

Fecha: 18-08-2021

Póliza: 340002436 - Latam Airlines Group S.A.

Cuadro de Coberturas: Seguro Complementario

Vigencia: julio 2021

Este seguro opera en exceso del sistema de Salud previsional (Isapre o Fonasa), bienestar u otro seguro adicional o convenio.

Monto máximo Reembolso: 400 UF Anual por asegurado.

Nro Personas	Deducible Individual	Deducible Familiar	Deducible	Máximo Deducible
1		x	UF 2.6	UF 2.6
2		x	UF 3.0	UF 3.0
3		x	UF 3.5	UF 3.5
		x	UF 3.5	UF 3.5

Deducible de la póliza: El deducible opera después que haya hecho uso de su sistema de SALUD.**Plazo máximo de presentación de gastos: 65 días.****(*) S.C.I.F: Gastos Sin Cobertura de Isapre o Fonasa.**

I. AMBULATORIO

Prestación	%Reembolso			Tope Coberturas	
	SCIF (*)	LIBRE ELECCIÓN	BONO	UNIDAD	ANUAL
AUGE Ambulatorio	100%	100%	100%		
AUGE Ambulatorio	100%	100%	100%		
CAEC Ambulatorio	100%	100%	100%		
CAEC Ambulatorio	100%	100%	100%		
Cirugía Ambulatoria	40%	80%	80%		
Cirugía Ambulatoria	40%	80%	80%		
Consulta Domicilio	15%	30%	60%/t4	UF 400/t11	
Consulta Domicilio	15%	30%	60%/t4	UF 400/t11	
Consulta Especialista	15%	30%	60%/t4	UF 400/t11	
Consulta Especialista	15%	30%	60%/t4	UF 400/t11	
Consulta General	15%	30%	60%/t4	UF 400/t11	
Consulta General	15%	30%	60%/t4	UF 400/t11	
Consulta Médica Urgencia	15%	30%	60%/t4	UF 400/t11	
Consulta Médica Urgencia	15%	30%	60%/t4	UF 400/t11	
Exámenes Imagenología Amb	15%	30%	60%/t6		
Exámenes Imagenología Amb	15%	30%	60%/t6		
Exámenes Laboratorio Amb	15%	30%	60%/t6		
Exámenes Laboratorio Amb	15%	30%	60%/t6		
Fertilidad	50%	100%	100%		UF 10/a1
Fertilidad	50%	100%	100%		UF 10/a1
Fonoaudiología	40%	80%	80%		
Fonoaudiología	40%	80%	80%		
Kinesiología	40%	80%	80%		
Kinesiología	40%	80%	80%		
Medicamentos	30%/t2	30%/t9	30%/t10		UF 400/t14/a3
Medicamentos	30%/t2	30%/t9	30%/t10		UF 400/t14/a3
Medicamentos Bioequivalentes	30%/t2	30%/t9	30%/t10		UF 400/t14/a3
Medicamentos Bioequivalentes	30%/t2	30%/t9	30%/t10		UF 400/t14/a3
Medicamentos Bioequivalentes Genéricos	100%	100%	100%		UF 400/t15/a7
Medicamentos Bioequivalentes Genéricos	100%	100%	100%		UF 400/t15/a7
Medicamentos Bioequivalentes Marca Int	30%/t2	30%/t9	30%/t10		UF 400/t14/a3
Medicamentos Bioequivalentes Marca Int	30%/t2	30%/t9	30%/t10		UF 400/t14/a3
Medicamentos Bioequivalentes Marca Nac	30%/t2	30%/t9	30%/t10		UF 400/t14/a3
Medicamentos Bioequivalentes Marca Nac	30%/t2	30%/t9	30%/t10		UF 400/t14/a3
Medicamentos Genéricos	100%	100%	100%		UF 400/t15/a7
Medicamentos Genéricos	100%	100%	100%		UF 400/t15/a7
Medicamentos Marca Internacional	30%/t2	30%/t9	30%/t10		UF 400/t14/a3
Medicamentos Marca Internacional	30%/t2	30%/t9	30%/t10		UF 400/t14/a3
Medicamentos Marca Nacional	30%/t2	30%/t9	30%/t10		UF 400/t14/a3
Medicamentos Marca Nacional	30%/t2	30%/t9	30%/t10		UF 400/t14/a3
Medicina Física Y Rehabilitación	40%	80%	80%		
Medicina Física Y Rehabilitación	40%	80%	80%		
Procedimientos Diagnóstico Amb	35%	70%	70%/t7		
Procedimientos Diagnóstico Amb	35%	70%	70%/t7		
Procedimientos Quirúrgicos Amb	35%	70%	70%/t7		
Procedimientos Quirúrgicos Amb	35%	70%	70%/t7		
Procedimientos Terapéuticos Amb	35%	70%	70%/t7		
Procedimientos Terapéuticos Amb	35%	70%	70%/t7		
Suplemento Alimenticio	100%	100%	100%	UF 6.25	UF 75
Suplemento Alimenticio	100%	100%	100%	UF 6.25	UF 75

