

**CONDICIONADO PARTICULAR  
SEGURO INDIVIDUAL PARA EXÁMENES E IMAGENOLOGÍA AMBULATORIO**

**Estimado(a) Señor(a)**

**nombre**

**dirección**

**Ciudad**

Presente

01 de Julio de 2015.

Bienvenido a Cruz Blanca Compañía de Seguros de Vida S.A.

Usted cuenta con el respaldo y solidez de Cruz Blanca Compañía de Seguros de Vida S.A., una empresa perteneciente al grupo internacional Bupa, presente en más de 191 países y con más de 14 millones de clientes.

A través del presente Certificado de Cobertura, **Cruz Blanca Compañía de Seguros de Vida S.A.** le comunica a usted que se encuentra Asegurado en la póliza de **Seguro Individual para Exámenes e Imagenología Ambulatorio** N° 40012, cuyas Condiciones Generales se encuentran incorporadas al Depósito de Pólizas de la Superintendencia de Valores y Seguros bajo el código POL 3 2015 0615, sin perjuicio de las estipulaciones contenidas en las Condiciones Particulares de la póliza, las que forman parte integrante del contrato de Seguro Individual.

Copia de las Condiciones Generales depositadas en la Superintendencia de Seguros se encuentran a su disposición en el sitio web [www.svs.cl](http://www.svs.cl).



Felipe Reyes Urrutia  
Gerente Comercial.  
**Cruz Blanca Compañía de Seguros de Vida S.A.**

**CONDICIONADO PARTICULAR  
SEGURO INDIVIDUAL PARA EXÁMENES E IMAGENOLOGÍA AMBULATORIO**

**PÓLIZA SEGURO INDIVIDUAL PARA EXÁMENES E IMAGENOLOGÍA AMBULATORIO**

Póliza	Producto	Fecha Inicio Vigencia	Fecha Término Vigencia
	SEGURO INDIVIDUAL PARA EXÁMENES E IMAGENOLOGÍA AMBULATORIO		

Contratante	
RUT	
Nombre	
Dirección	
Fono	
Email	

Beneficiarios				
RUT	Nombre	Sexo	Relación	Fecha Nacimiento

Coberturas			
Descripción	Prima Bruta Mensual en UF	POL/CAD	Monto Máx. UF Cobertura
Curativo Integramédica		3 2015 0615	50

Sistema de Renovación	: Póliza de Plazo definido y renovable con condiciones
Sistema Modificación Prima	: Póliza con prima ajustable según contrato
Reglas Sobre Preexistencias	: Póliza con exclusión general de enfermedades preexistentes
Exclusiones	: Según lo detallado en el Artículo 9 de las condiciones particulares

**Nota**

(\*) La presente caratula es un resumen de la información más relevante de la póliza. Para una comprensión integral, se debe consultar las condiciones generales y particulares de la póliza.



Felipe Reyes Urrutia  
Gerente Comercial.  
**Cruz Blanca Compañía de Seguros de Vida S.A.**

**CONDICIONADO PARTICULAR  
SEGURO INDIVIDUAL PARA EXÁMENES E IMAGENOLOGÍA AMBULATORIO**

**I. IDENTIFICACIÓN**

**Empresa** : **CRUZ BLANCA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A**  
**Dirección** : CERRO EL PLOMO 6000  
**RUT** : 76.282.191-5  
**Teléfono** : (+56 2) 2391 3310  
**Email** : [contactoseguros@cruzblancaseguros.cl](mailto:contactoseguros@cruzblancaseguros.cl)

**Asegurado Titular** :  
**Dirección** :  
**RUT** :  
**Email** :

Beneficiarios				
RUT	Nombre	Sexo	Relación	Fecha Nacimiento

**II. DESCRIPCION DE LA COBERTURA**

Reembolso al asegurado o pago directo al prestador de salud de una parte de los gastos médicos razonables y acostumbrados y efectivamente incurridos por el Asegurado asociados a la prestación de servicios de exámenes e imagenología ambulatorio que se detallan en el Anexo 1 de las presentes Condiciones Particulares, el que se entiende formar parte de las mismas para todos los efectos legales.

