

Beneficio Adicional  
**CATASTRÓFICO MULTIPRESTADOR PLUS**  
Código 1248  
Condiciones Particulares

Los beneficiarios declarados en el Formulario Único de Notificación (FUN) de suscripción y/o de modificación del Contrato de Salud que incorporan este beneficio adicional, tendrán derecho a recibir cobertura por aquellas prestaciones de salud requeridas en la forma, modalidad y condiciones que se estipulan en el presente documento:

### **Artículo 1: Beneficios**

Este beneficio Catastrófico Multiprestador Plus, se aplica únicamente respecto de prestaciones hospitalarias y ambulatorias relacionadas con enfermedades de alto costo, efectuadas en el territorio nacional o en el extranjero a alguno (s) de los beneficiarios incorporados en el presente beneficio adicional. Lo anterior, conforme a los términos, condiciones, deducibles y topes anuales que se expresan a continuación:

a. Prestaciones otorgadas en el territorio nacional:

El beneficio adicional cubre el 100% de los copagos originados por enfermedades de alto costo tratadas solamente en alguno de los siguientes prestadores: Clínica Universidad de Los Andes, Clínica San Carlos de Apoquindo, Clínica Santa María, Clínica Indisa, Hospital Clínico UC Christus, Clínica Dávila, Clínica Vespucio y Prestadores Regionales cuyo día cama individual simple tenga un valor igual o inferior a 10 Unidades de Fomento (“UF”), que sean realizadas por los médicos staff de dichos establecimientos, cuyo monto supere el deducible y hasta el monto máximo año por beneficiario indicado en la sección “Deducibles y Tope Anual”.

En caso de insuficiencia física o técnica del Prestador seleccionado, es decir, cuando se encuentre imposibilitado de realizar alguna prestación cubierta por este beneficio adicional, el beneficiario deberá dirigirse a cualquier otro prestador de los indicados en el párrafo anterior, manteniendo la cobertura que otorga el presente beneficio adicional. En ningún caso aplicará para un prestador distinto a los indicados precedentemente.

b. Prestaciones otorgadas en el extranjero:

El presente beneficio adicional cubre el 50% de los copagos originados por enfermedades de alto costo tratadas fuera del territorio de Chile, cuyo monto supere el deducible y hasta el monto máximo año por beneficiario indicado en la sección “Deducibles y Tope Anual”.

## Deducibles y Tope Anual:

Tipo de prestador	Rango Edad	Cobertura	Deducible anual por evento beneficiario	Monto Máximo Año por beneficiario
<b>Nacional</b>	Desde 30 días hasta 74 años y 364 días	100%	50 UF	15.000 UF
	Desde 75 años hasta 99 años y 364 días	100%	80 UF	5.000 UF
<b>Extranjero</b>	Desde 30 días hasta 74 años y 364 días	50%	80 UF	15.000 UF
	Desde 75 años hasta 99 años y 364 días	50%	100 UF	5.000 UF

Adicionalmente, para las patologías señaladas a continuación el deducible corresponde al indicado en el siguiente cuadro:

Patología	Cobertura	Deducible Anual por Evento Beneficiario	Monto Máximo Año por Beneficiario
Infarto al Miocardio, Accidente Vascular Encefálico e Insuficiencia Renal Crónica	100% en prestadores indicados en el Artículo 1.a	0 UF	15.000 UF
	50% en el Extranjero	3 UF	5.000 UF

El Monto Máximo Año por Beneficiario corresponde al tope anual hasta el cual el presente beneficio otorgará cobertura, y puede variar entre UF 5.000 y UF 15.000 por beneficiario, de acuerdo al cuadro "Deducibles y Tope Anual". Este Monto Máximo Año por Beneficiario es único y no se aplica separadamente para la cobertura nacional y la cobertura en el extranjero, es decir, se aplica conjuntamente para ambas coberturas, del o de los eventos médicos, sus complicaciones y secuelas.

Con todo, se deja expresa constancia que los Honorarios Médicos tendrán como tope máximo el monto correspondiente al valor convenido con los médicos staff del Prestador seleccionado, por lo que dicha cobertura quedará limitada siempre ha dicho monto máximo. En caso que la hospitalización se realice en un prestador regional, los Honorarios Médicos tendrán como tope máximo el correspondiente al valor convenido con los médicos staff de Clínica Santa María.

