REDSALUD
SOMOS CChC

VIDACÁMARA
SOMOS CChC

SOY REDSALUD

Entregamos coberturas

Fonasa e Isapres

Seguro

RedSalud Exámenes y Consultas 50%

Descubre un **seguro complementario de salud que entrega cobertura del 50% de los exámenes y consultas** realizados en **Clínicas y Centros Médicos RedSalud.**

SOY REDSALUD

¡NUEVO SEGURO!

REDSALUD EXÁMENES Y CONSULTAS 50%

- Exámenes de Laboratorio
- Imagenología
- Radiografías
- Consultas Médicas
- Cubre preexistencias
- Sin deducible

El Seguro RedSalud Exámenes y Consultas 50% se hace efectivo una vez aplicados los beneficios y coberturas del sistema de salud previsional respectivo, así como también los de cualquier otro beneficio, Plan o seguro que posea el asegurado titular y sus cargas.

Prima

La prima bruta del **“Seguro RedSalud Exámenes y Consultas 50%”** será de **UF 0,29** por asegurado incluido en la póliza, **el cual se pagará mediante 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

Inicio de Cobertura

Podrás hacer uso de tu cobertura al **día siguiente de la contratación** de la póliza utilizando el **servicio IMED en las Clínicas y Centros Médicos RedSalud.**

Además, estará disponible el ingreso de solicitudes de reembolso a través de la APP y Portal Privado Web de **Vida Cámara**.

Debes saber

La cobertura anual por asegurado tiene un tope de UF 40, cuya aplicación se realiza de la siguiente manera: Por cada solicitud de reembolso en exámenes y consultas, se aplicará un 50% de bonificación en el copago durante 12 meses o hasta completar el tope de bonificación de UF 40. **Los topes de cobertura se reinician anualmente**, por lo que las UF 40 se comienzan a contabilizar una vez renovado el seguro por el siguiente **periodo de 12 meses**.

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

Plan de Coberturas

COBERTURA	PORCENTAJE REEMBOLSO	TOPE POR PRESTACIÓN	TOPE ANUAL COBERTURA
CONSULTAS MÉDICAS*	50%		30 UF
EXÁMENES DE LABORATORIO	50%		
EXÁMENES DE IMAGENEOLOGÍA, RADIOGRAFÍAS, ULTRASONOGRAFÍAS Y MEDICINA NUCLEAR	50%		
CONSULTAS MÉDICAS SIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA	50%	1 UF	10 UF
PRESTACIONES NO ARANCELADAS	20%		

TOPE ANUAL DE COBERTURA EN UF	40 UF

*No incluye gastos dentales.

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

Para los casos 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.
- En caso de que el asegurado no se encontrara afiliado a un Sistema Previsional al momento del siniestro, estos gastos serán cubiertos por el seguro aplicando una rebaja del 80% sobre los porcentajes del cuadro "Plan de Reembolsos" con tope de 2 UF anual, previa acreditación de la condición.
- En aquellos casos en que el asegurado esté afiliado a un sistema de salud previsional privado o público y durante la vigencia de esta póliza disminuyera la cobertura otorgada por el sistema previsión al de salud del asegurado, en comparación a la otorgada al momento de contratar esta póliza en más de un 20% ya sea por voluntad o condiciones ajenas al asegurado, la compañía reducirá el porcentaje de reembolso en 80%.
- Los gastos médicos incurridos en Consultas Médicas de Atención de Urgencia en las clínicas y centros médicos de RedSalud serán reembolsados según los porcentajes reembolso establecidos en el Plan de Reembolsos y se reducirán a 10% con tope de 5 UF anual por beneficiario.

- Las prestaciones ambulatorias no tipificadas en el Arancel Fonasa serán cubiertas por el seguro según lo indicado en el Plan de Rembolso
- La Compañía realizará la clasificación de las prestaciones de salud cubiertas por esta póliza en conformidad a las definiciones y rubros de prestaciones contenidas en las Normas Técnicas Administrativas del Arancel Fonasa vigente a la fecha de la respectiva prestación.

Excepcionalmente se otorgará cobertura de los gastos médicos originados o que sean consecuencia de la pandemia Covid-19 en los siguientes términos:

- Prestaciones médicas ambulatorias: Las prestaciones médicas ambulatorias requeridas para el tratamiento de la pandemia Covid-19 serán reembolsadas según los porcentajes y topes establecidos en el Plan de Reembolso.
- Esta cobertura excepcional se extenderá hasta el fin de la primera vigencia anual de esta póliza, por lo que la cobertura no se extenderá a un nuevo período de vigencia cuando fuere renovada automáticamente por un nuevo período.

Prima

	PRIMA POR ASEGURADO
EXÁMENES Y CONSULTAS 50%	0,29 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.

