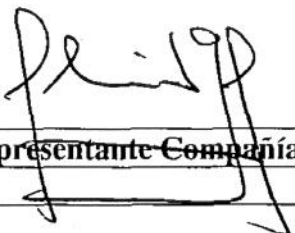


**POLIZA DE SEGURO COLECTIVO**

19 OCT 2011

<b>POLIZA Nº 281.562</b> "Póliza de Seguros Colectivo para Gastos de Salud"		<b>VIGENCIA ACTUAL:</b> Desde las 0:00 horas del día 01.09.2011 Hasta las 24:00 horas del día 31.08.2014		
		<b>VIGENCIA ORIGINAL:</b>	01-09-2009	
<b>CONTRATANTE:</b> Corporación de Desarrollo Social de los trabajadores CTI CORDES				
<b>DIRECCIÓN:</b> Vicente Reyes 201.				
<b>RUT:</b> 70.378.700-2		<b>COMUNA:</b> Maipú		<b>CIUDAD:</b> Santiago
<b>ASEGURADOS:</b> El indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza				
<b>COBERTURA:</b>				
<b>Nombre Registro</b>		<b>Código</b>	<b>Grupo</b>	<b>Ramo</b>
a) Seguro Colectivo para Gastos de Salud.		POL 304072	200	209
<b>BENEFICIARIO</b> El indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza				
<b>UNIDAD MONETARIA</b> Unidad de Fomento				
<b>INTERMEDIARIO:</b> Corredora de Seguros Security Ltda.		<b>CODIGO:</b> 5081	<b>RUT:</b> 77.371.990-K	<b>COMISION:</b> (IVA INCLUIDO) 6,55%
El porcentaje de comisión se aplica sobre la prima neta pagada en (\$)				
<b>SEGUROS VIDA SECURITY PREVISIÓN S.A.</b>				
Compañía de Seguros				
<b>Fecha Emisión:</b>	2011.09.14	JMC		

**Nº 13: CUADRO DE BENEFICIOS COBERTURA "SALUD"**

DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS	Prestadores Preferentes	% Atención Bonos	% Reembolso gasto Libre Elección	% Reembolso gasto no cubierto por Isapre- Fonasa (1)	Tope Diario UF	Tope Días
<b>Beneficios de Hospitalización (Día Cama)</b>						
Día Cama	100%	100%	100%	50%	3,00	** 30 días
** Exceso de tope de los 30 días	100%	100%	100%	50%	3,00	----
Día Cama Intermedio y/o Recuperación	100%	100%	100%	50%	3,00	** 30 días
** Exceso de tope de los 30 días	100%	100%	100%	50%	3,00	----
Día Cama UTI/IUCI	100%	100%	100%	50%	3,00	** 30 días
** Exceso de tope de los 30 días	100%	100%	100%	50%	3,00	----
Día Cama Incubadora	100%	100%	100%	50%	3,00	** 30 días
** Exceso de tope de los 30 días	100%	100%	100%	50%	3,00	----
Día Sala Cuna	100%	100%	100%	50%	3,00	** 30 días
** Exceso de tope de los 30 días	100%	100%	100%	50%	3,00	----
Día Cama Acompañante (Hijos =<14 años) hasta 5 días	100%	100%	100%	50%	3,00	----
Home Care (Hosp.. Domicil.) hasta 30 días Anuales	100%	100%	100%	50%	3,00	----
<b>CAEC y GES (AUGE) Se reembolsa el 100% del deducible aplicado en la institución de salud previsional respectiva (una vez hecho uso de su red de prestadores), entendiéndose que es para aquellas prestaciones cubiertas por la póliza, no afecto al deducible de la póliza (si lo hubiere).</b>						
DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS	Prestadores Preferentes	% Atención Bonos	% Reembolso gasto Libre Elección	% Reembolso gasto no cubierto por Isapre- Fonasa (1)	Tope en UF	Tipo Tope
<b>Beneficios de Hospitalización (Demás gastos)</b>						
Insumos Clínicos	100%	50%	50%	25%	----	----
Materiales Clínicos	100%	50%	50%	25%	----	----
Exámenes de Laboratorio	100%	50%	50%	25%	----	----
Exámenes Radiológicos	100%	50%	50%	25%	----	----
Procedimientos (diagnostico y terapéutico)	100%	50%	50%	25%	----	----
Medicamentos	100%	50%	50%	25%	----	----
Derecho Pabellón	100%	50%	50%	25%	----	----
Honorarios Médicos	100%	50%	50%	25%	----	----
Servicio Privado de Enfermería Hospitalaria	100%	50%	50%	25%	----	----
<b>Obesidad Mórbida (según definición)</b>	100%	50%	50%	25%	----	----
Gastos Donante Vivo	100%	50%	50%	25%	10,00	Por Evento
Gastos Donante Post Mortem	100%	50%	50%	25%	30,00	Por Evento
<b>RED HOSPITALARIA CONVENIO ACHS (5)</b>	<b>Sólo Hospitalario sin H.M.Q., al 100% hasta el Tope de la Póliza</b>					
Otros Beneficios Hospitalarios	Prestadores Preferentes	% Atención Bonos	% Reembolso gasto Libre Elección	% Reembolso gasto no cubierto por Isapre- Fonasa (1)	Tope en UF	Tipo Tope
Cirugía Máxilo Facial por Accidente	100%	50%	50%	25%	----	----
Cirugía Máxilo Facial por Enfermedad	100%	80%	80%	40%	15,00	Anual por beneficiario
Cirugía Reparadora por Accidente	100%	50%	50%	25%	----	----
Beneficio de Maternidad	Prestadores Preferentes	% Atención Bonos	% Reembolso gasto Libre Elección	% Reembolso gasto no cubierto por Isapre- Fonasa (1)	Tope en UF	Tipo Tope
Parto Normal	100%	100%	100%	50%	10,00	Por Evento
Parto Cesárea	100%	100%	100%	50%	15,00	Por Evento
Aborto no voluntario	100%	100%	100%	50%	5,00	Por Evento
Complicaciones del Parto	100%	100%	100%	50%	20,00	Anual por beneficiario
Complicaciones del Embarazo	100%	100%	100%	50%	20,00	Anual por beneficiario
Tratamiento de Infertilidad y Esterilidad (Excluye Medicamentos)	100%	100%	100%	50%	10,00	Anual por beneficiario
Parto Múltiples	100% Tope por cada hijo nacido vivo según Tipo de Parto					
Beneficios Ambulatorios	Prestadores Preferentes	% Atención Bonos	% Reembolso gasto Libre Elección	% Reembolso gasto no cubierto por Isapre- Fonasa (1)	Tope en UF	Tipo Tope
Consulta General	100%	70%	70%	35%	0,5 por prestación	----
Consulta Domicilio	100%	70%	70%	35%	0,5 por prestación	----
Consulta Especialista	100%	70%	70%	35%	0,5 por prestación	----

