REDSALUD
SOMOS CChC

VIDACÁMARA
SOMOS CChC

SOY REDSALUD

Entregamos coberturas
Fonasa e Isapres

Seguro

RedSalud Oncológico

Nuestro **seguro** entrega **cobertura en caso de cáncer** y además otorga una **indemnización en caso del primer diagnóstico de cáncer** realizado en **Clínicas y Centros Médicos RedSalud.**

SOY REDSALUD

REDSALUD ONCOLÓGIGO

- Día cama hospitalización
- Servicios/medicamentos hospitalarios
- Honorarios médico quirúrgicos
- Cirugías ambulatorias
- Consultas médicas
- Exámenes de laboratorio e imagenología

El Seguro RedSalud Oncológico se hace efectivo una vez aplicados los beneficios y coberturas del sistema de salud previsional respectivo, así como también los de cualquier otro beneficio que posea el asegurado titular y sus cargas.

Prima

La prima bruta del **“Seguro RedSalud Oncológico”** será desde **UF 0,16** por asegurado. El precio varía según el número de asegurados y la tabla de tramo de edades incluido en la póliza. El pago de la prima **será con cargo a una tarjeta de débito o crédito**.

Cobro

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

Carencia

Este Seguro tiene una carencia de 60 días desde la vigencia inicial del asegurado. Durante este periodo el capital asegurado sera de 10 UF para las coberturas del seguro. Esto se aplica tanto al titular como a sus dependientes.

Debes saber

COBERTURA ONCOLÓGICA

	ASEGURADOS HASTA 59 AÑOS Y 364 DÍAS Para eventos ocurridos hasta el día anterior a aquél en que el asegurado cumpla los 60 años de edad	ASEGURADOS ENTRE 60 AÑOS HASTA LOS 69 Y 364 DÍAS Para eventos ocurridos a contar del día en que el asegurado cumpla los 60 años de edad hasta los 69 años y 364 días.	ASEGURADOS MAYORES DE 70 AÑOS Para eventos ocurridos hasta el día anterior a aquél en que el asegurado cumpla los 70 años de edad.
Monto asegurado	UF 30.000 por evento	UF 30.000 por evento	UF 5.000 por evento
Deducible	UF 0	UF 50	UF 150

COBERTURA INDEMNIZACIÓN POR PRIMER DIAGNÓSTICO DE CÁNCER

	ASEGURADOS HASTA 69 AÑOS Y 364 DÍAS
Monto asegurado	UF 50

Para los efectos de las coberturas antes mencionadas, el diagnóstico de cáncer que se produzca luego de transcurridos cinco años desde la finalización del tratamiento radical sin recaída posterior de un asegurado que hubiera padecido previamente cáncer, se entenderá como un primer diagnóstico de cáncer y le habilitará, sujeto al cumplimiento de los demás requisitos y condiciones que establece la póliza, para gozar de la indemnización respectiva.

Plan de Coberturas

COBERTURA		PORCENTAJE DE REEMBOLSO EN PRESTADOR REDSALUD CCHC
BENEFICIOS DE HOSPITALIZACIÓN	DÍA DE CAMA MEDICINA, UTI, UCI, INTERMEDIO, RECUPERACIÓN	100%
	SERVICIOS/MEDICAMENTOS HOSPITALARIOS	100%
	HONORARIOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS	100%
	SERVICIO PRIVADO ENFERMERA*	100%
	PRÓTESIS HOSPITALARIAS	100%
	SERVICIO DE AMBULANCIA Y TRANSPORTE TERRESTRE**	100%
BENEFICIOS AMBULATORIOS	CIRUGÍA AMBULATORIA	100%
	CONSULTAS MÉDICAS NO PSIQUIÁTRICAS	100%
	EXÁMENES DE LABORATORIO	100%
	EXÁMENES DE IMAGENOLOGÍA	100%
	PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS	100%
OTRAS COBERTURAS	DROGAS ANTINEOPLÁSTICAS	100%
	RADIOTERAPIA	100%
	QUIMIOTERAPIA	100%
	MEDICAMENTOS AMBULATORIOS PARA EL TRATAMIENTO DE CÁNCER***	50%
	HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA	100%
	CONSULTAS PSIQUIÁTRICAS ASOCIADAS A LA ENFERMEDAD****	100%

*El servicio privado de enfermería tendrá tope de 30 días por siniestro.