(*) S.C.I.F. De los gastos no bonificados por el sistema de salud previsual, se considerara como gasto

Este documento es sólo un informativo y no constituye certificado cobertura de seguros. Para más detalles sobre las coberturas, exclusiones, términos y condiciones, consultelas Condiciones Particulares y Generales de la póliza.

El 50% de los gastos no cubiertos por el sistema de salud prestatario, se considerará como gasto efectivamente incurrido el 50% de estos.

II. AMBULATORIO I_MED

Prestación	%Reembolso	Tope Coberturas
	BONO	UNIDAD
I-MED Cirugía Ambulatoria	80%	
I-MED Consulta Especialista	60%/t4	UF 400/t11
I-MED Consulta General	60%/t4	UF 400/t11
I-MED Consulta Médica Urgencia	60%/t4	UF 400/t11
I-MED Exámenes Imagen. Amb Alto Costo	60%/t6	
I-MED Exámenes Imagenología Amb	60%/t6	
I-MED Exámenes Laboratorio Amb	60%/t6	
I-MED Fonoaudiología	80%	
I-MED Kinesiología	80%	
I-MED Medicina Física Y Rehabilitación	80%	
I-MED Procedimientos Diagnóstico Amb	70%/t7	

La aplicación del seguro vía I-MED no necesariamente implica la aceptación de la cobertura del diagnóstico.

III. HOSPITALARIO

Prestación	%Reembolso			Tope Coberturas			Límite
	SCIF (*)	LIBRE ELECCIÓN	BONO	UNIDAD	EVENTO	ANUAL	EVENTO
AUGE Hospitalario	100%	100%	100%				
AUGE Hospitalario	100%	100%	100%				
CAEC Hospitalario	100%	100%	100%				
CAEC Hospitalario	100%	100%	100%				
Cirugía Dental x Accidente	40%	80%	80%		UF 50/t16/a4		
Cirugía Dental x Accidente	40%	80%	80%		UF 50/t16/a4		
Cirugía Plástica x Accidente	40%	80%	80%		UF 50/t16/a4		
Cirugía Plástica x Accidente	40%	80%	80%		UF 50/t16/a4		
Cirugía Plástica x Enfermedad	40%	80%	80%		UF 50/t16/a4		
Cirugía Plástica x Enfermedad	40%	80%	80%		UF 50/t16/a4		
Convenio Día Cama	100%	100%	100%			UF 300/a2	
Convenio Día Cama	100%	100%	100%			UF 300/a2	
Convenio Honorarios Médicos	100%	100%	100%			UF 300/a2	
Convenio Honorarios Médicos	100%	100%	100%			UF 300/a2	
Convenio Serv. Hospitalarios	100%	100%	100%			UF 300/a2	
Convenio Serv. Hospitalarios	100%	100%	100%			UF 300/a2	
Día Cama Acompañante	40%/t1	80%/t3	80%/t8	UF 0.5			10
Día Cama Acompañante	40%/t1	80%/t3	80%/t8	UF 0.5			10
Día Cama Colmena	50%	100%	100%				30
Día Cama Colmena	50%	100%	100%				30
Día Cama Colmena en Exceso	40%	80%	80%	UF 2			
Día Cama Colmena en Exceso	40%	80%	80%	UF 2			
Día Cama Incubadora	40%/t1		80%/t8	UF 2/t12			
Día Cama Incubadora	40%/t1		80%/t8	UF 2/t12			

