

Este seguro reembolsa, como complemento del Sistema Previsional de Salud de cada asegurado, los gastos médicos razonables y acostumbrados que hayan sido incurridos efectivamente en RedSalud a consecuencia de una prestación o incapacidad cubierta el Seguro y ocurrida durante la permanencia del asegurado en la póliza correspondiente, en los términos porcentuales, límites y topes establecidos en las Condiciones Particulares.

ASEGURADO: Serán elegibles para ingresar, en calidad de “Asegurado Titular”, los clientes de la Red Salud CCHC, que libre y voluntariamente, o debidamente representados en caso de menores de edad, hayan solicitado su incorporación al seguro denominado “Seguro RedSalud Protegido”, y los dependientes de estos, considerándose como tales su cónyuge, conviviente civil o pareja e hijos menores de 24 años de edad.

COBERTURA: La compañía aseguradora reembolsará los gastos médicos razonables, acostumbrados y efectivamente incurridos por el asegurado, asociados a un Evento cubierto por esta póliza. Este seguro, reembolsa como complemento del sistema previsional de salud de cada asegurado hasta el 100% de los gastos médicos provenientes de las prestaciones ambulatorias y hospitalarias realizadas en EMPRESAS RED SALUD S.A, Si no existe cobertura de ISAPRE o FONASA, la Compañía considerará como gastos efectivamente incurridos el 50% de éstos, monto respecto del cual se aplicarán los deducibles, porcentajes y topes del plan contratado. En caso de que el asegurado no se encuentre afiliado a un sistema de salud, (ISAPRE o FONASA), la Compañía también considerará como gastos efectivamente incurridos el 50% de éstos.

CARENCIA: Tendrá un periodo de carencia de sesenta (60) días desde la fecha de inicio de vigencia del asegurado en la póliza, y rige sólo para enfermedades, no así para accidentes. Los gastos médicos incurridos por accidente no contemplan período de carencia, por lo tanto, la cobertura no se considerarán accidentes, entre otros, las hernias y los accidentes quirúrgicos.

MONTOS MÁXIMOS DE REEMBOLSOS Y DEDUCIBLES: El monto máximo de reembolso y deducible es por evento y, serán los que se indican a continuación:

Edad Hasta	Monto Máximo de Reembolso	Deducible
69 años y 364 días	UF 30.000	UF 30
70 años hasta los 80 años y 364 días	UF 5.000	UF 160
81 años hasta los 89 años y 364 días	UF 5.000	UF 260
Desde los 90 años en adelante	UF 5.000	UF 360

(*) La cobertura será Vitalicia, sin límite de edad según las condiciones especificadas en este documento, siempre que la póliza colectiva se mantenga vigente y el pago de prima al día.

El deducible se aplicará sobre los gastos médicos efectivamente incurridos, y luego de que se hayan sido bonificados por el Sistema de Salud Previsional del Asegurado, multiplicados por los porcentajes indicados en los cuadros de cobertura del respectivo certificado de cobertura.

CONDICIONES GENERALES DE ASEGURABILIDAD:

- Todos los asegurables deberán completar el formulario “Propuesta de Seguro o Solicitud de Incorporación al Seguro” y una DPS (Declaración Personal de Salud). La Compañía Aseguradora establecerá restricciones y limitaciones de cobertura respecto de situaciones o enfermedades preexistentes declaradas, las que se entienden por aceptadas a la firma de la Declaración Personal de Salud.
- Los hijos del asegurado titular estarán cubiertos por el seguro hasta los 18 años o hasta los 23 años y 364 días, siempre y cuando sean solteros y cursen estudios regulares en instituciones educacionales reconocidas por el Estado, acreditado mediante el correspondiente Certificado de Alumno regular.
- La Póliza no cubre situaciones y enfermedades preexistentes que, conforme a la Declaración Personal de Salud del Asegurado, la Compañía haya excluido de la cobertura.
- La compañía se reserva el derecho de solicitar mayores antecedentes para la evaluación del riesgo en aquellos casos que estime necesario y conveniente.
- Cualquier requerimiento de antecedentes efectuado por la Compañía Aseguradora a un asegurable deberá ser presentado dentro de un plazo de 60 (sesenta) días contados desde la fecha del requerimiento. Si transcurrido este plazo no se ha presentado a la compañía los antecedentes solicitados, se entenderá como desistida la solicitud de incorporación al seguro.
- La vigencia de las coberturas individuales registrá a partir del primer día del mes siguiente a la fecha de suscripción de la propuesta o solicitud de incorporación a la póliza.

EDADES DE INGRESO: Para las nuevas incorporaciones, las condiciones o requisitos de asegurabilidad serán las siguientes:

Asegurados	Edad mínima de incorporación	Edad máxima de incorporación	Edad máxima de permanencia
Titular, Cónyuge, Conviviente Civil o Pareja	18 años(*)	69 años y 364 días	Vitalicia (**)
Hijos	14 días	22 años y 364 días	23 años y 364 días

(*) Los menores de 18 años podrán ser Asegurados Titulares siempre y cuando la compañía aseguradora apruebe la Solicitud de Incorporación y Declaración Personal de Salud (DPS) y acepte la incorporación al Seguro RedSalud Protegido. Esto, siempre y cuando el pagador de la póliza tenga un vínculo de parentesco o relación.

(**) Siempre que la póliza colectiva se encuentre vigente y el pago de primas al día.

