

NUEVO SEGURO DE SALUD COMPLEMENTARIO FAMILIAR

COLEGIO MEDICO DE CHILE A.G.



Año 2023

CONDICIONES GENERALES

¿En qué consiste el Renovado Seguro Colectivo de Salud Familiar?

Es un programa exclusivo y especialmente diseñado para el Colegio Médico, sus Colegiados y familias.

Condiciones preferentes de cobertura, prestaciones y el precio más conveniente del mercado con un marcado eje inclusivo para todos los colegiados.

Con un foco principal en gastos médicos mayores y hospitalarios.

1. La más amplia cobertura del mercado: **hasta 90 años** titular, cónyuge o parejas e hijos propios o de su pareja hasta los 27 años para sus cargas (hijos).
2. Reembolso de Salud (Gastos Médicos) de **UF 500** por año para menores de 70 años y UF 250 para mayores de 70 años, por asegurado y por cada una de sus cargas, el cual consiste en un porcentaje del valor no reembolsado (copago) por su sistema de salud (Isapre o Fonasa). Según cuadro de coberturas.
3. Reembolso de Gastos Dentales según Cuadro de Coberturas.
4. Medicamentos Genéricos **sin tope**.
5. Medicamentos de marca se aumenta tope anual a UF 20.
6. Amplia cobertura para día cama **UCI, UTI** Intensivo, Intermedio y Recuperación, **sin límite diario**.
7. Reembolso de Gastos Dentales según Cuadro de Coberturas con aumento de 50% de la póliza original.
8. Nuevo deducible un 10% menor al valor póliza original.
9. Condiciones exclusivas a un precio preferente para los colegiados y su grupo familiar.
10. Acceso a un Club Beneficios con diversas categorías en entretención, gastronomía, viajes entre otros.
11. Al igual que todos los seguros Complementarios de Salud, éste **no cubre pre-existencias**, pero si los gastos relacionados con otras patologías o accidentes.

¿Quiénes pueden tener el Seguro?

El programa contempla la inscripción inicial sin restricción de edad máxima de ingreso hasta los 89 años.

Todos los Colegiados en edad de asegurabilidad y su grupo familiar, cónyuge o conviviente, hijos del colegiado e hijos del cónyuge o conviviente.

Asegurado	Edad de Ingreso	Término de Cobertura
Titular	Menor de 89 años	Cumpliendo los 90 años
Cónyuge	Menor de 89 años	Cumpliendo los 90 años
Hijos	Desde que nacen y hasta menores de 27 años.	Cumpliendo los 28 años , si son estudiantes de tiempo completo y dependan económicamente del Titular.
Carga Duplo	Menor de 89 años	Mientras mantenga vínculo contractual
Conviviente	Menor de 89 años	Cumpliendo los 90 años

Plan Padres

Cobertura monto de hasta UF 100 al año individual para cada padre y madre.

Asegurado	Edad de Ingreso	Término de Cobertura
Titular	Menor de 89 años	Cumpliendo los 90 años
Padres	Menor de 79 años	Cumpliendo los 80 años