Día Cama Intermedio	40%/t1	80%/t3	80%/t8				
Día Cama Intermedio	40%/t1	80%/t3	80%/t8				
Día Cama Medicina	40%/t1	80%/t3	80%/t8	UF 2/t12			
Día Cama Medicina	40%/t1	80%/t3	80%/t8	UF 2/t12			
Día Cama Prest. Pref.	50%	100%	100%				30
Día Cama Prest. Pref.	50%	100%	100%				30
Día Cama Prest. Pref. en Exceso	40%	80%	80%	UF 2			
Día Cama Prest. Pref. en Exceso	40%	80%	80%	UF 2			
Día Cama Recuperación	40%/t1	80%/t3	80%/t8	UF 2/t12			
Día Cama Recuperación	40%/t1	80%/t3	80%/t8	UF 2/t12			
Día Cama Sala Cuna	40%/t1	80%/t3	80%/t8	UF 2/t12			
Día Cama Sala Cuna	40%/t1	80%/t3	80%/t8	UF 2/t12			
Fertilidad	50%	100%	100%			UF 10/a1	
Fertilidad	50%	100%	100%			UF 10/a1	
Gastos Hospitalarios por Accidente	40%	80%	80%	UF 50			
Gastos Hospitalarios por Accidente	40%	80%	80%	UF 50			
Honorarios Med. Colmena	50%	100%	100%				30
Honorarios Med. Colmena	50%	100%	100%				30
Honorarios Med. Colmena en Exceso	40%	80%	80%	UF 50			
Honorarios Med. Colmena en Exceso	40%	80%	80%	UF 50			
Honorarios Médicos Prest. Pref.	50%	100%	100%				30
Honorarios Médicos Prest. Pref.	50%	100%	100%				30
Honorarios Médicos Prest. Pref. en Exceso	40%	80%	80%		UF 50/t16/a4		
Honorarios Médicos Prest. Pref. en Exceso	40%	80%	80%		UF 50/t16/a4		
Hospitalización Domiciliaria	40%/t1	80%/t3	80%/t8	UF 2/t12			
Hospitalización Domiciliaria	40%/t1	80%/t3	80%/t8	UF 2/t12			
Hp Honorarios Médico Quirúrgicos	15%	30%	60%/t5		UF 50/t16/a4		
Hp Honorarios Médico Quirúrgicos	15%	30%	60%/t5		UF 50/t16/a4		
Hp Servicio Hospitalario	40%/t1	80%/t3	80%/t8				
Hp Servicio Hospitalario	40%/t1	80%/t3	80%/t8				
Serv. Hospitalario Prest. Pref.	50%	100%	100%				30
Serv. Hospitalario Prest. Pref.	50%	100%	100%				30
Serv. Hospitalario Prest. Pref. en Exceso	40%	80%	80%				
Serv. Hospitalario Prest. Pref. en Exceso	40%	80%	80%				
Servicio de Enfermera	40%	80%	80%		UF 5		
Servicio de Enfermera	40%	80%	80%		UF 5		
Servicios Hosp. Colmena	50%	100%	100%				30
Servicios Hosp. Colmena	50%	100%	100%				30
Servicios Hosp. Colmena en Exceso	40%	80%	80%				
Servicios Hosp. Colmena en Exceso	40%	80%	80%				
Trasplante Donante Post Mortum	50%	100%	100%		UF 20		
Trasplante Donante Post Mortum	50%	100%	100%		UF 20		
Trasplante Donante Vivo	50%	100%	100%		UF 30		
Trasplante Donante Vivo	50%	100%	100%		UF 30		
Tratamiento Fertilidad e Infertilidad	50%	100%	100%			UF 10/a1	
Tratamiento Fertilidad e Infertilidad	50%	100%	100%			UF 10/a1	

(*) S.C.I.F De los gastos no bonificados por el sistema de salud previsional, se considerara como gasto efectivamente incurrido el 50% de estos.

