

CARATULA UNIFORME PARA POLIZAS DE SALUD HOSPITALARIO

NOMBRE DEL PLAN: SEGURO DE SALUD HOSPITALARIO

MONTO MÁXIMO DE COBERTURA:

UF 1000 anuales por beneficiario

DEDUCIBLE: Individual UF 6,8 anuales

VIGENCIA POLIZA**: Desde 1 de diciembre de 2025 al 30 de noviembre de 2026

SISTEMA DE RENOVACIÓN

<input type="checkbox"/>	Póliza de plazo indefinido sin condiciones
<input type="checkbox"/>	Póliza de plazo indefinido condicionada
<input type="checkbox"/>	Póliza de plazo indefinido (condicionada o no) con término anticipado y renovación no garantizada
<input checked="" type="checkbox"/>	Póliza de plazo definido y renovable con condiciones
<input type="checkbox"/>	Póliza de plazo definido simple

SISTEMA MODIFICACIÓN DE PRIMA

<input checked="" type="checkbox"/>	Póliza con prima fija
<input type="checkbox"/>	Póliza con prima ajustable según contrato
<input type="checkbox"/>	Póliza con prima ajustable por la compañía

REGLAS SOBRE PREEEXISTENCIAS

<input type="checkbox"/>	Póliza sin exclusión de enfermedades preeexistentes
<input type="checkbox"/>	Póliza con exclusión específica de enfermedades preeistentes
<input checked="" type="checkbox"/>	Póliza con exclusión general de enfermedades preeistentes

REGLAS SOBRE EXCLUSIONES:

*Para mayor detalle léase el artículo pertinente de las condiciones Generales.

**En caso de existir más de un monto de cobertura o deducible, se debe indicar la tabla donde los montos están especificados, ya sea adjunta a este formulario o en la página de la póliza respectiva.

Nota: Al reverso de esta carátula están definidos los conceptos utilizados en esta página para identificar el tipo de póliza de seguro ofrecida o contratada.

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS UTILIZADOS

1. Tipos De pólizas de seguro de salud en relación a su finalidad.

1.1. Póliza de cobertura general de gastos médicos

Aquella que cubre todo o parte de los gastos médicos efectuados por el asegurado, sin que estén limitados a ciertas enfermedades específicas, a enfermedades calificadas como catastróficas o a cubrir el saldo no cubierto por otros seguros de salud, públicos o privados.

1.2. Póliza de cobertura de gastos médicos para enfermedades específicas.

Aquella que cubre los gastos médicos efectuados por el asegurado respecto de ciertas enfermedades o patologías que se especifican en la póliza.

1.3. Póliza de cobertura complementaria de gastos médicos.

Aquella que cubre todo o parte de los gastos médicos efectuados por el asegurado, en la parte que no son cubiertos por el sistema de salud privado o público al que está afiliado.

1.4. Póliza de cobertura catastrófica.

Aquella que cubre todo o parte de los gastos médicos efectuados por el asegurado, limitados a enfermedades identificadas genérica o específicamente y siempre que su costo de atención supere un cierto monto mínimo que se especifica, esto es, un deducible o franquicia, según sea el caso, señalado en la póliza.

2. Tipos De pólizas de seguro de salud en relación a su vigencia.

2.1. Póliza de plazo indefinido sin condiciones.

En que la cobertura no está sujeta a plazo, ni a ningún requisito diferente de los cumplidos a la fecha de suscripción, salvo el pago de la prima, en las condiciones de la cobertura señaladas en la póliza. Se incluirán en este tipo las pólizas cuyo plazo es mayor a los 10 años.

2.2. Póliza de plazo indefinido condicionada.

Aquella en que la cobertura no está sujeta a plazo determinado sino al cumplimiento de alguna de las condiciones objetivas definidas en la póliza, tales como siniestralidad máxima en ciertos períodos de tiempo, límites de edad y otras semejantes, pudiendo la compañía ponerle término cuando alguna de ellas se cumpla. La sola voluntad de la compañía no podrá ser una de estas condiciones.

2.3. Póliza de plazo indefinido (condicionada o no) con término anticipado y renovación garantizada.

Aquella cuya vigencia no está sujeta a un plazo determinado, pero en que cualquiera de las partes le puede poner término.

2.4. Póliza de plazo limitado y renovable con condiciones.

Aquella cuya vigencia está sujeta a un plazo determinado, pero que se entiende renovada en caso de cumplirse con ciertas condiciones que se determinan objetivamente. Se entienden incluidas aquellas pólizas en que la renovación esté condicionada a la aceptación del asegurado de cambios en las primas o en las coberturas, siempre que estos cambios se encuentren dentro de marcos objetivos que se establezcan en la póliza original.

2.5. Póliza de plazo limitado simple.

Aquella cuya vigencia está sujeta a un plazo determinado, sin cláusula de renovación, y que no puede ser terminada antes de ese plazo sino por las causas señaladas en la propia póliza

3. Tipos De pólizas de seguro de salud en relación a la prima o precio

3.1. Póliza con prima fija.

Aquella en que la prima no está sujeta a ajuste o modificación durante su vigencia.

3.2. Póliza con prima ajustable según contrato.

Aquella en que la prima está sujeta a ajuste durante su vigencia, de acuerdo a parámetros objetivos establecidos en ella y que no pueden ser modificados por la compañía.

3.3. Póliza con prima ajustable por la compañía.

Aquella en que la compañía se reserva el derecho de ajustar la prima en cualquier tiempo, con la periodicidad y dentro del marco que se especifica en la póliza. En esta póliza el asegurado siempre tendrá derecho a ponerle término cuando no esté de acuerdo con el cambio de prima.

4. Tipos De pólizas de seguro de salud en relación a las preexistencias.

4.1. Póliza sin exclusión de enfermedades preexistentes.

Aquella en que la cobertura no excluye enfermedades contraídas o diagnosticadas con anterioridad a la fecha de suscripción.

4.2. Póliza con exclusión específica de enfermedades preexistentes.

Aquella en que la cobertura no excluye enfermedades contraídas o diagnosticadas con anterioridad a la fecha de suscripción, salvo las que se identifican específicamente en la póliza. Es obligación del asegurado declarar las preexistencias que tenga.

4.3. Póliza con exclusión general de enfermedades preexistentes.

Aquella en que la cobertura excluye las enfermedades contraídas o diagnosticadas con anterioridad a la fecha de suscripción, sin que éstas se especifiquen en la póliza. Es obligación del asegurado declarar las preexistencias que tenga.

CONDICIONES PARTICULARES POLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE SALUD

Help Seguros de Vida S.A., en consideración a la Solicitud de Incorporación presentada por **UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE CHILE** (en adelante el “Contratante”) y del asegurado, la Declaración Personal de Salud del asegurado, la cotización ofrecida, las Condiciones Generales respectivas y las Condiciones Particulares que a continuación se detallan, acepta por medio de la presente póliza en asegurar lo siguiente:

Nº de Póliza	Inicio Vigencia	Término Vigencia
10471	01 de diciembre de 2025	30 de noviembre de 2026

Contratante	
Nombre	: UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE CHILE
RUT	: 60.911.000-7
Dirección	: AV. LIBERTADOR BERNADO O'HIGGINS 3363
Comuna	: ESTACION CENTRAL
Ciudad	: SANTIAGO
Región	: METROPOLITANA

Grupo Asegurado	
Nombre	: SERVICIO DE BIENESTAR DEL PERSONAL USACH Y PENSIONADOS

Coberturas	Nombre Coberturas	Condiciones Generales	Tope Máximo Anual por Beneficiario (UF)
Salud Hospitalario	Seguro de Salud Hospitalario	POL 3 2024 0008	1000

Datos de Cobranza	
Periodicidad de Pago	: MENSUAL
Tipo de Cobranza	: VENCIDA
Fecha Corte Altas y Bajas	: Hasta el día 10 o hábil anterior de cada mes.
Envío de Cobranza	: Día 17 de cada mes.
Día de Pago	: Dentro de los primeros 30 días una vez recibida la factura.
Moneda	: UF, en pesos al valor de la unidad de fomento correspondiente al día 09 del mes de cobertura en cobro.

Datos Facturación	
Nombre	: UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE CHILE
RUT	: 60.911.000-7
Dirección	: AV. LIBERTADOR BERNADO O'HIGGINS 3363
Comuna	: ESTACION CENTRAL
Ciudad	: SANTIAGO
Región	: METROPOLITANA
Tipo Facturación	: ANTICIPADA CON ORDEN DE COMPRA

Intermediario	
Nombre	: FR GROUP CORREDORES DE SEGUROS
RUT	: 79.619.240-2
Comisión	: 10% de la prima neta recaudada más IVA

Artículo N°1: Primas y Efecto del No Pago de Primas.

La prima mensual de este seguro para las coberturas de Salud y Adicionales son las detalladas en el cuadro siguiente y se expresarán en UF:

Asegurado Personal USACH y Pensionados	Prima Neta Mensual (UF) Salud Hospitalario
Titular sólo	0,198403
Titular con 1 carga	0,357143
Titular con 2 o más cargas	0,515798

En ampliación a lo establecido en el Artículo N°12 de las Condiciones Generales de la póliza de **Seguro Colectivo Complementario de Salud**, se establece lo siguiente:

- a) La prima respectiva deberá ser pagada en forma mensual dentro de los 30 primeros días del mes siguiente a recibida la factura respectiva.
- b) El contratante se compromete a efectuar el pago de las primas desde el inicio de la vigencia del seguro. El atraso por parte del contratante en más de 60 días de la fecha pactada determinará el término de la cobertura del seguro, respecto de los asegurados cuyas primas no se hubieren pagado. Por lo tanto, no se indemnizarán los siniestros que ocurran después de los 60 días de gracia.
- c) La cobranza se efectuará en forma mensual en base a la información de los asegurados titulares y cargas actualizadas, remitida por el Contratante.
- d) Se deja constancia que la cobranza de las primas se efectuará en función de los movimientos y/o modificaciones a las características de los asegurados vigentes, por consiguiente, las diferencias que se generen se reflejarán en la cobranza del mes siguiente.
- e) El pago de primas e indemnizaciones por siniestros cubiertos será en Unidades de Fomento (UF), convertidas a pesos chilenos al correspondiente día de pago convenido (Valor UF al día 09 del mes de cobertura).

