

Seguro Salud

Alemana®  
Regional

# Protección en prestadores preferentes regionales.

¡Tu salud,  
nuestra prioridad!



Cobertura 100% en  
hospitalizaciones  
no oncológicas



Cobertura 100%  
en hospitalización  
por maternidad



Cobertura adicional de 50%  
del copago para exámenes  
ambulatorios

PARA CLIENTES CON  
ISAPRE O FONASA

 **Alemana.**  
Seguros

Seguro Salud

**Alemana**<sup>®</sup>  
**Regional**

Te presentamos el **Seguro Alemana Regional**, el cual te entrega la protección en salud que tú y tu familia necesitan en caso de **Hospitalizaciones de Alto Costo No Oncológicas**.

## Red de prestadores preferentes regionales:

Clínica Alemana de Temuco, Clínica Alemana de Valdivia, Clínica Alemana de Osorno y FUSAT.

Esta red de prestadores preferentes regionales puede sufrir modificaciones en el tiempo, lo cual será debidamente comunicado al contratante de la póliza.

## Montos Máximos de gastos a reembolsar por tramo de edad y por prestador.

Evento Hospitalario de Alto Costo no Oncológico		
Montos por vigencia anual y por asegurado		
Tramo de Edad por Asegurado	Red de prestadores preferentes regionales	Otros prestadores dentro de Chile
0 años - 74 años y 364 días	UF 10.000	UF 5.000
75 años - 110 años y 364 días	UF 3.000	UF 1.500

### Importante:

- Para contratar el Seguro Alemana Regional se requiere estar afiliado a Isapre o Fonasa.
- La edad máxima de ingreso es de 64 años y 364 días.
- El seguro cubre después de hacer uso del Sistema de Salud Previsional y otros Seguros o Coberturas de Salud y la aplicación del porcentaje de bonificación mínima exigida hasta el Monto Máximo de Gastos a Reembolsar por Asegurado.
- El Porcentaje de bonificación mínima exigida es de un 30%. La compañía considerará como gasto de cada evento para los efectos de determinar la cobertura hasta el 70% del valor correspondiente a los Gastos Reembolsables, monto respecto del cual se aplicarán las coberturas, montos máximos de gastos a reembolsar, deducibles, porcentajes y topes de póliza. Consecuentemente, cuando la cobertura del Sistema de Salud Previsional del Asegurado y otras Coberturas de Salud a que éste tenga derecho sean menos al 30% señalado, la diferencia resultante para completar dicho porcentaje de bonificación mínima exigida será siempre de cargo del Asegurado. El porcentaje de bonificación mínima exigida es de naturaleza distinta a los deducibles definidos más adelante y ambos son de cargo del Asegurado.

# Evento Hospitalario de Alto Costo No Oncológico

## Asegurados con Sistema de Salud Previsional Vigente

### Coberturas

Porcentaje de Coberturas según Prestador		
Prestaciones	Red de prestadores preferentes regionales	Otros prestadores dentro de Chile
a) Gastos de Hospitalización (incluye UTI/UCI)	100%	20%
b) Gastos por Servicios Hospitalarios	100%	20%
c) Gastos por Atención Médica durante la Hospitalización	100% <sup>(1)</sup>	20%
d) Gastos Ambulatorios u otros gastos	Sin cobertura	Sin cobertura
e) Gastos de Prestaciones señaladas en las letras a), b) o c) anteriores, sin cobertura del Sistema de Salud Previsional Isapres o prestaciones no aranceladas, coberturas reducidas, limitadas o restringidas, o con cobertura de la prestación distinta a la establecida en el Plan contratado	20%	10%

Este cuadro no es aplicable a Maternidad.

(1) Para prestaciones otorgadas por los Prestadores Preferentes, el porcentaje de cobertura de gastos por atención médica será el indicado, sólo si el Asegurado elige a su médico tratante de entre aquellos pertenecientes al staff institucional, listados por el Prestador Preferente o acreditados por éste. En caso que otro profesional médico externo a éstos genere los gastos por atención médica, se aplicará el porcentaje correspondiente a "Otros Prestadores dentro de Chile" de este cuadro.

