



## Resumen con detalle de la cobertura

### Cobertura principal

La Compañía Aseguradora reembolsará los gastos médicos razonables, acostumbrados y efectivamente incurridos por el asegurado que correspondan al tratamiento terapéutico del cáncer solo dentro de Red de Salud UC CHRISTUS, en los términos y condiciones establecidas en la póliza, siempre que haya transcurrido el periodo de carencia establecido en esta solicitud y la póliza se encuentre vigente.

El diagnóstico deberá haber sido hecho o ser confirmado por un médico especialista en cáncer de la Red de Salud UC CHRISTUS. Los gastos susceptibles de ser reembolsados en virtud de esta póliza son los que se detallan a continuación:

### Monto máximo de gastos reembolsable

El monto máximo de gastos reembolsable por asegurado se determinará según la siguiente tabla:

Tramos de Edades Cronológicas por asegurado	Monto máximo de reembolso por cada asegurado (UF)
Hasta los 69 años y 364 días.	UF 30.000
Entre 70 años o más.	UF 3.000



La Compañía solo reembolsará los gastos incurridos en Red de Salud UC CHRISTUS según los porcentajes indicados en el cuadro de coberturas siguiente, luego de completado el deducible que corresponda según la edad del asegurado:

Cobertura.	Porcentaje de Reembolso.		
	Prestaciones con cobertura de Isapre.	Prestaciones con cobertura mayor o igual al 50% por Fonasa.	Prestaciones con cobertura menor al 50% por Fonasa o sin cobertura de Isapre / Fonasa.
<b>a) Beneficio de Hospitalización.</b>			
Días Cama Medicina, UTI, UCI, Intermedio o Recuperación.	100%	100%	50%
Servicios Hospitalarios / Medicamentos Hospitalarios.	100%	100%	50%
Honorarios Médicos Quirúrgicos.	100%	100%	50%
Servicio Privado de Enfermería (*).	100%	100%	50%
Prótesis Quirúrgica.	100%	100%	50%
Ambulancia Terrestre.	100%	100%	50%
<b>a) Beneficio Ambulatorio.</b>			
Cirugía Ambulatoria.	100%	100%	50%
Consultas Médicas no Siquiátricas.	100%	100%	50%
Exámenes de Laboratorio - Imagenología.	100%	100%	50%
Procedimiento de Diagnósticos y Terapéuticos.	100%	100%	50%
<b>a) Ampliación de Beneficios.</b>			
Drogas Antineoplásticas.	100%	100%	50%
Radioterapia y Quimioterapia.	100%	100%	50%
Medicamentos Ambulatorios para el Tratamiento del Cáncer (**).	50%	50%	25%
Hospitalización Domiciliaria.	100%	100%	50%
Consulta Siquiátrica Asociada a la Enfermedad (***).	100%	100%	50%



- (\*) Para la prestación de Servicio Privado de Enfermería el tope será de 30 días por siniestro.
- (\*\*) Para la prestación de Ambulancia Terrestre, el tope será de UF 10 por siniestro y sin límite de siniestros, siempre que el asegurado sea hospitalizado.
- (\*\*\*) La prestación de medicamentos ambulatorios es solo para fármacos directamente relacionados y necesarios para el tratamiento del cáncer que activó el pago de beneficios de este Seguro, que se encuentra cubierto por esta póliza y haya sido diagnosticado por el médico tratante.
- (\*\*\*\*) Con un límite de 30 consultas anuales, la cobertura contempla solo Médicos Staff de Red UC en Red de Salud UC CHRISTUS.

**Producido un siniestro cubierto por esta póliza, el porcentaje de cobertura señalado en la tabla precedente variará de acuerdo a lo que señala a continuación:**

Desde tres años y un día hasta cumplidos seis años desde el Primer Diagnóstico de Cáncer.	50% sobre el cuadro de coberturas.
Desde seis años y un día hasta cumplidos nueve años desde el Primer Diagnóstico de Cáncer.	20% sobre el cuadro de coberturas.
A partir de los nueve años en adelante desde el Primer Diagnóstico de Cáncer.	10% sobre el cuadro de coberturas.
En caso de que la Red de Salud UC CHRISTUS se encuentre imposibilitada de prestar los servicios cubiertos por esta póliza por alguna causa de fuerza mayor acreditada, el asegurado podrá concurrir a otros prestadores. Esta imposibilidad de prestar los servicios deberá ser comunicada en una carta formal por parte de la dirección médica de la Red de Salud UC CHRISTUS a la Compañía de Seguros. En ningún caso el asegurado podrá atenderse en otro prestados sin la autorización expresa de la Compañía de Seguros. En tal caso, se reembolsarán los gastos médicos incurridos según el cuadro definido a continuación:	
	Porcentaje (%) de Reembolso aplicado sobre el porcentaje definido en el cuadro de cobertura, aplicando también la variación del porcentaje de acuerdo a la duración del siniestro.
Grupo 1: Clínica Alemana, Clínica Las Condes y Clínica Universidad de los Andes.	70%
Grupo 2: Otras clínicas no especificadas en el Grupo 1.	100%

Para la activación de cobertura de libre elección, es necesario que sea acreditada la imposibilidad de otorgamiento de esta por parte de Red de Salud UC CHRISTUS y esta sea aprobada por la Compañía Aseguradora.