La cobertura de que da cuenta la presente póliza se hará efectiva una vez aplicados los beneficios y coberturas del sistema de salud previsional respectivo, así como los de cualquier otro seguro que se encuentre vigente a favor del asegurado.

**III. ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**

La cobertura de los gastos incluidos en el presente seguro se hará efectiva sólo respecto de aquellas prestaciones de servicios de Exámenes de Laboratorio e Imagenología que se hubieren ejecutado en alguno de los Establecimientos de Salud pertenecientes a la red Integramédica y que ésta mantenga operativos.

**IV. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD**

Para poder suscribir la presente póliza, el asegurado deberá cumplir con los siguientes requisitos, sin perjuicio de la facultad de la Compañía de aceptar o no la solicitud de incorporación en base a la información entregada:

- a) Haber completado el Formulario de Incorporación.
- b) La edad máxima de ingreso al seguro dental será de 64 años y 364 días para el titular y los beneficiarios.
- c) La edad máxima de cobertura será cumpliendo 65 años y 364 días, tanto para el titular como para los beneficiarios de la póliza.

**V. PRIMA**

- Prima pactada: UF.
- Periodicidad de pago: Mensual
- Forma de pago: El pago de la prima se efectuara únicamente mediante la modalidad PAC (autorización de descuento en Cuenta Corriente Bancaria) mediante un mandato que autoriza esta modalidad de pago o mediante la modalidad PAT (autorización de descuento en Tarjeta de Crédito) mediante un mandato que autoriza esta modalidad de pago.

## **CONDICIONADO PARTICULAR SEGURO INDIVIDUAL PARA EXÁMENES E IMAGENOLOGÍA AMBULATORIO**

### **VI. REQUISITOS PARA EL PAGO DE SINIESTROS**

Constituye requisito para cualquier reembolso de gastos derivados de prestaciones de servicios de Exámenes de Laboratorio e Imagenología por parte de la Compañía:

- a) La entrega oportuna por el asegurado a la Compañía del formulario proporcionado por ella, con la información que en él se indique, dentro de un plazo máximo de 30 días corridos contados desde la ocurrencia del siniestro, y sin perjuicio de la información adicional que pueda solicitar la Compañía.
- b) Que la prestación correspondiente se encuentre incluido en el Anexo I de las presentes Condiciones Particulares;
- c) Que la prestación sea requerida y realizada en el Establecimiento de Salud indicado en estas Condiciones Particulares;
- d) Que la prima se encuentre debidamente pagada por los asegurados;
- e) Que el asegurado haya pagado el respectivo copago de las prestaciones realizadas, y obtenido el beneficio o cobertura del sistema de salud previsional o seguro adicional vigente.

### **VII. EXCLUSIONES**

Esta póliza no cubre los gastos que provengan de:

1. Prestaciones clasificadas en el Arancel del Fondo Nacional de Salud bajo el código 305048 relativas a Reacción cutánea 16 alérgenos por escarificación (incluye el valor de los antígenos), y 307005 relativas a Reacción cutánea de parche cada uno.
2. Prestaciones clasificadas en el Arancel del Fondo Nacional de Salud bajo el código 404013 relativas a Ecotomografía ocular bidimensional, uno o ambos ojos.
3. Prestaciones clasificadas en el Arancel del Fondo Nacional de Salud bajo el código bajo el GRUPO 04 subgrupo 02.
4. Solicitudes de reembolso o pago directo asociadas a prestaciones cubiertas por ésta póliza cuando las mismas se hayan efectuado a Asegurados que han cambiado su afiliación desde el Fondo Nacional de Salud al sistema Isapre.
5. Prestaciones de servicios médicos no incluidas en las Condiciones Particulares de la presente póliza.
6. Enfermedades, dolencias o situación de salud diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrate a su favor.

### **VIII. VIGENCIA**

La vigencia del presente contrato se extenderá por 12 meses:

Si el Asegurable suscribe el formulario que contiene la Solicitud de Incorporación, y éste haya sido aceptado por la Compañía, dentro de los primeros quince días del mes, la fecha de vigencia comenzará el primer día hábil del mes siguiente.