1. COBERTURA SEGURO DE SALUD FAMILIAR

CUADRO DE BENEFICIOS "SALUD"		PLAN FINAL O DEFINITIVO			
A) BENEFICIO HOSPITALIZACIÓN					
Descripción Prestación	% Reem. Prestadores Preferentes Institucionales Bonos	% Reem. Libre Elección / % Reemb. Bono	% Reem. Sin aporte Institución de Salud	Tope UF	
Día Cama Hospitalización (General), hasta 30 días	100%	80%	40%	UF	3 diario
Día Cama Hospitalización (General), desde el día 31	100%	80%	40%	UF	3 diario
Día Cama en Domicilio (Home Care) (hasta 30 días anuales)	--	80%	40%	UF	2 diario
Día Cama Acompañante (hijos =< 14 años) (hasta 5 días por evento)	--	80%	40%	UF	2 diario
Descripción Prestación	% Reem. Prestadores Preferentes Institucionales Bonos	% Reem. Libre Elección / % Reemb. Bono	% Reem. Sin aporte Institución de Salud	Tope UF	
Día Cama o Sala Urgencia, Tratamiento Intensivo, Intermedio, Recuperación, UCI, UTI, Incubadora y Día Sala Cuna.	100%	80%	30%	UF 100 por Evento	
Exámenes de Laboratorio y Radiológicos	100%	80%	30%		
Insumos y Equipos Clínicos y Materiales Clínicos	100%	80%	30%		
Medicamentos Hospitalarios	100%	80%	30%		
Procedimientos de Diagnóstico y Terapéuticos (incluye radioterapia, diálisis y quimioterapia)	100%	80%	30%		
Derecho Pabellón	100%	80%	30%		
Honorarios Médicos	100%	80%	30%		
En exceso de UF 100 por evento	100%	60%	30%	sin Tope	
Prótesis y Ortesis	--	80%	40%	UF 10	año póliza por asegurado
Servicio Privado de Enfermera (en recinto hospitalario)	SIN COBERTURA				
Descripción Prestación	% Reem. Prestadores Preferentes Institucionales Bonos	% Reem. Libre Elección / % Reemb. Bono	% Reem. Sin aporte Institución de Salud	Tope UF	
Cirugía Reparadora por Accidente	100%	70%	30%	UF 20	año póliza por asegurado
Cirugía Maxilofacial por Accidente	100%	70%	30%	UF 20	año póliza por asegurado
Cirugía Maxilofacial por Enfermedad	100%	70%	30%	UF 20	año póliza por asegurado
Gasto Donante Vivo	--	70%	30%	UF 20	año póliza por asegurado
Cirugía Bariátrica	--	70%	30%	UF 20	año póliza por asegurado
Interrupción Voluntaria del Embarazo	--	70%	30%	UF 10	año póliza por asegurado
Cirugía por Disforia de Género	--	70%	30%	UF 10	año póliza por asegurado
B) BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN POR MATERNIDAD					
Descripción Prestación	% Reem. Prestadores Preferentes Institucionales Bonos	% Reem. Libre Elección / % Reemb. Bono	% Reem. Sin aporte Institución de Salud	Tope UF	
Parto Normal	--	100%	30%	UF 30	por evento anual
Cesárea	--	100%	30%	UF 40	por evento anual
Aborto Espontáneo	--	100%	30%	UF 10	por evento anual
Complicaciones del Embarazo y Parto (según definición)	--	100%	30%	UF 15	año póliza por asegurado
Tratamientos infertilidad y Esterilidad	--	70%	30%	UF 15	año póliza por asegurado

Aporte Mínimo Institución de Salud de 55% aplica sólo para clínicas de alto costo Alemana, Las Condes, UC San Carlos, MEDS, Santa María, Los Andes.

