE DE REEMBOLSO EN PRESTADOR REDSALUD
BENEFICIOS DE 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 ENFERMERA*	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%
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 Servicio privado de enfermería tendrá tope de 30 días por evento.

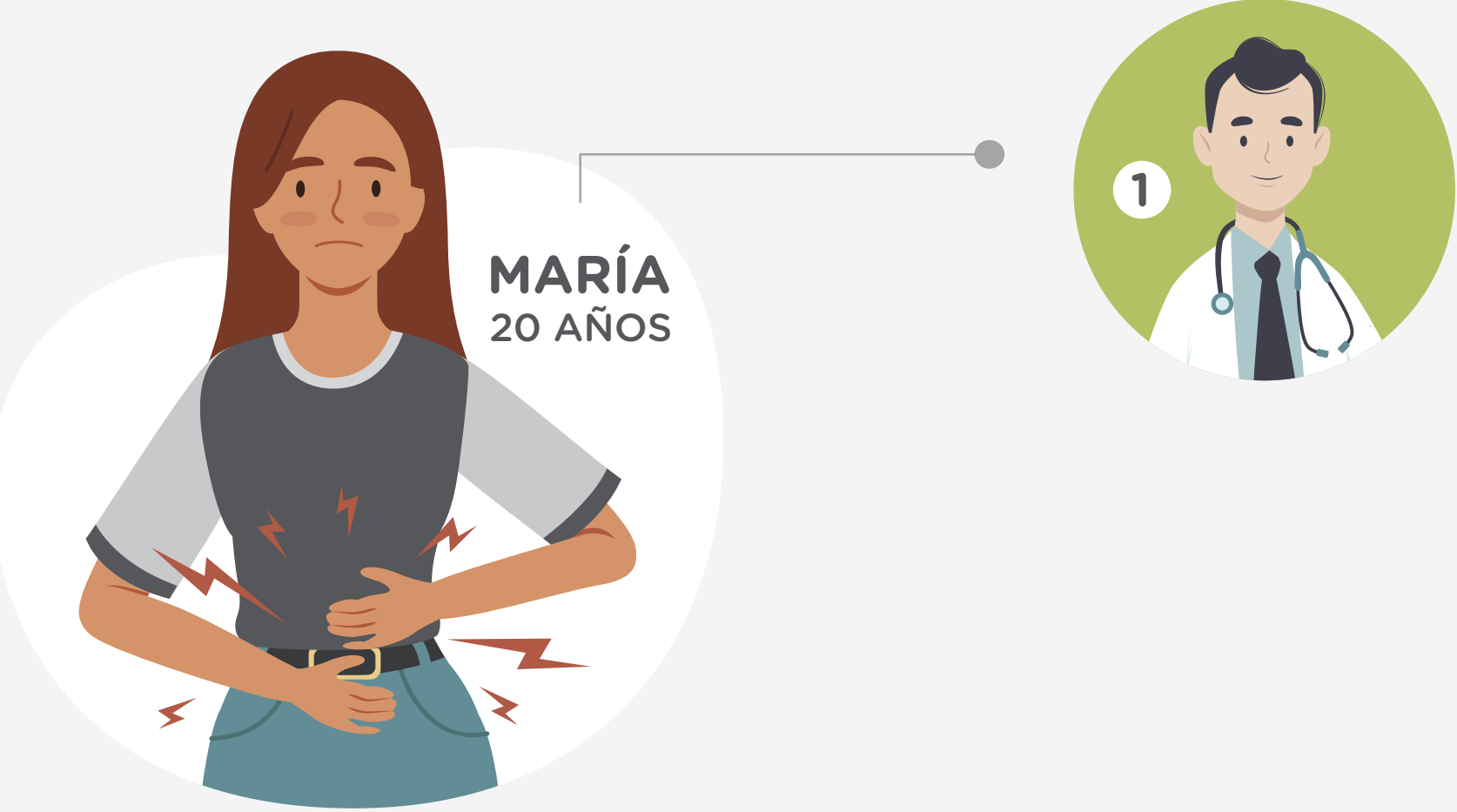
**El tope será de UF 10 por evento y sin límite de eventos, siempre que el asegurado sea hospitalizado.