Modalidad de Financiamiento:

- **Modalidad Contributoria:** BIENESTAR 50% - AFILIADO 50%

Artículo N°2: Requisitos de Asegurabilidad

1. Podrán ingresar al seguro:
 - a) Todos los trabajadores con contrato indefinido en la entidad contratante y que desempeñan activamente funciones propias de sus cargos.
 - b) Todos los nuevos trabajadores que se encuentren en buenas condiciones de salud (no podrán estar hospitalizadas), sin síntomas ni padecimientos de enfermedad. Los nuevos asegurables que se encuentren haciendo uso de licencia médica, no podrán incorporarse hasta el término de su licencia y previa aprobación de su solicitud por parte de la Compañía.
2. No podrán ingresar a la póliza, los asegurados que superen las siguientes edades máximas:

Asegurado	Edad Máxima de Ingreso (hasta)	Edad Máxima de Permanencia (cumpliendo)
Titular, Cónyuge o Conviviente	64 años	80 años
Hijos	23 años (**)	28 años (**)
Cargas Duplo	Sin límite de edad	Sin límite de edad

(*) La condición de permanencia hasta los 80 años para titular, cónyuge/conviviente regirá siempre y cuando el funcionario siga perteneciendo al Bienestar de la Universidad.

(**) Los hijos mayores a 18 años deben cumplir con los siguientes requisitos: soltero, carga legal del asegurado titular, con dependencia económica de sus padres y alumno regular de Institución Superior reconocida legalmente por el Estado.

Los hijos solteros mayores de 18 años vigentes en la póliza, que cuenten con Isapre o Fonasa y que dependan económicamente del titular, y que por razones de salud deban suspender sus estudios y no puedan acreditar su condición de estudiantes, podrán solicitar su permanencia en el seguro proporcionando los antecedentes médicos que respalden su situación. Cada caso será evaluado con los antecedentes médicos, previa solicitud del Contratante.

Se extiende la edad de permanencia para cargas hijos hasta los 28 años. Esta condición regirá siempre que cuenten con algún sistema previsional de salud (Isapre o Fonasa), sean solteros y dependan económicamente del titular.

Las cargas mayores de 24 años y hasta los 28 años, NO serán excluidas de la póliza hospitalaria voluntaria al momento de la renovación y permanecerán vigentes con la aplicación del recargo correspondiente, salvo que el asegurado titular solicite lo contrario.

Cabe señalar que estas cargas NO deberán acreditar su condición de estudiantes, ya que será el Contratante quien vele por el cumplimiento de los requisitos de permanencia descritos precedentemente.

3. Para los seguros de salud hospitalario y Catastrófico, se consideran asegurados dependientes el grupo familiar del asegurado titular que se encuentre afiliado a una Isapre o Fonasa, según el siguiente detalle:

- a. Cónyuge
- b. Hijos
- c. Conviviente con hijos en común
- d. Hijos del o la conviviente, siempre y cuando existan hijos en común
- e. Cargas legales
- f. Cargas duplo

Las **cargas “conviviente”** podrán ser incorporadas sólo si es permitido por el Contratante mediante aceptación por escrito y con timbre que lo avale. Bajo esta condición, no está permitido la incorporación de cónyuge y conviviente de forma simultánea, ni más de una conviviente en la póliza, ni puede ser reemplazada durante una misma vigencia, quien adicionalmente debe cumplir con todos los requisitos de asegurabilidad de la póliza.

Las **cargas “Duplo”**, entiéndense por ellos los hijos con discapacidad determinada por una Caja de Compensación y que sean carga legal del Asegurado Titular, Cónyuge o Conviviente con o sin hijos en común.

- 4. Cumpliendo con los requisitos anteriormente señalados, los asegurados deberán optar al seguro dentro de un plazo máximo de 30 días contados desde la fecha que califican para ingresar a la póliza (es decir, dentro de los 30 días siguientes de la fecha de inicio de su contrato, para el caso de los asegurables titulares) y su vigencia regirá desde la fecha de contrato. En caso de que no se incorporen en la fecha definida en la póliza, no podrán ser incluidos hasta una nueva anualidad de la póliza. Si el seguro cubre al grupo familiar, el plazo también es de 30 días desde que el asegurado titular contrae matrimonio o de 30 días desde que nace un hijo.
- 5. Todos los nuevos asegurados deberán completar como mínimo el formulario de "Solicitud de Incorporación" al seguro dentro de los 30 días siguientes a la fecha que califican para ingresar a la póliza e indicar en éste sus preexistencias.

Artículo N°3: Resumen de Condiciones del Seguro.

En cumplimiento con lo dispuesto en la Circular N° 1935 de la Comisión para el Mercado Financiero, a continuación, se indican antecedentes importantes de este seguro.

Al contratar o incorporarse a este seguro de salud, usted debe tener presente lo siguiente:

1. Este seguro de salud es un seguro voluntario, que reembolsa sólo los gastos médicos cubiertos por esta póliza y de cargo del asegurado.
2. Este seguro de salud, no sustituye la cobertura que otorga la ISAPRE o FONASA y no necesariamente cubre las mismas prestaciones.

3. Antes de contratar este seguro es importante que usted se informe y tenga claridad sobre los siguientes aspectos:
 - Duración de este seguro.
 - Cómo y bajo qué condiciones se renueva este seguro.
 - De qué manera se va a reajustar el costo de este seguro, en caso de renovación.
 - En qué casos no se pagará este seguro.
 - Los requisitos para cobrar este seguro.
4. En el siguiente cuadro se resumen algunos antecedentes importantes que usted debe considerar al momento de contratar este seguro.

Este seguro:

- NO contempla renovación garantizada.
- SI podrá aumentar la prima (precio) en caso de renovación de la póliza.
- NO considera la siniestralidad individual para el aumento de la prima en caso de renovación.
- NO cubre preexistencias. Solamente cubre preexistencias en el caso de continuidad de cobertura

Las Condiciones Generales de este seguro se encuentran depositadas con el código [POL320240008](#) en la Comisión para el Mercado Financiero. Usted puede revisar este texto en www.cmfchile.cl

Se reembolsarán los gastos médicos de salud efectivamente incurridos por los asegurados de acuerdo a las coberturas contratadas descritas en el Plan de Salud cuyos cuadros se adjuntan.

La utilización de los beneficios que otorgan los sistemas previsionales de salud (Isapre/Fonasa) es prioritaria y obligatoria, por cuanto se bonifica sólo el exceso no cubierto.

Artículo N° 4: Cobertura.

- De acuerdo a lo indicado en el Artículo N° 2 de la [POL 3 2024 0008](#) (Salud)
- Descripción de cobertura de acuerdo a lo indicado en el artículo N° 3 [POL 3 2024 0008](#)
La Compañía de Seguros reembolsará o pagará los gastos incurridos, provenientes de prestaciones realizadas en forma ambulatoria y/o hospitalarias, efectuadas o prescritas por un médico tratante, en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional o de bienestar u otro seguro o convenio, las cuales se indican expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza.

Asimismo, en su caso, la compañía aseguradora proveerá los medicamentos ambulatorios recetados al asegurado por su médico tratante durante el periodo de vigencia de este contrato de seguro, en las dosis establecidas por éste y en los términos descritos en el artículo Liquidación de Siniestros de las Condiciones Particulares 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 estas Condiciones Particulares.

- Se indican los planes de beneficios aplicables a la póliza:

PLAN SEGURO DE SALUD HOSPITALARIO

BENEFICIO HOSPITALARIO	BONO	LIBRE ELECCIÓN	SIN PREVISIÓN	TOPE (UF)
Día Cama sin tope de días	90%	90%	45%	UF 5 diario
Día Cama Acompañante (hijo mayor de 14 años)	90%	90%	45%	UF 5 diario
Gastos Hospitalarios y HMQ	80%	80%	40%	UF 100 por evento
Hospitalización Domiciliaria	90%	90%	45%	UF 5,3 diario
Cirugía Dental y/o Maxilofacial por Enfermedad	80%	80%	40%	UF 23 anual
Cirugía Dental y/o Maxilofacial por Accidente	80%	80%	40%	UF 23 anual
Cirugía Rinolaringológica			Bajo gasto hospitalario	
Cirugía Obesidad Mórbida			Bajo gasto hospitalario	
Cirugía Reducción Mamaria	80%	80%	40%	UF 35 anual
Ambulancia Terrestre (50 km radio)	80%	80%	40%	Sin Tope
Ges / Caec	100%	100%	100%	Sin Tope
Gasto Donante Vivo	90%	90%	45%	UF 30 anual
Gasto Donante Post Mortem	80%	80%	40%	UF 26 anual
BENEFICIO AMBULATORIO	BONO	LIBRE ELECCIÓN	SIN PREVISIÓN	TOPE (UF)
Cirugía Ambulatoria	90%	90%	45%	UF 40 anual
Procedimiento de Diagnóstico (incluye Scanner y Resonancia Magnética)	80%	80%	40%	Sin Tope
Procedimientos Terapéuticos (incluye imágenes/radiológicos ambulatorios)	90%	90%	45%	UF 40 anual
Prótesis y Ortesis (incluye gastos ópticos, marcos, cristales y lentes de contacto)	80%	80%	80%	UF 80 anual
Psiquiatría, Psicopedagogía y Psicología Ambulatoria	60%	60%	60%	UF 80 anual
Psiquiatría, Psicopedagogía y Psicología Hospitalaria	80%	80%	80%	
Cobertura en el Exterior - esta condición regirá siempre y cuando dichos gastos sean producto de una urgencia, emergencia o porque el tratamiento prescrito no exista dentro del territorio nacional.	-	-	-	Ídem Plan
OTRAS PRESTACIONES	BONO	LIBRE ELECCIÓN	SIN PREVISIÓN	TOPE (UF)
BONO PAD (se cubre para Isapre y Fonasa)	100%	100%	50%	Sin Tope
HORMONAS DE CRECIMIENTO	50%	50%	50%	UF 5 anual
ESTUDIO PREVENTIVO DE LA MAMA	80%	80%	80%	UF 1
ESTUDIO PREVENTIVO DE LA PROSTATA	80%	80%	80%	UF 1

TOPE MÁXIMO POR PERSONA	UF 1.000 ANUAL
DEDUCIBLE INDIVIDUAL	UF 6,8 ANUAL
BMI 50%	Aplicable sólo Clínica Alemana, Clínica Las Condes, U. Católica San Carlos de Apoquindo.