REDSALUD
SOMOS CChC

VIDACÁMARA
SOMOS CChC

SOY responsable de mi salud.

SOY REDSALUD

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

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

COBERTURA	EDAD MÍNIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA
Titular	18 años	64 años y 364 días	99 años y 364 días
Cónyuge, conviviente civil o conviviente no civil con hijos en común	18 años	64 años y 364 días	99 años y 364 días
Hijos	Desde el día de nacimiento	23 años y 364 días	24 años y 364 días
Cargas Legales	Desde el día de nacimiento	23 años y 364 días	24 años y 364 días

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. En estos casos la cobertura se iniciará el primer día del período de cobertura siguiente al de su aceptación en incorporación

al seguro, con excepción de los hijos recién nacido, cuya vigencia se ajustará a lo siguiente:

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

Principales Exclusiones

Las exclusiones contempladas en esta póliza corresponden a las establecidas en el Artículo 8 de las Condiciones Generales inscritas en la Comisión para el Mercado Financiero bajo el código POL 320220210, a excepción de las exclusiones de cobertura establecidas en las letras a), solo en relación a las consultas psiquiátricas y/o psicológicas, dejando por tanto excluido de cobertura las demás prestaciones médicas indicadas en la letra a), r) y v) de la señalada disposición, la que se procede a levantar por lo que no será aplicables a la presente póliza.

La presente póliza no cubre gastos médicos en que haya incurrido un asegurado que sean relativos a alguna de las prestaciones, medicamentos, gastos farmacéuticos, procedimientos o estudios que se indican a continuación, o se originen, o sean consecuencia o complicación de alguna incapacidad que se menciona en el presente artículo.

No obstante lo indicado, si en el cuadro de beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza se considera cobertura para alguna prestación o servicio médico excluido mediante este artículo, se entenderá que la prestación o servicio médico se encuentra cubierto de acuerdo a los porcentajes y límites de reembolso o pago indicados en dicho cuadro de beneficios.

Se encuentran excluidos de cobertura:

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

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

C. Cirugía y/o tratamientos estéticos, cosméticos, plásticos, dentales, ortopédicos y otros tratamientos que sean para fines de embellecimiento o tengan como finalidad para corregir malformaciones producidas por enfermedades o accidentes anteriores a la fecha de vigencia inicial del asegurado en la póliza.

D. Cirugía plástica, estética, cosmética o reparadora y tratamientos secundarios a dichas cirugías, a menos que sea necesitada por una lesión accidental que ocurra mientras el asegurado se encuentre amparado por la póliza.

E. Tratamientos por adicción a drogas, alcoholismo o tabaquismo. Lesión, enfermedad o tratamiento causado por ingestión de alcohol, somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares, o hechos deliberados que cometa el asegurado, tales como los intentos de suicidio, lesiones auto inferidas y abortos provocados.

F. Tratamiento por Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - SIDA - y/o cualquier otro cuadro producido o favorecido por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), sus consecuencias y complicaciones, y por enfermedades asociadas, incapacidades, desórdenes, lesiones, operaciones y tratamientos relacionados con la condición de portador del V.I.H. o el SIDA que padezca el Asegurado.

G. No se consideran para efecto de este seguro como enfermedad la cirugía y/o tratamientos a causa de:

I. Cirugía por obesidad o sobrepeso, independientemente del grado de obesidad o sobrepeso del asegurado, sus tratamientos, consecuencias y complicaciones.
II. Una Cirugía Maxilofacial.
III. Una Cirugía de Rinoplastía y/o Septoplastía.
IV. Cirugía de reducción o aumento mamario y ginecomastia por cualquier causa, aunque sean para fines terapéuticos.
V. Estudios y tratamientos por talla baja, gigantismo y todo tipo de hormonas del crecimiento, así como también antagonistas LH y RH.
VI. Tratamientos y/o cirugías oculares para vicios o defectos de refracción, tales como, miopía, astigmatismo, hipermetropía, y otras enfermedades oculares.
VII. Esterilización quirúrgica femenina y masculina independiente de la causa por la cual se indique.
VIII. Estudios de diagnóstico y tratamientos y procedimiento que tengan relación con problemas de esterilidad, impotencia masculina o femenina, fertilidad e infertilidad, sus complicaciones y consecuencias.
IX. Tratamientos para adelgazar.

H. Los siguientes insumos o gastos farmacéuticos no se cubrirán, aún cuando éstos sean con fines terapéuticos, ellos son:

I. Insumos ambulatorios utilizados en una cirugía.
II. Cualquier tipo de alimento o sustitutos alimenticios, aunque sean con fines terapéuticos.
III. Homeopatías y/o Recetario Magistral.
IV. Cremas, lociones faciales, jabones, shampoo, filtros solares, medias antiembólicas o para el tratamiento de várices.
V. Medicamentos biológicos e inmunoterapias.