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

***La prestación de medicamentos ambulatorios, es sólo para fármacos directamente relacionados y necesarios para el tratamiento del cáncer que activó el pago de beneficios de este seguro, que se encuentre cubierta por esta póliza y haya sido diagnosticada por el médico tratante.

****Con un límite de 30 consultas anuales, la cobertura contempla sólo Médicos Staff de RedSalud.

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	0,16 UF (IVA incluido)
21 - 30	0,24 UF (IVA incluido)
31 - 40	0,34 UF (IVA incluido)
41 - 50	0,41 UF (IVA incluido)
51 - 60	0,72 UF (IVA incluido)
61 - 70	1,24 UF (IVA incluido)
71 - 80	1,43 UF (IVA incluido)
81 - 90	1,65 UF (IVA incluido)
Más de 90	2,46 UF (IVA incluido)

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

Vigencia y Renovación

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

DERECHO A RETRACTO

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

TÉRMINO ANTICIPADO DEL SEGURO

El asegurado podrá comunicar su decisión de terminar anticipadamente el seguro a través del portal Vida Cámara, contenido en el sitio web de la compañía, ingresando con su acceso personal y seleccionando la solicitud correspondiente, o a través de una comunicación escrita dirigida a la compañía.
La terminación del seguro se efectuará a contar de la fecha de recepción en la compañía de la comunicación del asegurado. En los casos que corresponda, se efectuará devolución de prima del periodo de cobertura no consumido.

Requisitos para tu seguro

1.- Requisitos de edad:

COBERTURA ONCOLÓGICA	EDAD MÍNIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA
Titular	18 años	69 años y 364 días	-
Cónyuge, conviviente civil o conviviente no civil con hijos en común	18 años	69 años y 364 días	-
Hijos	Desde 14avo día de nacimiento	22 años y 364 días	23 años y 364 días

COBERTURA INDEMNIZACIÓN POR PRIMER DIAGNÓSTICO DE CÁNCER	EDAD MÍNIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA
Titular	18 años	69 años y 364 días	70 años y 364 días
Cónyuge, conviviente civil o conviviente no civil con hijos en común	18 años	69 años y 364 días	70 años y 364 días
Hijos	Desde 14avo día de nacimiento	22 años y 364 días	23 años y 364 días

2.- Los asegurados deben ser afiliados o beneficiarios de alguna ISAPRE, FONASA u otros sistemas de salud previsionales.
3.- Los titulares deberán llenar una Propuesta y completar las preguntas sobre enfermedades preexistentes y situaciones de salud preexistentes por si y por sus dependientes.

Los asegurados que cumplan la edad máxima de permanencia durante la vigencia del contrato de seguro mantendrán su cobertura hasta el término de vigencia de la póliza.
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.

Evento Cobertura Oncológica

Para efectos de la Cobertura Oncológica, el Evento corresponde a todas las prestaciones hospitalarias o ambulatorias asociadas a un diagnóstico de cáncer 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 el cáncer que dio origen a un evento objeto de reembolso se prolongue más allá de tres (3) años, y siempre que la póliza se encuentre vigente, éste será considerado como un nuevo evento para todos los efectos, reinstalándose el deducible y el capital asegurado por una vez más. Transcurrido el período máximo de reembolso de seis (6) años por el mismo evento, cesará la obligación de la Compañía en relación con la cobertura que establece esta póliza.
El asegurado podrá presentar más de un evento durante la vigencia de esta póliza, siempre que esté asociado a un diagnóstico distinto.

