SEGUROS DE SALUD
UC CHRISTUS

SEGURO Oncológico

Con el Seguro Oncológico y Oncológico TOTAL, cuentas con la flexibilidad de elegir tu protección financiera para enfrentar un diagnóstico de cáncer y acceder a un tratamiento oncológico integral en los Centros del Cáncer UC y contar con la Calidad, Respaldo y Excelencia de la Medicina UC

- Disponible para afiliados a **Isapre y Fonasa** (letras B, C y D).
- Cobertura de **hasta el 100% en tratamiento oncológico** en Cáncer UC, con cobertura de hasta UF 30.000.
- Puedes contratarlo **hasta los 69 años**, y tenerlo hasta los 114 años.
- **Sin deducible** hasta los 69 años y 365 días(*).

(*) Deducible 0 a partir del día 60 después de inicio de la cobertura y hasta los 70 años del asegurado, posterior se aplicará un deducible por evento de UF 75 para afiliados a Isapre y de UF 150 para afiliados a FONASA.

Disponible en dos versiones

Seguro Oncológico

- Disponible para Isapre y Fonasa.
- Capital máximo: **UF 30.000**
- **Con límite** de prestaciones anuales.

Seguro Oncológico TOTAL

- Disponible para Isapre y Fonasa.
- Capital máximo: **UF 30.000**
- **Sin límite** de prestaciones anuales.

Comparativo de coberturas

¿Cuál versión del Seguro Oncológico elegir?

Conoce las diferencias entre las versiones de este seguro y elige la que se ajusta a tus necesidades:

	Seguro Oncológico	Seguro Oncológico TOTAL
Límite anual por evento (UF)		
Drogas antineoplásicas	300	Sin límite
Radioterapia, quimioterapia e inmunoterapia		
Exámenes laboratorio	100	Sin límite
Radiografías, Imagenología		Sin límite
Ultrasonografía y Medicina Nuclear		Sin límite
Día Cama Medicina, UTI, UCI, Transitoria o Recuperación	100	Sin límite
Insumos y medicamentos intrahospitalarios (**)	Sin límite	Sin límite
Medicamentos ambulatorios entregados por el prestador (**)	10	50
Capital máximo (UF)		
Menor 70 años	30.000	30.000
Mayor 70 años	5.000	5.000
Primeros 60 días	1.000	1.000
Deducible (UF)		
Menor 70 años	-	-
Mayor 70 años	75 Isapre / 150 Fonasa	75 Isapre / 150 Fonasa
Primeros 60 días	300	300
BME (UF)		
Isapre	50%	Sin BME*
Fonasa	50%	Sin BME*
Otras limitantes (UF)		
Ambulancia terrestre	Hasta 5 UF	Hasta 10 UF

(*) Sin BME, es decir, basta con que tu sistema de salud actual cubra $1 para obtener los beneficios al 100%.
(**) La prestación de medicamentos ambulatorios, 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 Red de Salud UC CHRISTUS o sus prestadores afiliados.

BME: Bonificación Mínima Exigida por tu previsión de salud (ISAPRE o FONASA). Si no se cumple ese mínimo requerido, algunas aseguradoras limitan la cobertura del seguro.