***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.

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



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

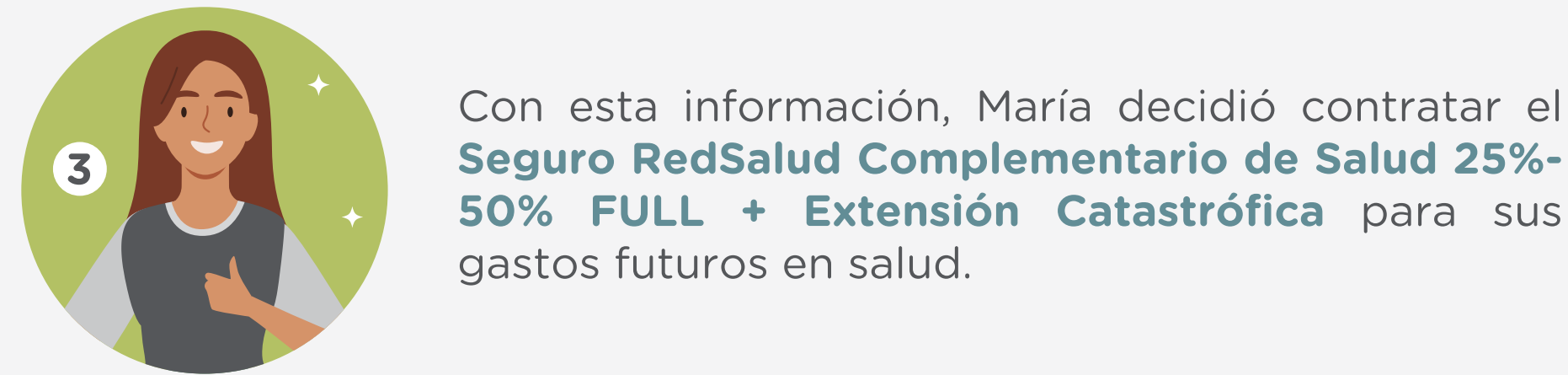
Aún con la coberta de salud tendría que desembolsar **\$36.000 de su propio bolsillo** al no contar con un seguro complementario.



María descubrió el Seguro RedSalud Complementario de **Salud FULL 25%-50% + Extensión Catastrófica** 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**.

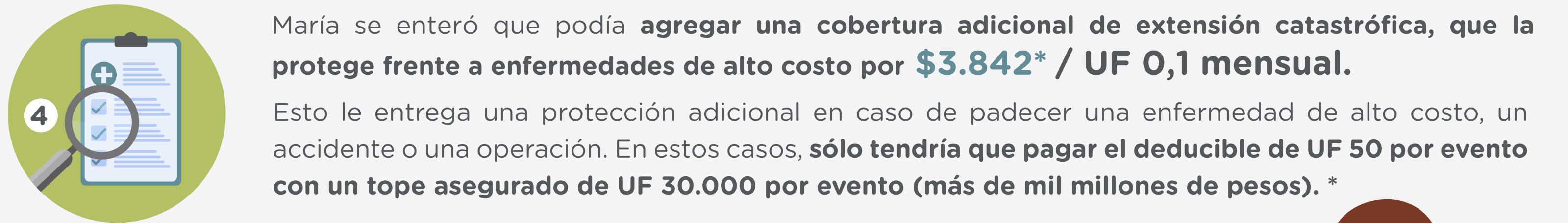


Con esta información, María decidió contratar el **Seguro RedSalud Complementario de Salud 25%-50% FULL + Extensión Catastrófica** para sus gastos futuros en salud.

