



PLAN GRUPO CRUZ NACIONAL - URGENCIA AMBULATORIA

GRUPO CRUZ NACIONAL S.A, sociedad del giro de su denominación, **RUT Nº 76.979.684-9**, y de sus filiales **SERVICIOS MÉDICOS CRUZ NACIONAL SPA** sociedad del giro de su denominación, **RUT Nº 76.986.542-K** y **CLINICA CRUZ NACIONAL SPA** sociedad del giro de su denominación, **RUT Nº 76.986.547-0**, todos domiciliados para estos efectos en calle Francisco Noguera Nº 217, oficina 30, comuna de Providencia, ciudad de Santiago, Región Metropolitana, en adelante indistintamente **Grupo Cruz Nacional, “Cruz Nacional” o “El Prestador ”**, y el Contratante, debidamente individualizado en este documento, se celebra el presente Contrato de Prestación de Servicios Médicos, en adelante **“Plan Grupo Cruz Nacional”** o genéricamente **“El Plan”** o el **“Plan de Salud”**, conforme a los términos y condiciones señalados en el presente documento, en adelante **“El Contrato”** o el **“Convenio”**:

Datos del Plan contratado:

Tipo de Plan:
Valor del Plan:
Medio de Pago:
Número del Plan:
Fecha contratación:

Datos del titular:

Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno	Rut Titular	Fecha de Nacimiento	Email	Teléfono

1. ANTECEDENTES.

El Prestador directamente y/o a través de sus sociedades relacionadas, pertenecientes a **Grupo Cruz Nacional S.A, RUT N° 76.969.684-9** poseen las instalaciones, personal, equipamiento y conocimiento necesarios para otorgar una adecuada atención de salud para las enfermedades consideradas en el Plan de Salud, para el Titular y sus cargas, de acuerdo a su nivel de resolución clínica.

Los servicios de salud objeto del presente Contrato se prestarán, exclusivamente en los Establecimientos Prestadores señalados en el presente Instrumento y de acuerdo a los servicios que en dichos establecimientos se pueden prestar. Por lo anterior, el presente convenio sólo contempla descuento y/o beneficios respecto a los servicios que en dichos establecimientos se pueden prestar.

El Plan de Salud, no comprende prestaciones no contempladas o no prestadas en los Establecimientos del Prestador, así como tratamientos de urgencias o traslados a otros centros asistenciales.

Para los efectos de lo señalado en el párrafo precedente, se deja constancia que el Prestador mantiene contratos de prestación de servicios con los diversos prestadores y/o empresas relacionadas pertenecientes a **Grupo Cruz Nacional S.A** para la efectiva y debida prestación de los Servicios regulados por el Presente Contrato.

2. DEFINICIONES.

Para los efectos del Contrato y sus respectivos Anexos, se entenderá por:

- 2.1. **Anexos o Instrumentos Complementarios:** Se entenderá por tal, todo documento complementario al presente contrato, tales como pero no limitados al Formulario de Contratación, Comprobante de Contrato, Mandatos de pago y el Anexo de descripción de los beneficios del Contrato, además de otros que puedan incorporarse con posterioridad.
Asimismo, se entenderán formar parte del Contrato, todas las comunicaciones y/o notificaciones en formato electrónico, que impliquen modificación de términos y condiciones enviadas al Contratante o directamente a los beneficiarios al término de la vigencia o incluso durante su vigencia. Todos los anteriores se entenderán formar parte integrante del Contrato para todos los efectos.
- 2.2. **Plan de Salud:** Convenio de beneficios y descuentos al precio de nuestras prestaciones indicadas en el documento.
- 2.3. **Mensualidad:** Periodo de un mes comprendido entre el primer día del inicio de la vigencia, y el mismo día del mes siguiente.
- 2.4. **Anualidad:** Periodo de un año comprendido entre el primer día del inicio de la vigencia del presente Convenio y la misma fecha del año siguiente.
- 2.5. **Plan Mensual:** Plan de Salud en el cual, el pago se efectúa mediante cobros mensuales.
- 2.6. **Plan Anual:** Plan de Salud en el cual, se efectúa un único pago por el año convenio, realizando este pago por cada renovación.
- 2.7. **Beneficiario:** Persona natural incluida en los Formularios de Contratación, a petición expresa y bajo

exclusiva responsabilidad del Titular, a quien se le aplicarán los mismos requisitos, obligaciones y beneficios del Contratante.