IV. MATERNIDAD

Prestación	%Reembolso			Tope Coberturas		
	SCIF (*)	LIBRE ELECCIÓN	BONO	UNIDAD	EVENTO	ANUAL
Aborto Natural	50%	100%	100%		UF 25	
Aborto Natural	50%	100%	100%		UF 25	
Cesárea	50%	100%	100%		UF 40	
Cesárea	50%	100%	100%		UF 40	
Complicaciones del Embarazo	40%/t1	80%/t3	80%/t8	UF 2/t13		
Complicaciones del Embarazo	40%/t1	80%/t3	80%/t8	UF 2/t13		
Complicaciones del Parto	40%/t1	80%/t3	80%/t8	UF 2/t13		
Complicaciones del Parto	40%/t1	80%/t3	80%/t8	UF 2/t13		
Convenio Aborto No Voluntario	100%	100%	100%			UF 300/a2
Convenio Aborto No Voluntario	100%	100%	100%			UF 300/a2
Convenio Cesárea	100%	100%	100%			UF 300/a2
Convenio Cesárea	100%	100%	100%			UF 300/a2
Convenio Parto Normal	100%	100%	100%			UF 300/a2
Convenio Parto Normal	100%	100%	100%			UF 300/a2
Parto Normal	50%	100%	100%		UF 30	
Parto Normal	50%	100%	100%		UF 30	

(*) S.C.I.F De los gastos no bonificados por el sistema de salud previsional, se considerara como gasto efectivamente incurrido el 50% de estos.

V. OTROS GASTOS

Prestación	%Reembolso			Tope Coberturas		
	SCIF (*)	LIBRE ELECCIÓN	BONO	UNIDAD	EVENTO	ANUAL
Audífonos	80%	80%/t3	80%			UF 10/a5
Audífonos	80%	80%/t3	80%			UF 10/a5
Cirugía Láser Ocular	40%/t1	80%/t3	80%			
Cirugía Láser Ocular	40%/t1	80%/t3	80%			
Lentes de Contacto	80%	80%/t3	80%			UF 2/a6
Lentes de Contacto	80%	80%/t3	80%			UF 2/a6
Mamografía Preventiva	35%	70%	70%			UF 1
Mamografía Preventiva	35%	70%	70%			UF 1
Prótesis	80%	80%/t3	80%			UF 10/a5
Prótesis	80%	80%/t3	80%			UF 10/a5
Terapia Ocupacional	80%	80%/t3	80%	UF 1		UF 10/a8
Terapia Ocupacional	80%	80%/t3	80%	UF 1		UF 10/a8
Transporte Terrestre	40%/t1	80%/t3	80%		UF 5	
Transporte Terrestre	40%/t1	80%/t3	80%		UF 5	
Yeso	40%	80%	80%			UF 10
Yeso	40%	80%	80%			UF 10
Ópticos Cristales	80%	80%/t3	80%			UF 2/a6
Ópticos Cristales	80%	80%/t3	80%			UF 2/a6
Ópticos Marcos	80%	80%/t3	80%			UF 2/a6
Ópticos Marcos	80%	80%/t3	80%			UF 2/a6
Órtesis	80%	80%/t3	80%			UF 10/a5
Órtesis	80%	80%/t3	80%			UF 10/a5

(*) S.C.I.F De los gastos no bonificados por el sistema de salud previsional, se considerara como gasto efectivamente incurrido el 60% de estos.

VI. OTROS GASTOS I_MED

Prestación	%Reembolso			Tope Coberturas
	SCIF (*)	LIBRE ELECCIÓN	BONO	ANUAL
I-MED Ópticos Cristales	80%	80%/t3	80%	UF 2/a6

La aplicación del seguro vía I-MED no necesariamente implica la aceptación de la cobertura del diagnóstico.