CON ESTE SEGURO, PAGARÍA:

\$12.977* / UF 0,36 mensual

pero obtendría una protección integral para su salud.



María se enteró que podía **agregar una cobertura adicional de extensión catastrófica, que la protege frente a enfermedades de alto costo por \$3.842* / UF 0,1 mensual**. Esto le entrega una protección adicional en caso de padecer una enfermedad de alto costo, un accidente o una operación. En estos casos, **sólo tendría que pagar el deducible de UF 50 por evento con un tope asegurado de UF 30.000 por evento (más de mil millones de pesos).** *

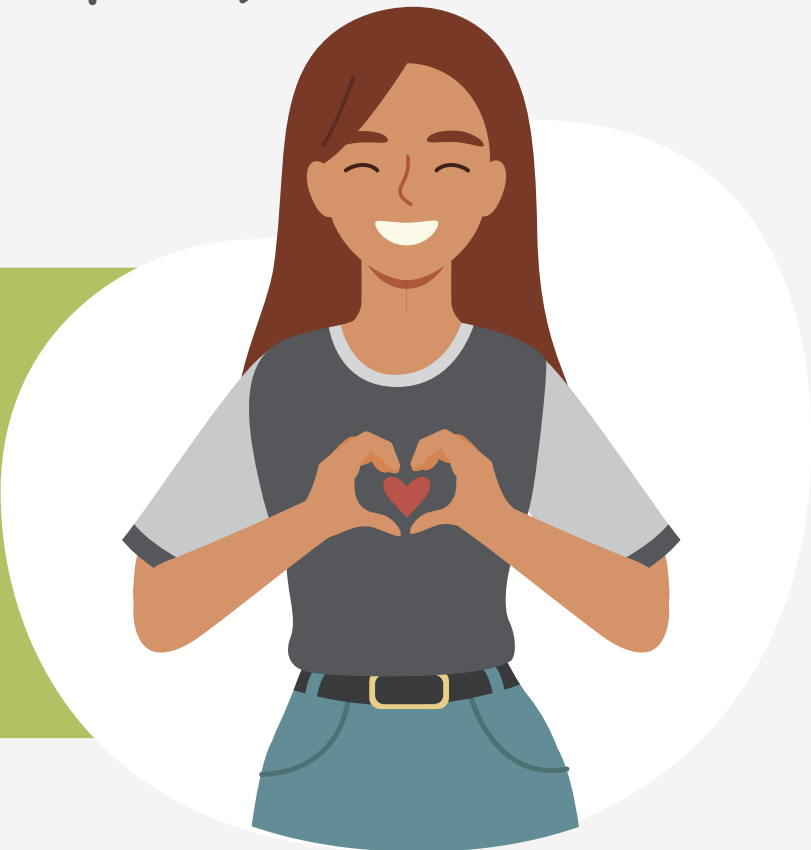
Finalmente, María aseguró su salud con el:
Seguro Complementario de Salud FULL 25%- 50% + Extensión Catastrófica

A CAMBIO DE UNA PRIMA MENSUAL DE:

\$17.511*

/ UF 0,46 mensual

Encontró la paz mental que tanto buscaba.



*Valor Seguro RedSalud Complementario de Salud FULL 25%-50%: UF 0,36 mensuales para un titular de 0-20 años sin cargas.
Valor Seguro RedSalud Complementario de Salud FULL 25%-50% con Extensión Catastrófica: UF 0,46 mensuales para un titular de 0-20 años sin cargas.
Precio calculado a UF \$38.419,17 del día 01-01-2025

Deducible

La cobertura complementaria de Salud considera la aplicación de los deducibles indicados en el Plan de Reembolso contenido en este folleto.

La cobertura de Extensión Catastrófica por Evento está afecta a un deducible de UF 30 o UF 50 por evento para asegurados hasta los 69 años y 364 días y UF 100 o UF 150 para los mayores a 70 años (dependiendo del plan contratado). Este deducible se aplicará por asegurado y será establecido en los primeros gastos médicos presentados por el evento denunciado.