Prestadores Preferentes (máximo de reembolso 90%)		
Prestación	Clínica Dávila/Vespucio	Clínica Santa María
Consultas Médicas	90%	90%
Exámenes de Laboratorio y Radiológicos	90%	90%

PRESTADORES PREFERENTES	RAZON SOCIAL	RUT PRESTADOR
CLINICA VESPUCIO	CLÍNICA VESPUCIO SpA	96.898.980-4
CLINICA VESPUCIO	SERVICIOS MEDICOS VESPUCIO LTDA	76.696.200-9
CLINICA DAVILA	CLINICA DAVILA Y SERVICIOS MEDICOS	96.530.470-3
CLINICA DAVILA	SERVICIOS INTEGRADOS DE SALUD	79.980.070-5
CLINICA SANTA MARIA	CLINICA SANTA MARIA SPA	90.753.000-0
CLINICA SANTA MARIA	SERVICIOS MEDICOS SANTA MARIA LTDA.	77.200.240-8

CLINICAS ALTO COSTO	RAZON SOCIAL	RUT PRESTADOR
CLINICA ALEMANA DE SANTIAGO	CLINICA ALEMANA DE SANTIAGO S.A.	96.770.100-9
CLINICA ALEMANA DE SANTIAGO	SERVICIOS CLINICA ALEMANA LIMITADA	77.413.290-2
CLINICA ALEMANA DE SANTIAGO	DIAGNOSTICOS CLINICA ALEMANA LTDA.	76.436.880-0
CLINICA LAS CONDES	CLINICA LAS CONDES S.A.	93.930.000-7
CLINICA LAS CONDES	NUEVA SSI S.A.	77.287.693-9
CLINICA LAS CONDES	SERVICIOS DE SALUD INTEGRADOS S.A.	96.809.780-6
UC CHRISTUS	UC CHRISTUS SERVICIOS CLÍNICOS SPA (SAN CARLOS DE APOQUINDO)	99.573.490-7

Condiciones Especiales

- Considera una (1) ejecutiva(o) In-Situ, un (1) día a la semana, en horario, día y ubicación a convenir, por parte de Help Seguros de Vida S.A.
- Considera una (1) visita al mes de un coordinador, en horario, día y ubicación a convenir, por parte de FR Group (Corredor).
- Considera **Servicio Yapp**
- Se otorga **Copago cero (0)** en consultas y exámenes de laboratorio e imágenes en los Centros Médicos Dávila y Vida Integra
- Se libera el formulario de reembolso para gastos médicos de salud.
- Se cubren los gastos realizados con **excedente de Isapre**.
- Considera **reembolso Web. App y Reembolso WhatsApp** (Isapre-Fonasa)
- Se considera **convenio Ventanilla Única**.

- Se consideran prótesis y órtesis sujetas a reembolso, todas aquellas señaladas en el arancel de prestaciones de Fonasa.
- **Cobranza Vencida:** La Universidad realizará el pago en forma mensual, de acuerdo al precio de las primas ofertadas en el Anexo N°6, por mes vencido, a los treinta (30) días corridos siguientes a la recepción de la correspondiente factura junto a la nómina detallada de los titulares y sus cargas, previa verificación de la recepción conforme de las prestaciones por el Departamento de Bienestar del Personal
- **Generación de Cobranzas:** El día 17 de cada mes, la compañía deberá enviar la cobranza respectiva y corresponderá al número de asegurados vigentes informados hasta el día 10 del respectivo mes.
- El **Bono PAD** cubre todos los diagnósticos bajo la condición Bono PAD, siempre y cuando el diagnóstico no esté excluido bajo condición general o particular de la póliza, y cubrirá el diagnóstico en algunos casos bajo condiciones especiales descritas en la póliza.
- Esta póliza considera las siguientes Asistencias:
 - Telemedicina
 - Orientación Telefónica de salud
 - Orientación Administrativa
 - Reembolso de Gastos Funerarios
 - Farmacia digital
 - Agendamiento prestadores
- Esta póliza incluye los siguientes operativos con cuatro (4) eventos al año para 40 personas por cada evento:
 - AUDITIVO
 - OFTALMOLOGICO
 - NUTRICIONAL
 - DERMATOLOGICO

PAGO DE LIQUIDACIÓN DE GASTOS MÉDICOS (CATASTRÓFICO/SALUD HOSPITALARIA)

Para el Pago de Reembolso de Gastos Médicos (Catastrófico/Salud Hospitalaria) será **5 días hábiles para gastos ambulatorios y 10 días hábiles para gastos hospitalarios**. Estos plazos son desde la liquidación del siniestro

CONDICIONES VIGENTES

Bonificación Máxima Esperada (BME) 50%: Aplicable sólo Clínicas Alemana, Clínica Las Condes y U. Católica San Carlos de Apoquindo.

Para prestaciones efectuadas por el asegurado que tengan un reembolso por la institución de salud previsional inferior al cincuenta por ciento (50%), la Compañía aplicará el plan de cobertura sólo al cincuenta por ciento (50%) del costo total de la prestación, para todas las atenciones incurridas en las clínicas de alto costo indicadas.

Cláusula de Bonificación Extraordinaria

La póliza establece que la utilización de los beneficios que otorgan los Sistemas Previsionales de Salud (Fonasa o Isapre) son prioritarios y obligatorios, por lo tanto, esta cobertura bonifica sólo los excedentes no cubiertos por el Sistema Previsional de Salud, en los porcentajes y topes contratados y estipulados en las Condiciones Particulares de la Póliza.

De no existir codificación o cobertura de Fonasa o la Isapre para la prestación, se bonificará el porcentaje y hasta el tope estipulado en las condiciones particulares de la póliza aplicado sobre el 50% del valor de la boleta o factura.

Será requisito para optar a esta Cláusula de Bonificación Extraordinaria, se envíe el documento original boleta o factura, con timbre de la Isapre donde indique 'NO BONIFICABLE' e indicando la causa.

Para afiliados a Fonasa no regirá la presente Cláusula en Tratamientos de Quimioterapia por Cáncer, los cuales serán cubiertos de acuerdo con los porcentajes y topes establecidos en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Se excluyen de estas modalidades, las coberturas de 'Farmacia Ambulatoria' y adicional 'Dental', siempre y cuando éstas se encuentren cubiertas dentro del plan de seguro contratado.

COBERTURA HOSPITALARIA

En caso de que un asegurado tenga contratado los dos (2) seguros (Catastrófico y Hospitalización Voluntario y que los gastos presentados estén asociados a una patología amparada por ambas pólizas, primero se reembolsará el seguro catastrófico y con la liquidación de éste, se reembolsará posteriormente el seguro hospitalario.

Titular: Serán asegurados los funcionarios pertenecientes al Bienestar de la Universidad.

Cónyuge del funcionario titular, o - Conviviente del funcionario titular, uno u otro, excluyentes entre sí.

Hijos del funcionario titular.

Cargas Dúplo, siempre y cuando se encuentren reconocidas por la Universidad.

EDADES MÁXIMAS DE INGRESO Y PERMANENCIA:

Ingreso Titular - Cónyuge o Conviviente: Menores de 65 años de edad

Permanencia Titular - Cónyuge o Conviviente: A los 80 años de edad (siempre y cuando el funcionario siga perteneciendo al Bienestar de la Universidad)

Ingreso Hijos: Desde la fecha de nacimiento y hasta los 23 años de edad*

- Permanencia Hijos: Se extiende la edad de permanencia para cargas hijos hasta los 28 años. Esta condición regirá siempre que cuenten con algún sistema previsional de salud (Isapre o Fonasa), sean solteros y dependan económicamente del titular. Para que esta carga/hijo conserve el beneficio, el titular deberá pagar una sobreprima equivalente al 70% del costo del Empleado Solo. Las cargas mayores de 24 años y hasta los 28 años, NO serán excluidas de la póliza hospitalaria voluntaria al momento de la renovación y permanecerán vigentes con la aplicación del recargo correspondiente, salvo que el asegurado titular solicite lo contrario.

HIJOS, Condición Especial de Cobertura Hijos mayores de 18 años vigentes en la póliza, que cuenten con Isapre o Fonasa y que dependan económicamente del titular, y que por razones de salud deban suspender sus estudios y no puedan acreditar su calidad de estudiantes, podrán solicitar su permanencia en el seguro proporcionando los antecedentes médicos que respalden su situación. Cada caso será evaluado con los antecedentes médicos, previa solicitud del Contratante.

Carga Duplo: podrán permanecer vigentes bajo esta póliza, las cargas mayores de 24 años, por tener condición de Cargas Duplo.

Plazo de Presentación Siniestro

Gastos Ambulatorios: 60 días corridos desde la fecha de emisión del bono u otro documento contable.

Gastos Hospitalarios: 120 días corridos desde la fecha de emisión del bono u otro documento contable.

En caso de controversia con la Institución de Salud Previsional, o cualquier otra razón que impida la Facturación o Emisión de Bonos, el Asegurado deberá poner en conocimiento de la Compañía la ocurrencia del Siniestro y solicitar formalmente una prórroga para la prestación de los documentos de cobro. En caso de no renovación, caducidad o anulación de la Póliza se reducirá el Plazo de presentación a 30 días después de la vigencia final del contrato.

De no existir codificación o cobertura de Fonasa o la Isapre para la prestación, se bonificará el porcentaje y hasta el tope estipulado en las condiciones particulares de la póliza aplicado sobre el 50% del valor de la boleta o factura. Será requisito para optar a esta Cláusula de Bonificación Extraordinaria, se envíe el documento original boleta o factura, con timbre de la Isapre donde indique 'NO BONIFICABLE' e indicando la causa.

Para afiliados a Fonasa no regirá la Cláusula de Bonificación Extraordinaria en Tratamientos de Quimioterapia por Cáncer, los cuales serán cubiertos de acuerdo a los porcentajes y topes establecidos en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Se excluyen de estas modalidades, las coberturas de 'Farmacia Ambulatoria' y adicional 'Dental', siempre y cuando éstas se encuentren cubiertas dentro del plan de seguro contratado.

Cláusula de Bonificación Extraordinaria

La póliza establece que la utilización de los beneficios que otorgan los Sistemas Previsionales de Salud (Fonasa o Isapre) son prioritarios y obligatorios, por lo tanto, esta cobertura bonifica sólo los excedentes no cubiertos por el Sistema Previsional de Salud, en los porcentajes y topes contratados y estipulados en las Condiciones Particulares de la Póliza.

De no existir codificación o cobertura de Fonasa o la Isapre para la prestación, se bonificará el porcentaje y hasta el tope estipulado en las condiciones particulares de la póliza aplicado sobre el 50% del valor de la boleta o factura.

Será requisito para optar a esta Cláusula de Bonificación Extraordinaria, se envíe el documento original boleta o factura, con timbre de la Isapre donde indique 'NO BONIFICABLE' e indicando la causa.

Para afiliados a Fonasa no regirá la presente Cláusula en Tratamientos de Quimioterapia por Cáncer, los cuales serán cubiertos de acuerdo con los porcentajes y topes establecidos en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Se excluyen de estas modalidades, las coberturas de 'Farmacia Ambulatoria' y adicional 'Dental', siempre y cuando éstas se encuentren cubiertas dentro del plan de seguro contratado.

Modificación Condicionado General

Conforme a la Ley 20.667 que entró en vigencia a partir del 1/diciembre/2013, todas las renovaciones con vigencia posterior a la fecha indicada serán emitidas utilizando nuevos Condicionados Generales, lo cual no genera menoscabo o pérdida en la aplicación de los beneficios contratados.

Exclusiones

Las exclusiones de esta póliza se deben encontrar debidamente señaladas en Condicionado General regido por la Comisión de Mercado Financiero (CMF).

Evento

Siempre la duración máxima de un evento para efectos de acumulación de topes y deducibles, será anual y corresponderá al año de vigencia de la Póliza.