VII. SALUD MENTAL

Prestación	%Reembolso			Tope Coberturas	
	SCIF (*)	LIBRE ELECCIÓN	BONO	UNIDAD	ANUAL
Hospitalización Psiquiátrica	80%	80%	80%		UF 10
Hospitalización Psiquiátrica	80%	80%	80%		UF 10
Sesión Psicológica	80%	80%	80%	UF 1	UF 10/a8
Sesión Psicológica	80%	80%	80%	UF 1	UF 10/a8
Sesión Psicopedagogo	80%	80%	80%	UF 1	UF 10/a8
Sesión Psicopedagogo	80%	80%	80%	UF 1	UF 10/a8
Sesión Psiquiátrica	80%	80%	80%	UF 1	UF 10/a8
Sesión Psiquiátrica	80%	80%	80%	UF 1	UF 10/a8

(*) S.C.I.F De los gastos no bonificados por el sistema de salud previsional, se considerara como gasto efectivamente incurrido el 50% de estos.

Nro	Prestación
a(1)	Fertilidad, Fertilidad, Tratamiento Fertilidad e Infertilidad
a(2)	Convenio Aborto No Voluntario, Convenio Cesárea, Convenio Día Cama, Convenio Honorarios Médicos, Convenio Parto Normal, Convenio Serv. Hospitalarios
a(3)	Medicamentos, Medicamentos Bioequivalentes, Medicamentos Bioequivalentes Marca Int, Medicamentos Bioequivalentes Marca Nac, Medicamentos Marca Internacional, Medicamentos Marca Nacional
a(4)	Audífonos, Prótesis, Órtesis
a(5)	Cirugía Dental x Accidente, Cirugía Plástica x Accidente, Cirugía Plástica x Enfermedad, Honorarios Médicos Prest. Pref., Hp Honorarios Médico Quirúrgicos
a(6)	I-MED Ópticos Cristales, Lentes de Contacto, Ópticos Cristales, Ópticos Marcos
a(7)	Medicamentos Bioequivalentes Genéricos, Medicamentos Genéricos
a(8)	Sesión Psicológica, Sesión Psicopedagogo, Sesión Psiquiátrica, Terapia Ocupacional

CONDICIONES COBERTURAS DE SALUD

Prestadores Preferentes	Isapre	Prestadores	Reembolso	Tope
T1 Reembolso Directo	Todas	HOSPITAL DEL PROFESOR	50%	
		HOSP. CLINICO U. DE CHILE	50%	
		HOSPITAL PARROQUIAL SAN BERNARDO	50%	
		RED PUBLICA	50%	
T2 Reembolso Directo	Todas	FARMACIA CRUZ VERDE	40%	

T3 Reembolso Sobre Isapre	Colmena Golden Cross S. A.	CLINICA DAVILA	80%	
		HOSPITAL DEL PROFESOR	80%	
		CLINICA INDISA	80%	
		HOSP. CLINICO U. DE CHILE	100%	
		HOSPITAL PARROQUIAL SAN BERNARDO	100%	
		CLINICA TABANCURA	80%	
		CLINICA UC SAN CARLOS DE APOQUINDO	80%	
		CLINICA LA PORTADA DE ANTOFAGASTA	100%	
		SANATORIO ALEMAN DE CONCEPCION	100%	
		CLINICA BICENTENARIO	100%	
	Consalud	CLINICA DAVILA	100%	
		HOSPITAL DEL PROFESOR	100%	
		CLINICA INDISA	100%	
		INTEGRAMEDICA	100%	
		MEGASALUD	100%	
		HOSP. CLINICO U. DE CHILE	100%	
		CLINICA MIGUEL DE SERVET	100%	
		HOSPITAL PARROQUIAL SAN BERNARDO	100%	
		HOSPITAL CLINICO U. CATOLICA	100%	
		CLINICA TABANCURA	80%	
		CLINICA UC SAN CARLOS DE APOQUINDO	100%	
		CLINICA LA PORTADA DE ANTOFAGASTA	100%	
		SANATORIO ALEMAN DE CONCEPCION	100%	
		CLINICA CENTRAL	100%	
		CLINICA JUAN PABLO II	100%	
		CLINICA BICENTENARIO	100%	
		CLINICA LAS LILAS	100%	
		CLINICA PRESBITERIANA MADRE E HIJO	100%	
ONCOMED		100%		
Fonasa		RED PUBLICA	100%	
	ONCOMED	100%		

