

**RESUMEN DE LAS PRESTACIONES (EN CLÍNICA PUERTO VARAS)**

INCLUYE	NRO. PRESTACIONES	MONTO MÁXIMO
SALA DE URGENCIA POR ACCIDENTE TRASLADO MÉDICO TERRESTRE CON UN MÁXIMO DE 25 KM.	ILIMITADO	MONTO COMBINADO UF 55 POR EVENTO ENTRE LA SALA DE URGENCIA Y HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE
HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE		
CONSULTAS MÉDICAS POR ENFERMEDAD	2 ANUALES	UF 2,5 POR EVENTO

**DETALLE DE LAS PRESTACIONES**
**BENEFICIARIOS ASISTENCIA MÉDICA PLAN FAMILIAR.**

**FAMILIAR:** TITULAR + CONYUGE, CONVIVIENTE E HIJOS HASTA LOS 23 AÑOS (MAXIMO 4 CARGAS).

**SALA DE URGENCIA POR ACCIDENTE:**

- CUBRE TODOS LOS GASTOS QUE OCURRAN EN LA SALA DE URGENCIA PRODUCTO DE UN ACCIDENTE.
- LOS GASTOS A CONSIDERAR SON LOS SIGUIENTES: ATENCIÓN DE URGENCIA, ATENCIÓN DE MÉDICO DE URGENCIA, VALORACIÓN CLÍNICA POR MÉDICO TRAUMATÓLOGO.
- EXÁMENES DE LABORATORIO: HEMOGRAMA COMPLETO, GLUCOSA, GRUPO SANGUÍNEO, EMO (ELEMENTAL Y MICROSCÓPICO DE ORINA).
- EXÁMENES DE IMÁGENES: RADIOGRAFÍA SIMPLE EN ZONA DE TRAUMA: 1 PLACA, ECOGRAFÍA ABDOMINO-PÉLVICA: 1 ESTUDIO. CON EXCEPCIÓN DE RESONANCIAS, SCANNER Y CUALQUIER TIPO DE MEDICAMENTOS O INSUMOS UTILIZADOS PARA REALIZAR ESTOS EXÁMENES.
- MEDICAMENTOS: ANALGÉSICOS (DOLOR), ANTI-INFLAMATORIOS (INFLAMACIÓN), ANTIPIRÉTICOS (FIEBRE).
- MATERIAL DE USO MÉDICO: YESO, VENDA, ETC.
- EQUIPO Y MATERIAL DE SUTURA.
- TRASLADO MÉDICO TERRESTRE CON UN MÁXIMO DE 25 KM.

#### **HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE:**

SI PRODUCTO DEL ACCIDENTE QUE GENERO EL INGRESO A LA SALA DE URGENCIA Y DESPUÉS DE LA EVALUACIÓN REALIZADA SE PROCEDE A SU HOSPITALIZACIÓN, ESTA SERÁ CUBIERTA.

LOS GASTOS A CONSIDERAR SON LOS SIGUIENTES:

- DÍA CAMA.
- HONORARIOS MÉDICOS.
- EXÁMENES MÉDICOS.
- MEDICAMENTOS.

**LÍMITE DE PRESTACIONES:** ILIMITADO.

**MONTO MÁXIMO:** MONTO COMBINADO UF 55 POR EVENTO ENTRE LA SALA DE URGENCIA Y HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE.

#### **DEFINICIÓN DE ACCIDENTE:**

SON SUCESOS FORTUITOS, IMPREVISTOS, TRAUMÁTICOS, EXTERNOS E INESPERADOS, NO PROVOCADOS POR EL CLIENTE, CAUSADOS POR SITUACIONES ACCIDENTALES, Y QUE REQUIEREN ATENCIÓN MÉDICA INMEDIATA (DOMÉSTICO, TRÁNSITO O LABORAL).

#### **CONSULTAS MÉDICAS:**

- EL SERVICIO DE ASISTENCIA CONTEMPLA, LA ATENCIÓN DEL TITULAR O BENEFICIARIO EN LA CONSULTA DE UN MÉDICO GENERAL Y/O ESPECIALISTA.
- GEA COORDINARA LA HORA DE ATENCIÓN EN CLÍNICA PUERTO VARAS.
- LAS CITAS COORDINADAS DEPENDERÁN DE LA DISPONIBILIDAD DE LA CLÍNICA Y ESPECIALIDAD SOLICITADA.
- 

**LÍMITE DE PRESTACIONES:** 3 ANUALES PARA EL GRUPO FAMILIAR.

**MONTO MÁXIMO:** UF 2,5 POR EVENTO.

### **COSTO DE LA ASISTENCIA**

EL COSTO MENSUAL DE LA ASISTENCIA ES DE **UF 0,2507 PARA EL PLAN FAMILIAR.**

EL COSTO MENSUAL DE LA ASISTENCIA ES DE **UF 0,2369 PARA EL TITULAR**

## DECLARACIÓN DEL CLIENTE

POR ESTE ACTO DECLARO QUE HE DECIDIDO LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE LA CONTRATACIÓN DE “ASISTENCIA MÉDICA”, ESTABLECIDO EN EL PRESENTE DOCUMENTO, OFRECIDO POR LA EMPRESA GRUPO ESPECIALIZADO DE ASISTENCIA DE CHILE S. A., CON DOMICILIO EN RODRIGO DE ARAYA N° 1263, MACUL, SANTIAGO. QUE HE TOMADO PLENO CONOCIMIENTO DE LAS PRESTACIONES CONTRATADAS, DE LOS CASOS O CIRCUNSTANCIAS QUE HARÁN QUE NO PROCEDA LA PRESTACIÓN DE LOS MISMOS, DE LAS CAUSAS DE TERMINACIÓN, DE LOS PLAZOS ASOCIADOS Y DE MIS OBLIGACIONES COMO CONTRATANTE Y TITULAR.