## Artículo 2: Prestaciones Hospitalarias y Ambulatorias cubiertas por el beneficio

### Prestaciones Hospitalarias Cubiertas:

Las prestaciones hospitalarias son aquellas en que la persona requiere indubitablemente infraestructura hospitalaria, cuando se presenten copulativamente las siguientes circunstancias:

- a) Que la hospitalización haya ocurrido por indicación escrita, precisa y específica del médico tratante del paciente de que se trate, el cual debe formar parte de médicos staff de alguno de los prestadores indicados en el artículo 1, en convenio con la Isapre, y;
- b) Que el prestador haya facturado la utilización de, a lo menos, un día cama, cualquiera sea el tipo de éste conforme al arancel vigente en la Isapre.

Las cirugías ambulatorias asociadas a un código de pabellón 5 o superior tendrán una bonificación equivalente a la cobertura hospitalaria, de acuerdo a las condiciones establecidas en el plan de salud. Estas prestaciones deben ser efectuadas o prescritas por el médico tratante y encontrarse cubiertas por el plan de salud del afiliado, con excepción de las exclusiones indicadas en el artículo 4 del presente beneficio adicional, las que en ningún caso tendrán cobertura.

- **Días Cama Hospitalización:** Incluye Día Cama, Sala Cuna, Incubadora, Día Cama Cuidado Intensivo, Intermedio o Coronario y Día Cama Transitorio u Observación. La cobertura de Día Cama se aplica hasta el valor de la habitación individual simple con baño privado del establecimiento hospitalario.

En el caso de uso de una habitación de mayor valor tendrá como bonificación máxima la anteriormente señalada.

- **Servicios Hospitalarios:** Gastos por concepto de servicios de hospital no incluidos en el punto anterior, tales como salas de urgencia, derecho de pabellón, exámenes de laboratorio e imagenología, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, medicamentos e insumos prescritos durante la hospitalización y utilizados durante la misma. Se incluyen además otros gastos correspondientes a prestaciones suministradas al beneficiario durante su hospitalización, siempre que hayan sido debidamente prescritas por el médico tratante y que resulten estrictamente necesarias para el tratamiento de la enfermedad, y que se encuentren registradas por el Instituto de Salud Pública.

Se incluye además las Drogas Antineoplásicas y Coadyuvantes para el Tratamiento del Cáncer.

- **Honorarios Médicos:** Comprende los honorarios del equipo médico quirúrgico y arsenaleras que hubieran intervenido en una operación quirúrgica al beneficiario o del médico tratante que indique la hospitalización. Incluye además la visita del médico tratante al enfermo hospitalizado y la visita del médico interconsultor al enfermo hospitalizado.

- **Servicio de Ambulancia:** Sólo comprende servicio de ambulancia terrestre. El tope será de UF 12 por evento, sin límite de kilómetros y sin tope de eventos, si el beneficiario es hospitalizado.

- **Beneficios Ambulatorios:** Sólo se otorgará cobertura a la Radioterapia y Drogas Antineoplásicas y Coadyuvantes para el Tratamiento del Cáncer, que hayan sido efectuadas o prescritas por el

médico tratante, que se encuentren cubiertas por el plan de salud y que tengan su origen en el tratamiento de su evento médico.

### Artículo 3: Definiciones

#### a) Prestador:

Todo establecimiento público o privado que cumpla con los requisitos establecidos en el Decreto Supremo Nro. 161 de 1982, del Ministerio de Salud, que contiene el Reglamento de Hospitales y Clínicas Privadas, y con las normas del Código Sanitario y sus modificaciones posteriores, que proporcionen asistencia de enfermería las 24 horas del día y/o que cuenten con instalaciones y facilidades para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas. Quedan excluidos en consecuencia: los asilos, casas de reposo, termas, hotel, toda hospitalización domiciliaria o en casa, sanatorios, casas para personas convalecientes o lugares de internación o tratamiento de enfermos mentales, adictos a drogas o alcohólicos.