Tablas de coberturas Isapre

Seguro **Oncológico**		ISAPRES			
Prestaciones cubiertas	**Prestaciones con cobertura ISAPRE**	**Prestaciones sin cobertura ISAPRE**	**Bonificación Mínima Exigida**	**Reembolso máximo por prestación**	**Reembolso máximo anual por evento**
COBERTURA HOSPITALARIA ONCOLÓGICA (1)	**% Cobertura**	**% Cobertura**	**% Cobertura**	**UF**	**UF**
Día Cama Medicina, UTI, UCI, Transitoria o Recuperación	100%	50%	50%	Sin Tope	UF 100
Servicios Hospitalarios	100%	50%	50%	Sin Tope	Sin Tope
Insumos y medicamentos intrahospitalarios	100%	50%	50%	Sin Tope	Sin Tope
Honorarios Médicos Quirúrgicos	100%	50%	50%	Sin Tope	Sin Tope
COBERTURA AMBULATORIA ONCOLÓGICA	**% Cobertura**	**% Cobertura**	**% Cobertura**	**UF**	**UF**
Consulta médica (2)	100%	50%	50%	Sin Tope	Sin Tope
Exámenes de Laboratorio	100%	50%	50%	Sin Tope	UF 100
Radiografías, Imagenología	100%	50%	50%	Sin Tope	
Procedimientos de diagnóstico no quirúrgicos	100%	50%	50%	Sin Tope	
Ultrasonografía y Medicina Nuclear	100%	50%	50%	Sin Tope	
Procedimientos terapéuticos	100%	50%	50%	Sin Tope	
Medicamentos ambulatorios entregados por el prestador (3)	100%	50%	50%	Sin Tope	UF 10
COBERTURA ONCOLÓGICA (4)	**% Cobertura**	**% Cobertura**	**% Cobertura**	**UF**	**UF**
Drogas Antineoplásicas	100%	50%	50%	Sin Tope	UF 300
Radioterapia quimioterapia e inmunoterapia	100%	50%	50%	Sin Tope	
Implante mamario post mastectomía por cáncer	100%	50%	50%	Sin Tope	Sin Tope
Cirugía reconstrucción mamaria por cáncer	100%	50%	50%	Sin Tope	Sin Tope
Drogas inmunosupresoras para trasplante de órganos	100%	50%	50%	Sin Tope	UF 100
COBERTURA MATERNIDAD	**% Cobertura**	**% Cobertura**	**% Cobertura**	**UF**	**UF**
Complicaciones del embarazo y parto	100%	50%	50%	Sin Tope	Sin Tope
COBERTURA SALUD MENTAL	**% Cobertura**	**% Cobertura**	**% Cobertura**	**UF**	**UF**
Hospitalización salud mental (5)	100%	50%	50%	Sin Tope	Sin Tope
Consulta médica (Psiquiatra) (6)	100%	50%	50%	Sin Tope	Sin Tope
OTRAS COBERTURAS ONCOLÓGICAS	**% Cobertura**	**% Cobertura**	**% Cobertura**	**UF**	**UF**
Hospitalización Domiciliaria (7)	100%	50%	50%	Sin Tope	Sin Tope
Servicio Ambulancia Terrestre (8)	100%	50%	50%	Sin Tope	UF 5

(1) Las coberturas hospitalarias abarcan hospitalizaciones generales médico/quirúrgicas y hospitalizaciones ambulatorias.
(2) Consulta médica con especialista médico del staff UC CHRISTUS asociada al tratamiento del evento oncológico que activó el seguro.
(3) La prestación de medicamentos ambulatorios, 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 UC CHRISTUS o sus prestadores afiliados.
(4) Todas las coberturas explícitas en este cuadro deben ser estar asociadas al evento oncológico que activó el seguro.
(5) Los gastos hospitalarios por Salud mental serán cubiertos según cobertura de prestaciones hospitalarias.
(6) Las consultas psiquiátricas deben ser asociadas al evento oncológico que activó el seguro. Esta cobertura contempla sólo Médicos Staff de UC CHRISTUS.
(7) La hospitalización domiciliaria debe ser prescrita por un médico de UC CHRISTUS, bajo el programa de hospitalización domiciliaria UC CHRISTUS.
(8) La prestación de ambulancia terrestre está limitado a un recorrido máximo de 50 km, el tope es por evento . Esta cobertura será efectiva siempre y cuando el beneficiario, luego del traslado, sea hospitalizado en un centro UC CHRISTUS.