Cobertura Oncológica

Este seguro reembolsará los gastos médicos razonables, acostumbrados y efectivamente incurridos por el asegurado, a partir del primer diagnóstico de cáncer cubierto por la póliza, y una vez que el asegurado haya hecho uso de su Sistema de Salud Previsional, público o privado, seguros complementarios u otros beneficios contratados por el asegurado, de acuerdo a los porcentajes, montos asegurados, límites, periodos, deducibles y condiciones de cobertura que se describen en la póliza. Para los casos que a continuación se indican, los términos de cobertura se ajustarán a lo siguiente:

- En aquellos casos en que el asegurado este afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, y las prestaciones o gastos reclamados se encuentren tipificadas en el Arancel Fonasa vigente a la fecha de la prestación, y no cuenten con bonificación, aporte y/o reembolso mayor que cero (0) en tales instituciones, independiente de la causa que lo provoque, se aplicará una rebaja de 50% al porcentaje de reembolso establecido en el Plan de Reembolsos debiéndose acreditar la no cobertura, mediante el timbre “NO BONIFICABLE”.
- Los gastos médicos incurridos en el extranjero tendrán cobertura por esta póliza sólo en caso de Atención de Urgencia sujeto al cumplimiento de las siguientes condiciones copulativas:
  a) Los gastos de las prestaciones deben haber sido reembolsados por el Sistema de Salud Previsional del asegurado.
  b) El asegurado debe tener domicilio o residencia permanente en Chile y la permanencia máxima en el extranjero no podrá superar los 30 días.
  Sujeto al cumplimiento de las condiciones antes referidas, en estos casos los porcentajes reembolso establecidos en el Plan de Reembolsos se reducirán en 25% con tope anual de 500 UF.
- La Compañía realizará la clasificación de las prestaciones de salud cubiertas por esta póliza en conformidad a las definiciones y rubros de prestaciones contenidas en las Normas Técnicas Administrativas del Arancel Fonasa vigente a la fecha de la respectiva prestación.

- En caso de que el asegurado no se encontrara afiliado a un Sistema Previsional al momento del siniestro, estos gastos serán cubiertos por el seguro aplicando una rebaja y reembolsando solo el 50% de los porcentajes del cuadro "Plan de Reembolsos", previa acreditación de la condición.
- En aquellos casos en que el asegurado esté afiliado a un sistema de salud previsional privado o público y durante la vigencia de esta póliza disminuyera la cobertura otorgada por el sistema 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%.
- 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.
- El diagnóstico de cáncer debe haber sido realizado o confirmado por un especialista oncólogo de RedSalud a través del respectivo informe anátomo patológico.
- En el evento de que RedSalud no esté en condiciones de otorgar alguno de los medicamentos o fármacos hospitalarios prescritos y cubiertos por esta póliza, y derive al asegurado a otro prestador o establecimiento de salud para su adquisición, el asegurado deberá acreditar mediante un documento formal emitido por la respectiva clínica o centro médico RedSalud la derivación al momento de denunciar el siniestro, con lo cual será reembolsado según el “Porcentaje de Reembolso” contenido en la póliza.
- La cobertura de medicamentos ambulatorios es sólo para fármacos directamente relacionados y necesarios para el tratamiento del Evento que activó el pago de beneficios de este seguro, que se encuentre cubierto por esta póliza y haya sido diagnosticado por el médico tratante quien debe pertenecer a RedSalud CCHC.
- El Servicio Privado de Enfermera debe ser derivado por un médico de Redsalud y asociado al evento o enfermedades derivadas de este.

- En el caso de prestaciones que por causas imputables a RedSalud CCHC 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 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.

INCORPORACIÓN Y EXCLUSIÓN DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

1. Incorporación de Asegurados Dependientes:

a) Para la inclusión de asegurados dependientes cada persona deberá cumplir con los requisitos de asegurabilidad de la póliza.

b) En el caso de que el asegurado titular requiera incorporar un nuevo asegurado dependiente, deberá completar y firmar una nueva Propuesta, Solicitud de Incorporación u otro documento que haga sus veces y las correspondientes preguntas de enfermedades y condiciones de salud preexistente, referida al nuevo asegurado a través de los medios que la compañía ponga a disposición del asegurado para estos efectos.

c) Los nuevos asegurados dependientes ingresarán al presente seguro sólo una vez evaluada su solicitud y aceptado su ingreso por parte de la compañía. En estos casos la cobertura se iniciará el primer día del periodo siguiente de cobertura 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 comenzará a contar del 14avo día de su nacimiento.
- Si la solicitud de incorporación es presentada a la compañía con posterioridad al día 30 de vida del recién nacido, la vigencia comenzará el primer día del periodo de cobertura siguiente al de la aceptación de la solicitud de incorporación.