#### b) Prestador Regional:

Se entiende por Prestador Regional a aquel prestador que se encuentra ubicado fuera de la Región Metropolitana.

#### c) Copago:

Es la diferencia que se produce entre el valor de las prestaciones cubiertas por el plan de salud pactado y la bonificación otorgada por la Isapre, la cual es de cargo del cotizante o beneficiario.

#### d) Enfermedades de alto costo:

Es toda alteración de la salud cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuada por un médico y que represente para el beneficiario copagos superiores a los deducibles establecidos en el presente beneficio adicional.

#### e) Médico Staff:

Es el médico que tiene relación contractual vigente con el Prestador seleccionado y que se encuentra sujeto al Arancel Médico pactado entre dicho prestador y la Isapre. Toda referencia que se haga en este beneficio adicional al personal médico de un prestador se entiende referida al médico staff. En caso de cirugía, el primer cirujano debe cumplir esta condición.

#### f) Deducible:

Es la suma de los copagos anuales que habrán de ser acumulados para tener derecho a esta cobertura y que, en consecuencia, no son de cargo de esta cobertura. El deducible acumulable por un evento médico tratado en Chile es independiente del deducible acumulable por un evento médico tratado en el extranjero, aunque se trate del mismo evento médico, es decir, si el beneficiario se hospitaliza en Chile pagará el deducible de UF 50 o UF 80, según la edad correspondiente y, si luego se trata en el extranjero deberá acumular además el deducible de UF 80 o UF 100, según la edad correspondiente, para obtener el beneficio en el extranjero.

Se mantiene la condición del monto máximo anual por beneficiario, el cual es un monto único y se aplica conjuntamente a la cobertura nacional y la cobertura en el extranjero.

El deducible no se podrá conformar con copagos efectuados por hospitalizaciones o prestaciones derivadas de distintos diagnósticos ni por la acumulación de copagos correspondientes a más de un beneficiario del mismo plan de salud.

El deducible empezará a acumularse a partir de la primera hospitalización. En caso que la patología

no requiera de hospitalización y corresponda a Radioterapia y/o Drogas Antineoplásicas Orales para el Tratamiento del Cáncer (prestaciones ambulatorias), el deducible se acumulará a partir del inicio de este tratamiento indicado por el médico tratante para su evento médico.

**g) Evento Médico:**

Se entenderá por evento médico todas aquellas prestaciones efectuadas a un mismo beneficiario, por un mismo diagnóstico y en un mismo prestador, salvo que se haya realizado una derivación por insuficiencia física o técnica a otro prestador de los indicados en el Artículo 1, habiéndose producido una interrupción en la primera hospitalización, considerándose para todos los efectos una misma hospitalización. En caso contrario, se considerarán dos eventos distintos que acumularán deducibles por separado.

**Artículo 4: Exclusiones: Prestaciones y Gastos no Cubiertos por el Beneficio Catastrófico Multiprestador Plus**

Las siguientes prestaciones estarán excluidas de este Beneficio Adicional:

- a) Las prestaciones, gastos y personas que no cumplan con las condiciones que exige esta cobertura.
- b) Las exclusiones establecidas en el contrato de salud.
- c) Las prestaciones no cubiertas y/o restringidas del Plan de Salud, tales como: Prestaciones Hospitalarias de Psiquiatría, Cirugía Refractiva, Cirugía de Presbicia, Cirugía Bariátrica o de Obesidad, Cirugía Metabólica, Obstetricia, Parto, Embarazo y Cesárea, en caso que el Plan de Salud del afiliado(a) contemple tales restricciones.
- d) Las enfermedades preexistentes, es decir, aquellas que han sido conocidas por el beneficiario y diagnosticadas médicamente con anterioridad a la fecha de contratación de esta cobertura, que hayan sido o no declaradas por el afiliado. Sin perjuicio de lo anterior, si declarada una patología preexistente la Isapre no la condiciona para efectos del otorgamiento de cobertura conforme al plan de salud, el presente beneficio adicional aplicará sin restricciones a las prestaciones derivadas de esta patología preexistente declarada y no condicionada. Por su parte, las enfermedades preexistentes que hayan sido declaradas por el afiliado y condicionadas por la Isapre por un período de tiempo, no tendrán cobertura conforme al presente beneficio mientras dure dicho condicionamiento. Una vez transcurrido ese plazo, tales prestaciones quedarán cubiertas por este producto Catastrófico Multiprestador Plus.
- e) Los tratamientos hospitalarios de patologías psiquiátricas, reposo, adicciones a drogas o alcoholismo.
- f) Los tratamientos de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).
- g) Los tratamientos de infertilidad o esterilidad.
- h) Los tratamientos dentales en general.
- i) Lesión, enfermedad o tratamiento causado por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares.
- j) Lesión o enfermedad causada por participación en: intento de suicidio, lesiones auto inferidas, comisión de actos delictivos, motines, actividad o deportes riesgosos, guerras, contaminación radioactiva, participación activa en rebelión, revolución, terrorismo, actos calificados como delitos por la ley, negligencia, imprudencia o culpa grave por parte del beneficiario y abortos provocados. La exclusión de cobertura por actividad o deporte riesgoso no aplicará en caso que el desarrollo de dichas actividades se realice en forma ocasional o puntual. Por el contrario, si la práctica de estas actividades o deportes riesgosos es de carácter permanente y/o habitual, no aplicará la cobertura incorporada en el presente beneficio adicional.
- k) Los tratamientos, visitas médicas, exámenes, medicamentos, remedios o vacunas para el sólo efecto preventivo, no inherente ni necesarios para el diagnóstico de una enfermedad.
- l) Los traslados no terrestres.
- m) Gastos por acompañantes, mientras el beneficiario se encuentre hospitalizado, incluyendo

alojamiento, comida y similares.

n) La atención particular de enfermería.

o) Epidemias oficialmente declaradas.

p) Quedan excluidas de esta cobertura las prestaciones realizadas a beneficiarios mayores de 99 años y 364 días, salvo que a la fecha de término de este beneficio se encuentre hospitalizado, en cuyo caso la Isapre seguirá otorgando cobertura únicamente a aquellos gastos relacionados directamente con la hospitalización, y hasta un plazo máximo de sesenta (60) días, contados desde la fecha de término de esta cobertura.

q) Las personas nacidas durante la vigencia del contrato de salud del cotizante, y las cargas legales que se incorporen al contrato de salud con posterioridad a la vigencia de este beneficio adicional y no sean incorporadas por el afiliado al presente beneficio mediante el Formulario Único de Notificación (FUN) correspondiente.

r) Medicamentos, alimentos o similares de carácter experimental, no aprobados por el Instituto de Salud Pública.

s) Prestaciones y medicamentos ambulatorios, salvo lo indicado para beneficios ambulatorios en el Artículo 2 de esta cobertura.

t) Prestaciones otorgadas en la Región Metropolitana en prestadores distintos a los prestadores mencionados en el Artículo 1.

u) Prestaciones otorgadas dentro de Chile, pero fuera de la Región Metropolitana, en Prestadores Regionales cuyo valor de día cama sea superior a 10 UF.

v) Prestaciones que no realicen los prestadores incluidos en este beneficio adicional o el Prestador Regional con día cama menor o igual a 10 UF.

w) Todas las prestaciones hospitalarias relacionadas con Cirugía Bariátrica o de Obesidad y Cirugía Refractiva o Láser

## Artículo 5: Requisitos para contratar y acceder al Beneficio Adicional

### a) Requisitos para contratar este Beneficio Adicional Catastrófico Multiprestador Plus:

Este Beneficio Adicional Catastrófico Multiprestador Plus, se podrá contratar siempre y cuando se cumplan los siguientes requisitos:

1. Tener más de 30 días y menos de 60 años de edad a la fecha de contratar este beneficio, tanto el titular como los beneficiarios que contraten el producto.
2. El afiliado o beneficiario debe encontrarse adscrito a un Plan de Salud que contemple una cobertura preferente hospitalaria igual o superior a un 70% Clínica Las Condes, Clínica Alemana de Santiago o Cl. San Carlos de Apoquindo o Clínica U. de Los Andes.
3. Haber completado exacta y verazmente la Declaración de Salud ("DPS") respectiva al momento de contratar este beneficio, ya sea junto a la suscripción del contrato de salud o mediante la Declaración de Salud para Coberturas Adicionales para ingreso posterior del cotizante titular o un nuevo beneficiario, en ambos casos debiendo haber sido aceptado por la Isapre.
4. Cumplir con las estipulaciones contenidas en las condiciones generales del contrato de salud.
5. Este beneficio adicional sólo cubre aquellas prestaciones incluidas en el mismo, que se realicen desde los 30 días hasta los 99 años y 364 días de edad del beneficiario, salvo hospitalizaciones a la fecha de término, en la forma y condiciones indicadas en la letra p) del artículo 4 precedente.

### b) Requisitos para acceder a la bonificación del Beneficio Adicional Catastrófico Multiprestador Plus

1. Encontrarse afiliado a Isapre Banmédica a la fecha de realizada las prestaciones y solicitar la cobertura asociada al beneficio.
2. Que el cotizante y sus beneficiarios se encuentren vigentes en el plan de salud bajo el cual se suscribió este beneficio adicional, a la fecha de requerir la cobertura. Podrá el cotizante modificar su contrato de salud, debiendo cumplir con los requisitos indicados en el artículo 10 del presente documento.
3. El cotizante o beneficiario tenga vigente el presente Beneficio Adicional Catastrófico Multiprestador Plus, al momento de haberse realizado la prestación y solicitar la cobertura.
4. Las prestaciones sean realizadas en uno de los prestadores individualizados en el artículo 1 del presente beneficio.
5. El prestador mantenga un convenio vigente con la Isapre al momento de realizarse las prestaciones.

## Artículo 6: Precio

El precio de este Beneficio Adicional Catastrófico Multiprestador Plus se expresa en Unidades de fomento (UF) y se indica en la sección D del FUN correspondiente (Antecedentes del Contrato):

### Cuadro de Precios y Tramos de Edad

Tramo Edad	Precio por Beneficiario
30 días-18 años	0,16 UF
19-24 años	0,34 UF
25-34 años	0,44 UF
35-44 años	0,46 UF
45-54 años	0,87 UF
55-59 años	1,73 UF
60-64 años	1,73 UF
65-69 años	2,07 UF
70-74 años	2,07 UF
75-80 años	2,82 UF
81- 86 años	3,57 UF
87-90 años	4,32 UF
91-95 años	4,90 UF
96 o más	4,90 UF

Para los beneficiarios, este beneficio se pagará hasta el cuarto de ellos, quedando desde el quinto beneficiario en adelante sin costo alguno, siempre que el cotizante se mantenga afiliado al contrato de salud. El quinto beneficiario y siguientes sin costo serán los de menor edad. En caso, de la eliminación de un beneficiario en el contrato de salud, el que era quinto beneficiario ahora deberá empezar a pagar por el producto en el tramo que corresponde a la fecha en que se produzca la eliminación.

Se deja expresa constancia que, a partir del primer año de vigencia del presente beneficio adicional, cada vez que un beneficiario del presente Beneficio Adicional ingrese a alguno de los tramos de edad señalados en el “Cuadro de Precios y Tramos de Edad”, se aplicará el nuevo precio a contar del mes siguiente del ingreso del beneficiario al nuevo tramo etario, el cual se materializará e incorporará al FUN correspondiente. Si el afiliado no está de acuerdo con la modificación del precio del beneficio adicional, y de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 10 “Vigencia”, una vez transcurrido un año de vigencia del beneficio adicional, podrá solicitar a la Isapre el término del mismo a través de la suscripción del FUN correspondiente que dé cuenta de la eliminación del producto.

Para calcular la equivalencia del precio en moneda nacional se utilizará el valor que tenga dicha unidad el último día del mes en que se pagaron o debieron pagarse las remuneraciones del cotizante dependiente. En el caso del cotizante independiente se considerará la UF del último día del mes anterior al del período de pago respectivo.

Para calcular la equivalencia del deducible se utilizará el mismo procedimiento indicado en el punto anterior.



