

SOYREDSALUD

Seguro

RedSalud Enfermedades de Alto Costo

Nuestro **seguro catastrófico por evento** entrega **cobertura en enfermedades y accidentes de alto costo** realizadas en **Clínicas y Centros Médicos RedSalud**.

Entregamos coberturas

Fonasa e Isapres

SOYREDSALUD

¡NUEVO SEGURO!

REDSALUD ENFERMEDADES DE ALTO COSTO

- ✓ Día cama hospitalización
- ✓ Servicios/medicamentos hospitalarios
- ✓ Honorarios médico quirúrgicos
- ✓ Cirugía dental por accidente
- ✓ Cirugía ambulatoria
- ✓ Consultas médicas
- ✓ Exámenes de laboratorio e imagenología

El Seguro RedSalud Enfermedades de Alto Costo 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 Enfermedades de Alto Costo” será desde **UF 0,18** por asegurado. El precio varía según el plan escogido, el número de asegurados y la tabla de tramo de edades incluido en la póliza. El pago de la prima **será con cargo a una tarjeta de débito o crédito.**

Cobro

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

Inicio de Cobertura

Podrás hacer uso de tu cobertura al día siguiente de la contratación de la póliza.

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

Debes saber

COBERTURA CATASTRÓFICA POR EVENTO

ASEGURADOS HASTA 69 AÑOS Y 364 DÍAS

Para eventos ocurridos hasta el día anterior a aquél en que el asegurado cumpla los 70 años de edad.

ASEGURADOS MAYORES DE 70 AÑOS

Para eventos ocurridos a contar del día en que el asegurado cumpla los 70 años de edad.

Monto asegurado	UF 30.000 por evento	UF 5.000 por evento
Deducible	UF 50	UF 150

SOY fan de

mi salud

Contrata 100% online en

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

o

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

Plan de Coberturas

	COBERTURA	PORCENTAJE DE REEMBOLSO EN PRESTADOR REDSALUD CCHC
BENEFICIOS DE HOSPITALIZACIÓN	DÍA DE CAMA MEDICINA, UTI, UCI, INTERMEDIO, RECUPERACIÓN	100%
	SERVICIOS/MEDICAMENTOS HOSPITALARIOS	100%
	HONORARIOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS	100%
	PRÓTESIS QUIRÚRGICAS	100%
	CIRUGÍA DENTAL POR ACCIDENTE	100%
	SERVICIO PRIVADO DE ENFERMERA*	100%
	AMBULANCIA TERRESTRE**	100%
BENEFICIOS AMBULATORIOS	CIRUGÍA AMBULATORIA	100%
	CONSULTAS MÉDICAS	100%
	EXÁMENES DE LABORATORIO	100%
	EXÁMENES IMAGENOLOGÍA	100%
	PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS	100%
BENEFICIO MEDICAMENTOS AMBULATORIOS***	MEDICAMENTOS AMBULATORIOS GENÉRICOS	50%
	MEDICAMENTOS AMBULATORIOS BIOEQUIVALENTES GENÉRICOS	50%
	MEDICAMENTOS AMBULATORIOS BIOEQUIVALENTES MARCA	50%
	MEDICAMENTOS AMBULATORIOS DE MARCA	50%
	MEDICAMENTOS AMBULATORIOS REFERENTE, ORIGINAL O INNOVADOR	50%
OTRAS COBERTURAS	ÓRTESIS HOSPITALARIA	100%
	CIRUGÍA PLÁSTICA REPARADORA POR ACCIDENTE	100%
	DROGAS ANTINEOPLÁSTICAS	100%
	DROGAS INMUNOSUPRESORAS PARA TRANSPLANTES DE ÓRGANOS	100%
	AMBULANCIA AÉREA****	100%
	COMPLICACIONES DEL EMBARAZO	100%
	KINESIOLOGÍA	100%
	PRÓTESIS Y ÓRTESIS AMBULATORIA	100%

*El Servicio privado de enfermería tendrá tope de 30 días por evento.

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

***Sólo para fármacos directamente relacionados y necesarios para el tratamiento de la patología que activó el pago de beneficios de este seguro, que se encuentre cubierta por esta póliza y haya sido diagnosticada por el médico tratante.

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

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 que a continuación se indican, los términos de cobertura se ajustarán a lo siguiente:

- ✔ En aquellos casos en que el asegurado este afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, y las prestaciones o gastos reclamados se encuentren tipificadas en el Arancel Fonasa vigente a la fecha de la prestación, y no cuenten con bonificación, aporte y/o reembolso mayor que cero (0) en tales instituciones, independiente de la causa que lo provoque, se aplicará una rebaja de 50% al porcentaje de reembolso establecido en el Plan de Reembolsos, debiéndose acreditar la no cobertura, mediante el timbre "NO BONIFICABLE".
- ✔ Los gastos médicos incurridos en el extranjero tendrán cobertura por esta póliza sólo en caso de Atención de Urgencia sujeto al cumplimiento de las siguientes condiciones copulativas:
 - a) Los gastos de las prestaciones deben haber sido reembolsados por el Sistema de Salud Previsional del asegurado.
 - b) El asegurado debe tener domicilio o residencia permanente en Chile y la permanencia máxima en el extranjero no podrá superar los 30 días.Sujeto al cumplimiento de las condiciones antes referidas, en estos casos los porcentajes de reembolso establecidos en el Plan de Reembolsos se reducirán en 25% con tope anual de 500 UF.
- ✔ La Compañía realizará la clasificación de las prestaciones de salud cubiertas por esta póliza en conformidad a las definiciones y rubros de prestaciones contenidas en las Normas Técnicas Administrativas del Arancel Fonasa vigente a la fecha de la respectiva prestación.
- ✔ En caso de que el asegurado no se encontrara afiliado a un Sistema Previsional al momento del siniestro, estos gastos serán cubiertos por el seguro aplicando una rebaja y reembolsando solo el 50% de los porcentajes del cuadro "Plan de Reembolsos", previa acreditación de la condición.
- ✔ Ante situaciones de riesgo vital que afecten al asegurado éste podrá atenderse en otros establecimientos médicos u hospitalarios en Chile con cargo al plan de reembolso establecido en la póliza, sin embargo, en tal caso las prestaciones incurridas serán valorizadas de acuerdo al valor establecido para dichas prestaciones por el arancel de Clínica RedSalud Santiago. Será condición de cobertura en estos casos adjuntar la epicrisis y la ficha de atención de urgencia, antecedentes que deberán ser presentados a la Compañía junto con la solicitud de reembolso. Para todos los efectos, se entiende que los casos de riesgo vital son aquellos casos de emergencia o urgencia, en los que existe una condición de salud o cuadro clínico que implique riesgo vital o secuela funcional grave para una persona de no mediar atención médica inmediata e impostergable. La condición de salud o cuadro clínico de emergencia o urgencia debe ser determinada por el diagnóstico efectuado por un médico cirujano, en la unidad de urgencia del centro asistencial en que la persona fue atendida, lo que deberá ser certificado por aquél.

Los casos de emergencia o urgencia deben provenir de fuera de la clínica u hospital y hacer su ingreso a través de la Unidad de Emergencia. No se considerarán pacientes de urgencia o emergencia aquellos cuya condición de urgencia o emergencia fue diagnosticada anteriormente, por lo que se requiere que la condición clínica se haya producido en forma reciente y no que se trate de un caso crónico.

- ✔ Los medicamentos o fármacos prescritos por un médico tratante que digan relación con la terapia o tratamiento del cáncer se cubrirán en un 100%, sólo si corresponden a un tratamiento intrahospitalario y son adquiridos en la misma Clínica RedSalud. En el caso que el asegurado tenga la opción de adquirir los medicamentos fuera del recinto hospitalario y que el valor de éstos sea inferior al costo de ellos dentro de RedSalud, se reembolsarán en un 100%, previa presentación de dos cotizaciones de los medicamentos prescritos. En el caso que el hospital no cuente con los medicamentos o fármacos prescritos por un médico tratante, necesarios para el tratamiento del cáncer, el asegurado podrá adquirirlos fuera del recinto de RedSalud, reembolsándose el 100%, siempre y cuando el valor de éstos sea el menor de las cotizaciones presentadas, entre las que deberá figurar al menos una de la Corporación Nacional del Cáncer. En el caso de diálisis, los medicamentos o fármacos prescritos por un médico tratante que digan relación con la terapia o tratamiento de diálisis se cubrirán en un 100% sólo si corresponden a un tratamiento intrahospitalario y son comprados en la misma Clínica RedSalud. En el caso que el asegurado tenga la opción de adquirir los medicamentos fuera del recinto hospitalario y que el valor de éstos sea inferior al costo de ellos dentro de RedSalud, se reembolsarán en un 100%, previa presentación de las dos cotizaciones.

- ✔ En el caso de prestaciones que por causas imputables a RedSalud no puedan ser otorgadas en alguna de las clínicas y centros médicos que la integran, por lo que su otorgamiento deba efectuarse en centros de salud externos, se reembolsarán los gastos médicos incurridos según Arancel de Clínica RedSalud Santiago.

Las prestaciones que no se encuentren en el Arancel de Clínica RedSalud Santiago se reembolsarán según el arancel de la Institución de Salud donde se realice la prestación, a excepción de Clínica Las Condes, Clínica Alemana de Santiago, Clínica Universidad de los Andes y Clínica UC Christus San Carlos de Apoquindo donde no se otorgara cobertura.

Los asegurados deberán solicitar a Clínica RedSalud un certificado que indique en forma detallada la prestación que no se pudo otorgar, junto con las razones de aquello y de la imposibilidad material que impidió su otorgamiento en el centro de salud específico.

La prestación deberá ser pagada por el asegurado con su Sistema de Salud Previsional. El asegurado deberá gestionar los reembolsos en su Sistema previsional de Salud y, posteriormente, solicitar el reembolso en la Compañía Aseguradora.