C) BENEFICIO AMBULATORIO					
Descripción Prestación	% Reem. Prestadores Preferentes Institucionales Bonos	% Reem. Libre Elección / % Reemb. Bono	% Reem. Sin aporte Institución de Salud	Tope UF	
Consulta General y de Especialista, Domiciliaria y Urgencia	--	60%	30%	UF 1	por prestación
Exámenes de Laboratorio	--	60%	30%	UF 10	año póliza por asegurado
Exámenes Radiológicos	--	60%	30%	UF 10	año póliza por asegurado
Procedimientos de Diagnóstico (incluye materiales/insumos)	--	60%	30%	UF 10	año póliza por asegurado
Procedimientos Terapéuticos (incluye medicamentos materiales/insumos, y excluye materiales de vendas de yeso, plástico o similares)	--	60%	30%	UF 10	año póliza por asegurado
Fonoaudiología, Kinesiología o Fisioterapia	--	60%	30%	UF 10	año póliza por asegurado
Cirugía Ambulatoria (incluye materiales/insumos, medicamentos) (no incluye Cirugía Ocular)	--	60%	30%	UF 10	año póliza por asegurado
D) BENEFICIO DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS					
Descripción Prestación	% Reembolso			Tope UF	
Medicamentos Genéricos y Bioequivalentes Genéricos (Incluye Inmunosupresores o Inmunomoduladores)	100%			Sin tope	año póliza por asegurado
Medicamentos NO Genéricos y Bioequivalentes NO Genéricos.	50%			UF 20	
Medicamentos Inmunosupresores o Inmunomoduladores NO Genéricos.	50%			UF 30	
E) BENEFICIO DE SALUD MENTAL					
Descripción Prestación	% Reem. Prestadores Preferentes Institucionales Bonos	% Reem. Libre Elección / % Reemb. Bono	% Reem. Sin aporte Institución de Salud	Tope UF	
Consulta o Sesiones Psiquiátricas	--	60%	30%	UF 1 sesión	UF 20 año póliza por asegurado
Consulta o Sesiones Psicológicas	--	60%	30%	UF 1 sesión	
Consulta o Sesiones Psicopedagógicas	--	60%	30%	UF 1 sesión	
Hospitalización Psiquiátrica	--	60%	30%	--	
F) OTROS BENEFICIOS					
Descripción Prestación	% Reem. Prestadores Preferentes Institucionales Bonos	% Reem. Libre Elección / % Reemb. Bono	% Reem. Sin aporte Institución de Salud	Tope UF	
Servicio Ambulancia Terrestre (Radio Máximo 50 Km.)	--	60%	30%	UF 10	año póliza por asegurado
Gastos por Óptica (marcos, cristales y lentes de contacto)	--	60%	30%	UF2	año póliza por asegurado
Cirugía Ocular a)	--	60%	30%	UF 10	año póliza por asegurado
Cirugía Ocular b)	--	60%	30%		Sin tope
Prótesis y Ortesis (Ambulatorio y Hospitalario) (excluye lente intraocular, plantillas, sillas de rueda y prótesis dentales)	--	60%	30%	UF 10	año póliza por asegurado
Aparatos Auditivos	--	60%	30%	UF 10	año póliza por asegurado
Materiales de vendas de yeso, plástico o similares	--	60%	30%	UF	año póliza por asegurado
MONTO MÁXIMO		Deducible por Grupo Familiar			
Monto Máximo (anual) año póliza por asegurados menores de 70 años		UF 500	Acumulación del deducible: año póliza, aplicado posterior al reembolso del plan	Titular solo	UF 0,90
Monto Máximo (anual) año póliza por asegurado desde los 70 años hasta cumplido los 90 años		UF 250		Titular con 1 carga	UF 1,70
				Titular con 2 cargas	UF 2,40
Monto Máximo (anual) año póliza para plan padres desde los 70 años hasta cumplido los 80 años		UF 100		Titular con 3cargas	UF 3,00
			Titular con 4 o + cargas	UF 3,60	

GASTOS HOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS EN EL EXTRANJERO: La cobertura rige para gastos de urgencia y para otros gastos que sean aprobados previamente por la aseguradora, en ambos casos, la Compañía considerará como mínimo un 50% de aporte o reembolso Isapre/ Fonasa, aplicando el plan de beneficios del seguro sobre, el exceso de porcentaje señalado. Para efectos de gastos sin cobertura ISAPRE, también procede lo indicado, y el reembolso del excedente será reembolsado bajo la cobertura señalada para esta modalidad.

Deducible cobertura AUGE O GES Y CAEC: Reembolso 100% del deducible que aplique el sistema institucional al cual el asegurado se encuentre afiliado. Todo los excedentes no cubiertos por el sistema institucional y que no correspondan al deducible, serán reembolsados según plan. Deducible máximo a cubrir al 100%, UF126, el cual es el equivalente a la cantidad de 30 (treinta) veces la cotización de salud pactada por cada beneficiario que lo utilice, con un mínimo de UF60 para cada enfermedad catastrófica o diagnóstico.

APORTE MINIMO DE ISAPRE o FONASA de 55%. SOLO CLINICAS ALTO COSTO (Santa María, Alemana, Las Condes, UC San Carlos, U. Los Andes y MEDS.): En el evento que se establezca esta condición en el plan, en caso que el reembolso de la institución de salud (Isapre o Fonasa) sea menor al porcentaje mínimo establecido, la compañía considerará como reembolso de la institución de salud previsional, el porcentaje de aporte mínimo señalado en el cuadro de beneficios, aplicando el porcentaje de reembolso del presente seguro sobre la diferencia del costo facturado menos el aporte minino señalado. Para efectos de gastos sin cobertura en la institución de salud, también procede lo indicado, en consecuencia el reembolso del presente seguro para esta modalidad de reembolso, aplicará sobre la diferencia del costo facturado menos el aporte minino señalado.