1. QUE TENGO PLENO CONOCIMIENTO QUE **CLINICA PUERTO VARAS** NO TIENEN NI TENDRÁN RESPONSABILIDAD ALGUNA EN LO RELATIVO AL OTORGAMIENTO Y LAS PRESTACIONES CONTRATADAS, TODO LO CUAL ES Y SERÁ RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL GRUPO ESPECIALIZADO DE ASISTENCIA DE CHILE S.A. EN SU CALIDAD DE PRESTADOR EXCLUSIVO.
2. AUTORIZO A GEA PARA ENTREGAR MIS DATOS PERSONALES A CUALQUERA DE LAS EMPRESAS RELACIONADAS CON LA PRESTACIÓN MÉDICAS SEÑALADAS EN ESTE DOCUMENTO.

## NO INCLUIDO EN LAS PRESTACIONES

1. CUANDO LA PERSONA NO SE IDENTIFIQUE COMO BENEFICIARIO DEL MISMO.
2. CUANDO EL BENEFICIARIO NO PROPORCIONE INFORMACIÓN VERAZ Y OPORTUNA, QUE POR SU NATURALEZA NO PERMITA ATENDERLO DEBIDAMENTE.
3. GASTOS MÉDICOS REALIZADOS POR EL BENEFICIARIO A LIBRE ELECCIÓN.
4. REEMBOLSOS DE GASTOS MÉDICOS AMBULATORIOS.
5. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS DE DIAGNÓSTICO NO CONTEMPLADOS DENTRO DE LAS PRESTACIONES INDICADOS EN LA ASISTENCIA.
6. MATERIALES O INSUMOS (FIBRA DE VIDRIO), PRÓTESIS O INMOVILIZADORES.
7. LAS ATENCIONES POR MEDICINA PREVENTIVA.
8. TRASLADO DEL BENEFICIARIO DE UNA CLÍNICA U HOSPITAL A OTRO CENTRO DE ATENCIÓN MÉDICA.
9. ACCIDENTES Y/O ENFERMIDADES CAUSADAS POR EL USO O CONSUMO DE ESTUPEFACIENTES, ALCOHOL Y/O DROGAS.
10. ACCIDENTE O LESIONES CAUSADOS POR LA PRÁCTICA DE DEPORTES DE ALTO RIESGO.
11. DAÑOS CAUSADOS A SI MISMO POR LA ALTERACIÓN DE SUS FACULTADES MENTALES.

## ¿CÓMO USAR LAS PRESTACIONES?

PARA HACER USO DE LA ASISTENCIA DEBERÁ LLAMAR A LOS TELÉFONOS **228203495** LAS 24 HORAS, LOS 365 DÍAS DEL AÑO.

GEA Y/O GSA COORDINARÁ LA ATENCIÓN DEL BENEFICIARIO Y LO DERIVARÁ EXCLUSIVAMENTE A **CLÍNICA PUERTO VARAS**

CUALQUIER ATENCIÓN FUERA DE LA RED DE PRESTADORES SERÁ DE CARGO EXCLUSIVO DEL CLIENTE.

## TERMINO ANTICIPADO DEL CONTRATO

SIN PREJUICIO DE LAS DEMÁS CAUSALES DE TERMINO ANTICIPADO INDICADAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO, EL BENEFICIARIO PODRÁ PONER TÉRMINO AL PRESENTE CONTRATO EN CUALQUIER MOMENTO MEDIANTE COMUNICACIÓN ESCRITA DIRIGIDA A **CONTACTO@CLINICAPUERTOVARAS.CL** TAMBIÉN SE CONSIDERA COMO CAUSAL DE TERMINO ANTICIPADO EL NO PAGO DEL PRECIO MENSUAL, POR UN PERIODO CONSECUTIVO, IGUAL O SUPERIOR **30 DÍAS**.

## VIGENCIA DE LA ASISTENCIA MÉDICA

LA VIGENCIA DE LA “ASISTENCIA MÉDICA” COMENZARÁ A REGIR A LAS **72 HORAS** CONTADOS DESDE LA FECHA SEÑALADA AL INICIO DE ESTE INSTRUMENTO.

EL PRESENTE CONTRATO TENDRÁ UNA DURACIÓN ANUAL RENOVABLE AUTOMATICAMENTE SIN PERJUICIO DE LO CUAL, CUALQUIERA DE LAS PARTES PODRÁ PONERLE TÉRMINO EN CUALQUIER MOMENTO, SIN EXPRESIÓN DE CAUSA, MEDIANTE UNA COMUNICACIÓN ESCRITA A LA OTRA PARTE INDICANDO LA FECHA DE TAL TERMINACIÓN,

EL BENEFICIARIO PODRÁ UTILIZAR CUALQUIERA DE LOS MEDIOS PUESTOS A DISPOSICIÓN POR GEA O CLINICA PUERTO VARAS PARA GENERAR LA SOLICITUD DE RENUNCIA.