2. Exclusión de Asegurados Dependientes:

Para la exclusión de asegurados dependientes, el contratante podrá realizarla a través de la página web u otro medio que la compañía disponga para ello donde indicará el asegurado a eliminar, excluyéndose a partir de la fecha del final del período de cobertura mensual.

3. Ajuste de prima por inclusión y exclusión de asegurados dependientes:

En caso de incluir o excluir un asegurado dependiente la prima mensual será ajustada según la cantidad de asegurados del grupo familiar y tabla de ajuste de primas indicada en la póliza a partir del siguiente período de cobertura mensual.

Principales Exclusiones

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA ONCOLÓGICA

Las exclusiones contempladas en esta Póliza, corresponden a las establecidas en el Artículo 5 de las Condiciones Generales inscritas en la CMF bajo el código POL320240074.

Se encuentran excluidos de cobertura:

a) Curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamientos.

b) El cáncer cérvico uterino in situ; cáncer de otra ubicación in situ, y lesiones premalignas

c) El cáncer a la piel, con excepción del melanoma maligno

d) Ninguna enfermedad o accidente que no sea cáncer

e) 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.

f) Medicamentos, remedios, drogas e insumos, con excepción de los prescritos bajo el Beneficio de Hospitalización establecido en el punto b. del subíndice I y aquellos prescritos bajo la cobertura de Medicamentos Ambulatorios para el Tratamiento del Cáncer establecido en el subíndice III del Artículo 2º precedente. No se cubrirán recetas magistrales y remedios naturales.

g) Tratamientos, visitas médicas, exámenes, medicamentos, remedios o vacunas para el sólo efecto preventivo, no inherente ni necesario para el diagnóstico de cáncer.

h) Gastos por acompañantes, mientras el asegurado se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comida y similares.

i) Tratamientos efectuados a través de medios de medicina alternativa, tales como: acupuntura, iriología, reflexología, quiropraxia, etc.

j) Gastos que no estén expresamente indicados en el cuadro de coberturas y tope de reembolso 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 de Salud Previsional, los cuales serán cubiertos siempre que exista un pronunciamiento de la compañía aseguradora y de Fonasa, o el organismo que en el futuro lo reemplace, en ese sentido.

k) Crio preservación. Compra de células madre, sangre, hemoderivados y cualquier otro tejido u órgano.

l) Enfermedades, dolencias o situación de salud preexistentes . Para estos efectos, no se considerarán como enfermedades, dolencias o situaciones de salud preexistentes las patologías oncológicas cuando hayan transcurrido más de 5 años desde la finalización del tratamiento radical sin recaída posterior.

Principales Exclusiones

m) Tratamientos y/o estudios y/o protocolos de tipo experimental o de investigación clínica, que corresponden a esquemas de tratamiento no habituales, fuera de las recomendaciones de tratamiento con niveles de evidencia I o II del NCCN (National Comprehensive Cancer Network) para los diferentes cánceres y sus estados clínicos.

n) La rehabilitación de efectos secundarios al cáncer y/o tratamiento, y los tratamientos de patologías benignas asociadas, si han transcurridos menos de 5 años desde la finalización del tratamiento radical de la patología oncológica que ocasionó dichos efectos, sin recaída posterior.

o) 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.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA INDEMNIZACIÓN POR PRIMER DIAGNÓSTICO DE CÁNCER

Las exclusiones contempladas en esta Póliza, corresponden a las establecidas en el Artículo 3 de las Condiciones Generales inscritas en la CMF bajo el código POL320240075.

Esta póliza no cubre:

a) Ninguna enfermedad o accidente que no sea cáncer

b) El cáncer cérvico uterino in situ

c) El cáncer a la piel, con excepción del melanoma maligno.

Los términos del seguro, sus características y demás condiciones se encuentran descritos bajo el código POL 320240074 y POL 320240075 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.