Si el Asegurable suscribe el formulario que contiene la Solicitud de Incorporación, y éste haya sido aceptado por la Compañía, dentro de los segundos quince días del mes, la fecha de vigencia comenzará el primer día hábil del mes subsiguiente.

- Inicio de vigencia : 01-07-2015
- Término de vigencia : 30-06-2016

### **IX. MONEDA**

La prima, tope anual por asegurado, prestación y especialidad se expresarán en Unidad de Fomento (UF). La valorización de dicha unidad se realizará al momento del pago. La misma regla será aplicable a la devolución de primas que correspondiese.

## **CONDICIONADO PARTICULAR SEGURO INDIVIDUAL PARA EXÁMENES E IMAGENOLOGÍA AMBULATORIO**

### **X. MANDATO**

El Asegurado declara que acepta y autoriza a la Compañía de Seguros o a la persona que actúe en su representación, a solicitar a cualquier médico, enfermera, psicólogo, Clínica, Hospital, Laboratorio Clínico, Fondo Nacional de Salud (Fonasa), Compañía de Seguros u otra institución pública o privada, información relativa a su estado de salud y cualquier documento asociado, a vía de ejemplo, y sin ser restrictivos en su enumeración, copia del parte policial y relato de los hechos, ficha médica completa, epicrisis, cartola histórica detallada de gastos médicos en su institución de salud, liberando tanto a instituciones como profesionales del secreto profesional y de faltas a la Ley N°19.628 sobre Protección de Datos de Carácter Personal, Ley N°20.584 sobre Confidencialidad y Secreto Médico, del Código de Ética del Colegio Médico de Chile y Ley N° 16.744, sobre Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales y otras.

Adicionalmente, conforme a lo señalado en la ley N° 19.628, por este acto vengo en facultar expresamente a la Compañía de Seguros con la que estoy contratando el (los) presente (s) seguro (s), o quien sus derechos represente, o su reasegurador con quien tenga convenio, para hacer uso de mis datos de carácter personal así como también aquellos denominados como sensibles. Esta autorización faculta a la Aseguradora, reaseguradora para efectuar el tratamiento de dichos datos conforme lo expresa la norma legal señalada. Asimismo, consiento expresamente para que la compañía aseguradora, reaseguradora tenga acceso a los contenidos o copias de las recetas médicas, análisis o exámenes de laboratorios clínicos y servicios relacionados con la salud, según lo expresa el artículo 127 del Código Sanitario.

Conforme a lo anterior, declaro haber sido informado que estos datos son para el exclusivo uso de la Compañía Aseguradora o reaseguradora en el análisis de otorgamiento de seguros, modificaciones de coberturas, análisis de reclamos, investigaciones de siniestros y, en general todo aquello que diga relación con los contratos que celebre con la asegurada, pudiendo estos datos ser comunicados a terceros, con estos mismo fines.

### **XI. CONDICIONES GENERALES**

Las presentes Condiciones Particulares se rigen por lo dispuesto en las Condiciones Generales inscritas en el Registro de Pólizas bajo el código POL 3 2015 0615, las que se entienden formar parte integrante de las mismas para todos los efectos legales.



Felipe Reyes Urrutia  
Gerente Comercial.  
**Cruz Blanca Compañía de Seguros de Vida S.A.**

**CONDICIONADO PARTICULAR  
SEGURO INDIVIDUAL PARA EXÁMENES E IMAGENOLOGÍA AMBULATORIO**

**ANEXO N°1**

Serán objeto de este seguro, el financiamiento de los gastos médicos que provengan de las siguientes prestaciones otorgadas o derivadas por prestaciones hospitalarias efectuadas en alguno de los centros de salud de Integramédica.

Prestaciones	% de Financiamiento copago	Tope Anual por Asegurado
Exámenes de Laboratorio Ambulatorios	75%	UF 25
Imagenología (Radiografías, Ecografías, Ecotomografías, Scanner, Resonancias Magnéticas)	75%	UF 25