La imposibilidad de desplazamiento a los centros de atención de la Red de Salud UC CHRISTUS no es una causa de fuerza mayor para optar a la libre elección.



## Requisitos de asegurabilidad

Podrán ser asegurados titulares de esta póliza las personas naturales Clientes del Banco Santander. Podrán ser incorporados como asegurados dependientes del titular, su cónyuge o conviviente civil o pareja; y los hijos y nietos del asegurado titular.

- Edad mínima de ingreso titular y cónyuge o conviviente civil o pareja: 18 años cronológicos.
- Edad mínima de ingreso hijos y/o nietos: desde los 14 días de nacido. Sin perjuicio de lo anterior, si la madre ha estado incorporada en la póliza por un periodo mayor o igual a un año, podrán ser incorporados desde el séptimo mes de gestación. En caso de no ser incorporados durante el periodo de gestación, los hijos podrán ser incorporados desde el día 14 de nacidos.
- La edad máxima de ingreso para titular y cónyuge o conviviente civil o pareja: 69 años y 364 días.
- La edad máxima de ingreso para hijos y/o nietos: hasta los 22 años y 364 días.

## Beneficiarios

El reembolso de los gastos médicos originados por el diagnóstico de cáncer durante la vigencia de las coberturas bajo esta póliza será pagado al asegurado titular.

## Deducible

El deducible por asegurado y por siniestro se determinará de acuerdo a lo que indica la siguiente tabla:

Deducible a aplicar por asegurado de acuerdo a la duración del cáncer desde el primer diagnóstico cubierto por la póliza.				
Tramos de Edades Cronológicas por Asegurado.	Entre 0 a 3 años desde el Primer Diagnóstico de Cáncer.	De 3 años y 1 día a 6 años desde el Primer Diagnóstico de Cáncer.	De 6 años y 1 día a 9 años desde el Primer Diagnóstico de Cáncer.	De 10 años o más desde el Primer Diagnóstico de Cáncer.
Hasta los 69 años y 364 días.	UF 0	UF 100	UF 250	UF 500
Entre 70 años y 79 años y 364 días.	UF 150	UF 150	UF 250	UF 500
Entre 80 años y 89 años y 364 días.	UF 250	UF 250	UF 250	UF 500
Entre 90 años o más.	UF 350	UF 350	UF 350	UF 500

El deducible se aplicará y deberá ser completado cada 3 años, de acuerdo a la edad y a la cantidad de años transcurridos desde el primer diagnóstico cubierto por la póliza. El deducible se aplicará sobre los gastos médicos efectivamente incurridos considerando los porcentajes de cobertura señalados precedentemente y luego de que hayan sido bonificados por el sistema de salud previsional del asegurado.



Tarifas mensuales expresadas en UF Brutas de IVA.						
Edad Cronológica del Asegurado de Mayor Edad.	Prima Mensual por edad alcanzada por el asegurado de mayor edad (UF)					
	Plan Individual	Plan Familiar con Asegurados Dependientes				
	Titular	Titular + 1 Dependiente	Titular + 2 Dependientes	Titular + 3 Dependientes	Titular + 4 Dependientes	Titular + 5 Dependientes
18 - 50 y 364 días.	0,3021	0,5628	0,7215	0,8781	1,0368	1,1955
51 - 60 y 364 días.	0,8920	1,7746	1,9333	2,0919	2,2486	2,4073
61 - 70 y 364 días.	1,4468	2,8841	3,0348	3,1855	3,3363	3,4870
71 - 80 y 364 días.	2,7445	5,4795	5,6302	5,7809	5,9317	6,0824
81 - 114 y 364 días.	4,4224	8,8353	8,9860	9,1367	9,2875	9,4382

**Pago de primas:**

Las primas de este Seguro serán mensuales. Para el pago de prima no se concederá plazo de gracia.

**Ajuste de prima:**

La prima será ajustada anualmente, de la tarifa vigente considerando la edad del asegurado de mayor edad y a la cantidad de cargas al momento de la renovación del contrato.



## Carencia

Este Seguro contempla una carencia de 60 días contados desde la vigencia inicial de cada asegurado.