T4 Reembolso Sobre Bono Isapre	Colmena Golden Cross S. A.	CLINICA DAVILA	85%	
		CLINICA AVANSALUD	85%	
		HOSPITAL PARROQUIAL SAN BERNARDO	85%	
		HOSPITAL CLINICO U. CATOLICA	85%	
		CLINICA TABANCURA	85%	
		CLINICA LA PORTADA DE ANTOFAGASTA	85%	
		CLINICA CORDILLERA	85%	
		CLINICA BICENTENARIO	85%	
	Consalud	CLINICA DAVILA	85%	
		HOSPITAL DEL PROFESOR	85%	
		CLINICA AVANSALUD	85%	
		HOSP. CLINICO U. DE CHILE	85%	
		CLINICA LA PORTADA DE ANTOFAGASTA	85%	
		CLINICA BICENTENARIO	85%	
	Fonasa	RED PUBLICA	85%	
	Todas	HOSPITAL DEL PROFESOR	85%	
		INTEGRAMEDICA	85%	
		MEGASALUD	85%	
		HOSP. CLINICO U. DE CHILE	85%	
		HOSPITAL PARROQUIAL SAN BERNARDO	85%	
		HOSPITAL CLINICO U. CATOLICA	85%	
T5 Reembolso Sobre Bono Isapre	Todas	CLINICA DAVILA	80%	
		HOSPITAL DEL PROFESOR	80%	
		CLINICA INDISA	80%	
		INTEGRAMEDICA	80%	
		MEGASALUD	80%	
		HOSP. CLINICO U. DE CHILE	80%	
		CLINICA MIGUEL DE SERVET	80%	
		HOSPITAL PARROQUIAL SAN BERNARDO	80%	
		HOSPITAL CLINICO U. CATOLICA	80%	
		CLINICA TABANCURA	80%	
		SANATORIO ALEMAN DE CONCEPCION	80%	
		RED PUBLICA	80%	
		ONCOMED	80%	
		CLINICA DAVILA	90%	
		CLINICA INDISA	90%	
		MEGASALUD	90%	
		CLINICA MIGUEL DE SERVET	90%	

T6 Reembolso Sobre Bono Isapre	Colmena Golden Cross S. A.	HOSPITAL PARROQUIAL SAN BERNARDO	90%	
		HOSPITAL CLINICO U. CATOLICA	90%	
		CLINICA TABANCURA	90%	
		CLINICA UC SAN CARLOS DE APOQUINDO	60%	
		CLINICA LA PORTADA DE ANTOFAGASTA	90%	
		CLINICA CENTRAL	90%	
		CLINICA CORDILLERA	90%	
		CLINICA JUAN PABLO II	90%	
		CLINICA BICENTENARIO	90%	
		CLINICA LAS LILAS	90%	
		CLINICA PRESBITERIANA MADRE E HIJO	90%	
		ONCOMED	90%	
	Consalud	CLINICA SANTA MARIA	90%	
		CLINICA DAVILA	90%	
		HOSPITAL DEL PROFESOR	90%	
		CLINICA INDISA	90%	
		CLINICA AVANSALUD	90%	
		MEGASALUD	90%	
		HOSP. CLINICO U. DE CHILE	90%	
		HOSPITAL PARROQUIAL SAN BERNARDO	90%	
		HOSPITAL CLINICO U. CATOLICA	90%	
		CLINICA TABANCURA	90%	
		CLINICA LA PORTADA DE ANTOFAGASTA	90%	
		CLINICA CENTRAL	90%	
		HOSPITAL MILITAR	90%	
		CLINICA ALEMANA PUERTO VARAS	90%	
		HOSPITAL CLINICO DEL SUR	90%	
		CLINICA JUAN PABLO II	90%	
		CLINICA BICENTENARIO	90%	
		CLINICA LAS LILAS	90%	
		CLINICA VESPUCIO	90%	
		Todos	90%	
	Fonasa	RED PUBLICA	90%	
Todas	HOSPITAL DEL PROFESOR	90%		
	INTEGRAMEDICA	90%		
	MEGASALUD	90%		
	HOSP. CLINICO U. DE CHILE	90%		
	CLINICA MIGUEL DE SERVET	90%		
	HOSPITAL PARROQUIAL SAN	90%		

