

Contrato de Seguro de Salud

Modalidad de Cobertura

Complementaria FONASA

CONTRATO DE SEGURO DE SALUD COMPLEMENTARIO

Entre: Don/Doña [Nombre completo del asegurado titular], cédula de identidad N° [●], con domicilio en [●], en adelante “el Contratante” o “Asegurado Titular”,

y El Fondo Nacional de Salud (FONASA), en adelante “FONASA”, se celebra el presente Contrato de Seguro de Salud Modalidad de Cobertura Complementaria, conforme a la póliza depositada bajo el código POL320250010 y a las siguientes cláusulas:

ARTÍCULO 1: Objeto del Contrato

El presente contrato tiene por objeto otorgar al Asegurado Titular, y a los integrantes de su grupo familiar debidamente acreditados, cobertura financiera complementaria en salud, de acuerdo con lo establecido en el Arancel de la Modalidad de Cobertura Complementaria de FONASA y las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO 2: Asegurados

1. Asegurado Titular: la persona natural que celebra el presente contrato.
2. Asegurados Dependientes: las cargas familiares reconocidas por FONASA, incluyendo conviviente civil si correspondiere, que sean debidamente acreditadas.

ARTÍCULO 3: Cobertura

Durante la vigencia de este contrato, se otorgará cobertura financiera complementaria por aquellas prestaciones de salud incluidas en el Arancel de la Modalidad de Cobertura Complementaria, siempre que sean otorgadas en prestadores de salud integrantes de la red convenida por FONASA.

ARTÍCULO 4: Exclusiones

El seguro no cubre:

- Prestaciones no incluidas en el Arancel de la Modalidad.
- Atenciones realizadas fuera de la Red de Prestadores autorizada.
- Prestaciones otorgadas en incumplimiento de las normas técnicas vigentes.

Tampoco será aplicable a las garantías explícitas de salud (GES/AUGE) ni a las coberturas de la Ley N°20.850 (Ricarte Soto).

ARTÍCULO 5: Prima y Pago

La prima mensual será fijada en Unidades de Fomento (UF) y deberá ser pagada por el Asegurado Titular en la forma y fecha establecida en las Condiciones Particulares y certificado de cobertura.

El no pago de la prima dará lugar a la suspensión o término de la cobertura, conforme a lo establecido en la póliza POL320250010.

ARTÍCULO 6: Vigencia

La cobertura tendrá una vigencia de 12 meses contados desde la fecha indicada en el certificado de cobertura, renovable según lo dispuesto en las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO 7: Incorporación y Salida de Dependientes

El asegurado deberá informar oportunamente a FONASA la incorporación o exclusión de cargas familiares, las que se acreditarán conforme a la normativa vigente.

ARTÍCULO 8: Término de la Cobertura

La cobertura finalizará:

- Por fallecimiento del Asegurado Titular.
- Por renuncia a la Modalidad de Cobertura Complementaria.
- Por pérdida de acceso a FONASA.
- Por no pago de primas en los términos señalados en la póliza.

ARTÍCULO 9: Comunicaciones

Toda notificación entre las partes se realizará preferentemente por correo electrónico registrado por el Asegurado Titular, o en su defecto mediante carta certificada al domicilio indicado en este contrato.

ARTÍCULO 10: Domicilio

Para todos los efectos legales, las partes fijan como domicilio la comuna de [●], Región [●], Chile.

Firma del Contratante (Asegurado Titular)

Nombre completo:

RUT:

FONASA

Representante autorizado