### **Artículo 7: Destinación de Excedentes**

El cotizante destina expresamente para el pago de todo o parte del precio del presente beneficio adicional, la parte de sus excedentes de cotización que correspondan y autoriza a la Isapre expresamente para efectuar el descuento e imputación respectiva desde la cuenta de excedentes. En caso de ser insuficientes los excedentes para el pago del precio de este producto, la diferencia es de cargo del cotizante y se incluirá en el FUN correspondiente en el ítem “cotización pactada”.

### **Artículo 8: Modificaciones**

Isapre Banmédica podrá modificar al término de cada período contratado el precio, los montos de deducibles y monto máximo anual estipulado en el beneficio adicional contratado por el afiliado.

Para estos efectos, Isapre Banmédica deberá comunicar al afiliado su nueva proposición de cobertura mediante carta dirigida al último domicilio registrado en la Isapre y/o correo electrónico (en caso de tenerlo registrado en la Isapre), expedida con a lo menos 1 mes de anticipación al vencimiento del período anual respectivo. El afiliado deberá aceptar la modificación mediante la suscripción del Formulario Único de Notificación (FUN) hasta el último día del mes de cumplimiento de su anualidad contractual. De no hacerlo dentro del aludido plazo, el beneficio terminará automáticamente, procediendo la Isapre a efectuar la rebaja del precio a través del Formulario Único de Notificación correspondiente.

### **Artículo 9: Procedimiento para hacer efectivo el beneficio**

En el caso de hacer uso del presente beneficio adicional, el gasto total generado por el beneficiario será pagado por Isapre Banmédica hasta el monto máximo anual establecido, solo una vez acumulado y pagado por el afiliado el deducible correspondiente en cada evento médico.

La cobertura se otorgará contra la presentación de los programas médicos, acompañados de la historia clínica del paciente y el protocolo operatorio en caso de cirugía, dentro del plazo máximo de 60 días contados desde la fecha de otorgamiento de la prestación. Transcurrido este plazo sin que el afiliado haya presentado en la Isapre la documentación requerida, no operará la cobertura incluida en el beneficio adicional, otorgándose únicamente la cobertura pactada en su plan de salud.

El cotizante y/o los beneficiarios deberán proveer a la Isapre de todos los antecedentes que ésta les requiera para los efectos de la liquidación de beneficios.

### **Artículo 10: Vigencia**

El presente beneficio adicional tendrá una vigencia de un año, contado desde la fecha de inicio de vigencia de beneficios indicada en el FUN de incorporación del beneficio, siempre que el cotizante se mantenga vigente en el plan de salud complementario bajo el cual se suscribió el mismo. Si el afiliado modifica su plan de salud antes del plazo indicado o con posterioridad a este, el beneficio termina de inmediato en caso que las coberturas contempladas en el nuevo plan de salud complementario contratado por el afiliado no cumplan con los requisitos de cobertura señalados en el N°2 letra a) del Artículo 5 precedente, lo que será notificado por la Isapre al cotizante mediante carta dirigida al último domicilio registrado en la Isapre y/o correo electrónico (en caso de tenerlo registrado en la Isapre).

Con todo, respecto de los cotizantes de Isapre Banmédica que contraten este beneficio adicional, el primer período de vigencia del mismo se extenderá sólo por el lapso que reste para el cumplimiento

del período anual de vigencia de su contrato de salud con Isapre Banmédica. En este caso, el monto máximo anual para este período corresponderá a la proporción de meses que restan para la fecha de cumplimiento de la anualidad contractual sobre el año completo. En consecuencia, a contar del segundo período coincidirá el cumplimiento del período anual de esta cobertura con el cumplimiento de la anualidad del contrato de salud del afiliado. El presente beneficio adicional se mantendrá vigente, siempre y cuando el cotizante continúe en el plan que se indica en este documento, contrate otro plan de salud de coberturas similares que permitan su mantención u opte por el plan propuesto mediante carta de adecuación.

La renovación del presente beneficio se realizará por periodos iguales de un año y será automática al final de cada período o de cualquiera de sus prórrogas, a menos que cualquiera de las partes (Isapre o cotizante) manifieste su opinión en contrario, con una anticipación mínima de 30 días a la fecha de término, sin necesidad de expresar causa, debiendo dar aviso a la Isapre para la emisión y firma del FUN de eliminación del producto.