MATERNIDAD (Ampliación): Se otorgará cobertura conforme a lo establecido en Cuadro de Beneficios para todos aquellos casos de Embarazos Preexistentes que ingresen a una póliza, sea titular o cónyuge de un titular. Esta condición CUBRE los gastos ambulatorios durante el embarazo y los gastos considerados en la cobertura.

(1) % REEMBOLSO PRESTADORES PREFERENTES INSTITUCIONALES: 100% hasta UF300 o hasta el monto máximo del plan de salud (si este es menor), en las prestaciones que se indican en plan de beneficios, en todos los centros públicos hospitalarios del país (no incluye clínicas privadas), siempre y cuando se utilice el sistema de salud previsional (Isapre o Fonasa), Habitación Doble e Institucional (excluye Suite) y con los Médicos del Staff del centro hospitalario correspondiente. Listado de estos prestadores, se encuentra disponible en página WEB: www.vidasecurity.cl.

Servicio Ventanilla Única: para los prestadores señalados en esta modalidad, el beneficiario podrá obtener el reembolso del seguro directamente a través del prestador. El servicio es sólo para gastos hospitalarios que sean reembolsados previamente por La Isapre en forma directa al prestador, y podrá incluir los gastos contemplados en las prestaciones de A) BENEFICIO HOSPITALIZACIÓN Y B) BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN POR MATERNIDAD. Listado de estos prestadores, se encuentra disponible en página WEB: www.vidasecurity.cl.

**SI SU PLAN CONTEMPLA ALGUNA DE ESTAS COBERTURAS POR FAVOR LEER
DETENIDAMENTE LAS SIGUIENTES DEFINICIONES**

Detalle de definiciones adicionales a las Condiciones Generales de Póliza

Día Cama Home Care	Corresponde a tratamiento que debe ser efectuado en un hospital o Clínica, sin embargo, a causa del pronóstico del paciente (enfermedad terminal) se determina que sus dolencias sean mitigadas a través de este tipo de servicio. Esta cobertura, por sus características, debe ser evaluada y autorizado su pago a través de un análisis con el médico de la aseguradora. Con un máximo de cobertura, hasta 30 días anuales.
Día Cama Acompañante	Corresponde al alojamiento del padre o madre asegurada, por Hijo menor y hasta 14 años, quien acompaña al paciente incluyendo gastos de alimentación. Con un máximo de cobertura, hasta 5 días por evento anual.
Cirugía Máxilo - Facial por Accidente	Es aquella que se realiza en las mandíbulas y aparato masticador, en general se puede realizar por un cirujano maxilofacial u odontólogo, es por accidente cuando hay una lesión traumática apreciable y que afecte a los dientes naturales. El tratamiento hospitalario y sus gastos ambulatorios posteriores (si la póliza los cubriere), a causa de las lesiones, tendrán cobertura, siempre que éstos se realicen dentro de los seis (6) accidente.
Cirugía Máxilo - Facial por Enfermedad	Cubre el tratamiento y sus gastos posteriores, a causa directa de malformaciones que provocan menoscabo y deterioro en la salud del asegurado, a través de enfermedades de signo-sintomatología claramente demostrables por exámenes y por tratamientos previos de larga evolución en el asegurado y que estos estén asociados al menoscabo de la salud del asegurado. No se cubrirán Cirugías y/o tratamientos con fines estéticos.
Cirugía Reparadora por Accidente	Corresponde al procedimiento realizado por un cirujano plástico que tiene como objetivo reparar una lesión, malformación o secuela que provoque menoscabo a la persona, es decir que no sea meramente con fin estético. Sólo tendrá cobertura si la cirugía se realiza dentro de los 90 días siguientes de ocurrido el accidente.
Trasplante Donante Vivo	Si el donante es asegurado de la póliza y será donante para un miembro del grupo familiar asegurado, se otorga cobertura a o los estudios de histocompatibilidad, hospitalización, procedimientos quirúrgicos relacionados con la extracción del órgano(ectomía), los siguientes exámenes: Anticuerpos linfocitotóxicos (PRA) por microlinfotoxicidad (0305052), Alocrossmatch con linfocitos totales. (0305056), Alocrossmatch con linfocitos T Y B (0305057), Tipificación HLA-A, B serología (0305063), - Cultivo Mixto de Linfocitos(0305058), - Grupo Sanguíneo ABO y Rho y el traslado y conservación del órgano.
Trasplante Donante Post Mortem	Si el donante es asegurado de la póliza y será donante para un miembro del grupo familiar asegurado, se otorga cobertura a o los estudios de histocompatibilidad, hospitalización, procedimientos quirúrgicos relacionados con la extracción del órgano(ectomía), los