Tablas de coberturas Isapre

Seguro **Oncológico TOTAL**			ISAPRES	
Prestaciones cubiertas	**Prestaciones con cobertura ISAPRE**	**Prestaciones sin cobertura ISAPRE**	**Reembolso máximo por prestación**	**Reembolso máximo anual por evento**
COBERTURA HOSPITALARIA ONCOLÓGICA (1)	**% Cobertura**	**% Cobertura**	**UF**	**UF**
Día Cama Medicina, UTI, UCI, Transitoria o Recuperación	100%	50%	Sin Tope	Sin Tope
Servicios Hospitalarios	100%	50%	Sin Tope	Sin Tope
Insumos y medicamentos intrahospitalarios	100%	50%	Sin Tope	Sin Tope
Honorarios Médicos Quirúrgicos	100%	50%	Sin Tope	Sin Tope
COBERTURA AMBULATORIA ONCOLÓGICA	**% Cobertura**	**% Cobertura**	**UF**	**UF**
Consulta médica (2)	100%	50%	Sin Tope	Sin Tope
Exámenes de Laboratorio	100%	50%	Sin Tope	Sin Tope
Radiografías, Imagenología	100%	50%	Sin Tope	Sin Tope
Procedimientos de diagnóstico no quirúrgicos	100%	50%	Sin Tope	Sin Tope
Ultrasonografía y Medicina Nuclear	100%	50%	Sin Tope	Sin Tope
Procedimientos terapéuticos	100%	50%	Sin Tope	Sin Tope
Medicamentos ambulatorios entregados por el prestador (3)	100%	50%	Sin Tope	UF 50
COBERTURA ONCOLÓGICA (4)	**% Cobertura**	**% Cobertura**	**UF**	**UF**
Drogas Antineoplásicas	100%	50%	Sin Tope	Sin Tope
Radioterapia quimioterapia e inmunoterapia	100%	50%	Sin Tope	Sin Tope
Implante mamario post mastectomía por cáncer	100%	50%	Sin Tope	Sin Tope
Cirugía reconstrucción mamaria por cáncer	100%	50%	Sin Tope	Sin Tope
Drogas inmunosupresoras para trasplante de órganos	100%	50%	Sin Tope	Sin Tope
COBERTURA MATERNIDAD	**% Cobertura**	**% Cobertura**	**UF**	**UF**
Complicaciones del embarazo y parto	100%	50%	Sin Tope	Sin Tope
COBERTURA SALUD MENTAL	**% Cobertura**	**% Cobertura**	**UF**	**UF**
Hospitalización salud mental (5)	100%	50%	Sin Tope	Sin Tope
Consulta médica (Psiquiatra) (6)	100%	50%	Sin Tope	Sin Tope
OTRAS COBERTURAS ONCOLÓGICAS	**% Cobertura**	**% Cobertura**	**UF**	**UF**
Hospitalización Domiciliaria (7)	100%	50%	Sin Tope	Sin Tope
Servicio Ambulancia Terrestre (8)	100%	50%	Sin Tope	UF 10

(1) Las coberturas hospitalarias abarcan hospitalizaciones generales médico/quirúrgicas y hospitalizaciones ambulatorias.
(2) Consulta médica con especialista médico del staff UC CHRISTUS asociada al tratamiento del evento oncológico que activó el seguro.
(3) La prestación de medicamentos ambulatorios, 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 UC CHRISTUS o sus prestadores afiliados.
(4) Todas las coberturas explícitas en este cuadro deben ser estar asociadas al evento oncológico que activó el seguro.
(5) Los gastos hospitalarios por Salud mental serán cubiertos según cobertura de prestaciones hospitalarias.
(6) Las consultas psiquiátricas deben ser asociadas al evento oncológico que activó el seguro. Esta cobertura contempla sólo Médicos Staff de UC CHRISTUS.
(7) La hospitalización domiciliaria debe ser prescrita por un médico de UC CHRISTUS, bajo el programa de hospitalización domiciliaria UC CHRISTUS.
(8) La prestación de ambulancia terrestre está limitado a un recorrido máximo de 50 km, el tope es por evento . Esta cobertura será efectiva siempre y cuando el beneficiario, luego del traslado, sea hospitalizado en un centro UC CHRISTUS.

Tablas de coberturas Fonasa

Seguro **Oncológico**

Prestaciones cubiertas	Prestaciones con cobertura FONASA	Prestaciones sin cobertura FONASA	Bonificación Mínima Exigida	Reembolso máximo por prestación	Reembolso máximo anual por evento
COBERTURA HOSPITALARIA ONCOLÓGICA (1)	**% Cobertura**	**% Cobertura**	**% Cobertura**	**UF**	**UF**
Día Cama Medicina, UTI, UCI, Transitoria o Recuperación	100%	50%	50%	Sin Tope	UF 100
Servicios Hospitalarios	100%	50%	50%	Sin Tope	Sin Tope
Insumos y medicamentos intrahospitalarios	100%	50%	50%	Sin Tope	Sin Tope
Honorarios Médicos Quirúrgicos	100%	100%	50%	Sin Tope	Sin Tope
COBERTURA AMBULATORIA ONCOLÓGICA	**% Cobertura**	**% Cobertura**	**% Cobertura**	**UF**	**UF**
Consulta médica (2)	100%	100%	50%	Sin Tope	Sin Tope
Exámenes de Laboratorio	100%	50%	50%	Sin Tope	UF 100
Radiografías, Imagenología	100%	50%	50%	Sin Tope	
Procedimientos de diagnóstico no quirúrgicos	100%	50%	50%	Sin Tope	
Ultrasonografía y Medicina Nuclear	100%	50%	50%	Sin Tope	
Procedimientos terapéuticos	100%	50%	50%	Sin Tope	
Medicamentos ambulatorios entregados por el prestador (3)	100%	50%	50%	Sin Tope	UF 10
COBERTURA ONCOLÓGICA (4)	**% Cobertura**	**% Cobertura**	**% Cobertura**	**UF**	**UF**
Drogas Antineoplásicas	100%	50%	50%	Sin Tope	UF 300
Radioterapia quimioterapia e inmunoterapia	100%	50%	50%	Sin Tope	
Implante mamario post mastectomía por cáncer	100%	50%	50%	Sin Tope	Sin Tope
Cirugía reconstrucción mamaria por cáncer	100%	50%	50%	Sin Tope	Sin Tope
Drogas inmunosupresoras para trasplante de órganos	100%	50%	50%	Sin Tope	UF 100
COBERTURA MATERNIDAD	**% Cobertura**	**% Cobertura**	**% Cobertura**	**UF**	**UF**
Complicaciones del embarazo y parto	100%	50%	50%	Sin Tope	Sin Tope
COBERTURA SALUD MENTAL	**% Cobertura**	**% Cobertura**	**% Cobertura**	**UF**	**UF**
Hospitalización salud mental (5)	100%	50%	50%	Sin Tope	Sin Tope
Consulta médica (Psiquiatra) (6)	100%	100%	50%	Sin Tope	Sin Tope
OTRAS COBERTURAS ONCOLÓGICAS	**% Cobertura**	**% Cobertura**	**% Cobertura**	**UF**	**UF**
Hospitalización Domiciliaria (7)	100%	50%	50%	Sin Tope	Sin Tope
Servicio Ambulancia Terrestre (8)	100%	50%	50%	Sin Tope	UF 5

