SEGUROS DE SALUD

UC CHRISTUS

SEGURO **Complementario** ISAPRE

Te presentamos el Seguro Salud Complementario UC CHRISTUS enfocado en complementar las actuales coberturas previsionales frente a gastos médicos siendo estos ambulatorios y hospitalarios que no sean de alto costo y que se realicen exclusivamente en UC CHRISTUS.



#yo soy Alumni UC

- Deducible de UF 0,5 por asegurado.
- Accedes a una cobertura hasta UF 200 por asegurado.
- Coberturas a elección entre 70% y 50%.
- No cubre preexistencias.

Topes y coberturas

La compañía cubrirá los gastos médicos de cada una de las prestaciones asociadas a un evento de salud, si estas fueron cubiertas por el sistema de salud del asegurado (Isapre o FONASA), de lo contrario cada prestación será cubierta en un porcentaje menor.

Isapres

Monto máximo cobertura	Deducible*
UF 200 anual por asegurado	UF 0,5 por asegurado

***Deducible:** Corresponde a la suma de dinero que siempre será de tu cargo en caso de hacer uso del Seguro.

SEGURO Complementario ISAPRE

SEGUROS DE SALUD
UC CHRISTUS

Tabla de cobertura Isapre al 70%

Prestaciones cubiertas	Prestaciones con cobertura ISAPRE	Prestaciones sin cobertura ISAPRE	Bonificación Mínima Exigida	Reembolso máximo por prestación	Reembolso máximo anual por evento
COBERTURA HOSPITALARIA (1)	**% Cobertura**	**% Cobertura**	**% Cobertura**	**UF**	**UF**
Día Cama Medicina, UTI, UCI, Transitoria o Recuperación	70%	35%	No requiere BME	Sin Tope	Sin Tope
Servicios Hospitalarios	70%	35%	No requiere BME	Sin Tope	Sin Tope
Insumos y medicamentos intrahospitalarios	70%	35%	No requiere BME	Sin Tope	Sin Tope
Honorarios Médicos Quirúrgicos	70%	35%	No requiere BME	Sin Tope	Sin Tope
COBERTURA AMBULATORIA	**% Cobertura**	**% Cobertura**	**% Cobertura**	**UF**	**UF**
Consulta médica	70%	35%	No requiere BME	UF 1	Sin Tope
Exámenes de Laboratorio	70%	35%	No requiere BME	Sin Tope	UF 10
Radiografías, Imagenología	70%	35%	No requiere BME	Sin Tope	UF 20
Procedimientos de diagnóstico no quirúrgicos	70%	35%	No requiere BME	Sin Tope	UF 20
Ultrasonografía y Medicina Nuclear	70%	35%	No requiere BME	Sin Tope	
Procedimientos terapéuticos	70%	35%	No requiere BME	Sin Tope	
Tratamientos de Kinesiología	70%	35%	No requiere BME	Sin Tope	UF 20
Tratamientos de Fonoaudiología	70%	35%	No requiere BME	Sin Tope	UF 20
Consultas Profesionales no Médicos (2)	70%	35%	No requiere BME	UF 1	UF 15
COBERTURA ONCOLÓGICA	**% Cobertura**	**% Cobertura**	**% Cobertura**	**UF**	**UF**
Drogas Antineoplásicas (3)	70%	35%	No requiere BME	Sin Tope	Sin Tope
Radioterapia, quimioterapia e inmunoterapia (4)	70%	35%	No requiere BME	Sin Tope	Sin Tope
Medicamentos Ambulatorios para Tratamiento del Cáncer (3)	70%	35%	No requiere BME	Sin Tope	Sin Tope
COBERTURA MATERNIDAD	**% Cobertura**	**% Cobertura**	**% Cobertura**	**UF**	**UF**
Cobertura Parto Normal	70%	35%	No requiere BME	Sin Tope	UF 30
Cobertura Parto Cesárea	70%	35%	No requiere BME	Sin Tope	
Aborto involuntario	70%	35%	No requiere BME	Sin Tope	
COBERTURA SALUD MENTAL	**% Cobertura**	**% Cobertura**	**% Cobertura**	**UF**	**UF**
Consultas de Psiquiatría, Psicología o Psicopedagogía	70%	35%	No requiere BME	UF 1	UF 15
Gasto Hospitalario Salud Mental	70%	35%	No requiere BME	Sin Tope	UF 20
URGENCIA (Traumática y no traumática) (5)	**% Cobertura**	**% Cobertura**	**% Cobertura**	**UF**	**UF**
Consulta médica urgencia	70%	35%	No requiere BME	UF 1	Sin Tope
Exámenes de Laboratorio	70%	35%	No requiere BME	Sin Tope	UF 10
Radiografías, Imagenología	70%	35%	No requiere BME	Sin Tope	UF 20
Procedimientos de diagnóstico no quirúrgicos	70%	35%	No requiere BME	Sin Tope	UF 20
Procedimientos terapéuticos	70%	35%	No requiere BME	Sin Tope	UF 20
Insumos y medicamentos intrahospitalarios	70%	35%	No requiere BME	Sin Tope	Sin Tope