	siguientes exámenes: Anticuerpos linfocitotóxicos PRA) por microlinfotoxicidad (0305052), Alocrossmatch con linfocitos totales. (0305056), Alocrossmatch con linfocitos T Y B (0305057), Tipificación HLA-A, B serología (0305063), - Cultivo Mixto de Linfocitos(0305058), - Grupo Sanguíneo ABO y Rho y el traslado y conservación del órgano.
Complicaciones del Embarazo y Parto	Son todas aquellas complicaciones que se asocian a un embarazo fisiológico y que pueden ocurrir tanto durante el propio embarazo, como en el evento mismo del parto o cesárea, tales como, diabetes gestacional, placenta previa, embarazo ectópico, hiperémesis, hemorragia, hipertensión embarazo prolongado, y en el momento del parto, puede que el este no comience cuando se rompen las membranas que contienen al feto (rotura prematura de las membranas), o bien puede empezar antes de las 37 semanas de embarazo (parto pre término) o más de 2 semanas después de la fecha estimada de parto (embarazo pos término, así mismo, se añaden en ocasiones problemas o trastornos médicos de la madre (pelvis estrecha), o el feto, un desarrollo del parto lento o una posición anormal del feto (distocias), excesiva hemorragia vaginal y una frecuencia cardíaca anormal del feto, prolapso del cordón umbilical, doble circular del cordón, cuello cervical incompetente, cesárea, etc. Se bonificarán los gastos de las complicaciones mencionadas, sólo bajo éste ítem de cobertura que deriven o no en un parto, cuando este ítem se encuentra habilitado y con cobertura, considerando que se bonificarán todos los excesos no cubiertos por el ítem respectivo (parto normal, cesárea o aborto).
Tratamientos infertilidad y Esterilidad	Corresponde a todos aquellos procedimientos que tienen por finalidad lograr el embarazo, estos tratamientos pueden estar dirigido a la mujer o al hombre dependiendo la causa que motiva la infertilidad, los procedimientos pueden ser ambulatorios (exámenes, tratamientos hormonales, etc.) u hospitalarios (cirugía ginecológica, varicocele, endometriosis, quistes, fertilización asistida, distocias uterinas etc.).
Cirugía Ocular	La Cirugía Ocular, comprende tratamiento relacionado a esta cirugía, tales como procedimientos, insumos, honorarios médicos y lentes intraoculares, conforme a lo siguiente: a) Cirugía específica por los siguientes diagnósticos (láser o no láser): Miopía, Hipermetropía, Astigmatismo, presbicia, defectos aberrométricos o astigmatismo irregular. Esta cobertura estará condicionada a que se trate de pérdidas de visión con un mínimo de 3 dioptrías, y que además, el asegurado que produce los gastos aquí descritos, sea mayor de 20 años y con cobertura ininterrumpida en la póliza por más de 18 meses. b) Cirugía general por otros diagnósticos no incluidos en la letra a) anterior, cuando estos se produzcan por enfermedad diagnosticada o por accidente ocurrido con posterioridad al inicio de la vigencia del asegurado en la póliza. Esta cobertura estará sujeta a la acreditación de la necesidad de la cirugía mediante un informe del médico tratante y la presentación de todos los exámenes que lo respalden.
Ambulancia Aérea	Servicio aéreo utilizado por el paciente grave, que requiere traslado inminente a un centro asistencial de mayor complejidad, dada la