(1) Las coberturas hospitalarias abarcan hospitalizaciones generales médico/quirúrgicas y hospitalizaciones ambulatorias.
(2) Consulta médica con especialista médico del staff UC CHRISTUS asociada al tratamiento del evento oncológico que activó el seguro.
(3) La prestación de medicamentos ambulatorios, 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 UC CHRISTUS o sus prestadores afiliados.
(4) Todas las coberturas explícitas en este cuadro deben ser estar asociadas al evento oncológico que activó el seguro.
(5) Los gastos hospitalarios por Salud mental serán cubiertos según cobertura de prestaciones hospitalarias.
(6) Las consultas psiquiátricas deben ser asociadas al evento oncológico que activó el seguro. Esta cobertura contempla sólo Médicos Staff de UC CHRISTUS.
(7) La hospitalización domiciliaria debe ser prescrita por un médico de UC CHRISTUS, bajo el programa de hospitalización domiciliaria UC CHRISTUS.
(8) La prestación de ambulancia terrestre está limitado a un recorrido máximo de 50 km, el tope es por evento . Esta cobertura será efectiva siempre y cuando el beneficiario, luego del traslado, sea hospitalizado en un centro UC CHRISTUS.

Tablas de coberturas Fonasa

Seguro **Oncológico TOTAL**

Prestaciones cubiertas	Prestaciones con cobertura FONASA	Prestaciones sin cobertura FONASA	Reembolso máximo por prestación	Reembolso máximo anual por evento
COBERTURA HOSPITALARIA ONCOLÓGICA (1)	**% Cobertura**	**% Cobertura**	**UF**	**UF**
Día Cama Medicina, UTI, UCI, Transitoria o Recuperación	100%	50%	Sin Tope	Sin Tope
Servicios Hospitalarios	100%	50%	Sin Tope	Sin Tope
Insumos y medicamentos intrahospitalarios	100%	50%	Sin Tope	Sin Tope
Honorarios Médicos Quirúrgicos	100%	100%	Sin Tope	Sin Tope
COBERTURA AMBULATORIA ONCOLÓGICA	**% Cobertura**	**% Cobertura**	**UF**	**UF**
Consulta médica (2)	100%	100%	Sin Tope	Sin Tope
Exámenes de Laboratorio	100%	50%	Sin Tope	Sin Tope
Radiografías, Imagenología	100%	50%	Sin Tope	Sin Tope
Procedimientos de diagnóstico no quirúrgicos	100%	50%	Sin Tope	Sin Tope
Ultrasonografía y Medicina Nuclear	100%	50%	Sin Tope	Sin Tope
Procedimientos terapéuticos	100%	50%	Sin Tope	Sin Tope
Medicamentos ambulatorios entregados por el prestador (3)	100%	50%	Sin Tope	UF 50
COBERTURA ONCOLÓGICA (4)	**% Cobertura**	**% Cobertura**	**UF**	**UF**
Drogas Antineoplásicas	100%	50%	Sin Tope	Sin Tope
Radioterapia quimioterapia e inmunoterapia	100%	50%	Sin Tope	Sin Tope
Implante mamario post mastectomía por cáncer	100%	50%	Sin Tope	Sin Tope
Cirugía reconstrucción mamaria por cáncer	100%	50%	Sin Tope	Sin Tope
Drogas inmunosupresoras para trasplante de órganos	100%	50%	Sin Tope	Sin Tope
COBERTURA MATERNIDAD	**% Cobertura**	**% Cobertura**	**UF**	**UF**
Complicaciones del embarazo y parto	100%	50%	Sin Tope	Sin Tope
COBERTURA SALUD MENTAL	**% Cobertura**	**% Cobertura**	**UF**	**UF**
Hospitalización psiquiátrica por cáncer (5)	100%	50%	Sin Tope	Sin Tope
Consulta médica (Psiquiatra) (6)	100%	100%	Sin Tope	Sin Tope
OTRAS COBERTURAS ONCOLÓGICAS	**% Cobertura**	**% Cobertura**	**UF**	**UF**
Hospitalización Domiciliaria (7)	100%	50%	Sin Tope	Sin Tope
Servicio Ambulancia Terrestre (8)	100%	50%	Sin Tope	UF 10