EXCLUSIONES: Para el Seguro RedSalud Protegido, regirán las exclusiones establecidas en el artículo N°4 de las Condiciones Generales registradas en el depósito de pólizas de la Comisión para el Mercado Financiero bajo el código POL 3 2015 0527.Sin perjuicio de lo señalado:

- Exclusión establecida en la letra h) del Artículo 4º del POL 3 2015 0527, relativa a cualquier tipo de órtesis, si se cubrirán por este seguro las órtesis hospitalarias, entendiéndose por tales aquellas que se apliquen en los asegurados como consecuencia de un tratamiento hospitalario.
- Exclusiones reguladas en la letra q) número vii. del Artículo 4º del POL 3 2015 0527, se otorgará cobertura a los gastos que provengan de la adquisición o arriendo de equipos, tales como: sillas de rueda, camas médicas, ventiladores mecánicos, entre otros, siempre que estos servicios o equipos sean prescritos expresamente por el médico tratante en virtud del tratamiento que activó la patología cubierta por esta póliza.
- Exclusión establecida en la letra e) del Artículo 4º del POL 3 2015 0527, en virtud de la cual se excluye de cobertura el tratamiento del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), se hace presente que esta póliza otorgará cobertura a los gastos médicos hospitalarios derivados del tratamiento de dicha enfermedad, siempre y cuando el diagnóstico no sea preexistente. Los gastos ambulatorios por esta enfermedad se encuentran expresamente excluidos de toda cobertura.

PRIMAS MENSUALES BRUTAS Y MEDIO DE PAGO: Predomina el de mayor edad dentro del grupo familiar asegurado, cada vez que el asegurado de mayor edad dentro del grupo familiar cambie de tramo de edad, el monto de la prima se ajustará según plan contratado. Su contratación es con Cuenta Corriente (PAC) o Pago Automático desde Tarjeta de Crédito (PAT).

PRIMAS MENSUALES:

Edad Hasta	Titular Sin Asegurado Dependiente	Titular + 1 Asegurado Dependiente	Titular + 2 Asegurado Dependiente	Titular + 3 Asegurado Dependiente	Carga Adicional
14 días -24 años y 354 días	UF 0,282	UF 0,479	UF 0,592	UF 0,677	UF 0,085
25 años -39 años y 364 días	UF 0,415	UF 0,706	UF 0,872	UF 0,996	UF 0,125
40 años -44 años y 364 días	UF 0,568	UF 1,022	UF 1,250	UF 1,420	UF 0,170
45 años - 49 años y 364 días	UF 0,716	UF 1,217	UF 1,496	UF 1,718	UF 0,222
50 años - 54 años y 364 días	UF 1,107	UF 1,882	UF 2,181	UF 2,435	UF 0,255
55 años - 59 años y 364 días	UF 1,629	UF 2,769	UF 3,079	UF 3,356	UF 0,277
60 años - 69 años y 364 días	UF 2,066	UF 3,512	UF 3,801	UF 4,132	UF 0,331
70 años - 79 años y 364 días	UF 4,173	UF 7,095	UF 8,764	UF 10,016	UF 1,252
80 años - 89 años y 364 días	UF 5,578	UF 9,483	UF 11,714	UF 13,388	UF 1,673
90 años - en adelante (*)	UF 8,367	UF 14,224	UF 17,571	UF 20,082	UF 2,510

(*) La cobertura será vitalicia, sin límite de edad, según las condiciones especificadas en este documento, siempre que la póliza colectiva se mantenga vigente y el pago de primas al día

BENEFICIOS ADICIONALES: En virtud del presente, RedSalud entregará a los Asegurados del Seguro Catastrófico RedSalud Protegido, el siguiente beneficio:

25% de descuento	en Laboratorio e imágenes sobre el copago con tope de \$100.000 de descuento al año
	en kinesiología sobre el copago en las primeras 10 sesiones
60% de descuento	sobre el arancel dental. Consulta Diagnostico + rayos \$ 9.990

Para hacer efectivo el descuento, el Usuario deberá presentar su cedula de identidad e informar que es asegurado del “Seguro RedSalud Protegido 60%”

- Importante:
- Este Convenio opera sólo en Clínicas y Centros Médicos RedSalud.
 - La entrega de los descuentos de Laboratorio, Imágenes y Kinesiología los otorgará RedSalud vía I-med. En caso de no funcionar I-med, corresponderá a RedSalud responder por el descuento ofrecido.
 - Los Convenios señalados son para cada asegurado vigente en el Seguro RedSalud Protegido, contratado por RED SALUD S.A., y son de exclusiva responsabilidad de RedSalud
 - Los Convenios se inician el día 10 del mes siguiente a la fecha de suscripción de la propuesta o solicitud de incorporación a la póliza, Resonancia no aplica en Clínica Providencia, Estos descuentos no aplican sobre otros descuentos.
 - Los Beneficios Adicionales de **Seguro RedSalud Protegido** indicados constituyen cobertura de seguro, sino que corresponden a servicios otorgados y de sola responsabilidad RedSalud, no cabiéndole a MetLife Chile Seguros de Vida S.A. responsabilidad alguna en estos. Estos servicios adicionales no son acumulables con otros descuentos y deben considerar cobertura del sistema de salud para ser efectivos

La presente información sólo representa un resumen de las coberturas, condiciones y limitaciones de **Seguro RedSalud Protegido**. El seguro rige por las condiciones términos y exclusiones de la póliza depositada en la CMF bajo el código de POL 3 2015 0527.