Topes de Cada Cobertura

Se deja establecido que el tope anual o por incapacidad determinado en cada cobertura, será aplicable siempre y cuando el saldo no consumido del Tope Anual por Asegurado lo permitiese.

Continuidad de Cobertura

Se deja establecido que la póliza otorgará continuidad de cobertura a todo el grupo que ingresará al inicio de ésta y que además estuvo vigente en la anterior aseguradora.

Cobertura en el Exterior

Se deja establecido que las prestaciones podrán ser tratadas tanto dentro como fuera del país, siendo bonificadas hasta los topes indicados en el plan de cobertura contratado, sin embargo, esta condición regirá siempre y cuando dichos gastos sean producto de una urgencia, emergencia o porque el tratamiento prescrito no exista dentro del territorio nacional.

Hospitalización Domiciliaria

Debe otorgar cobertura para 'hospitalización Domiciliaria' médicaamente prescrita, reembolsando los gastos bajo cobertura 'Día Cama', siempre y cuando la Isapre o Fonasa bonifique. Se excluyen los tratamientos para fines de rehabilitación y de asegurables inválidos permanentes.

Día Cama Acompañante Hijos Menores 14 años

Debe otorgar cobertura al acompañante durante una hospitalización de un menor de 14 años, dichos gastos se liquidarán bajo la cobertura 'Día Cama', siempre y cuando sea cubierto previamente por algún Sistema Previsional de Salud (Isapre/ Fonasa).

Cirugía Dental y/o maxilofacial por Enfermedad o Accidente

Debe otorgar cobertura para gastos por cirugía dental y/o maxilofacial por accidente y enfermedad, siempre y cuando éste se produzca dentro de la vigencia de la póliza, no sea con fines estéticos y los gastos hayan sido bonificados previamente por la Isapre y/o Fonasa, independiente que el prestador sea

Cirujano Dental o Maxilofacial.

Se liquidará bajo la cobertura 'Cirugía Maxilofacial', según lo siguiente:

Cirugía dental y/o maxilofacial p/accidente:

- 80% Tope de UF 23 Anual

Cirugía dental y/o maxilofacial p/enfermedad:

- 80% Tope de UF 23 Anual

Cirugía Rinolaringológica

Bajo esta prestación deberá liquidar todo procedimiento quirúrgico rinolaringológico, incluyendo la cirugía de rinoplastía y/o septoplastía funcional.

Los gastos por este concepto deben ser liquidados bajo el ítem hospitalario. No aplica carencia para esta cobertura.

Cobertura Sida

La póliza debe incluir cobertura para el Sida.

Cobertura Obesidad

La cobertura a aplicar para cirugías realizadas bajo el diagnóstico 'Obesidad', deben ser bonificadas siempre y cuando:

- El Índice de Masa Corporal (IMC) sea mayor o igual a 40, ó,
- Si el Índice de Masa Corporal es mayor o igual a 35, con la presencia de al menos 1 o más de las siguientes enfermedades agregadas a la obesidad: Diabetes Mellitus tipo 2; Cardiopatías Severas Secundarias a Obesidad; Apnea Obstructiva del Sueño Severa o Enfermedades Osteo-Articulares Severas candidatas a prótesis de reemplazo. La compañía de seguros reembolsará o pagará los gastos efectivamente incurridos, provenientes de una hospitalización, en que incurra un asegurado.

Los gastos por este concepto deben ser liquidados bajo el ítem hospitalario. No aplica carencia para esta cobertura.

Cirugía Reducción Mamaria

La aseguradora deberá reembolsar o pagar los gastos efectivamente incurridos en una reducción mamaria después de haber cumplido el periodo de carencia de 36 meses, siempre y cuando el monto de la reducción sea igual o superior a 350 gramos por cada mama.

Incorporación de Asegurados Póliza Voluntaria

El pago de primas de la póliza será con el siguiente orden:

- Catastrófico: 50% empleador, 50 % trabajador
- Hospitalario: 50% Bienestar, 50% trabajador
- Seguro de vida: 100% trabajador

Por lo anterior, el trabajador puede escoger voluntariamente incorporarse o no a las pólizas, según el procedimiento establecido a continuación:

Podrán ingresar sólo a la renovación, los trabajadores activos, que mantienen vínculo contractual con la Empresa Contratante, pudiendo incluir además a su grupo familiar cónyuge o conviviente e hijos.

Los antecedentes del titular y sus cargas deben ser descritos en la Solicitud de Incorporación que proporciona la Compañía Aseguradora para estos efectos; documento que es indispensable sea presentado a la Compañía Aseguradora para su evaluación, debiendo acreditar a satisfacción de la Compañía la buena salud y cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad que se establecen en las Condiciones Generales de la póliza Artículo N°10.

El plazo máximo de notificación es de 60 días, desde la fecha de contratación del trabajador, adjuntando el correspondiente Formulario de Incorporación.

Dada la condición de la Póliza, los trabajadores recién contratados por la Empresa Contratante que no hayan ingresado al inicio, habiendo reunido los requisitos de asegurabilidad para hacerlo, no podrán incorporarse en el transcurso de la vigencia de ésta, debiendo esperar hasta la fecha de la siguiente renovación de la póliza.

Esta condición también rige para los dependientes que no fueron incluidos en la fecha de vigencia inicial de cobertura del trabajador respectivo.

Se excluyen de la condición anterior, los nuevos trabajadores y nuevos dependientes que pueda tener un asegurado vigente, los cuales podrán ser incorporados en el transcurso de la vigencia de la póliza, bajo las condiciones descritas anteriormente, en cuanto a forma, plazo y requisitos de asegurabilidad.

Exclusión:

La exclusión de un asegurado vigente, que corresponda, a partir de la fecha de término del vínculo contractual con la Empresa Contratante, deberá efectuarse previa notificación expresa a la Compañía y dentro de un plazo máximo de 30 días.

No obstante, si dentro del plazo de 30 días el asegurado obtuvo el reembolso de un gasto médico, cuya fecha de prestación es posterior a la fecha de término del vínculo contractual, la exclusión se efectuará, a partir de la fecha de recepción de la notificación enviada por el Contratante.

OTRAS CONDICIONES

Cirugías realizadas bajo el diagnóstico 'Obesidad', serán bonificadas siempre y cuando:

- El Índice de Masa Corporal (IMC) sea mayor o igual a 40, ó,
- Si el Índice de Masa Corporal es mayor o igual a 35, con la presencia de al menos 1 o más de las siguientes enfermedades agregadas a la obesidad: Diabetes Mellitus tipo 2; Cardiopatías Severas Secundarias a Obesidad; Apnea Obstructiva del Sueño Severa o Enfermedades Osteo-Articulares Severas candidatas a prótesis de reemplazo. La compañía de seguros reembolsará o pagará los gastos efectivamente incurridos, provenientes de una hospitalización, en que incurra un asegurado.

Los gastos por este concepto serán liquidados bajo el ítem hospitalario. No aplica carencia para esta cobertura.

Reembolsos: Denunciado un siniestro, la Compañía Aseguradora dispondrá el pago de la indemnización correspondiente dentro de los 10 días hábiles siguientes al cumplimiento de todos los requisitos, expresados en el Condicionado General de la póliza, y sólo una vez que se encuentre verificada la ocurrencia del siniestro y se haya determinado el monto a reembolsar.

El presente contrato otorga cobertura para Sida

La aseguradora reembolsará o pagará los gastos efectivamente incurridos en una reducción mamaria después de haber cumplido el periodo de carencia de treinta y seis (36) meses, siempre y cuando el monto de la reducción sea igual o superior a 350 gramos por cada mama.

MOVIMIENTOS DE ASEGURADOS

Incorporación: Podrán ingresar a la póliza los afiliados al Bienestar, que mantienen vínculo contractual con la Empresa Contratante, pudiendo incluir además a su grupo familiar (cónyuge o conviviente e hijos).

Los antecedentes del titular y sus cargas, deben ser descritos en la Solicitud de Incorporación que proporcionará la Compañía Aseguradora para estos efectos; documento que es indispensable sea presentado a la Compañía Aseguradora para su evaluación, debiendo acreditar a satisfacción de la Compañía la buena salud y cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad que se establecen en las Condiciones Generales de la póliza Artículo N°10. El plazo máximo de notificación es de 60 días, desde la fecha de afiliación al Bienestar, adjuntando el correspondiente Formulario de Incorporación. Si con posterioridad a la vigencia inicial de la Póliza, un asegurado vigente pudiese llegar a tener nuevos dependientes (cónyuge/conviviente e hijos) deberá comunicarlo a la Compañía dentro del plazo y forma descrita anteriormente.

Exclusión: La exclusión de un Titular y/o sus dependientes vigentes, que corresponde, sea a partir de la fecha de término del vínculo contractual con la Empresa Contratante, deberá efectuarse previa notificación expresa a la Compañía Aseguradora, y dentro de un plazo máximo de 3 meses. No obstante, si dentro del plazo de 3 meses el asegurado obtuvo el reembolso de un gasto médico, cuya fecha de prestación es posterior a la fecha de término del vínculo contractual, la exclusión se efectuará, a partir de la fecha de recepción de la notificación enviada por el Contratante.

Condiciones Especiales Jubilados

Contrariamente a lo indicado en el punto "Incorporación y Exclusión de asegurado", se establece que aquellos funcionarios que hayan permanecido 2 años consecutivos como mínimo en el Convenio Colectivo del Servicio de

Bienestar del Personal de la Universidad de Santiago- USACH- y dejan de pertenecer a la Universidad como funcionarios, por motivos de jubilación, pero igualmente conservan su calidad de socios del bienestar, podrán permanecer como asegurados vigentes hasta cumplir los 80 años de edad. Respecto de la edad tope de permanencia para las cónyuges o convivientes, también podrán permanecer hasta los 80 años, siempre y cuando el asegurado titular cumpla con los requisitos de asegurabilidad.

Fecha de Vigencia de Asegurados

Las incorporaciones al seguro se harán efectivas a contar del 1er día del mes subsiguiente al mes de la firma de la Solicitud de Incorporación, independiente de que los asegurables declaren o no preeexistencias. Si posterior a su inicio de vigencia, el asegurado decide no aceptar el seguro, podrá ponerse término al mismo. Sin embargo, las primas ya canceladas no serán devueltas. Aquellos asegurables que completen la sección "Declaración de Preeexistencia", la Compañía posterior a la evaluación de la misma emitirá una resolución, la cual será entregada por el Bienestar Usach al asegurado. Cabe señalar, que mientras dure la evaluación, la patología no tendrá cobertura dentro del seguro contratado.

Notificación de Movimientos

Las incorporaciones o exclusiones pueden ser informadas hasta los días 20 de cada mes, fecha de cierre de este proceso. Los movimientos informados con fecha posterior serán reflejados en la próxima cobranza.