(1) Las coberturas hospitalarias abarcan hospitalizaciones generales médico/quirúrgicas y hospitalizaciones ambulatorias.
(2) Profesionales no médicos incluidos en esta cobertura: Terapeuta Ocupacional, Nutricionista, Matrón/Matrona y Enfermera/Enfermero.
(3) La prestación de medicamentos ambulatorios para el tratamiento del cáncer y drogas antineoplásicas, es sólo para fármacos directamente relacionados y necesarios para el tratamiento del cáncer que activó el otorgamiento de los beneficios de este producto, que se encuentre cubierta por este, haya sido diagnosticada por el médico tratante y que hayan sido entregados por la Red de Salud UC CHRISTUS o sus prestadores afiliados.
(4) Radioterapia, quimioterapia e inmunoterapia se liquidarán según coberturas de prestaciones hospitalarias descritas en el presente Condicionado Particular.
(5) Los límites presentados en la cobertura de urgencia son límites combinados con los límites establecidos en las prestaciones ambulatorias del presente Condicionado Particular.

Prestaciones cubiertas	Prestaciones con cobertura ISAPRE	Prestaciones sin cobertura ISAPRE	Bonificación Mínima Exigida	Reembolso máximo por prestación	Reembolso máximo anual por evento
COBERTURAS ESPECIALES (6)	**% Cobertura**	**% Cobertura**	**% Cobertura**	**UF**	**UF**
Cirugía Maxilofacial	70%	35%	No requiere BME	Sin Tope	UF 10
Cirugía bariátrica por obesidad	70%	35%	No requiere BME	Sin Tope	UF 20
Cirugías Oftalmológicas	70%	35%	No requiere BME	Sin Tope	UF 10
OTRAS COBERTURAS	**% Cobertura**	**% Cobertura**	**% Cobertura**	**UF**	**UF**
Prótesis y Ortesis (7)	70%	35%	No requiere BME	Sin Tope	UF 10
Material de Yeso (7)	70%	70%	No requiere BME	Sin Tope	Sin Tope
GES/CAEC (7)	70%	100%	No requiere BME	Sin Tope	Sin Tope
Servicio Ambulancia Terrestre (8)	70%	70%	No requiere BME	Sin Tope	UF 2
Gastos Ópticos (lentes ópticos y de contacto) (9)	70%	70%	No requiere BME	Sin Tope	UF 3
Aparatos Auditivos (9)	70%	70%	No requiere BME	Sin Tope	UF 5

(6) Cirugía por obesidad, cirugía oftalmológica y maxilofacial: las condiciones de esta cobertura están descritas en el artículo 9 del presente Condicionado Particular.
(7) Esta cobertura está limitada a que la prestación sea otorgada en Red de Salud UC CHRISTUS.
(8) Para la prestación ambulancia terrestre, el tope es anual por beneficiario. Esta cobertura será efectiva siempre y cuando el beneficiario, luego del traslado, sea hospitalizado en un centro de la Red de Salud UC CHRISTUS.
(9) La cobertura por concepto de Gastos ópticos y Aparatos auditivos está limitada a que la prescripción médica haya sido otorgada por un profesional perteneciente al staff de Red de Salud UC CHRISTUS.

MEDICAMENTOS FARMACIA (10)	% Cobertura	Reembolso máximo anual
Medicamentos genéricos	50%	Sin tope
Medicamentos Marca	25%	UF 10

(10) La cobertura en medicamentos estará restringida a aquellos medicamentos recetados por un profesional de la Red de Salud UC CHRISTUS.

