

SEGURO
Complementario
FONASA

Te presentamos el Seguro Salud Complementario 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.



- 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.



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.

Tabla de cobertura FONASA al 70%

	Con bonificación FONASA	Prestación No cubierta FONASA		
PRESTACIONES AMBULATORIAS	COBERTURA	COBERTURA	TOPE X PRESTACIÓN	TOPE MAX. ANUAL X BENEFICIARIO
Consulta médica	70%	70%	UF 1,0	Sin Tope
Exámenes laboratorio	70%	35%	Sin tope	UF 10
Exámenes imágenes	70%	35%	Sin tope	UF 20
Procedimientos de diagnóstico	70%	35%	Sin tope	UF 20
Tratamientos kinesioterapia	70%	35%	Sin tope	UF 20
Tratamientos fonoaudiología	70%	35%	Sin tope	UF 20
Consultas profesionales no médicos	70%	70%	UF 1,0	UF 15
PRESTACIONES HOSPITALARIAS	COBERTURA	COBERTURA	TOPE X PRESTACIÓN	TOPE MAX. ANUAL X BENEFICIARIO
Día cama, exámenes (laboratorio y rayos X), procedimientos de diagnóstico, derecho a pabellón, insumos, proc. quirúrgicos, medicamentos hospitalarios, serv. hospitalarios.	70%	35%	Sin tope	Sin tope
Cobertura parto normal y cesárea	70%	35%	Sin tope	UF 30
Cirugía ambulatoria: cama transitoria, exámenes (laboratorio y rayos X), procedimientos, derecho a pabellón, insumos, proc. quirúrgicos, medicamentos hospitalarios, serv. hospitalarios.	70%	35%	Sin tope	Sin tope
Honorarios médicos quirúrgicos	70%	70%	Sin tope	Sin tope
OTRAS PRESTACIONES	COBERTURA	COBERTURA	TOPE X PRESTACIÓN	TOPE MAX. ANUAL X BENEFICIARIO
Salud mental: consultas o sesiones (psiquiatría, psicología o psicopedagogía)	70%	70%	UF 1,0	UF 15
Gasto hospitalario salud mental	70%	35%	Sin tope	UF 20
Prótesis y órtesis	70%	35%	Sin tope	UF 10
Cobertura GES/CAEC	100%	100%	Sin tope	Sin tope
Cirugía por obesidad	70%	35%	Sin tope	UF 20
Gastos ópticos	70%	70%	Sin tope	UF 3
Cirugía oftalmológicas	70%	35%	Sin tope	UF 10
Cirugía maxilofacial	70%	35%	Sin tope	UF 10
Aparatos auditivos	70%	70%	Sin tope	UF 5
Material de yeso	70%	70%	Sin tope	Sin tope
Ambulancia terrestre (radio hasta 50 Kms.)	70%	70%	Sin tope	UF 2
FARMACIA	COBERTURA	COBERTURA	TOPE X PRESTACIÓN	TOPE MAX. ANUAL X BENEFICIARIO
Medicamentos genéricos	50%	-	-	Sin tope
Medicamentos marca	25%	-	-	UF 10

Tabla de cobertura FONASA al 50%

	Con conificación FONASA	Prestación No cubierta FONASA		
PRESTACIONES AMBULATORIAS	COBERTURA	COBERTURA	TOPE X PRESTACIÓN	TOPE MAX. ANUAL X BENEFICIARIO
Consulta médica	50%	50%	UF 0,7	Sin Tope
Exámenes laboratorio	50%	25%	Sin tope	UF 10
Exámenes imágenes	50%	25%	Sin tope	UF 20
Procedimientos de diagnóstico	50%	25%	Sin tope	UF 20
Tratamientos kinesioterapia	50%	25%	Sin tope	UF 20
Tratamientos fonoaudiología	50%	25%	Sin tope	UF 20
Consultas profesionales no médicos	50%	50%	UF 0,7	UF 15
PRESTACIONES HOSPITALARIAS	COBERTURA	COBERTURA	TOPE X PRESTACIÓN	TOPE MAX. ANUAL X BENEFICIARIO
Día cama, exámenes (laboratorio y rayos X), procedimientos de diagnóstico, derecho a pabellón, insumos, proc. quirúrgicos, medicamentos hospitalarios, serv. hospitalarios.	50%	25%	Sin tope	Sin tope
Cobertura parto normal y cesárea	50%	25%	Sin tope	UF 20
Cirugía ambulatoria: cama transitoria, exámenes (laboratorio y rayos X), procedimientos, derecho a pabellón, insumos, proc. quirúrgicos, medicamentos hospitalarios, serv. hospitalarios.	50%	25%	Sin tope	Sin tope
Honorarios médicos quirúrgicos	50%	50%	Sin tope	Sin tope
OTRAS PRESTACIONES	COBERTURA	COBERTURA	TOPE X PRESTACIÓN	TOPE MAX. ANUAL X BENEFICIARIO
Salud mental: consultas o sesiones (psiquiatría, psicología o psicopedagogía)	Sin Cobertura	Sin Cobertura	Sin Cobertura	Sin Cobertura
Gasto hospitalario salud mental	Sin Cobertura	Sin Cobertura	Sin Cobertura	Sin Cobertura
Prótesis y órtesis	Sin Cobertura	Sin Cobertura	Sin Cobertura	Sin Cobertura
Cobertura GES/CAEC	Sin Cobertura	Sin Cobertura	Sin Cobertura	Sin Cobertura
Cirugía por obesidad	Sin Cobertura	Sin Cobertura	Sin Cobertura	Sin Cobertura
Gastos ópticos	Sin Cobertura	Sin Cobertura	Sin Cobertura	Sin Cobertura
Cirugía oftalmológicas	Sin Cobertura	Sin Cobertura	Sin Cobertura	Sin Cobertura
Cirugía maxilofacial	Sin Cobertura	Sin Cobertura	Sin Cobertura	Sin Cobertura
Aparatos auditivos	Sin Cobertura	Sin Cobertura	Sin Cobertura	Sin Cobertura
Material de yeso	Sin Cobertura	Sin Cobertura	Sin Cobertura	Sin Cobertura
Ambulancia terrestre (radio hasta 50 Kms.)	Sin Cobertura	Sin Cobertura	Sin Cobertura	Sin Cobertura
FARMACIA	COBERTURA	COBERTURA	TOPE X PRESTACIÓN	TOPE MAX. ANUAL X BENEFICIARIO
Medicamentos genéricos	50%	-	-	Sin tope
Medicamentos marca	25%	-	-	UF 5

Deducible

Corresponde a la suma de dinero que deberá asumir el asegurado para acceder a las coberturas conforme a lo 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 / Nietos	Día 14 desde nacimiento	24 años con 364 días	25 años con 364 días

Otras condiciones

- Inicio de vigencia al día 1º 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 de Salud UC CHRISTUS, tiene un valor mensual de acuerdo con los porcentajes de cobertura escogido:



70% cobertura

Edad	UF Mensual
0-17	0,93
18-49	1,27
50-59	1,75
60-69	2,38

50% cobertura

Edad	UF Mensual
0-17	0,62
18-49	0,81
50-59	1,06
60-69	1,40

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 POL 320240222 y CAD320240223, CAD320240224 y CAD320240225.

Puedes revisar todos los 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