

ANEXO Nº 2 : CUADRO DE COBERTURAS SEGURO INTEGRAL

COBERTURA SALUD (Titular y cargas legales cónyuge e hijos)

| Coberturas | % Bonificación | TOPE / sesión o anual |
|------------|----------------|-----------------------|
|------------|----------------|-----------------------|

Gastos ambulatorios

| | | |
|---|--------------------------------|--|
| Consultas Médicas con bono | 80% | sin tope |
| Consulta Médica particular (con reembolso) | 70% | UF 1 |
| Exámenes, Procedimientos y Otros Gastos Ambulatorios Se cubren todos los exámenes de laboratorio, radiografías radiología, imagenología y procedimientos de diagnóstico | 80% con bono 70% particular | sin tope |
| Medios de contraste en exámenes | 50% | UF 1 |
| Consulta Nutricionista | 80% | UF 0,5 por consulta / Tope 5 consultas al año por beneficiario |
| Kinesiología | 80% | sin tope |
| Fonoaudiología | 80% | sin tope |
| Cirugía sin internación y procedimientos | 80% | sin tope |
| Medicamentos Ambulatorios: Incluye productos dermatológicos hasta un tope de UF 5 anual por beneficiario | 80% marca 100% genericos | UF 30 anual por benef. |
| Atención de Urgencia Ambulatoria : Se consideran los gastos derivados de una urgencia, consultas, exámenes, procedimientos, medicamentos. | 80% | sin tope |
| Insumos en atención de urgencia ambulatoria | 80% | UF 3 |

Gastos Hospitalarios

| | | |
|---|-----------------------|-----------------|
| Día Cama | 80% | UF 4 x día |
| Día Cama UTI/UCI | 80% | sin tope |
| Servicios Hospitalarios | 90% | sin tope |
| Honorarios Médicos Quirúrgicos | 95% | sin tope |
| Hospitalización Domiciliaria (autorizada previamente por la Compañía) | 90% | 15 días anuales |
| Cirugía Maxilo Facial (autorizada previamente por la Compañía) | 80% | UF 100 |
| Hospitalizaciones con uso de GES (Garantías Explícitas de Salud - Isapre / Fonasa), CAEC (Cobertura Adicional Enfermedades Catastróficas - Isapre) | 100% (deducible) | sin tope |
| Prestaciones hospitalarias con uso de PAD (Pago Asociado a Diagnóstico / Programa especial de Fonasa) | 100% (valor programa) | sin tope |
| Prestaciones hospitalarias con uso previo de seguros individuales personales | 100% (deducible) | sin tope |

Hospitalizaciones por Parto : Incluye Gastos Hospitalarios y Honorarios Médicos Quirúrgicos

| | | |
|--|---------------------------------------|-------|
| Parto Normal | 80% | UF 35 |
| Cesárea | 80% | UF 45 |
| Parto múltiple | Cobertura adicional 50% tope parto | |
| Aborto No Provocado | 80% | UF 30 |
| Tratamiento fertilidad / infertilidad (incluye medicamentos) | 80% | UF 15 |
| Complicaciones del embarazo y parto | Aplica cobertura ítem hospitalización | |

Tratamientos Psiquiátricos y/o Psicológicos

| | | |
|---|-----|------------------------|
| Consulta Psiquiátrica, Psicológica, Psicopedagogía (tope por sesión UF 1) | 80% | UF 20 por beneficiario |
| Gastos Hospitalarios | 80% | UF 40 |

ANEXO N° 2 : CUADRO DE COBERTURAS SEGURO INTEGRAL

COBERTURA SALUD (Titular y cargas legales cónyuge e hijos)

| Coberturas | % Bonificación | TOPE / sesión o anual |
|--|----------------|--------------------------------|
| Extensión de Beneficios | | |
| Prótesis | 80% | UF 40 |
| Órtesis (Audifonos, Marcapasos, Válvulas) | 80% | UF 20 |
| Ambulancia Terrestre (radio 50 Km, sólo urgencias) | 80% | sin tope |
| Insumos y sistemas de apoyo a tratamientos avalados con informe médico (carencia 6 meses para nuevos asegurados) | 80% | UF 10 |
| Gastos Trasplante donante vivo | 80% | UF 30 |
| Gastos Trasplante donante post mortem | 80% | UF 20 |
| Cirugía laser ocular (igual o > a 3 dioptrías / sólo titulares) | 80% | sin tope |
| Marcos y Cristales Ópticos / Lentes de Contacto (con cobertura previsional) | 80% | UF 15 |
| Marcos y Cristales Ópticos / Lentes de Contacto (sin cobertura previsional) | 60% | UF 4 Marcos UF 11 Cristales |