SEGURO Complementario ISAPRE

SEGUROS DE SALUD
UC CHRISTUS

Tabla de cobertura Isapre al 50%

Prestaciones cubiertas	Prestaciones con cobertura ISAPRE	Prestaciones sin cobertura ISAPRE	Bonificación Mínima Exigida	Reembolso máximo por prestación	Reembolso máximo anual por evento
COBERTURA HOSPITALARIA (1)	**% Cobertura**	**% Cobertura**	**% Cobertura**	**UF**	**UF**
Día Cama Medicina, UTI, UCI, Transitoria o Recuperación	50%	25%	No requiere BME	Sin Tope	Sin Tope
Servicios Hospitalarios	50%	25%	No requiere BME	Sin Tope	Sin Tope
Insumos y medicamentos intrahospitalarios	50%	25%	No requiere BME	Sin Tope	Sin Tope
Honorarios Médicos Quirúrgicos	50%	25%	No requiere BME	Sin Tope	Sin Tope
COBERTURA AMBULATORIA	**% Cobertura**	**% Cobertura**	**% Cobertura**	**UF**	**UF**
Consulta médica	50%	25%	No requiere BME	UF 0,7	Sin Tope
Exámenes de Laboratorio	50%	25%	No requiere BME	Sin Tope	UF 10
Radiografías, Imagenología	50%	25%	No requiere BME	Sin Tope	UF 20
Procedimientos de diagnóstico no quirúrgicos	50%	25%	No requiere BME	Sin Tope	UF 20
Ultrasonografía y Medicina Nuclear	50%	25%	No requiere BME	Sin Tope	
Procedimientos terapéuticos	50%	25%	No requiere BME	Sin Tope	
Tratamientos de Kinesiología	50%	25%	No requiere BME	Sin Tope	UF 20
Tratamientos de Fonoaudiología	50%	25%	No requiere BME	Sin Tope	UF 20
Consultas Profesionales no Médicos (2)	50%	25%	No requiere BME	UF 0,7	UF 15
COBERTURA ONCOLÓGICA	**% Cobertura**	**% Cobertura**	**% Cobertura**	**UF**	**UF**
Drogas Antineoplásicas (3)	50%	25%	No requiere BME	Sin Tope	Sin Tope
Radioterapia, quimioterapia e inmunoterapia (4)	50%	25%	No requiere BME	Sin Tope	Sin Tope
Medicamentos Ambulatorios para Tratamiento del Cáncer (3)	50%	25%	No requiere BME	Sin Tope	Sin Tope
COBERTURA MATERNIDAD	**% Cobertura**	**% Cobertura**	**% Cobertura**	**UF**	**UF**
Cobertura Parto Normal	50%	25%	No requiere BME	Sin Tope	UF 20
Cobertura Parto Cesárea	50%	25%	No requiere BME	Sin Tope	
Aborto involuntario	50%	25%	No requiere BME	Sin Tope	
COBERTURA SALUD MENTAL	**% Cobertura**	**% Cobertura**	**% Cobertura**	**UF**	**UF**
Consultas de Psiquiatría, Psicología o Psicopedagogía	Sin cobertura en esta modalidad				
Gasto Hospitalario Salud Mental					
URGENCIA (Traumática y no traumática) (5)	**% Cobertura**	**% Cobertura**	**% Cobertura**	**UF**	**UF**
Consulta médica urgencia	50%	25%	No requiere BME	UF 0,7	Sin Tope
Exámenes de Laboratorio	50%	25%	No requiere BME	Sin Tope	UF 10
Radiografías, Imagenología	50%	25%	No requiere BME	Sin Tope	UF 20
Procedimientos de diagnóstico no quirúrgicos	50%	25%	No requiere BME	Sin Tope	UF 20
Procedimientos terapéuticos	50%	25%	No requiere BME	Sin Tope	UF 20
Insumos y medicamentos intrahospitalarios	50%	25%	No requiere BME	Sin Tope	Sin Tope

(1) Las coberturas hospitalarias abarcan hospitalizaciones generales médico/quirúrgicas y hospitalizaciones ambulatorias.
(2) Profesionales no médicos incluidos en esta cobertura: Terapeuta Ocupacional, Nutricionista, Matrón/Matrona y Enfermera/Enfermero.
(3) La prestación de medicamentos ambulatorios para el tratamiento del cáncer y drogas antineoplásicas, es sólo para fármacos directamente relacionados y necesarios para el tratamiento del cáncer que activó el otorgamiento de los beneficios de este producto, que se encuentre cubierta por este, haya sido diagnosticada por el médico tratante y que hayan sido entregados por la Red de Salud UC CHRISTUS o sus prestadores afiliados.
(4) Radioterapia, quimioterapia e inmunoterapia se liquidarán según coberturas de prestaciones hospitalarias descritas en el presente Condicionado Particular.
(5) Los límites presentados en la cobertura de urgencia son límites combinados con los límites establecidos en las prestaciones ambulatorias del presente Condicionado Particular.