	ASEGURADOS HASTA 69 AÑOS Y 364 DÍAS Para eventos ocurridos hasta el día anterior a aquél en que el asegurado cumpla los 70 años de edad.	ASEGURADOS MAYORES DE 70 AÑOS 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 Plan I	UF 50	UF 150
Deducible Plan II	UF 30	UF 100

El deducible de un mismo evento será acumulativo y podrá ser imputado a las prestaciones otorgadas entre los distintos Prestadores, por lo cual no será necesario acumularlo desde cero en el caso de proseguir el tratamiento de un Evento en un Prestador distinto a aquel donde se inició el tratamiento.

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



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 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 un (1) año contada desde la fecha de contratación para las siguientes Cirugías Restringidas: Cirugía Bariátrica, Cirugía Rinoplastia y/o Septoplastia, y Cirugíe Ocular Lásik, las que se encuentran descritas en este documento.

La cobertura de Extensión 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.

Preexistencia

Este seguro no cubre preexistencia y actividades y 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.



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.

Deducible Plan I - UF 50

TRAMO POR EDAD	PRIMA POR ASEGURADO
0 - 20	0,46 UF
21 - 30	0,64 UF
31 - 40	0,77 UF
41 - 50	0,84 UF
51 - 60	1,06 UF
61 - 65	1,24 UF
66 - 70	1,52 UF
71 - 75	1,57 UF
76 - 80	1,78 UF
81 - 85	1,86 UF
86 - 90	2,32 UF
Más de 90	2,70 UF

Deducible Plan II - UF 30

TRAMO POR EDAD	PRIMA POR ASEGURADO
0 - 20	0,50 UF
21 - 30	0,71 UF
31 - 40	0,87 UF
41 - 50	0,96 UF
51 - 60	1,26 UF
61 - 65	1,51 UF
66 - 70	1,90 UF
71 - 75	1,97 UF
76 - 80	2,22 UF
81 - 85	2,31 UF
86 - 90	2,90 UF
Más de 90	3,40 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 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 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 de Asegurabilidad

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.

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 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.



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



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 los respectivos planes de reembolsos de las Condiciones Particulares de la póliza.

1. CIRUGIA BARIÁTRICA: Si el Índice de Masa Corporal (IMC) es mayor o igual a 40 al momento del diagnóstico sereembolsará 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.
2. 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.
3. 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.

Cobertura Extensión Catastrófica - Evento

Para efectos de la Cobertura de Extensión Catastrófica por Evento, 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. Sin perjuicio de lo anterior, 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 y cuando esté asociado a un diagnóstico distinto.



Sobre la Cobertura de Extensión Catastrófica

Esta cobertura operará una vez consumido el deducible conformado por los copagos incurridos por el asegurado luego de aplicar la cobertura complementaria de salud de la póliza, e indemnizará los gastos razonables y acostumbrados incurridos en exceso de la cobertura del Sistema de Salud Previsional del Asegurado, en los porcentajes y topes indicados en el "Plan de Reembolsos Cobertura Extensión Catastrófica por evento".

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 la póliza.

La cobertura Extensión Catastrófica sólo será aplicable a los gastos incurridos en las clínicas y centros médicos Redsalud. 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 del 50% al porcentaje de reembolso establecido en el Plan de Reembolsos, debiéndose acreditar la no cobertura, mediante el timbre "NO BONIFICABLE". 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 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 díasSujeto al cumplimiento de las condiciones antes referidas, en estos casos los porcentajes 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.
- ✔ 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 estas condiciones particulares.

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

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.



Contrata 100% online en [redsalud.cl](https://www.redsalud.cl) o [vidacamara.cl](https://www.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 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 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 Rinoplastia y/o Septoplastia.
 - 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.

Principales Exclusiones

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.

(*) 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.