	<p>insuficiencia técnica del prestador de origen y/o insuficiencia técnica de los centros hospitalarios de la ciudad de origen.</p>
<p>Obesidad Mórbida (u obesidad severa o clase II) (Cirugía Bariátrica)</p>	<p>Es aquella condición cuyo IMC $>= 40$, o mayor a IMC 35 cuando es acompañado de una comorbilidad directa y asociada, es decir con la presencia de al menos una u otra enfermedad significativa o discapacidad severa y minusvalía a causa del exceso de peso, lo cual implica un riesgo para la salud y la vida del asegurado. Se consideran como "comorbilidad significativa o discapacidad severa" lo siguiente: Diabetes, Hipertensión arterial, enfermedad coronaria, enfermedades osteo-articulares severas y apnea obstructiva del sueño severa.</p> <p>La cobertura será cubierta según el plan de seguro estipulado en la póliza, y no considera gastos por gimnasio ni pastillas para bajar de peso.</p> <p>Para la evaluación y pago de un gasto bajo esta cobertura, el asegurado deberá presentar toda la información necesaria que permita a la compañía determinar la procedencia del caso, asimismo, la compañía podrá evaluar facultativamente cualquier otra condición asociada no mencionada, si esta cumple con lo señalado, es decir, "cuando la obesidad es acompañada de una comorbilidad directa y asociada, incluyendo la presencia de al menos una u otra enfermedad significativa o discapacidad severa y minusvalía a causa del exceso de peso, lo cual implica un riesgo para la salud y la vida del asegurado".</p>
<p>Recién Nacido</p>	<p>Se otorga cobertura desde el día 1 de nacido según lo siguiente: El Recién Nacido tendrá vigencia inicial desde el 1er día de nacido, siempre que sea incorporado al seguro en un plazo no superior a los 30 días contados de la fecha de su nacimiento, sea o no madre asegurada y haya o no estado cubierto el parto, de lo contrario rige lo establecido en las condiciones generales. Se otorgará cobertura a prestaciones producto del Recién Nacido prematuro, patologías o dolencias producidas durante el embarazo o parto y enfermedades congénitas del Recién Nacido, siempre y cuando la concepción haya sido durante la vigencia de la madre en el seguro</p>
<p>CAEC y GES (Auge)</p>	<p>Para prestaciones cubiertas por la póliza y de corresponder otorgar la cobertura, en el caso que el asegurado se acoja a CAEC o GES (auge), se reembolsará el 100% del deducible aplicado por la institución de salud previsional respectiva, no aplicando en dicho reembolso, el deducible que se asigna en el presente cuadro de beneficios. Para aquellas prestaciones, del diagnóstico que activaran CAEC o GES (auge), que no sean cubiertas por dicho sistema CAEC o GES (auge), su reembolso será bonificado según plan de beneficios normal, siempre cuando, los gastos correspondan a prestaciones cubiertas en el cuadro de beneficios de esta póliza.</p>
<p>Partos Múltiples</p>	<p>Según se señala en Cuadro de Beneficios.</p>

Medicamentos Oncológicos	Se define para este contrato, todos aquellos fármacos alopáticos que se usan para el tratamiento curativo, para esta clasificación de drogas antineoplásicas se encuentran sólo los coadyuvantes en terapia citostáticas, antibióticos antineoplásicos y citostáticos antineoplásicos. Los antiestrogénicos y antiandrogénicos quedan excluidos de esta clasificación ya que actúan a nivel hormonal evitando el recrudescimiento del cáncer ya tratado.
Prótesis de Mayor Complejidad	Si este ítem se incluye, implica que bajo este concepto se consideran aquellas prótesis definidas como Híbridas y bioeléctricas (marcapaso, válvulas cardíacas, etc.). En caso que no se encuentre incluido este ítem en póliza y si se encuentra Prótesis y Ortesis, entonces este concepto se entiende incluido en este.
Tratamiento de Kinesiología y Fisioterapia	Son aquellas acciones terapéuticas efectuadas por un kinesiólogo, con el fin de recuperar la función o corregir una deficiencia. Estas acciones, sólo se cubren con orden médica.
Procedimiento Quimioterapia y Radioterapia	sólo se cubre el procedimiento. En este ítem no se cubren las drogas oncológicas, estas deben cubrirse por el ítem medicamentos o si lo tiene el plan el ítem específico de drogas oncológicas.
Carencia en cobertura dental	Período de espera durante el cual los asegurados no tienen derecho a bonificación, indemnización o reembolso bajo el presente adicional. El periodo de carencia regirá a partir de la fecha de vigencia inicial del asegurado en la Póliza o desde la fecha en la cual se contrate esta cobertura como también para los asegurados (titulares o cargas), que se incorporen con posterioridad a la vigencia inicial de esta cobertura en la Póliza en cuyos casos regirá a contar de su fecha de Incorporación.