| Deducible Anual por grupo familiar | |
|--|---------------|
| Titular sólo | UF 0,5 |
| Titular con una carga | UF 1,0 |
| Titular con dos carga | UF 1,5 |
| Gasto Máximo Anual por beneficiario | UF 500 |

* Los Seguros Complementarios cubren sobre las diferencias no cubiertas por el sistema previsional

- a) Las prestaciones no cubiertas por el sistema de Salud Previsional, serán bonificadas en un 50% del porcentaje establecido en este Plan. Se exceptúa de esta norma los medicamentos ambulatorios
- b) Para prótesis u órtesis se autoriza un evento al año sin cobertura previsional, según bonificación y topes del Plan. Se requiere presentar documentos timbrados por la isapre o Fonasa indicando "sin cobertura" o "sin bonificación"
- c) Toda consulta, tratamiento y/o procedimiento que no sea medicina alópata, no está cubierto por este seguro
- d) Se otorgará cobertura para Sida, que utilice Plan GES
- e) Se bonificarán vitaminas para embarazadas, niño menor de 2 años y cuando exista una patología grave asociada al consumo (será evaluado por compañía). Se debe contar con prescripción médica.
- F) Las definiciones, condiciones, procedimientos y exclusiones que operan para este seguro se encuentran contenidos en una póliza

SEGURO DENTAL

| Coberturas | % Bonificación, sobre Arancel póliza: basado en 50% UCO | |
|---|---|----------|
| Consultas, Rayos X, Profilaxis | 80% | Sin tope |
| Periodoncia | | |
| Endodoncia | | |
| Prótesis, implantes, coronas (carencia 6 meses) | | |
| Ortodoncia (carencia 6 meses) | | |

| Deducible Anual por grupo familiar | |
|--|--------------|
| Titular sólo | UF 1,0 |
| Titular con una carga | UF 2,0 |
| Titular con dos carga | UF 3,0 |
| Gasto Máximo Anual por grupo familiar | UF 44 |

ANEXO N° 2 : CUADRO DE COBERTURAS SEGURO INTEGRAL

COBERTURA SALUD (Titular y cargas legales cónyuge e hijos)

| Coberturas | % Bonificación | TOPE / sesión o anual |
|------------|----------------|-----------------------|
|------------|----------------|-----------------------|

SEGURO GASTO MAYOR

| Coberturas | % Bonificación | TOPE / sesión o anual |
|--|----------------|-----------------------|
| Hospitalización | 100% | Sin Tope |
| Consultas ambulatorias | 100% | Sin Tope |
| Exámenes y Procedimientos | 100% | Sin Tope |
| Kinesioterapia / Fonoaudiología | 100% | Sin Tope |
| Cirugía menor sin internación | 100% | Sin Tope |
| Medicamentos Ambulatorios | 100% | Sin Tope |
| Prótesis de alta complejidad | 100% | UF 200 |
| Traslado en ambulancia aérea o terrestre | 100% | UF 200 por evento |
| Hospitalización psiquiátrica | 100% | UF 200 |

| Maternidad | | Tope |
|---------------------|------|-------|
| Parto Normal | 100% | UF 35 |
| Cesarea | 100% | UF 45 |
| Aborto no provocado | 100% | UF 30 |

| | | |
|-------------------------------------|--|---------|
| Deducible por Evento Anual | | UF 50 |
| Gasto Máximo Anual por beneficiario | | UF 5000 |

SEGURO DE VIDA

| | | |
|--|--|-----------|
| Fallecimiento | | 24 rentas |
| Muerte Accidental | | 48 rentas |
| Invalidez 2/3 (Primer Dictamen Ejecutoriado) | | 24 rentas |
| Capital Mínimo Asegurado | | UF 1.250 |

Handwritten signatures in blue ink, including a large signature on the left and several smaller ones to the right.