		BERNARDO		
		HOSPITAL CLINICO U. CATOLICA	90%	
T7 Reembolso Sobre Bono Isapre	Colmena Golden Cross S. A.	CLINICA DAVILA	90%	
		HOSPITAL DEL PROFESOR	90%	
		CLINICA INDISA	90%	
		INTEGRAMEDICA	90%	
		MEGASALUD	90%	
		HOSP. CLINICO U. DE CHILE	90%	
		CLINICA MIGUEL DE SERVET	90%	
		HOSPITAL PARROQUIAL SAN BERNARDO	90%	
		HOSPITAL CLINICO U. CATOLICA	90%	
		CLINICA TABANCURA	90%	
		CLINICA LA PORTADA DE ANTOFAGASTA	90%	
		SANATORIO ALEMAN DE CONCEPCION	90%	
		CLINICA CENTRAL	90%	
		CLINICA CORDILLERA	90%	
		CLINICA JUAN PABLO II	90%	
		CLINICA BICENTENARIO	90%	
		CLINICA LAS LILAS	90%	
		CLINICA PRESBITERIANA MADRE E HIJO	90%	
	ONCOMED	90%		
	Consalud	CLINICA DAVILA	90%	
		HOSPITAL DEL PROFESOR	90%	
		INTEGRAMEDICA	90%	
		MEGASALUD	90%	
		HOSP. CLINICO U. DE CHILE	90%	
	Fonasa	RED PUBLICA	90%	
		ONCOMED	90%	
	Todas	INTEGRAMEDICA	90%	

T8 Reembolso Sobre Bono Isapre	Colmena Golden Cross S. A.	CLINICA DAVILA	80%	
		HOSPITAL DEL PROFESOR	80%	
		CLINICA INDISA	80%	
		INTEGRAMEDICA	100%	
		HOSP. CLINICO U. DE CHILE	100%	
		HOSPITAL PARROQUIAL SAN BERNARDO	100%	
		CLINICA TABANCURA	80%	
		CLINICA UC SAN CARLOS DE APOQUINDO	80%	
		CLINICA LA PORTADA DE ANTOFAGASTA	100%	
	SANATORIO ALEMAN DE CONCEPCION	100%		
	Consalud	CLINICA DAVILA	100%	
		HOSPITAL DEL PROFESOR	100%	
		CLINICA INDISA	80%	
		INTEGRAMEDICA	100%	
		HOSP. CLINICO U. DE CHILE	100%	
		HOSPITAL PARROQUIAL SAN BERNARDO	100%	
		CLINICA TABANCURA	80%	
		CLINICA UC SAN CARLOS DE APOQUINDO	100%	
		CLINICA LA PORTADA DE ANTOFAGASTA	100%	
SANATORIO ALEMAN DE CONCEPCION	100%			
Fonasa	RED PUBLICA	100%		
T9 Reembolso Sobre Isapre	Todas	FARMACIA CRUZ VERDE	40%	
T10 Reembolso Sobre Bono Isapre	Todas	FARMACIA CRUZ VERDE	40%	

T11 Tope (monto)/Unidad (Prestación)	Colmena Golden Cross S. A.	CLINICA DAVILA		UF .5
		CLINICA INDISA		UF .5
		CLINICA AVANSALUD		UF .5
		HOSPITAL CLINICO U. CATOLICA		UF .5
		CLINICA TABANCURA		UF .5
		CLINICA UC SAN CARLOS DE APOQUINDO		UF .5
		CLINICA LA PORTADA DE ANTOFAGASTA		UF .5
		SANATORIO ALEMAN DE CONCEPCION		UF .5
		CLINICA CENTRAL		UF .5
		CLINICA CORDILLERA		UF .5
		CLINICA JUAN PABLO II		UF .5
		CLINICA BICENTENARIO		UF .5
		CLINICA LAS LILAS		UF .5
		CLINICA PRESBITERIANA MADRE E HIJO		UF .5
	Fonasa	RED PUBLICA		UF .5
Todas	HOSPITAL DEL PROFESOR		UF .5	
	INTEGRAMEDICA		UF .5	
	MEGASALUD		UF .5	
	HOSP. CLINICO U. DE CHILE		UF .5	
	CLINICA MIGUEL DE SERVET		UF .5	
	HOSPITAL PARROQUIAL SAN BERNARDO		UF .5	
T12 Tope (monto)/Unidad (Prestación)	Colmena Golden Cross S. A.	CLINICA DAVILA		UF 3
	Todas	CLINICA INDISA		UF 3
		RED PUBLICA		UF 3
T13 Tope (monto)/Unidad (Prestación)	Colmena Golden Cross S. A.	CLINICA DAVILA		UF 3
		CLINICA INDISA		UF 3
	Consalud	CLINICA DAVILA		UF 3
		CLINICA INDISA		UF 3
	Todas	RED PUBLICA		UF 3
T14 Tope (monto)/Beneficiario (Anual)	Todas	FARMACIA CRUZ VERDE		UF 5
T15 Tope (monto)/Beneficiario (Anual)	Todas	FARMACIA CRUZ VERDE		UF 5