IMPORTANTE: ESTE RESUMEN NO REPRESENTA EL 100% DE LAS CONDICIONES PARTICULARES DE SU PÓLIZA, CUALQUIER ACLARACIÓN POR FAVOR CONSULTAR CON SEGUROS COLMED.

2. CONDICIONES COBERTURA DENTAL

CUADRO DE BENEFICIOS "DENTAL" N° OP1321				
A-Cuidado Dental General :	% Red Dental % Reembolso Bono, L/E, SCIF (*)	% Reembolso Bono, L/E, SCIF (*)	TOPE ANUAL	
Consulta (estudio preliminar)	50%	30%	UF30 año póliza por asegurado menor de 70 años. UF20 asegurados desde los 70 años hasta cumplido los 90 años (incluye los del plan padres).	
Atención Urgencia	50%	30%		
Higiene o Profilaxis (una vez por año)	50%	30%		
Fluoración (menores de 14 años)	50%	30%		
Radiografías Dental	50%	30%		
Cirugía Bucal	50%	30%		
Operatoria Dental	50%	30%		
Endodoncia	50%	30%		
Prótesis Dental (primeros 3 meses de vigencia del asegurado, cobertura solo por accidente)	50%	30%		
Odontopediatría	50%	30%		
Periodoncia	50%	30%		
Implantes Dentales, incluye materiales. (primeros 3 meses de vigencia del asegurado, cobertura solo por accidente)	50%	30%		
Disfunción (Plano y tratamiento)	50%	30%		
Medicamentos Dentales	50%	30%		
Bono Pad Fonasa Dental	50%	30%		
Laboratorio Dental	50%	30%		
B-Ortodoncia :				
Ortodoncia (primeros 3 meses de vigencia del asegurado, cobertura solo por accidente)	50%	50%		
C-Otros				
GASTO EN EL EXTRANJERO: Según plan para gastos de urgencia y para otros gastos, que sean aprobados previamente por la aseguradora				
Deducible por Grupo Familiar				
Acumulación del deducible: año póliza, aplicado posterior al reembolso del plan	Titular solo		UF 0,90	
	Titular con 1 carga		UF 1,70	
	Titular con 2 cargas		UF 2,40	
	Titular con 3 cargas		UF 3,00	
	Titular con 4 o + cargas		UF 3,60	

(*) La compañía de seguros considera como gasto razonable y acostumbrado aquel que no exceda el 100% valor asignado para esa prestación en el arancel Dental de Referencia Vida Security (arancel Colegio de Cirujano Dentistas de Chile A.G. ajustado a la fecha), salvo que en las Condiciones Particulares de la póliza se establezca un porcentaje diferente.

En el caso de que el gasto dental reclamado exceda al tope de la prestación del arancel estipulado en el párrafo anterior, los porcentajes de reembolso se aplicarán sobre dicho tope (Arancel Dental de Referencia Vida Security).

(SCIF) significa que no requiere cobertura de Isapre o Fonasa.

Todas las condiciones generales de las coberturas se encuentran debidamente inscritas en la Comisión para el Mercado Financiero (CMF) y se encuentran disponibles en www.cmfchile.cl, bajo los siguientes registros:

Condiciones Generales en uso por la Compañía	
Salud (y Catastrófico)	POL 320190104
Dental	CAD 320131535

3. CONDICIONES DE PRECIO PREFERENCIALES

Médicos Pertencientes Fondo Solidaridad Gremial	Valor Mes
Titular sólo	UF 0,92
Titular con 1 carga	UF 1,85
Titular con 2 cargas	UF 2,77
Titular con 3 cargas	UF 3,70
Titular con 4 cargas	UF 4,62

IVA incluido

Médicos <u>NO</u> Pertencientes Fondo Solidaridad Gremial	Valor Mes
Titular sólo	UF 0,99
Titular con 1 carga	UF 1,98
Titular con 2 cargas	UF 2,97
Titular con 3 cargas	UF 3,96
Titular con 4 cargas	UF 4,95

IVA incluido

Padres de Médicos Colegiados	Valor Mes
1 sólo Padre	UF 0,79
2 Padres	UF 1,58

IVA incluido

Importante Considerar

- El valor **máximo del Programa es Titular con 4 cargas**, asegurados adicionales no pagan.
- El plan padres requiere que el médico Colegiado ingrese al seguro.