- El seguro cubre después de hacer uso del Sistema de Salud Previsional y otros seguros o coberturas de salud y de la aplicación del 30% de bonificación mínimo exigido.

# Maternidad

## Asegurados con Plan de Salud Previsional Vigente

**Para Sistema de Salud Previsional SIN limitaciones, reducciones o restricciones de coberturas para maternidad<sup>(1)</sup>**

Porcentaje de Coberturas según Prestador		
Prestaciones	Red de prestadores preferentes regionales	Otros prestadores dentro de Chile
a) Gastos de Hospitalización (incluye UTI/UCI)	100%	Sin cobertura
b) Gastos por Servicios Hospitalarios	100%	Sin cobertura
c) Gastos por Atención Médica durante la Hospitalización	100% <sup>(2)</sup>	Sin cobertura
d) Gastos Ambulatorios u otros gastos	Sin cobertura	Sin cobertura
e) Gastos de Prestaciones señaladas en las letras a), b) o c) anteriores, sin cobertura del Sistema de Salud Previsional Isapres o prestaciones no aranceladas, coberturas reducidas, limitadas o restringidas, o con cobertura de la prestación distinta a la establecida en el Plan contratado	20%	Sin cobertura

(1) El Deducible aplicable será el correspondiente a la Tabla de Deducibles de un Evento Hospitalario de Alto Costo No Oncológico.

(2) Para prestaciones otorgadas por los Prestadores Preferentes, el porcentaje de cobertura de gastos por atención médica será el indicado, sólo si el Asegurado elige a su médico tratante de entre aquellos pertenecientes al staff institucional, listados por el Prestador Preferente o acreditados por éste. Si el médico es externo, estos gastos no tendrán cobertura.

- El seguro cubre después de hacer uso de la Isapre y otros seguros o coberturas de salud y de la aplicación del 30% de bonificación mínima exigida.

**Para Sistema de Salud Previsional CON limitaciones, reducciones o restricciones de coberturas para maternidad**

Porcentaje de Coberturas según Prestador		
Prestaciones	Red de prestadores preferentes regionales	Otros prestadores dentro de Chile
Gastos de Prestaciones incluidas en a), b) o c) del cuadro anterior	100% con tope de UF 25; no aplica deducible	Sin cobertura
Gastos Ambulatorios u otros gastos	Sin cobertura	Sin cobertura

**Se excluyen:**

- Embarazos, partos múltiples y aquellas prestaciones otorgadas a los hijos nacidos de dichos embarazos, cuando la gestación ha sido a consecuencia de un tratamiento médico, tal como fertilización asistida, inseminación intrauterina o estimulación ovárica con fines reproductivos.
- Embarazos, partos y prestaciones otorgadas a hijos nacidos de dichos embarazos, cuando la fecha de gestación es anterior a la fecha de inicio de vigencia de la cobertura.

**Para acceder a la cobertura de tu parto, recuerda atenderte en un Prestador Preferente y elegir siempre un médico del staff institucional o acreditado por éste.**

# Deducibles\*

Según porcentajes de Aportes del Sistema de Salud Previsional, Seguros Complementarios y otras Coberturas de Salud

Porcentaje	Red de prestadores preferentes regionales	Otros prestadores dentro de Chile
Igual o mayor a 80%	UF 0	UF 25
Igual o mayor a 60% y menor a 80%	UF 10	UF 25
Igual o mayor a 40% y menor a 60%	UF 18	UF 25
Menor a 40%	UF 25	UF 25

El Deducible aplica por cada Asegurado, por Enfermedad y por la vigencia anual de la Póliza.

\* Deducible para Asegurados hasta 74 años y 364 días. Para Asegurados de 75 o más años, el deducible máximo es de UF 50.

## Enfermedades o Cirugías con Deducible diferenciado en Red de Prestadores Preferentes

**Deducible UF 0** para las siguientes Enfermedades de Asegurados menores de 41 años de edad:

Cirugía Coronaria, Infarto Agudo al Miocardio, Hemorragia Cerebral, Disrafias Espinales y Colectectomía Preventiva de Cáncer Vesicular.

