



CONVENIO
ACCIDENTES
- INDISA -

Por \$105.- diarios por persona, proteja a su familia.

Porque los accidentes nunca avisan, Clínica INDISA te quiere protegido y te ofrece un producto orientado para toda tu familia. A continuación detallamos algunos de los beneficios de este Convenio:

- ATENCIÓN EN SERVICIO DE URGENCIA 24 HORAS DEL DÍA, 365 DÍAS DEL AÑO.
- \$ 24.000.000, sin tope de eventos en el año, aplicado al copago, con previsión Isapre.

100% COBERTURA EN:

- Atenciones de origen traumáticas (ambulatorio y hospitalizado).
- Honorarios médicos, Pabellones quirúrgicos, UCI, UTI.
- Traumatismos dentales y su tratamiento.
- Radiología.
- Quemaduras en general (salvo quemaduras solares).
- Picadura de insecto.
- Rehabilitación (hidroterapia).
- Mordedura de animal y de araña (se incluye araña de rincón).
- Cuerpo extraño en nariz, oídos, garganta y ojos, asfixia por Inmersión.
- Intoxicación por monóxido de carbono/medicamentos en menores de 10 años.

Otros beneficios:

- Traslado gratuito en ambulancia en caso de accidente con riesgo vital dentro de la Región Metropolitana.
- En hospitalizaciones a menores de 15 años, incluye estadía de uno de sus padres (c/serv.de alimentación).
- **Cobertura en todo el territorio nacional.**

Beneficio Adicional: Válidos durante la vigencia del convenio.

Urgencia General: Consultas Ilimitadas COPAGO \$0 en el Servicio de Urgencia, para casos **NO traumáticos** (sólo considera la consulta con médico residente de urgencias), especialidades y otras atenciones serán de cargo del paciente de acuerdo a su previsión).

Estacionamiento Gratuito: SOLO para atenciones de URGENCIA. Para hacer uso de este beneficio avisar en recepción urgencia al finalizar su atención (No se realizarán reembolsos por este concepto)

Requisito: Ser beneficiario Isapre (con cobertura en INDISA) y tener entre 0 a 64 años.

Formas de Pago: Efectivo, Tarjetas débito y crédito (tres cuotas precio contado) cheques 30; 60 y 90 días.

Vigencia: 1 año calendario desde la Contratación, incluidos 10 días de carencia (solo para suscripciones nuevas o No renovados).

Valor de referencia en Clínica Indisa: **Nuevo \$ 48.000.- / Renovación \$ 44.000.-**

***Valor Preferencial Colegio sagrados corazones de Providencia
\$38.000 (anual) por beneficiario.***

Mayor información comunicarse a convenios: (2) 23625446 o correo electrónico: gabriela.flores@indisa.cl

Plataforma Comercial, torre A piso 2. Horario de atención lunes a viernes de 09:00 a 17:30 horas.

FORMULARIO DE SUSCRIPCION CLINICA INDISA

ID:

Cobertura Isapre \$ 24.000.0000

☐

Fecha de suscripción

 / /

Datos del Contratante

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	RUT
Domicilio			Comuna
Teléfonos de Contacto		E- Mail de contacto	

Datos Beneficiarios

1.	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Fecha Nacimiento
				/ /

Rut	Previsión	Establecimiento

2.	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Fecha Nacimiento
				/ /

Rut	Previsión	Establecimiento

3.	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Fecha Nacimiento
				/ /

Rut	Previsión	Establecimiento

BOLETA N° TOTAL VENTA \$ PROCEDENCIA DE LA VENTA

Forma de Pago: Efectivo Cheques Tarjeta Crédito Tarjeta Débito Banco:

Cheque N° Fecha Monto \$

Cheque N° Fecha Monto \$

Cheque N° Fecha Monto \$

En conformidad a lo dispuesto en los artículos 4 y 10 de la ley 19.268 y en el artículo 127 del código sanitario, por el presente acto e instrumento declaro que consiento y autorizo expresa e irrevocablemente al portador de este instrumento, para que éste pueda revelar el contenido o dar copia de mis antecedentes e informes médicos, clínicos, recetas médicas, análisis o exámenes de laboratorio y otros servicios relacionados con la atención prestada a la suscrita como alguno de los beneficiarios inscritos en formulario adjunto, con el propósito que dichos antecedentes, puedan ser de utilidad para obtener el pago de las prestaciones que nos sean otorgadas.

Declaro haber recibido conforme y aceptar las condiciones particulares y exclusiones del convenio de accidentes y/o escolar INDISA de Clínica INDISA, además de la vigencia y coberturas establecidas en el presente formulario, que incluye tener un plan de salud (Isapre) con cobertura en Clínica INDISA

Nombre y firma Ejecutiva INDISA

Nombre Contratante

Firma Contratante