Consulta Urgencia	100%	70%	70%	35%	0,5 por prestación	----
Exámenes de Laboratorio	100%	70%	70%	35%	----	----
Exámenes Radiológicos	100%	70%	70%	35%	----	----
Procedimientos de Diagnostico	100%	70%	70%	35%	----	----
Procedimientos Terapéuticos	100%	70%	70%	35%	----	----
Estudio preventivo de mama	100%	70%	70%	35%	1,0	Anual por beneficiario
Fonoaudiología (6)	100%	70%	70%	35%	----	----
Kinesiología	100%	70%	70%	35%	----	----
<b>Medicamentos de Marca (solo recetas) (2) L.E.</b>			70%	70%	10,00	Anual por beneficiario
<b>Medicamento Genérico (2) L.E.</b>			70%	70%	10,00	Anual por beneficiario
Cirugía Ambulatoria	100%	70%	70%	35%	----	----

Otros Beneficios Ambulatorios	Prestadores Preferentes	% Atención Bonos	% Reembolso gasto Libre Elección	% Reembolso gasto no cubierto por Isapre- Fonasa (1)	Tope en UF	Tipo Tope
Ambulancia Terrestre (3)		50%	50%	25%	----	----
Gastos Ópticos (Lente Contacto, Marcos y Cristales)		50%	50%	50%	3,00	Anual por beneficiario
<b>Cirugía Ocular (se excluye Láser)</b>		70%	70%	35%	----	----
<b>Cirugía Láser Ocular</b>	100%	70%	70%	35%	7,00	Anual por cada Ojo
Prótesis y Ortesis, Material Yeso y Plantillas (4)		50%	50%	50%	20,00	Anual por beneficiario
Audífonos		50%	50%	50%	20,00	Anual por beneficiario

Beneficios de Salud Mental	Prestadores Preferentes	% Atención Bonos	% Reembolso gasto Libre Elección	% Reembolso gasto no cubierto por Isapre- Fonasa (1)	Tope en UF	Tipo Tope
Consulta o Sesiones Psicológicas (6)	100%	50%	50%	50%	1,0 Por Prestación	} UF 10,00 Anual por beneficiario
Consulta o Sesiones Psiquiátricas	100%	50%	50%	50%	1,0 Por Prestación	
Consulta o Sesiones Psicopedagógicas (6)	100%	50%	50%	50%	1,0 Por Prestación	
Hospitalización Psiquiátrica	100%	50%	50%	50%	-----	

**Cobertura en el Extranjero**

<b>Cobertura en el Extranjero</b>	Según lo señalado en Artículo N° 20 "Definiciones Adicionales a la Cláusula de Gastos Médicos"
-----------------------------------	--

<b>DEDUCIBLE</b>	
Acumulación del deducible	Año Póliza
Aplicación del Deducible	Después del Reembolso de la Isapre y el Seguro
Tipo de Deducible	Anual por Categoría (por Grupo Familiar)
Titular solo	UF 0,50
Titular con un carga	UF 1,00
Titular con dos o más cargas	UF 1,50
<b>Monto o Capital Máximo Reembolsable</b>	<b>UF 400</b> , por cada beneficiario durante el año póliza

(1) Respaldo con timbre "Prestación no reembolsable" por parte de la Isapre o Fonasa del asegurado

(2) Incluye Medicamentos de Salud Mental.

(3) Dentro de un radio de 50Km.

(4) Excluye Prótesis Dentales y Sillas de ruedas.

(5) Red Hospitalaria ConveniosACHS.

(6) No se solicitará derivación médica para estas prestaciones