T16 Tope (monto)/Evento	Colmena Golden Cross S. A.	CLINICA DAVILA		UF 80
		HOSPITAL DEL PROFESOR		UF 80
		CLINICA INDISA		UF 80
		INTEGRAMEDICA		UF 80
		HOSP. CLINICO U. DE CHILE		UF 80
		CLINICA TABANCURA		UF 80
		CLINICA UC SAN CARLOS DE APOQUINDO		UF 80
		CLINICA LA PORTADA DE ANTOFAGASTA		UF 80
	Consalud	SANATORIO ALEMAN DE CONCEPCION		UF 80
		CLINICA DAVILA		UF 80
		HOSPITAL DEL PROFESOR		UF 80
		CLINICA INDISA		UF 80
		INTEGRAMEDICA		UF 80
		HOSP. CLINICO U. DE CHILE		UF 80
		CLINICA TABANCURA		UF 80
		CLINICA UC SAN CARLOS DE APOQUINDO		UF 80
CLINICA LA PORTADA DE ANTOFAGASTA		UF 80		
SANATORIO ALEMAN DE CONCEPCION		UF 80		

Bonificación Mínima Isapre (BMI) Si el aporte del sistema de salud previsional es menor al mínimo exigido, el reembolso de la compañía será sobre el 50% del costo directo de la prestación.

Grupo Isapre	Grupo Prestadores	Prestación Básica	% Mínimo
Fonasa	Todos	Todos	60
Resto	CLINICA ALEMANA	Todos	70
Resto	SERV. CLINICOS SAN CARLOS DE APOQUINDO	Todos	60
Fonasa	CLINICA LAS CONDES	Todos	70
Fonasa	Todos	Todos	50
Fonasa	CLINICA LAS CONDES	Todos	60
Fonasa	CLINICA ALEMANA	Todos	60
Fonasa	CLINICA ALEMANA	Todos	70
Fonasa	CLINICA UNIV. DE LOS ANDES	Todos	70
Resto	CLINICA UC SAN CARLOS DE APOQUINDO	Todos	70
Fonasa	CLINICA UC SAN CARLOS DE APOQUINDO	Todos	60
Resto	CLINICA UNIV. DE LOS ANDES	Todos	70
Resto	Todos	Todos	50
Resto	CLINICA ALEMANA	Todos	60
Resto	CLINICA LAS CONDES	Todos	70
Resto	CLINICA LAS CONDES	Todos	60
Fonasa	CLINICA UC SAN CARLOS DE APOQUINDO	Todos	70
Resto	Todos	Todos	60

CONVENIOS DE PÓLIZA

Convenio	Estado de cobertura
Legal Chile	Incluido
Clínica Bicentenario	Incluido
Convenio Clínica Dávila	Incluido
Convenio Dental MegaSalud	Incluido
Soc. Medica Oncomed S.A.	Incluido
Hospital Clínico U. de Chile	Incluido
Optica Place Vendome	Incluido
Grupo Odont.Palma y Naranja (OMNIA)	Incluido

EXCLUSIONES

Las Condiciones generales se encuentran incorporadas al depósito de pólizas de la Comisión para el Mercado Financiero.

Las exclusiones de la cobertura se encuentran detalladas en las Condiciones Generales y Particulares de la póliza.