**Deducible UF 5** en las hospitalizaciones señaladas en los cuadros siguientes y cuya forma de pago al Prestador Preferente sea a través del denominado "Bono PAD" que emite Fonasa. Lo anterior, sin perjuicio de la aplicación de los cuadros de cobertura ya indicados y de las exclusiones contempladas en las Condiciones Generales de la póliza.

Código Fonasa	Nombre Cirugía
2501009	Parto (Incluye tamizaje auditivo recién nacido)
2501001	Colelitiasis
2501035	Menisectomía
2501014	Enfermedad crónica de las amígdalas
2501017	Fimosis
2501038	Ruptura Manguito Rotador

Código Fonasa	Nombre Cirugía
2501037	Síndrome del Túnel Carpiano
2501004	Hernia abdominal simple
2501047	Inestabilidad de rodilla
2501015	Vegetaciones Adenoides
2501026	Prolapso vaginal anterior y/o posterior
2501018	Criptorquidia

## Prima por tramo de edad

La prima de este seguro se expresa en UF y se determina según el tramo de edad en el que se encuentren los Asegurados y estará afectada a las variaciones de precio por tramo en cada renovación anual de la póliza.

Recuerda que el cobro de la Prima se realiza automáticamente a través de PAC o PAT. Cualquier cambio que realices, debe ser informado.

Tramo por Edad Asegurado	Prima Mensual con IVA
0 años - 17 años y 364 días	0,11
18 años - 24 años y 364 días	0,22
25 años - 34 años y 364 días	0,41
35 años - 44 años y 364 días	0,47
45 años - 54 años y 364 días	0,58
55 años - 64 años y 364 días	0,92

Tramo por Edad Asegurado	Prima Mensual con IVA
65 años - 75 años y 364 días	1,29
76 años - 80 años y 364 días	2,08
81 años - 86 años y 364 días	2,52
87 años - 90 años y 364 días	4,32
91 años - 95 años y 364 días	4,68
96 años - 110 años y 364 días	4,82

Seguro Salud

**Alemana<sup>®</sup>  
Regional**

## Plan Adicional

Cobertura en Exámenes de Diagnóstico Ambulatorios efectuados en Red de Prestadores Preferentes Regionales.

Puedes contratar adicionalmente la cobertura para los siguientes **Exámenes de Diagnóstico Ambulatorio:**

**50%**  
DE COBERTURA

del copago en Exámenes de Diagnóstico de Laboratorio Clínico y otros Exámenes de Diagnóstico



Por solo

UF **0,15** Con IVA

Adicional, mensual por asegurado

### **Este plan adicional incluye:**

Rayos X, Scanner, Resonancia Magnética, Medicina Nuclear, Ecotomografía, Mamografía, Ecotomografía Ginecológica, Banco de Sangre, Laboratorio Otorrino, Laboratorio Oftalmología, Laboratorio Neurofisiología, Laboratorio Broncopulmonar, Laboratorio Cardiología y Laboratorio Dermatología.

### **Importante:**

No se aplican descuentos a los siguientes procedimientos médicos: anestesia, sedación, endoscopías, obtención de tejido para biopsias, radiología intervencional y otros que involucren un acceso instrumental a vías o conductos naturales del organismo.

El riesgo es cubierto por Alemana Seguros S.A. Este seguro se rige por las condiciones, términos y exclusiones de la Póliza depositada en la Comisión para el Mercado Financiero bajo el POL 320190153 Póliza de Seguros para Prestaciones Médicas de Alto Costo. La información contenida en este documento referencial es de carácter informativo y no constituye Póliza. El detalle de las condiciones de asegurabilidad, cobertura, topes, precio, deducibles, vigencia, términos y exclusiones, se encuentran descritas en las Condiciones Particulares de la Póliza.

**Visítanos y simula tu seguro en [www.alemanaseguros.cl](http://www.alemanaseguros.cl)**

**E-Mail: [seguros@alemanaseguros.cl](mailto:seguros@alemanaseguros.cl)**



**Alemana Seguros S.A.**  
Av. Manquehue Norte 1370, Vitacura  
[www.alemanaseguros.cl](http://www.alemanaseguros.cl) | Santiago de Chile