



ANEXO CONDICIONES PARTICULARES COBERTURA CATASTRÓFICO

CUADRO DE BENEFICIOS DE GASTOS MEDICOS Y HOSPITALARIOS (POL3 2018 0044)

Plan Único Seguro Catastrófico

| SEGURO CATASTROFICO – PLAN ÚNICO | | |
|--|---------------------------|----------------------|
| 1.Gastos Hospitalarios | % Reembolso | Tope Anual UF |
| H.10. Día cama | 100 | Sin tope |
| H.30. Honorarios médicos | 100 | Sin tope |
| H.12. Día cama UTI/intermedio | 100 | Sin tope |
| H.20. Derecho a pabellón | 100 | Sin tope |
| H.34. Cirugía dental por accidente | 100 | Sin tope |
| V.50. Servicio ambulancia (50 km) | 100 | Sin tope |
| H.20. Medicamentos - insumos | 100 | Sin tope |
| V.70. Servicio enfermería | 100 | Sin tope |
| PC1. Otros gastos | 100 | Sin tope |
| 2.Gastos ambulatorios | % Reembolso | Tope Anual UF |
| A.40 y A.43. Medicamentos | 50 | Sin tope |
| A.10 Consulta médica | 100 | Sin tope |
| A.20. Exámenes | 100 | Sin tope |
| A.20. Procedimientos | 100 | Sin tope |
| A.46. Drogas Antineoplásicas | 80 | Sin tope |
| 3.Monto máximo reembolso | Por grupo familiar | |
| Monto asegurado máximo | UF 2.000 | |
| 4. Periodo de acumulación | Ver nota | |
| Deducible | UF 25 | |
| Nota: Se considerará como periodo de acumulación para el monto máximo asegurado de reembolso igual a un año de vigencia | | |