



Este es un resumen de las características del seguro, y rige según condiciones generales aprobadas por la CMF en el código [POL1 2019 0177](#). Revisa sus detalles en la Comisión para el Mercado Financiero www.cmfchile.cl

PRODUCTO RGM + DOCTOR EN LINEA (2)

Artículo N°1 Cobertura

a) Descripción de las coberturas.

Reembolso de Gastos Médicos por Accidente

La Compañía Aseguradora reembolsará al asegurado los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados y Efectivamente Incurridos, una vez se haya otorgado y pagado la cobertura del sistema de salud previsional, seguros complementarios u otros beneficios contratados por el asegurado. Lo anterior, cuando al asegurado le ocurra un accidente durante la vigencia de esta póliza que demande su **hospitalización y/o atención ambulatoria** a lo largo del país, durante el período de duración del Reembolso que se establezca en las condiciones particulares, que se inicia desde la fecha de ocurrencia del Accidente y que sean originados por éste. Se deja establecido, que los gastos asociados a accidentes ocurridos dentro del periodo de vigencia de la presente póliza tendrán cobertura, siempre que se trate de continuidad de tratamiento.

Doctor en línea

El Asegurado tendrá el beneficio de obtener un doctor en línea cuando y donde lo necesite a través de una plataforma creada para ofrecer consultas médicas de forma remota, en casa u oficina.

Esta cobertura consiste en tres video consultas mensuales de medicina general por asegurado, a través de la plataforma Mediclic, por vía Web o Aplicación móvil, obteniendo atención inmediata sin previa cita y sin listas de espera. Una vez el Asegurado ha sido evaluado por el Doctor en línea, este podrá resolver su problema entregando prescripciones y resumen de consulta vía correo electrónico.

Este beneficio también cuenta con la Lectura y análisis de exámenes médicos, acceso a historial clínico electrónico de atención, recetas médicas, tratamientos, órdenes de exámenes y chat ilimitado con un doctor en línea. El horario para hacer uso de este beneficio es extendido desde las 09:00 am a 00:00 pm durante los 365 días del año.

Período de Carencia: No posee periodo de carencia

Artículo N°2 Definiciones

Cada prestación detallada a continuación aplica para el Reembolso de Gastos Médicos por Accidente (hospitalizados y/o ambulatorios):

1. Días cama hospitalización: Es el gasto diario por habitación, alimentación y atención general de enfermería suministrada al asegurado durante su hospitalización. Incluye día cama cuidado intensivo e intermedio.
2. Servicios hospitalarios: Son los gastos por concepto de servicios de hospital no incluidos en el día cama de hospitalización, tales como: salas de urgencia, derecho de pabellón, unidad de tratamiento intensivo, exámenes de laboratorio y radiología, procedimientos especiales, equipos, insumos, medicamentos y otras prestaciones médicas suministrados al Asegurado durante su Hospitalización, que hayan sido debidamente prescritos por el Médico tratante como necesarios para el tratamiento de la Lesión.
3. Honorarios médicos quirúrgicos: Son los honorarios de médicos, paramédicos y arsenaleras que Intervengan en una Operación Quirúrgica al Asegurado.
4. Prótesis Quirúrgicas: Son los gastos por concepto de prótesis fijas o removibles requeridos a consecuencia de una intervención quirúrgica.
5. Cirugía dental por accidente: El tratamiento de lesiones a los dientes naturales del Asegurado proveniente o a causa de un Accidente y que sea efectuado por un médico cirujano maxilofacial o un odontólogo. El tratamiento incluye también el reemplazo de dichas piezas dentales accidentadas.
6. Servicio de Ambulancia Terrestre: Es el traslado terrestre del Asegurado hasta y hacia el Hospital en una ambulancia, en los términos, condiciones, porcentajes y límites establecidos para este beneficio que se indicarán en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la Póliza.
7. Cirugía Ambulatoria: Es aquella cirugía que no requiere de una Hospitalización.
8. Consultas Médicas: Es el tiempo en que el paciente está junto al profesional en un espacio determinado, mientras el médico brinda su parecer y recomienda los pasos a seguir.
9. Exámenes de Laboratorio: Son los gastos por concepto de la exploración complementaria solicitada al laboratorio clínico por un médico para confirmar o descartar un diagnóstico.
10. Radiografías: Es aquella imagen registrada en una placa fotográfica sensible a los rayos X. Estos rayos atraviesan el cuerpo humano en distintos grados según la densidad de los tejidos.
11. Imagenología: Es el conjunto de técnicas y procedimientos usados para crear imágenes del cuerpo humano o partes de él, con propósitos clínicos y diagnósticos.
12. Ultrasonografía: Es aquella técnica de imagen basada en la diferente capacidad de los tejidos para reflejar o refractar las ondas de ultrasonido emitidas por un equipo. Dichas ondas son emitidas y detectadas por un equipo que, mediante la codificación, en un plano, de los diferentes puntos de reflexión generados por el tejido, los representa en una imagen en gama de grises, de forma proporcional a la intensidad de la reflexión, según su frecuencia y el tiempo en que son detectados.
13. Medicina Nuclear: es la rama de la medicina que emplea los isótopos radiactivos, las radiaciones nucleares, las variaciones electromagnéticas de los componentes del núcleo atómico y técnicas biofísicas afines, para la prevención, diagnóstico, terapéutica e investigación médica.
14. Procedimientos de diagnóstico y terapéuticos: Procedimientos por los cuales se identifica una lesión. Corresponden a su vez al conjunto de medios cuya finalidad es la curación o el alivio (paliación) de las lesiones.

Artículo N°3 Coberturas y Capital Asegurado

b) Cuadro Resumen de planes y capitales asegurados.