Prestaciones cubiertas	Prestaciones con cobertura ISAPRE	Prestaciones sin cobertura ISAPRE	Bonificación Mínima Exigida	Reembolso máximo por prestación	Reembolso máximo anual por evento
COBERTURAS ESPECIALES	**% Cobertura**	**% Cobertura**	**% Cobertura**	**UF**	**UF**
Cirugía Maxilofacial	Sin cobertura en esta modalidad				
Cirugía bariátrica por obesidad					
Cirugías Oftalmológicas					
OTRAS COBERTURAS	**% Cobertura**	**% Cobertura**	**% Cobertura**	**UF**	**UF**
Prótesis y Ortesis	Sin cobertura en esta modalidad				
Material de Yeso					
GES/CAEC					
Servicio Ambulancia Terrestre					
Gastos Ópticos (lentes ópticos y de contacto)					
Aparatos Auditivos					

MEDICAMENTOS FARMACIA (6)	% Cobertura	Reembolso máximo anual
Medicamentos genéricos	50%	Sin tope
Medicamentos Marca	25%	UF 5

(6) La cobertura en medicamentos estará restringida a aquellos medicamentos recetados por un profesional de la Red de Salud UC CHRISTUS.

Deducible

Corresponde a la suma de dinero que deberá asumir el asegurado para acceder a las coberturas conforme a los establecido en la póliza. Seguro Complementario de Salud UC CHRISTUS cuenta con un deducible de UF 0,5 anual. El deducible aplica por cada asegurado.

¿Quiénes pueden ser asegurados?

El seguro puede ser contratado de forma individual o para el grupo familiar, siempre y cuando cumplan con los requisitos de asegurabilidad:

Asegurados	Edad mínima ingreso	Edad máxima ingreso	Edad máxima permanencia
Titular	18 años	68 años con 364 días	69 años con 364 días
Cónyuges / Conviviente civil / pareja	18 años	68 años con 364 días	69 años con 364 días
Hijos	Día 14 desde nacimiento	24 años con 364 días	25 años con 364 días

Otras condiciones

- Inicio de vigencia al día 1° del siguiente mes.
- El pago de la primera prima es por anticipado, al momento de contratar.
- Requiere DPS (declaración personal y familiar de Salud), la cual debe ser llenada por el asegurado titular y los asegurados dependientes mayores de edad. Para asegurados dependientes y menores de edad, la declaración de salud debe ser contestada por el asegurado titular en carácter de representante legal.
- Éste seguro no cubre preexistencias.

Valores mensuales

El seguro Complementario se Salud UC CHRISTUS, tiene un valor mensual de acuerdo con los porcentajes de cobertura escogido:

70% cobertura

Edad	UF Mensual
0-17	0,43
18-49	0,55
50-59	0,71
60-69	0,92

50% cobertura

Edad	UF Mensual
0-17	0,20
18-49	0,26
50-59	0,37
60-69	0,48

Exclusiones

Corresponden a las señaladas en las Condiciones Generales, las que han sido debidamente incorporadas al depósito de pólizas de la Comisión para el Mercado Financiero según el código POL320240222. Puedes revisar más detalles en la página segurosucchristus.cl o contactando a su ejecutivo de ventas.

SEGUROS DE SALUD
UC CHRISTUS

Américo Vespucio sur 100, Las Condes, Santiago de Chile

Email: segurosalud@ucchristus.cl

segurosucchristus.cl

El riesgo es cubierto por SEGUROS DE VIDA Y SALUD UC CHRISTUS S.A., RUT 76.632.553-K. Las condiciones generales y cláusulas adicionales de este producto se encuentran depositadas en la Comisión para el Mercado Financiero bajo el código POL320240222.
Condiciones en segurosucchristus.cl