- ✔ La cobertura de medicamentos ambulatorios es sólo aplicable al reembolso de fármacos directamente relacionados y necesarios para el tratamiento del Evento que activó el pago del beneficio de este seguro, que se encuentre cubierto por esta póliza y haya sido diagnosticado por un médico tratante perteneciente a alguna Clínica o Centro Médico de RedSalud.



- ✓ Servicio Privado de Enfermera debe ser derivado por un médico perteneciente a alguna Clínica o Centro Médico de Redsalud y asociado al evento o enfermedades derivadas de éste.
- ✓ En caso de una enfermedad o un accidente que haya desencadenado el evento, éste debe ser diagnosticado y/o validado por un médico perteneciente a alguna Clínica o Centro de Médico de RedSalud.
- ✓ Bajo la cobertura Complicaciones del embarazo quedarán amparadas todas aquellas patologías que estén directamente relacionadas o sean consecuencia directa del embarazo y cuya presencia u ocurrencia afecte gravemente el desarrollo normal de éste, cuando el embarazo se haya gestado después de la fecha de inicio de vigencia a la póliza. Para efectos de esta definición se entienden como complicaciones del embarazo las siguientes:

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

En ningún caso se entenderán incluidos los costos asociados a abortos, cesáreas y parto natural, los cuales no gozarán de cobertura en esta póliza.

La cobertura por gastos médicos provenientes de complicaciones derivadas del embarazo solo es aplicable respecto del Asegurado Titular, su cónyuge, conviviente civil o no civil con hijos en común.

SOY responsable

de mi salud

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



Conoce la Prima de tu seguro

La prima mensual en UF será calculada en función del tramo de edad y número de los asegurados incluyendo al asegurado titular y dependientes. Por tanto, cada vez que un asegurado dentro del grupo familiar cambie de tramo de edad, el monto de la prima se ajustará según los términos que se establecen en la siguiente tabla. Igual ajuste se efectuará cada vez que se modifique el número de asegurados cubiertos por el seguro.

TRAMO POR EDAD	PRIMA POR ASEGURADO
0 - 20	0,18 UF (IVA incluido)
21 - 30	0,27 UF (IVA incluido)
31 - 40	0,38 UF (IVA incluido)
41 - 50	0,45 UF (IVA incluido)
51 - 60	0,79 UF (IVA incluido)
61 - 70	1,35 UF (IVA incluido)
71 - 80	1,57 UF (IVA incluido)
81 - 90	1,80 UF (IVA incluido)
Más de 90	2,70 UF (IVA incluido)

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

Vigencia y Renovación

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

DERECHO A RETRACTO

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

TÉRMINO ANTICIPADO DEL SEGURO

El asegurado podrá comunicar su decisión de terminar anticipadamente el seguro a través del portal Vida Cámara, contenido en el sitio web de la compañía, ingresando con su acceso personal y seleccionando la solicitud correspondiente, o a través de una comunicación escrita dirigida a la compañía.

La terminación del seguro se efectuará a contar de la fecha de recepción en la compañía de la comunicación del asegurado. En los casos que corresponda, se efectuará devolución de prima del periodo de cobertura no consumido.

Requisitos para tu seguro

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

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.



Excepcionalmente, los gastos de las siguientes patologías diagnosticadas durante la vigencia del seguro una vez transcurrida la carencia respectiva, se encontrarán sin deducible. Estas son:

- Cáncer
- Infarto al Miocardio
- Accidente Vascular Cerebral
- Trasplante de órganos mayores
- Apendicitis
- Angioplastia por Balón
- Injerto Aórtico
- Cirugía de válvulas cardíacas

Principales Exclusiones

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA CATASTRÓFICA POR EVENTO

Las exclusiones contempladas en esta Póliza, corresponden a las establecidas en el Artículo 6 de las Condiciones Generales inscritas en la CMF bajo el código POL 320230304.

INCORPORACIÓN Y EXCLUSIÓN DE ASEGURADOS DEPENDIENTES

1. Incorporación de Asegurados Dependientes:

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

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

c) Los nuevos asegurados dependientes ingresarán al presente seguro sólo una vez evaluada su solicitud y aceptado su ingreso por parte de la compañía. En estos casos la cobertura se iniciará el primer día del periodo siguiente de cobertura al de su aceptación e incorporación al presente seguro, con excepción de los hijos recién nacidos, cuya vigencia se ajustará a lo siguiente:

- Si la Solicitud de Incorporación es presentada a la compañía hasta el día 30 de vida del recién nacido, la vigencia comenzará a contar del 14avo día de su nacimiento.
- Si la solicitud de incorporación es presentada a la compañía con posterioridad al día 30 de vida del recién nacido, la vigencia comenzará el primer día del periodo de cobertura siguiente al de la aceptación de la solicitud de incorporación

2. Exclusión de Asegurados Dependientes:

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

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

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