(1) Las coberturas hospitalarias abarcan hospitalizaciones generales médico/quirúrgicas y hospitalizaciones ambulatorias.
(2) Consulta médica con especialista médico del staff UC CHRISTUS asociada al tratamiento del evento oncológico que activó el seguro.
(3) La prestación de medicamentos ambulatorios, 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 UC CHRISTUS o sus prestadores afiliados.
(4) Todas las coberturas explícitas en este cuadro deben ser estar asociadas al evento oncológico que activó el seguro.
(5) Los gastos hospitalarios por Salud mental serán cubiertos según cobertura de prestaciones hospitalarias.
(6) Las consultas psiquiátricas deben ser asociadas al evento oncológico que activó el seguro. Esta cobertura contempla sólo Médicos Staff de UC CHRISTUS.
(7) La hospitalización domiciliaria debe ser prescrita por un médico de UC CHRISTUS, bajo el programa de hospitalización domiciliaria UC CHRISTUS.
(8) La prestación de ambulancia terrestre está limitado a un recorrido máximo de 50 km, el tope es por evento . Esta cobertura será efectiva siempre y cuando el beneficiario, luego del traslado, sea hospitalizado en un centro UC CHRISTUS.

Deducible

El Seguro Oncológico UC CHRISTUS contempla un deducible por evento exclusivamente para asegurados mayores de 70 años, correspondiente al monto que deberá ser asumido por el asegurado para acceder a las coberturas establecidas en la póliza.

	Isapre	Fonasa
Deducible hasta 69 años	UF 0	UF 0
Deducible a partir de los 70 años	UF 75	UF 150
Primeros 60 días vigencia póliza	UF 300*	UF 300*

(*) Este deducible aplica sólo si se presenta un siniestro durante los primeros 60 días.

¿Quiénes pueden ser asegurados?

Contratante y asegurados	Edad mínima de ingreso	Edad máxima de ingreso	Edad máxima de permanencia
Titular, cónyuge / conviviente civil / pareja	18 años	69 años	114 años
Hijos del contratante	0 años	24 años	25 años

Otras condiciones

Carencia	Suscripción	BME	Tipo tarifas
No cuenta con carencia (*)	DPS Oncológica	50% Oncológico, SIN BME Oncológico TOTAL	Individuales

(*) En caso de evento oncológico ocurrido dentro de los primeros 60 días de vigencia, se otorgará una cobertura de 1.000 UF, aplicando un deducible de 300 UF.

Tarifas

Isapre		
Tramo de edad	Oncológico	Oncológico TOTAL
0 a 17 años	UF 0,11	UF 0,18
18 a 24 años	UF 0,14	UF 0,21
25 a 34 años	UF 0,19	UF 0,27
35 a 44 años	UF 0,27	UF 0,46
45 a 54 años	UF 0,58	UF 0,92
55 a 64 años	UF 1,02	UF 1,75
65 a 69 años	UF 1,73	UF 2,71
70 años o más	UF 2,39	UF 3,03

Fonasa		
Tramo de edad	Oncológico	Oncológico TOTAL
0 a 17 años	UF 0,13	UF 0,40
18 a 24 años	UF 0,19	UF 0,44
25 a 34 años	UF 0,25	UF 0,49
35 a 44 años	UF 0,39	UF 0,73
45 a 54 años	UF 0,75	UF 1,49
55 a 64 años	UF 1,23	UF 2,48
65 a 69 años	UF 2,11	UF 3,58
70 años o más	UF 2,71	UF 4,57

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 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

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