Patologías CAEC

Debe bonificar el copago y deducible de los gastos amparados por el Caec y tratados por la red de prestadores de la Isapre o Fonasa, definida para tal efecto. Estos se reembolsarán por la cobertura CAEC incluidas en el plan.

Deducible

Se incorpora Deducible Anual por Persona el que será renovable de año en año o hasta el término de vigencia de la póliza, o lo que ocurra primero y será aplicado a cualquier prestación.

PRESTACIONES NO CUBIERTAS POR ISAPRE O FONASA

(Cláusula de Bonificación Extraordinaria)

La póliza establece que la utilización de los beneficios que otorgan los Sistemas Previsionales de Salud (Fonasa o Isapre) son prioritarios y obligatorios, por lo tanto, esta cobertura bonifica sólo los excedentes no cubiertos por el Sistema Previsional de Salud, en los porcentajes y topes contratados y estipulados en las Condiciones Particulares de la Póliza.

De no existir codificación o cobertura de Fonasa o la Isapre para la prestación, se bonificará el porcentaje y hasta el tope estipulado en las condiciones particulares de la póliza aplicado sobre el 50% del valor boleta o factura.

Será requisito para optar a esta Cláusula de Bonificación Extraordinaria, se envíe el documento original boleta o factura, con timbre de la Isapre donde indique 'NO BONIFICABLE' e indicando la causa.

Para afiliados a Fonasa no regirá la presente Cláusula en Tratamientos de Quimioterapia por Cáncer, los cuales serán cubiertos de acuerdo con los porcentajes y topes establecidos en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Se excluyen de estas modalidades, las coberturas de 'Farmacia Ambulatoria' y adicional 'Dental', siempre y cuando éstas se encuentren cubiertas dentro del plan de seguro contratado.

Artículo N° 5: Características.

Definiciones Coberturas de Salud:

- a) La Compañía solamente otorga cobertura a las prestaciones identificadas en el plan indicado en prestación en el Artículo N° 4
- b) El período de acumulación del deducible es de 1 año, o hasta el término de la vigencia de la presente póliza, lo que ocurra primero.
- c) La forma en que se acumula el deducible es por es por asegurado.

- d) La Compañía Aseguradora reembolsará sólo en la proporción y hasta el monto máximo señalado en las Condiciones Particulares de la Póliza, sin perjuicio del deducible estipulado.
 - e) Esta póliza considera continuidad de cobertura para todos los asegurados vigentes en la póliza previa al traspaso, el Contratante deberá proveer de la copia de la póliza, endosos, nómina de asegurados vigentes con la fecha de inicio de su vigencia en ella y cualquier otro documento que permita respaldar lo vigente con el asegurador anterior para el respectivo traspaso.
 - f) Para todos los nuevos asegurados esta póliza no cubre preexistencias.
 - g) Se otorga cobertura en el extranjero sólo para urgencias y cuando el tratamiento no esté disponible en Chile, donde aplicará como tope de gastos razonables y acostumbrados, los establecidos según el valor arancel AMCA (Asociación de Médicos Clínica Alemana). La información de los valores a aplicar se encuentra disponible en: <http://www.alemana.cl/amca/ArancelAmca.pdf>
 - h) En el caso de ser un evento cubierto por la Ley 18.933, la cobertura será la indicada para cada prestación en el Artículo N° 4 de las presentes Condiciones Particulares.
 - i) La Compañía reembolsará la dosis de medicamentos indicada en la receta médica sólo por la cantidad correspondiente al tratamiento. Para los casos de medicamentos indicados por períodos superiores a un mes, la Compañía reembolsará mensualmente las dosis correspondientes a 30 días de tratamiento, reteniendo la boleta original. Las dosis pendientes serán reembolsadas presentando la solicitud de reembolso solo llenada por el asegurado, fotocopias de la boleta y receta médica.
 - j) El reembolso de medicamentos ambulatorios, sólo se efectuará si la boleta específica el nombre y valor de cada medicamento prescrito en la receta médica, además del correspondiente timbre de respaldo de la farmacia. Las recetas con medicamentos prescritos a permanencia tendrán una validez máxima de 6 meses.
 - k) La cobertura de Medicamentos Ambulatorios podrá efectuarse mediante su reembolso o mediante la provisión del medicamento al asegurado.
- Para efectuar la provisión del medicamento al asegurado la compañía podrá facultativamente celebrar convenios con las entidades farmacéuticas en calidad de mandatarias de la Aseguradora, siendo condición para otorgar esta modalidad de pago el que dichos convenios:
- I. Se encuentren vigentes al momento en que éste sea requerido;
 - II. Que el servicio se encuentre disponible por parte del establecimiento respectivo;
 - III. Que exista el stock de los medicamentos requeridos y
 - IV. Que el asegurado pague en la entidad farmacéutica el monto correspondiente al deducible del medicamento.
- Para estos efectos el deducible del medicamento corresponderá al porcentaje que no es objeto de cobertura según el plan de reembolso aplicable al beneficio de medicamentos. Lo anterior, no obsta a que se solicite el reembolso diferido del gasto incurrido en el medicamento.
- l) Los medicamentos asociados a otros tratamientos serán cubiertos siempre y cuando estos medicamentos sean coadyuvantes del tratamiento primario y eviten efectos secundarios como, por ejemplo: antiinflamatorios por algún diagnóstico que lo amerite junto con Omeprazol.
 - m) Se otorga cobertura para controles y exámenes preventivos de urología (Ej. antígeno prostático).
 - n) Queda expresamente establecido que la aplicación del seguro vía I-Med no necesariamente implica la aceptación de la cobertura del diagnóstico que origina dichos gastos, de tal modo que en cualquier momento la Compañía podrá restringir, limitar o excluir dicho diagnóstico por carecer de cobertura, en conformidad a lo establecido en las condiciones particulares y generales del seguro.
 - o) Se aplicará como tope de gastos razonables y acostumbrados, los establecidos según el valor arancel AMCA (Asociación de Médicos Clínica Alemana). La información de los valores a aplicar se encuentra disponible en: <http://www.alemana.cl/amca/ArancelAmca.pdf>
 - p) La cobertura de esta póliza considera que el cáncer no es una enfermedad preexistente cuando hayan transcurrido más de 5 años desde la finalización del tratamiento radical sin recaída posterior, en consecuencia, la Compañía no impondrá condiciones más onerosas, exclusiones, restricciones o discriminaciones de cualquier tipo a quien haya sufrido una patología oncológica cuando hayan transcurrido más de 5 años desde la finalización del tratamiento radical sin recaída posterior.

Artículo N°6: Criterios de rechazo, en cualquier caso.

- a) Gastos por alimentación parenteral, aminoácidos, Albúmina Humana, etc.

- b) Gastos médicos ambulatorios y hospitalarios de beneficiarios hijas en estado de embarazo (complicaciones del embarazo, atención de parto y aborto no provocado).
- c) Esterilización de cualquier tipo.
- d) Fisioterapia, homeopatía y productos naturales, esto incluye cualquier tipo de terapias naturales y de principios homeopáticos.
- e) De acné con fines estéticos y de embellecimiento, sólo se cubrirán las consultas médicas dermatológicas, fármacos (antibióticos, corticoides) y/o procedimientos terapéuticos (ej. nitrógeno líquido, nieve carbónica, etc.); en ningún caso cremas, lociones, etc. o tratamientos con fines preventivos.
- f) Tratamientos con: antioxidantes, para subir o bajar de peso, para estimular el crecimiento, todo tipo de hormonas del crecimiento, así como también Antagonistas LH y RH, o cualquier tipo de procedimientos y/o tratamientos con fines preventivos (ej. viagra), medicamentos de recetario magistral, y de homeopatía.
- g) Esta póliza no cubre preexistencias para nuevos asegurados

Artículo N°7: Duplicación de Beneficios.

Esta póliza actúa en forma complementaria a Isapre, Fonasa y cualquier otro beneficio médico que tenga el asegurado (Ejemplo: Bienestar, seguros médicos de vigencia anterior, SOAP y otros similares).

Artículo N°8: Monto Máximo de Reembolso.

- **En cobertura de Salud Hospitalario,** El monto máximo de reembolso Hospitalario por beneficiario corresponde a UF 1000 anuales

Artículo N°9: Exclusiones

- **Exclusiones coberturas Seguro de Salud Hospitalario:** Son aquellas detalladas en el artículo N°8 de las Condiciones Generales ([POL3 2024_0008](#))

Artículo N°10: Riesgos Cubiertos bajo estipulación expresa.

- En el caso de existir riesgos bajo estipulación se especificarán en la póliza.

Artículo N°11: Denuncio Siniestro.

- Para solicitar el beneficio de salud, el asegurado titular debe completar el formulario "Solicitud de Reembolso de Gastos Médicos" en su totalidad e incluir los antecedentes solicitados.
Todos los documentos presentados a reembolso deben ser originales
- El plazo máximo para presentar los documentos a bonificar, se describen a continuación:

Ambulatorios	: 60 días corridos desde la fecha de emisión del bono u otro documento contable.
Hospitalarios	: 120 días corridos desde la fecha de emisión del bono u otro documento contable.

- Para el Pago de Reembolso de Gastos Médicos (Catastrófico/Salud Hospitalaria) será **5 días hábiles para gastos ambulatorios y 10 días hábiles para gastos hospitalarios**. Estos plazos son desde la liquidación del siniestro
- En caso de controversia con la Institución de Salud Previsional, o cualquier otra razón que impida la Facturación o Emisión de Bonos, el Asegurado deberá poner en conocimiento de la Compañía la ocurrencia del Siniestro y solicitar formalmente una prórroga para la prestación de los documentos de cobro. En caso de no renovación, caducidad o anulación de la Póliza se reducirá el Plazo de presentación a 30 días después de la vigencia final del contrato.
- Aquellas prestaciones médicas que no se encuentren cubiertas por los Sistemas Previsionales de Salud (Fonasa o Isapre), al cual el funcionario esté afiliado, la Compañía reembolsará el 80% sin tope, del costo real de la prestación, es decir, lo estipulado en el Plan General del Convenio. Será requisito el timbre de Isapre, de 'NO BONIFICABLE'.
- Se podrá solicitar prórroga a la Compañía dentro de este plazo, por cualquier otro tipo de problema anexo que impida la presentación a esta; la Compañía podrá evaluar la solicitud.

- El pago de los reembolsos se realizará sobre montos superiores o iguales a \$ 2.000 (Dos mil pesos), si el monto es inferior se acumulará hasta el próximo pago.
- Los reembolsos serán depositados en las cuentas corrientes, cuentas vistas o pagados a través de cheques a nombre del titular asegurado o cheque a nombre de la empresa, de acuerdo a la información que la empresa contratante proporcione a través de la carga masiva inicial.
- Las liquidaciones se entregarán vía correo electrónico a las cuentas de correo registradas en la Compañía. Esta modalidad de bonificación podrá ser utilizada en cualquiera de los prestadores e instituciones de salud que tengan el servicio habilitado con Help Seguros de Vida S.A.
- La cobertura a otorgar por parte de la Compañía se calculará una vez aplicado el porcentaje de bonificación por el sistema de salud previsional del asegurado.