Cobertura	Monto Asegurado UF	Prima Neta
Reembolso de Gastos Médicos por Accidente	UF 150	UF 0,17
Doctor en Línea	-	

Artículo N°4 Exclusiones

La cobertura otorgada en virtud de esta Póliza no cubre los gastos médicos que no tengan como causa un Evento. Asimismo, la cobertura otorgada en virtud de esta Póliza no cubre los gastos susceptibles de ser reembolsados cuando ellos provengan o se originen por, o sean consecuencia de, o correspondan a complicaciones de:

- a) Lesiones o dolencias o situación de salud preexistentes. En las Condiciones Particulares de la Póliza, se deberá dejar constancia de las lesiones, dolencias o situaciones de salud preexistentes declaradas por el Asegurado, las que no serán cubiertas. Sin perjuicio de lo anterior, la Compañía podrá indicar en las Condiciones Particulares las condiciones en que le otorgará cobertura, debiendo en tal caso el Asegurable, entregar su consentimiento a las mismas mediante declaración especial firmada por él, la cual formará parte integrante de la Póliza.
- b) Tratamientos médicos quirúrgicos distintos de los necesarios a consecuencia de lesiones cubiertas por esta póliza.
- c) Catástrofes Naturales
- d) Cirugías y/o tratamientos estéticos, cosméticos, plásticos, reparadores, maxilofaciales, ortopédicos y otros tratamientos que sean con fines de embellecimiento, a menos que sean necesarios para el tratamiento a causa de un accidente que ocurra mientras el Asegurado se encuentre amparado por esta Póliza.
- e) Cirugías y/o tratamientos estéticos, cosméticos, plásticos, reparadores, dentales, maxilofaciales, ortopédicos y otros tratamientos para corregir malformaciones congénitas.
- f) Lesión causada por guerra civil o internacional, sea que ésta haya sido declarada o no, invasión y actividades u hostilidades de enemigos extranjeros.
- g) Lesión causada por participación del Asegurado en rebelión, revolución, insurrección, sublevación, sedición, conspiración o motín, poder militar, sabotaje, tumulto o conmoción contra el orden público, dentro y fuera del país.
- h) Lesión causada por participación del Asegurado en acto terrorista o en actos calificados por la ley como delitos. Entendiéndose por acto terrorista toda conducta calificada como tal por la ley, así como el uso de fuerza o violencia o la amenaza de ésta, por parte de cualquier persona o grupo, motivado por causas políticas, religiosas, ideológicas o similares, con la intención de ejercer influencia sobre cualquier gobierno, atemorizar a la población o a cualquier segmento de esta.
- i) Negligencia, imprudencia o culpa grave por parte del asegurado, incluyéndose toda lesión o enfermedad ocurrida a causa o con ocasión del estado de ebriedad o efectos de las drogas o alucinógenos o somníferos o de cualquier sustancia que produzca efectos desinhibidores, de acuerdo a la graduación establecida en la legislación vigente a la fecha del Evento, constatado mediante la documentación emanada de la autoridad u organismo competente; o lesión o enfermedad causada por la conducción de cualquier vehículo o medio de transporte y la operación de cualquier maquinaria ejecutada en este estado.

Nota: Este es un extracto de las exclusiones para las coberturas señaladas en esta póliza, la totalidad se encuentran señaladas en la **POL 1 2019 0177**.

Artículo N°5 Prima Mensual Bruta en UF

La prima mensual a pagar por el Asegurado, expresada en UF (Unidades de Fomento), para el Asegurado Titular es la siguiente:

Prima Neta	IVA	Prima Bruta
UF 0,14	UF 0,03	UF 0,17

Artículo N°6 Requisitos de Asegurabilidad

Asegurado	Edad Mínima de Ingreso	Edad Máxima de Ingreso	Edad Máxima de Permanencia
Titular	18 años y 364 días	64 años y 364 días	69 años y 364 días
Cargas	14 días	64 años y 364 días	69 años y 364 días

Artículo N°7 Vigencia

La póliza tendrá una vigencia de 12 meses (1 año), con renovación automática por igual periodo.

(*) se deja constancia que la aseguradora se reserva el derecho de no renovar esta póliza o cobertura, para lo cual enviará una comunicación por escrito al contratante con una anticipación de a lo menos treinta (30) días a la fecha de terminación.

Artículo N°8 Que hacer en caso de Siniestros

En caso de que el asegurado, a causa de un evento, incurra en un gasto susceptible de ser reembolsado o pagado al prestador en virtud de esta póliza, el asegurado deberá notificar el evento a la compañía aseguradora, tan pronto sea posible una vez efectivamente incurrido en el gasto reembolsable, lo cual no podrá ser mayor a 30 días corridos, a través del formulario de siniestros entregado por el corredor.

El plazo máximo para que la compañía aseguradora acepte a tramitación un gasto médico presentado para su reembolso por el asegurado o por quien él designe para este efecto, será de 30 días y contado desde la fecha de emisión del documento que da cuenta del gasto reembolsable. Son antecedentes necesarios de entregar a la compañía para acreditar el evento y la ocurrencia de gastos susceptibles de ser reembolsados o pagados al prestador a causa de dicho evento, los siguientes:

- a) Formulario proporcionado por la compañía, con toda la información que en él se indique, suscrito por el asegurado y por el médico tratante, cuando corresponda.
- b) Declaración del asegurado respecto del sistema previsional o de salud al que se encuentre afiliado o adherido.



- c) Originales de recibos, boletas y facturas cuando corresponda, copia de bonos, copia de órdenes de atención, copia de programas médicos u otros documentos extendidos a nombre del Asegurado que den cuenta del gasto incurrido y su pago.

Nota: La compañía se reserva el derecho de solicitar cualquier otro antecedente que estime necesario, para poder realizar la respectiva liquidación de siniestro.