I. Lesión o enfermedad causada por:

I. Guerra civil o internacional, sea que esta haya sido declarada o no, invasión y actividades u hostilidades de enemigos extranjeros.
II. Participación activa del asegurado en rebelión, revolución, insurrección, poder militar, terrorismo, sabotaje, tumulto o conmoción contra el orden público, dentro o fuera del país.
III. Participación del asegurado en actos calificados como delitos por la ley.
IV. Negligencia, imprudencia o culpa grave por parte del asegurado.
V. Encontrarse el Asegurado bajo los efectos de drogas o alucinó-

Principales Exclusiones

genos o en estado de ebriedad, de acuerdo a la graduación establecida en la legislación vigente a la fecha del hecho constatado mediante la documentación emanada de la autoridad u organismo competente.
VI. Accidentes provocados por conducir un vehículo motorizado en estado de ebriedad, de acuerdo a la graduación establecida en la legislación vigente a la fecha del accidente, constatado mediante la documentación emanada de la autoridad u organismo competente.
VII. Fusión y fisión nuclear o cualquier accidente nuclear.

J. Todo tipo de exámenes dentales, extracciones, empastes, cirugía y/o tratamiento dental en general, como también todo tipo de Cirugía Maxilofacial, a excepción de la necesaria a raíz de un accidente ocurrido durante la vigencia del asegurado en la póliza, sólo serán cubiertas si se ha contratado el beneficio o la cobertura adicional dental correspondiente, en los porcentajes y monto asegurado que para ella se definan en las condiciones particulares de la póliza.

K. Aparatos auditivos, lentes o anteojos ópticos y de contacto, prótesis, órtesis, miembros artificiales y suministro de aparatos o equipos médicos y/u ortopédicos, así como también la adquisición o arriendo de equipos, tales como: sillas de ruedas, camas médicas, ventiladores mecánicos, etc. La compañía de seguros sólo reembolsará o pagará uno o más de estos elementos en la medida que estén expresamente indicados en las Condiciones Particulares bajo la cobertura de Beneficio Ambulatorio.

L. Tratamientos, visitas médicas, exámenes, medicamentos, remedios o vacunas para el sólo efecto preventivo, no inherentes o necesarios para el diagnóstico de una incapacidad, a excepción de los gastos por control de niño sano y control ginecológico que serán reembolsados de acuerdo a la cobertura contratada de la póliza.

M. Hospitalización domiciliaria y la atención particular de enfermería fuera del recinto hospitalario.

N. Gastos por acompañantes, mientras el asegurado se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comidas y similares.

O. Lesión o enfermedad surgidas de la ocupación del asegurado, cubierta por la legislación de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.

P. Epidemias y Pandemias declaradas por la autoridad competente o por el organismo de salud mundial competente, respectivamente.

Q. Gastos médicos provenientes de una hospitalización en que incurra un asegurado o el recién nacido a consecuencia de embarazo, parto, cesárea y sus complicaciones.

R. Situaciones, dolencias o enfermedades preexistentes.

S. Malformaciones y/o incapacidad congénita.

T. Tratamientos, drogas o medicamentos que sean utilizados habitualmente como método anticonceptivo, aun cuando su prescripción se indique como necesaria para el tratamiento de otra enfermedad distinta al de la anticoncepción. En estos se incluirán anticonceptivos tradicionales o de emergencia, anovulatorios, DIU, métodos de barrera, y otros de similares o distintos principios.

U. Iriología, reflexología y en general tratamientos médicos no tradicionales o experimentales, empíricos y también la medicina alternativa.

V. Realización o participación habitual o no habitual en una actividad o deporte riesgoso, considerándose como tales aquellos que objetivamente constituyan una agravación del riesgo o se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos. A vía de ejemplo, y sin que la enumeración sea taxativa o restrictiva sino que meramente enunciativa, se considera actividad o deporte riesgoso el manejo de explosivos, la minería subterránea, los trabajos en altura o líneas de alta tensión, la inmersión submarina, el pilotaje civil, el paracaidismo, el montañismo, las alas delta, el bungee, el parapente, las carreras de autos y motos, entre otros.

W. Criopreservación, así como la compra de células madre, sangre, hemoderivados y cualquier otro tejido u órgano.

X. Gastos que no estén expresamente indicados en el Cuadro de Beneficios detallado en las Condiciones Particulares de la Póliza, como asimismo, gastos de exámenes y procedimientos a través de nuevas tecnologías no reconocidas por el sistema previsional de salud.

Y. Ambulancia aérea.

Los términos del seguro, sus características y demás condiciones se encuentran descritos bajo el código POL 320220210 del Depósito de Pólizas de la Comisión para el Mercado Financiero y en sus respectivas condiciones particulares.