Artículo N°12: Vigencia y Terminación de la Póliza.

En caso que la cobertura que otorga la Póliza de Salud termine respecto de un asegurado, los beneficios hospitalarios continuarán en vigor si a la fecha de término de la cobertura el asegurado se encontrare hospitalizado. La extensión del beneficio se otorgará por un período de no más de 30 días contado desde la fecha de término de la cobertura respecto del asegurado siempre y cuando el asegurado haya permanecido hospitalizado en forma continua los 30 días siguientes a la fecha de terminación de su cobertura bajo el presente adicional.

Tanto la Compañía como la entidad contratante podrán poner término a esta póliza en cualquier vencimiento de prima, previo aviso dado por escrito con una anticipación no menor de sesenta (60) días mediante carta certificada u otro medio fehaciente, dirigida al domicilio de la Compañía o al último domicilio del Contratante o Asegurado, en su caso, registrado en las Condiciones Particulares de la póliza.

Término Anticipado: Modificación al Sistema de Salud Previsional

Las partes acuerdan que, en caso de modificación de la legislación o normativa vigente o cambios fácticos en el escenario actual relacionados al Sistema de Salud Previsional público o privado, y siempre que dicho cambio altere las condiciones de cobertura del presente seguro, sea en cuanto al riesgo asumido, bonificaciones mínimas exigidas, deducibles o a los beneficios que otorga o cualquier otro elemento necesario para la evaluación del riesgo, en comparación a las condiciones existentes al momento de la celebración del contrato, la Compañía podrá facultativamente dar por terminado el seguro en forma anticipada previo aviso de 30 días corridos al Contratante, o proponer al Contratante nuevas condiciones de cobertura y prima, las que en caso de no ser aceptadas por el Contratante o no obtener respuesta de parte de éste en el plazo otorgado por la Compañía en la comunicación enviada al efecto, dará lugar a la terminación anticipada del seguro.

Artículo N°13: Incorporación, Exclusión y Modificación de Asegurados.

- a) Todos los asegurados nuevos que ingresen al seguro deberán completar como mínimo el formulario de "Solicitud de Incorporación" al seguro dentro de los 60 días siguientes a la fecha que califican para ingresar a la póliza, indicando en éste sus preexistencias para su evaluación.
- b) Para la inclusión de asegurados, cada persona deberá cumplir con las condiciones de asegurabilidad señaladas en esta póliza.
- c) Para el plazo de movimiento de nóminas, la entidad contratante deberá enviar a la Compañía todas las incorporaciones, exclusiones y modificaciones a las nóminas vigentes antes del día 10 o hábil anterior de cada mes, con el objeto de verlos reflejados en el próximo reporte de cobranza del mes siguiente al de cierre de recepción de movimientos.
- d) Cumpliendo con los requisitos anteriormente señalados, los asegurados deberán optar al seguro dentro de un plazo máximo de 60 días contados desde la fecha que califican para ingresar a la póliza (es decir, dentro de los 60 días siguientes de la fecha de inicio de su contrato, para el caso de los asegurables titulares) y su vigencia regirá desde la fecha de contrato. En caso que no se incorporen en la fecha definida en la póliza, no podrán ser incluidos hasta una nueva anualidad de la póliza. Si el seguro cubre al grupo familiar, el plazo también es de 60 días desde que el asegurado titular contrae matrimonio o de 60 días desde que nace un hijo.
- e) Aquellos trabajadores que, contratados por el Contratante y reuniendo las condiciones de asegurabilidad establecidas, no hayan ingresado a la fecha de renovación, sólo podrán hacerlo en la siguiente renovación de

vigencia de la póliza. Se excluye de lo anterior a los hijos recién nacidos y cónyuges de matrimonios producidos durante la vigencia de la póliza.

- f) Si con posterioridad a la vigencia inicial de la póliza de salud, un asegurado llegara a tener nuevos dependientes, cónyuge o hijos, el asegurado deberá comunicarlo a la Compañía completando el formulario "Solicitud de Incorporación", adjuntando los respectivos certificados de matrimonio y/o nacimiento según corresponda o bien, la debida autorización del Departamento de Recursos Humanos de la empresa contratante con timbre y firma en la Solicitud de Incorporación.
- g) La exclusión de asegurados tendrá un plazo máximo de 30 días, el contratante deberá indicar la fecha de término del vínculo contractual con la Empresa Contratante, el nombre completo y RUT de la persona excluida del seguro. No obstante, si dentro del plazo de 30 días el asegurado obtuvo el reembolso de un gasto médico, cuya fecha de prestación es posterior a la fecha de término del vínculo contractual, la exclusión se efectuará, a partir de la fecha de recepción de la notificación enviada por el Contratante.
- h) Para la modificación de las características de un asegurado, el Contratante deberá indicar el nombre completo, RUT y la modificación solicitada. Esta modificación regirá a partir de la fecha de solicitud por parte del Contratante. En caso de no indicar fecha, ésta regirá a partir de la fecha de recepción de la modificación por parte de la Compañía con plazo máximo de retroactividad de 30 días.
- i) La carga de convivientes podrá ser incorporada sólo si es permitido por el contratante mediante aceptación por escrito y con timbre que lo avale. Bajo esta condición, no está permitido la incorporación de cónyuge y conviviente de forma simultánea, ni más de un(a) convíviente en la póliza, ni puede ser reemplazada durante una misma vigencia, quien adicionalmente debe cumplir con todos los requisitos de asegurabilidad de la póliza.
- j) Las personas que están haciendo uso de licencia médica podrán ser ingresadas al término de la licencia, previa aprobación de la Compañía.
- k) La Compañía se reserva el derecho a solicitar antecedentes adicionales con el fin de establecer condiciones de cobertura.
- l) La Compañía se reserva el derecho de solicitar certificado de cobertura de las patologías que estime pertinentes no informadas por el Contratante.
- m) El Contratante deberá adjuntar toda la información relacionada a las patologías asociadas y planes especiales que hayan tenido sus funcionarios, toda vez que aquellas patologías no cubiertas o restringidas por la Compañía anterior, tampoco estarán cubiertas por Help Seguros de Vida SA.
- n) Las patologías que estén diagnosticadas y por lo tanto en conocimiento de un asegurado pero que no estén cubiertas por el actual seguro serán evaluadas por la Compañía, la que determinará si acepta o rechaza su cobertura.
- o) **Para las nuevas incorporaciones no se contempla continuidad de cobertura.** La Compañía se reserva el derecho de aceptar o rechazar la cobertura.
Es obligación del Contratante mantener actualizada la nómina de asegurados. Por consiguiente, el Contratante deberá enviar a la Compañía la nómina total de asegurados con todas las incorporaciones, exclusiones y modificaciones de las nóminas vigentes antes del día 10 de cada mes, o en su defecto el día hábil anterior, con el objeto de verlos reflejados en el próximo reporte de cobranza.

Riesgos Especiales

La presente póliza está basada en la información suministrada por el contratante a la Compañía, por lo que cualquier variación en la información entregada para cotizar podría afectar las tarifas aquí ofrecidas. Las primas informadas en la presente póliza son de riesgo normal, cualquier actividad riesgosa no informada no estará cubierta en la póliza.

Continuidad De Cobertura

Esta póliza considera continuidad de cobertura para todos los asegurados vigentes en la póliza previa al traspaso, el Contratante deberá proveer de la copia de la póliza, endosos, nómina de asegurados vigentes con la fecha de inicio de su vigencia en ella y cualquier otro documento que permita respaldar lo vigente con el asegurador anterior para el respectivo traspaso. Para todos los nuevos asegurados esta póliza no cubre preexistencias.

Artículo N°14: Moneda o unidad de la póliza.

Tanto los montos asegurados como las primas se reajustarán de acuerdo a la variación que experimente la Unidad de Fomento, o la unidad que la reemplace en su caso.

Artículo N°15: Domicilio.

Para todos los efectos legales del presente contrato de seguro, las partes señalan como domicilio especial la comuna y ciudad de Santiago de Chile.

Artículo N°16: Cláusula de Morosidad.

En mi calidad de Contratante, autorizo a la Compañía a comunicar a los registros públicos de información de morosidades y protestos o a los sistemas de información comercial cualquier situación de incumplimiento, retardo y/o mora en el cumplimiento de las obligaciones derivadas del presente contrato de seguro, tales como el no pago de la prima y/o cualquier otra suma de dinero que se adeude por el Contratante por tal concepto. Los costos inherentes a aclarar la información en el evento de pago serán de cargo del Contratante. Para tal efecto, la Compañía otorgará certificados de pago sólo una vez cumplidas las obligaciones recién referidas por parte del Contratante.

Artículo N°17: Código de Autorregulación.

Help Seguros de Vida S.A. se encuentra adherida al Código de Autorregulación de las Compañías de Seguros y está sujeta al Compendio de Buenas Prácticas Corporativas, que contiene un conjunto de normas destinadas a promover una adecuada relación de las compañías de seguros con sus clientes. Copia de este Compendio se encuentra disponible en las oficinas de la Compañía y en la página web www.aach.cl

Asimismo, ha aceptado la intervención del Defensor del Asegurado cuando los clientes le presenten reclamos en relación a los contratos celebrados con la Compañía. Los clientes pueden presentar sus reclamos ante el Defensor del Asegurado utilizando los formularios disponibles en las oficinas de Help Seguros de Vida S.A., dirección Av. Apoquindo #3600, Las Condes, o a través de la página web www.ddachile.cl

Artículo N°18: Información Sobre Presentación de Consultas y Reclamos

En virtud de la circular N° 2.131 de 28 de noviembre de 2013, las compañías de seguros, correadores de seguros y liquidadores de siniestros, deberán recibir, registrar y responder todas las presentaciones, consultas o reclamos que se les presenten directamente por el contratante, asegurado, beneficiario o legítimos interesados o sus mandatarios.

Las presentaciones pueden ser efectuadas en todas las oficinas de las entidades en que se atienda público, presencialmente, por correo postal, medios electrónicos, o telefónicamente, sin formalidades, en el horario normal de atención.

Recibida una presentación, consulta o reclamo, ésta deberá ser respondida en el plazo más breve posible, el que no podrá exceder de 20 días hábiles contados desde su recepción.

El interesado, en caso de discrepancia respecto de lo informado, o bien cuando demora injustificada de la respuesta, podrá recurrir a la Comisión Para El Mercado Financiero, área de protección al inversionista y asegurado, cuyas oficinas se encuentran ubicadas en av. Libertador Bernardo O'Higgins 1449, piso 1, Santiago, o a través del sitio web www.cmfchile.cl

Comunicación

Cualquier comunicación, declaración o notificación que deba efectuar el tomador y/o la Compañía al Contratante o Asegurado con motivo de esta póliza, deberá efectuarse a su dirección de correo electrónico indicado en el presente instrumento.