## Lugares de atención

A octubre de 2017, los lugares de atención destinados a otorgar las prestaciones cuyos gastos se encuentren cubiertos por esta póliza son los siguientes:



### **Hospitales y Clínicas:**

*Clínica UC: Lira 40, Santiago, Región Metropolitana.*

*Clínica San Carlos de Apoquindo: Camino El Alba 12351, Las Condes, Región Metropolitana.*

*Hospital Clínico: Marcoleta 367, Santiago, Región Metropolitana.*

### **Unidad de Toma de Muestras:**

*Piedra Roja: Avenida Paseo Colina Sur 14500, Chicureo, Región Metropolitana.*

*Alto Las Condes: Avenida Kennedy 9001, Las Condes, Región Metropolitana.*

*Bilbao: Avenida Francisco Bilbao 4114, La Reina, Región Metropolitana.*

*Consistorial: Avenida Consistorial 3349, Peñalolén, Región Metropolitana.*

*Costanera Center: Avenida Andres Bello, Providencia, Región Metropolitana.*

*Los Dominicos: Avenida Patagonia 99, Las Condes, Región Metropolitana.*

*La Dehesa: Avenida Rodeo 12850, Lo Barnechea, Región Metropolitana.*

*Portal La Reina: Avenida Francisco Bilbao 8750, La Reina, Región Metropolitana.*

*Arauco Maipú: Avenida Américo Vesputio 1001, Maipú, Región Metropolitana.*

*Maipú: Avenida Los Pajaritos 3044, Maipú, Región Metropolitana.*

*Concón: Avenida Concón, Reñaca 3850.*

### **Centros:**

*Centro de Especialidades Médicas: Marcoleta 350, Santiago, Región Metropolitana.*

*Edificio Médico Alcántara: Avenida Apoquindo 3990, Las Condes, Región Metropolitana.*

*Centro Médico Irrazaval: Avenida Irrazaval 4949, Ñuñoa, Región Metropolitana.*

*Centro Médico San Joaquín: Avenida Vicuña Mackenna 4686, Región Metropolitana.*

*Centro Médico Lira: Lira 85, Santiago, Región Metropolitana.*

*Centro del Cáncer: Diagonal Paraguay 319, Santiago, Región Metropolitana.*

*Centro Médico San Jorge o Nevería 444, Las Condes, Región Metropolitana.*

Listado precedente puede ser modificado sin mi previo conocimiento ni consentimiento, ya que el mismo solo contiene datos de lugares de atención a la fecha indicada precedentemente.



## ¿Qué no cubre?

Este Seguro no cubre gastos médicos cuando ellos provengan o se originen por, o sean consecuencia de, o corresponda a complicaciones de:

- a) Curas de reposo, cuidado sanitario, periodos de cuarentena o aislamientos.
- b) Los tratamientos estéticos plásticos, cosméticos, dentales, ortopédicos y otros tratamientos que sean para fines de embellecimiento o para corregir malformaciones.
- c) Medicamentos, remedios, drogas e insumos, con excepción de los prescritos bajo el Beneficio de Hospitalización establecido en el punto b. del subíndice I. del artículo 3° precedente. No se cubrirán recetas magistrales y remedios naturales.
- d) Tratamientos, visitas médicas, exámenes, medicamentos, remedios o vacunar para el solo efecto preventivo, no inherente ni necesario para el diagnóstico del cáncer.
- e) Gastos por acompañantes, mientras el asegurado se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comida o similares.
- f) Tratamientos efectuados a través de medios de medicina alternativa, tales como: acupuntura, iridología, reflexología, quiropraxia, etc.
- g) Gastos que no estén expresamente indicados en el cuadro de coberturas y tope de reembolso detallado en las condiciones particulares de la póliza, como asimismo, gastos de exámenes y procedimientos a través de nuevas tecnologías no reconocidas por el Sistema de Salud Previsional, los cuáles serán cubiertos siempre que exista un pronunciamiento de la Compañía Aseguradora y de Fonasa, o el organismo que en el futuro lo reemplace, en ese sentido.
- h) Criopreservación. Compra de células madre, sangre, hemoderivados y cualquier otro tejido u órgano.
- i) Enfermedades, dolencias o situación de salud preexistentes.
- j) Tratamientos y/o estudios y/o protocolos de tipo experimental o de investigación clínica, que corresponden a esquemas de tratamiento no habituales, fuera de las recomendaciones de tratamiento con niveles de evidencia I o II del NCCN (National Comprehensive Cancer Network) para los diferentes cánceres y sus estados clínicos.
- k) La rehabilitación de efectos secundarios al cáncer y/o tratamiento, y los tratamientos de patologías benignas asociadas.
- l) Las prestaciones otorgadas en el extranjero.

La Compañía que asume el riesgo es Zurich Santander Seguros de Vida Chile S.A. Intermedia Santander Corredora de Seguros Ltda. El detalle de las características y exclusiones se encuentran señaladas en las condiciones generales depositadas en el registro de pólizas de la CMF bajo el código POL 3 2017 0147 Seguro de Reembolso de Gastos Médicos para Tratamiento Oncológico, carencia y deducibles se encuentran detallados en las condiciones particulares. Póliza Colectiva. Prima mensual calculada de acuerdo a la edad y cantidad de asegurados.