En caso que la Isapre decida no renovar el beneficio, deberá comunicar dicha circunstancia al afiliado mediante carta dirigida al último domicilio registrado en la Isapre y/o correo electrónico (en caso de tenerlo registrado en la Isapre) con una anticipación mínima de 30 días a la fecha de término, procediendo a efectuar la rebaja del precio a través del Formulario Único de Notificación correspondiente.

El cotizante podrá renovar automática y anualmente la contratación del beneficio adicional, mientras él y/o sus beneficiarios se mantengan como afiliados a Isapre Banmédica. Esta última no podrá negarse a ello, a menos que, durante el período que se solicita renovar, el cotizante o alguna de sus cargas cumplan 100 años de edad, en cuyo caso se aplicará lo indicado en párrafo 1 del artículo 11.

#### **Artículo 11: Causales de Término del Beneficio**

Este Beneficio Adicional Catastrófico Multiprestador Plus quedará sin efecto respecto del cotizante y/o beneficiarios que cumplan 100 años de edad. Para formalizar el retiro de la cobertura para el o los beneficiarios en cuestión y el ajuste de precio respectivo, el cotizante deberá concurrir a cualquier agencia de la Isapre para suscribir el FUN correspondiente. A falta de lo anterior, la Isapre informará el retiro de la cobertura para el o los beneficiarios que ya cumplieron 100 años de edad, al cumplimiento de la próxima anualidad, remitiendo al cotizante una carta explicativa y el FUN de eliminación correspondiente. Se aclara que el término de este Beneficio Adicional Catastrófico Multiprestador Plus no implica necesariamente el término del contrato de salud del cotizante.

Asimismo, el presente beneficio adicional terminará anticipadamente en los siguientes casos:

a) Si el cotizante no paga el valor total de este beneficio adicional al menos un mes, Isapre Banmédica procederá a notificarle mediante carta el hecho del no pago del valor total del beneficio, señalándole además que dispone de un plazo de 30 días corridos contados desde el tercer día del despacho de la carta al último domicilio registrado en la Isapre, a fin de que regularice el pago de la suma adeudada. De no producirse el pago de la deuda por parte del afiliado, Isapre Banmédica procederá a habilitar un nuevo FUN, eliminando el producto y rebajando la cotización adicional correspondiente a esta cobertura.

b) La Isapre podrá poner término anticipado al presente beneficio adicional si el cotizante hubiese omitido, retenido o falseado información en la declaración de salud que deberá suscribir por él y sus beneficiarios. La misma sanción procederá si el afiliado presenta reclamaciones fraudulentas, engañosas o apoyadas en declaraciones y/o antecedentes falsos. En cualquiera de estos casos, la

Isapre quedará eximida de cualquier obligación respecto del otorgamiento de las coberturas incorporadas en este Beneficio Adicional Catastrófico Multiprestador Plus.

c) Modificación del plan de salud por el cotizante, salvo en el caso de opción por plan alternativo ofrecido en la carta de adecuación o si el plan contratado por el afiliado cumple con los requisitos de cobertura señalados en el N°2 del Artículo 5 precedente.

d) No suscripción por el cotizante del FUN de modificación del beneficio adicional, conforme lo dispone el artículo octavo.

## **Artículo 12: Resolución de controversias**

Las controversias que se susciten entre la Isapre y el afiliado o sus beneficiarios, respecto del funcionamiento y aplicación del presente beneficio adicional, serán resueltas por la Superintendencia de Salud.

**Identificación del Cotizante**

Catastrófico Multiprestador Plus


Nombre Cotizante:	
Nombre Beneficiario asociado al producto:	
RUT Cotizante:	
RUT Beneficiario asociado al producto:	
E-mail:	Nro. FUN:
Plan de Salud:	Precio Total UF:
Fecha:	Código: 1248

Febrero 2024

---

**FIRMA Y TIMBRE ISAPRE**

---

**FIRMA COTIZANTE****Huella dactilar Afiliado**