En caso de oposición, de desconocerse su correo electrónico o de recibir una constancia de que dicho correo no fue enviado o recibido exitosamente, las comunicaciones deberán efectuarse mediante el envío de carta certificada dirigida a su domicilio señalado en este documento.

Indisputabilidad

La compañía de Seguros, Help Seguros de Vida S.A., no puede impugnar el contrato de seguro una vez transcurrido el plazo de un año desde la fecha de la conclusión, a no ser que el asegurado haya actuado con dolo y haya intentado, deliberadamente y a sabiendas, estafar o defraudar al seguro.

Artículo N°19: Procedimiento de Liquidación de Siniestros

1. Objeto de la Liquidación

La liquidación tiene por fin establecer la ocurrencia de un siniestro, determinar si el siniestro está cubierto en la póliza contratada en una compañía de seguros determinada, y cuantificar el monto de la pérdida y de la indemnización a pagar.

El procedimiento de liquidación está sometido a los principios de celeridad y economía procedural, de objetividad y carácter técnico y de transparencia y acceso.

2. Forma de Efectuar la Liquidación

La liquidación puede efectuarla directamente la Compañía o encomendarla a un Liquidador de Seguros. La decisión debe comunicarse al Asegurado dentro del plazo de tres días hábiles contados desde la fecha de la denuncia del siniestro.

3. Derecho de Oposición a la Liquidación Directa

En caso de liquidación directa por la Compañía, el Asegurado o beneficiario puede oponerse a ella, solicitándole por escrito que designe un Liquidador de Seguros, dentro del plazo de cinco días hábiles contados desde la notificación de la comunicación de la Compañía. La Compañía deberá designar al Liquidador en el plazo de dos días hábiles contados desde dicha oposición.

4. Información al Asegurado de Gestiones a Realizar y Petición de Antecedentes

El Liquidador o la Compañía deberá informar al Asegurado, por escrito, en forma suficiente y oportuna, al correo electrónico (informado en la denuncia del siniestro) o por carta certificada (al domicilio señalado en la denuncia de siniestro), de las gestiones que le corresponde realizar, solicitando de una sola vez, cuando las circunstancias lo permitan, todos los antecedentes que requiere para liquidar el siniestro.

5. Pre-Informe de Liquidación

En aquellos siniestros en que surgen problemas y diferencias de criterios sobre sus causas, evaluación del riesgo o extensión de la cobertura, podrá el Liquidador, actuando de oficio o a petición del Asegurado, emitir un pre-informe de Liquidación sobre la cobertura del siniestro y el monto de los daños producidos, el que deberá ponerse en conocimiento de los interesados. El Asegurado o la Compañía podrán hacer observaciones por escrito al pre-informe dentro del plazo de cinco días hábiles desde su conocimiento.

6. Plazo de Liquidación

Dentro del más breve plazo, no pudiendo exceder de 45 días corridos desde la fecha denuncio, a excepción de:
a) siniestros que correspondan a seguros individuales sobre riesgos del Primer Grupo cuya prima anual sea superior a 100 UF: 90 días corridos desde fecha denuncio.
b) siniestros marítimos que afecten a los cascos o en caso de Avería Gruesa: 180 días corridos desde fecha denuncio.

7. Prórroga del Plazo de Liquidación

Los plazos antes señalados podrán, excepcionalmente siempre que las circunstancias lo ameriten, prorrogarse, sucesivamente por iguales períodos, informando los motivos que la fundamenten e indicando las gestiones concretas y específicas que se realizarán, lo que deberá comunicarse al Asegurado y a la Comisión para el mercado financiero, pudiendo esta última dejar sin efecto la ampliación, en casos calificados, y fijar un plazo para entrega del Informe de Liquidación. No podrá ser motivo de prórroga la solicitud de nuevos antecedentes cuyo requerimiento pudo preverse con anterioridad, salvo que se indiquen las razones que justifiquen la falta de requerimiento, ni podrán prorrogarse los siniestros en que no haya existido gestión alguna del liquidador, registrado o directo.

8. Informe Final de Liquidación

El informe final de liquidación deberá remitirse al Asegurado y simultáneamente al Asegurador, cuando corresponda, y deberá contener necesariamente la transcripción íntegra de los artículos 26 y 27 del Reglamento de Auxiliares del Comercio de Seguros (D.S. de Hacienda N° 1.055, de 2012, Diario Oficial de 29 de diciembre de 2012).

9. Impugnación Informe de Liquidación

Recibido el informe de Liquidación, la Compañía y el Asegurado dispondrán de un plazo de diez días hábiles para impugnarla. En caso de liquidación directa por la Compañía, este derecho sólo lo tendrá el Asegurado.

Impugnado el informe, el Liquidador o la compañía dispondrá de un plazo de 6 días hábiles para responder la impugnación.



APODERADO HELP SEGUROS DE VIDA S.A.

CONVENIOS¹

CLINICAS VENTANILLA ÚNICA

Ecosistema de servicios

Ventanilla Única

Un beneficio que permite simplificar y agilizar el proceso de reembolso en prestaciones hospitalarias, reduciendo el copago final.

- Evitas realizar el trámite manual del reembolso en la compañía.
- El copago a cancelar es más bajo, puesto que se aplica la cobertura de la previsión de salud y la de Help Seguros.
- Las clínicas en convenio reconocen a los pacientes y les entregan la liquidación del seguro.



Holding



No Holding



Ventanilla Única: Es un beneficio en que se realiza la bonificación directa a las clínicas en convenio, en atenciones hospitalarias cubiertas por el Seguro de Salud. El asegurado-paciente solo debe cancelar el copago final, puesto que el seguro ya aplicó las coberturas de la Póliza.

ASISTENCIAS

¹ Los servicios adicionales no constituyen cobertura de seguros, siendo responsabilidad de los prestadores indicados en cada anexo la entrega del servicio correspondiente. La Compañía Aseguradora podrá poner término a los servicios adicionales en cualquier momento, informando de ello al contratante de la póliza.



Orientación Médica Telefónica

Recibe orientación telefónica por parte de un médico en cualquier momento.



Consulta Médica Virtual

Recibe atención de telemedicina general a través de videollamada.



Reembolso de Gastos Funerarios

Realiza el reembolso de los gastos funerarios en caso de fallecimiento de un beneficiario



Cotización de medicamentos

Cotiza en distintas farmacias tus medicamentos y cómpralos de manera 100% online vía Yapp.



Orientación de Salud

Recibe orientación telefónica y resuelve tus dudas relacionadas al sistema de salud.



Agendamiento de Consulta Médica

Agenda una hora médica o solicita información en las clínicas y centros médicos disponibles.

Asistencias

Farmacia digital

¿Qué es YAPP?

Es una plataforma de comparación medicamentos, la cual permite cotizar en múltiples farmacias y ahorrar en promedio un 31% respecto de lo gastado.



¿Cuáles son sus beneficios?

- Recibir la receta en el correo electrónico al salir de la consulta médica.
- Comparar los precios de los medicamentos en distintas farmacias y comprar en la que más convenga.
- Programar las siguientes compras y olvidarse de ir a la farmacia todos los meses.

Beneficios Adicionales Seguros Colectivos

Cobertura

extra
sobre plan
de beneficios

+20%
bonificación



+10%
bonificación



Reembolso Fácil

Reembolsos de la Isapre
y Seguro Complementario
en una sola solicitud.



Solo debes firmar una autorización
en la Sucursal Virtual de tu Isapre para
activar.

Beneficios adicionales

Más cobertura



Junto a Centros Médicos Vidaintegra y Centros Médicos Dávila
entregamos un beneficio más simple y conveniente:

Copago 0

en exámenes de
laboratorio e imágenes

¿Qué exámenes incluye?

Todos los exámenes e imágenes ambulatorios
cubiertos por tu Isapre o Fonasa y con
bonificación a través de I-Med, tales como:

Scanner

Resonancia

TAC

Exámenes
de laboratorio

Radiografías

Centros médicos para utilizar este beneficio
*según disponibilidad



- Dávila Las Condes,
Av. El Bosque Norte 0110
- Dávila Ñuñoa,
Av. Irarrázaval 2401
- Dávila Maipú,
Av. Pajaritos 1948



- Vidaintegra Quilicura,
Av. O'Higgins 358
- Vidaintegra Bandera,
Bandera 101
- Vidaintegra Alameda,
Av. Libertador Bernardo O'Higgins 1620
- Vidaintegra Puente Alto,
Ernesto Alvear 63

Pueden acceder indicando el RUT
directamente en los Centros Médicos.

Beneficios adicionales

Más beneficios

Beneficios adicionales exclusivos para atenciones de salud, centros dentales, ópticas y farmacias.



Descuento

Hasta **50%**

en Salud,
exámenes, imágenes,
urgencias y vacunas



Descuento

Hasta **65%**

en centros
dentales



Descuento

Hasta **20%**

en ópticas



Descuento

10% en
medicamentos
genéricos

5% en
medicamentos
de marca



Convenios Beneficios



Beneficios Adicionales Seguros Colectivos

Detalle:

1. **10% de Cobertura adicional.** Copago de consultas médicas y exámenes de laboratorio. Esta cobertura es entregada por Help Seguros.
2. **20% descuento valor particular en vacunas Rotarex, Rotateq, Menveo y Bexero.** Primer año de vida, vacunatorio sucursal Providencia y La Dehesa.
3. **20% descuento copago laboratorio e imágenes (códigos 03 y 04).** Este beneficio solo rige sobre las prestaciones que tengan bonificación por huella electrónica (IMED), tanto en atenciones de urgencia como ambulatorias realizadas en Clínica Santa María. Los descuentos ofrecidos se aplican después de la cobertura entregada por la Isapre y seguros complementarios que se cursan por IMED automáticamente. Se excluyen exámenes de Medicina Nuclear (Códigos 05).
4. **30% descuento copago en consulta de urgencia.**
5. **Convenio de Accidentes costo cero para recién nacidos en Clínica Santa María, hasta el segundo año de vida.** Sólo Isapre.

Centro Dental

Detalle:

1. **Primera consulta y set radiográfico sin costo.**
2. **65% de descuento sobre arancel dental de Clínica Santa María, excluye insumos laboratorio u otras promociones.**
3. **Tratamiento con implante único desde \$629.990 (valor preferencial).**

Activación: Automática desde el primer día hábil del mes siguiente de la contratación del seguro.

Detalle:

1. **20% de Cobertura adicional.** Copago de consultas médicas y exámenes de laboratorio. Esta cobertura es entregada por Help Seguros.
2. **20% descuento valor particular en vacunas Rotarex, Rotateq, Menveo y Bexero.** Primer año de vida.
3. **20% descuento copago laboratorio e imágenes ambulatorias (códigos 03 y 04).** Los descuentos ofrecidos se aplican al copago del paciente (después de la cobertura entregada por Fonasa o Isapres en convenio y seguros complementarios), que se cursen por IMED automáticamente. Se excluye código 05.
4. **Cupón \$100.000 de descuento en copago en hospitalización.**
5. **50% descuento copago consulta urgencia.** Incluye sólo la consulta de urgencia en el Servicio de Urgencia de Clínica Dávila Recoleta y Clínica Dávila Vespucio. El descuento es al copago, posterior a la bonificación de Isapres en convenio.
6. **Convenio de Accidentes costo cero para recién nacidos en Clínica Dávila, hasta el segundo año de vida.** Beneficiarios de los seguros que quieran activar este beneficio tanto en Clínica Dávila como en Clínica Dávila Vespucio, deben inscribirse en el correo convenios@davila.cl o acudir directamente al área de Convenios de Clínica Dávila Recoleta, Edificio H, piso 6.

Centro Dental

Detalle:

1. **Primera consulta y set radiográfico gratis.**
 2. **65% de descuento sobre arancel dental,** en Centro Médico Dávila Las Condes, Dávila Ñuñoa y Centros VidaIntegra (excluye insumos, laboratorio u otras promociones).
 3. **Valor preferencial para Tratamiento con implante único Titamax \$530.000*** (precio de referencia \$587.880).
- *Arancel referencial año 2022, aproximadamente 10% de descuento precio público general. Valor reajustable por IPC el 31 de marzo de cada año.

Activación: Desde el primer día hábil del mes siguiente de la contratación del seguro.



Detalle:

1. 10% descuento copago laboratorio ambulatorios.
2. 20 % descuento en imágenes ambulatorias.

Activación: Automática desde el primer día hábil del mes siguiente de la contratación del seguro.



Detalle:

1. 15% descuento copago laboratorio ambulatorios.
2. 20 % descuento en imágenes ambulatorias y en servicio urgencia.
3. 20% descuento copago consulta urgencia (no incluye interconsulta).

Activación: Automática desde el primer día hábil del mes siguiente de la contratación del seguro.



Detalle:

1. 15% Copago de exámenes e imágenes de laboratorio.
2. 62% Arancel base dental.

Activación: Desde el primer día hábil del mes siguiente de la contratación del seguro.

Condiciones:

- Descuentos no acumulables con otras promociones
- Descuento no es retroactivo. Se debe hacer válido indicando rut y convenio vigente

Beneficios Dentales



Detalle:

60% descuento en prestaciones dentales (excluye implantes, Ortodoncia, Análisis Histopatológicos, trabajos de laboratorio y pabellón).

Activación: Desde el primer día hábil del mes siguiente de la contratación del seguro

Condiciones:

- Descuentos no acumulables con otras promociones
- Descuento no es retroactivo. Se debe hacer válido indicando rut y convenio vigente



Detalle:

1. Beneficio Dental Sin Costo. Evaluación y diagnóstico odontológico con radiografía panorámica (1 placa) sin costo.

Excluye las especialidades de trastornos temporomandibulares.

2. 62% descuento en prestaciones frecuentes (*restauraciones anterior simple, posterior simple y cervical con o sin cavidad, exodoncias simples y sellantes*) sobre Arancel Everest, a lo largo de toda la red de sucursales a nivel nacional.

3. 60% descuento en el resto de prestaciones dentales (*cualquier prestación dental que realice un Odontólogo*) sobre Arancel Everest, en toda la red de Clínicas Everest. Excluye los insumos, laboratorios y promociones.

4. Higiene Dental \$19.900. Diagnóstico + Rx Panorámica + Instrucción de Higiene + Higiene. Valor vigente hasta el 31/12/2024.

5. Higiene Niño \$45.000. Diagnóstico + Rx Panorámica + Instrucción de Higiene + Higiene odontopediatría. Valor vigente hasta el 31/12/2024. Aplica para niños/as entre 2 a 13 años de edad.

Activación: Desde el primer día hábil del mes siguiente de la contratación del seguro

Condiciones:

- Descuentos no acumulables con otras promociones
- Descuento no es retroactivo. Se debe hacer válido indicando rut y convenio vigente

Prestador	Ubicación	Comuna	Dirección
Clinica Dental Everest	<ul style="list-style-type: none"> • Región Metropolitana • Región de Coquimbo • Región de Valparaíso • Región de Los Lagos • Región de La Araucanía 	<ul style="list-style-type: none"> • Las Condes • Lo Barnechea • Vitacura • La Reina • Ñuñoa • Huechuraba • La Florida • Puente Alto • Maipú • Melipilla • Santiago • Chicureo • Las Condes • Colina • La Serena • Concón • Puerto Montt • Temuco 	<ul style="list-style-type: none"> • Avenida El Bosque Norte 92, Las Condes. • Alonso de Córdova 5870, Las Condes. • Cam. Los Trapenses 3515, Lo Barnechea. • Manquehue Oriente 2030, Lo Barnechea. • Av. Santa María 7030, Vitacura. • Carlos Silva Vildosola 9073, La Reina. • José Domingo Cañas 1701, Ñuñoa. • Av. Pedro Fontova 7789, Huechuraba. • Froilán Roa 580, La Florida. • Av. Concha y Toro N° 1477, Puente Alto. • Caletera Av. Américo Vespucio N° 51, Maipú. • Vicuña Mackenna 302, Melipilla. • Paseo Estado 235, Santiago. • Av. del Valle 10714, Chicureo. • Camino el Alba 11969, Las Condes. • Av. Padre Sergio Correa 14.500, Colina (Fronto). • Av. Balmaceda 2865, La Serena. • Av. Concón Reñaca 4000, Concón. • Illapel 10, Puerto Montt. • Strip Center Los Pablos 2050, Temuco.

Beneficios Dentales



Detalle:

1. **60% de descuento sobre el Arancel 100 Dental de cada prestación.**
2. **Diagnóstico Dental PRO que incluye el set radiográfico inicial a \$21.990.**
3. **Pack de prevención dental a \$41.990.**

Activación: Desde el primer día hábil del mes siguiente de la contratación del seguro

Condiciones:

- Descuentos no acumulables con otras promociones
- Descuento no es retroactivo. Se debe hacer válido indicando rut y convenio vigente



Detalle:

1. **Sin Costo Plan dental Esencial.** Incluye diagnóstico, limpieza en base a ultrasonido, radiografías digitales de diagnóstico y técnica de higiene.
2. **20% descuento para tratamientos sobre arancel vigente al momento de la prestación** (Integral, ortodoncia y niños). No incluye laboratorio, biomateriales, insumos y radiografías panorámicas, mercadito.
4. **Sesión de inicio Club Ratón Pérez a \$35.000.** Incluye diagnóstico y plan de tratamiento, profilaxis y pulido coronario, Adaptación con metodología CRP y Asesoramiento en técnicas de higiene.

Activación: Desde el primer día hábil del mes siguiente de la contratación del seguro

Condiciones:

- Descuentos no acumulables con otras promociones
- Descuento no es retroactivo. Se debe hacer válido indicando rut y convenio vigente

Prestador	Ubicación	Comuna	Dirección
Santa Blanca	<ul style="list-style-type: none"> • Región Metropolitana • Región del Biobío • Región del Maule • Región de O'Higgins • Región de Valparaíso • Región de Los Lagos • Región de Ñuble 	<ul style="list-style-type: none"> • Las Condes • Buin • Viña del Mar • Rancagua • Talca • Curicó • Chillán • Los Ángeles • Puerto Varas • Puerto Montt 	<ul style="list-style-type: none"> • Ebro 2743, Las Condes. • Camino El Alba 9107, Las Condes. • Estoril 50, oficina 806, Las Condes. • Bernardino Bravo 0115, Buin. • Panamericana sur km.38, Strip Center Los Linderos, Buin. • Av. Blanca Estela 58, Concón. • Calle Quillota 0250, Viña del Mar. • Bello Horizonte 791, Rancagua. • 30 Oriente 1546. Nuevo Centro Las Rastras, Talca. • Av. España 717, Curicó. • Av. Paul Harris 790, Chillán. • Av. Alemania 831, Los Ángeles. • Costanera Vicente Pérez, Rosales 1400, Puerto Varas. • Antonio Varas 55, Puerto Montt.

Beneficio Ópticas

Detalle:

1. 20% de descuento en armazones y cristales.
2. 15% de descuento en anteojos de Sol.
3. 10% de descuento en lentes de contacto.



Activación: Desde el primer día hábil del mes siguiente de la contratación del seguro

Condiciones:

- Descuentos no acumulables con otras promociones
- Descuento válido solo en tienda física, no página web u otro canal digital
- Descuento no es retroactivo. Se debe hacer válido indicando rut y convenio vigente

SERVICIOS PARA EL CONTRATANTE Y ASEGURADOS

www.helpseguros.cl

Soluciones de Salud a un click



www.helpseguros.cl / botón Sucursal Virtual

The website header includes the Help Seguros logo and navigation links: SEGUROS, QUIÉNES SOMOS, FORMULARIOS DE REEMBOLSO, CONTACTO, and SUCURSAL VIRTUAL (highlighted in red).

The main content area features a green background with the text: **Seguros más fáciles, transparentes y cercanos.** It includes a subtext: "En Help Seguros estamos trabajando para ofrecerte seguros fáciles de entender y claros en sus coberturas. Help Seguros, seguros que serán más simples y hechos con cariño." A "CONOCE MÁS" button is present.

To the right, there is a photograph of a young girl and a woman jumping joyfully in a field of tall grass.

The bottom left contains the "Ingresá a tu nueva Sucursal Virtual" form, which includes fields for Clientes (dropdown), RUT (text input), Contraseña (password input), and a "INGRESAR" button. A note at the bottom states: "La Sucursal Virtual Tradicional sigue disponible para ti, haz click aquí para visitarla."

The bottom right features a photograph of a smiling family: a father, a mother, and a child.

At the very bottom right, there is a contact number: **Hablemos 600 600 1222**.

Ecosistema de servicios

App Help Seguros

Intuitiva | Rápida | Amigable

- Reembolsos en línea
- Gestión de cuentas bancarias
- Información sobre el seguro y beneficios adicionales
- ¡Y mucho más!



¡Nuevo servicio!



Reembolso WhatsApp

Ahora podrás solicitar tu reembolso de gastos médicos directamente desde tu teléfono:
¡Más cómodo, simple y 100% digital!

¿En qué consiste?

- ① Escribe al número +569 6 468 22 39
- ② Ingresa tu **nombre y Rut** sin guion ni dígito verificador
- ③ Escoge la opción "**Ingresar un reembolso**"
- ④ Sigue los pasos, envía los documentos que te soliciten ¡y listo!

Podrás revisar en detalle

- ✓ Detalle del estado de reembolsos
- ✓ Coberturas vigentes
- ✓ Cargas vigentes
- ✓ Reembolso WhatsApp