2.8. **Beneficiario Particular & Fonasa letra A:** Son los beneficiarios que no cuentan con financiadores en sus prestaciones, tales como;

- **Particulares**
 - Se considera paciente Particular a personas sin previsión.
- **Fonasa Letra A**
 - **Letra A:** Son consideradas en este grupo las personas carentes de recursos, y los causantes de subsidio único familiar.
 - En caso de que Fonasa hiciera alguna modificación en sus letras, de sus bonificaciones de las prestaciones en convenio o de no continuar con el modelo de venta de bonos a través de libre elección (MLE) el paciente será considerado como Particular.
- **ISAPRES no en Convenio**
 - En caso de que alguna ISAPRE no continuara vendiendo bonos de las prestaciones actuales en convenio será considerado el paciente como Particular.
- **Afiliados a Instituciones:**
 - DIPRECA (Carabineros de Chile, Investigaciones, Gendarmería)
 - FUERZA AEREA
 - MILITARES
 - CAPREDENA
 - FUERZAS ARMADAS

2.9. **Beneficiario ISAPRES & Fonasa Letra B, C o D:** Son los beneficiarios que cuentan con financiadores en convenio con El Prestador en sus prestaciones

- **ISAPRES en Convenio**
- **Fonasa Letra B, C o D**

2.10. **Comprobante de Solicitud/Contrato:** Documento que se visualiza y/o formaliza al término del proceso de contratación exitosa, mismo documento que es enviado vía correo electrónico al Contratante, en el cual se incluirán archivos adjuntos, tales como el Contrato y Anexo con el detalle de los beneficios contratados, y el detalle de los Beneficiarios del Plan de Salud.

2.11. **Contratante o Titular:** Persona natural que celebra la Solicitud/Contrato, sobre quien recaen, las obligaciones y cargas del Contrato, en especial las de realizar las declaraciones solicitadas. Este podrá tener a su vez la calidad de Beneficiario.

2.12. **Copago:** Es la suma que debe pagar el Beneficiario luego de aplicar la bonificación del Sistema Previsional, seguros complementarios u otras coberturas de salud, al valor convenido en el Plan de Salud contratado de las prestaciones médicas otorgadas.

2.13. **Copago Máximo:** El copago máximo estará sujeto al financiador del Titular o Beneficiario.

- 2.14. **Establecimientos Prestadores:** Se entenderán como tales los establecimientos de salud pertenecientes o administrados por las sociedades: (1) Clínica Cruz Nacional Independencia (2) Clínica Cruz Nacional Puente Alto (3) Clínica Cruz Nacional Maipú, y aquellas Clínicas que se vayan adhiriendo en el tiempo. Los Beneficiarios pueden informarse de los lugares físicos a que corresponden tales prestadores en www.cruznacional.cl. Estos Establecimientos podrán ser modificados y/o reemplazados por el Prestador de acuerdo con su estructura operacional interna. Se deja constancia que estos Establecimientos podrán ser modificados y/o reemplazados al solo arbitrio de Grupo Cruz Nacional.
- 2.15. **Formulario de Contratación:** Formulario físico (presencial), web (electrónico) o SAM (Software de Atención de los Paciente interno de Cruz Nacional) por el cual el Contratante solicita formalmente al Prestador la celebración del Contrato.
- 2.16. **Pagador:** Persona Natural que igualmente puede asumir en forma voluntaria la obligación de pagar el aporte mensual o anual del Plan de Salud. No necesariamente debe ser el Contratante o Beneficiario del Plan.
- 2.17. **Sistema Previsional de Salud o El Sistema:** Sistema de Salud Previsional integrado por instituciones y organismos públicos y privados. El sector público está representado por el Fondo Nacional de Salud, FONASA, y el sector privado por las Instituciones de Salud Previsional, ISAPRES.
- 2.18. **Seguros:** Se entenderá por tal todo seguro no previsional, que cubra directa o indirectamente gastos médicos y/o beneficios o prestaciones médicas al Beneficiario, incluyendo en éstos a los Departamentos de Bienestar y seguros complementarios, y también para los efectos de este Contrato, a los seguros de enfermedades profesionales, en la medida que pueda existir una enfermedad de fuente laboral, como así también los seguros obligatorios de accidentes personales (SOAP).
- 2.19. **Fonasa:** Fonasa clasifica a sus beneficiarios en los siguientes tramos A, B, C y D de acuerdo a su ingreso. Si perteneces a los tramos B, C y D puedes comprar bonos para atenderse en la Modalidad de Libre Elección (MLE) en Prestadores en convenio con Fonasa. En este caso, el valor de bono no depende del tramo, si no que del médico o centro médico donde te vayas a atender. El tramo A sólo puede atenderse en la Modalidad de Atención Institucional (MAI) (Centros de Salud, Consultorios, Postas y Hospitales Públicos)

3. OBJETO DEL CONTRATO Y LOS SERVICIOS A SER OTORGADOS.

En virtud de la contratación del Plan de Salud seleccionado, el Prestador otorgará el servicio de atención médica sólo para las urgencias ambulatorias, que corresponde únicamente a las prestaciones y/o beneficios especialmente descritos en el Anexo respectivo, realizados dentro del **Grupo Cruz Nacional**, hasta agotar el monto máximo de beneficios y descuentos acordados, todo según los términos y condiciones que se estipulen en el Contrato y sus Anexos y que no se

encuentren exceptuados en el presente Contrato. Se activará el otorgamiento de las prestaciones adheridas al beneficio por este contrato una vez iniciada la vigencia de este. Para calcular el monto de los beneficios y/o descuentos efectivos a ser otorgados por **Grupo Cruz Nacional**, se deberán descontar previamente los aportes y/o bonificaciones y/o pagos correspondientes a las prestaciones de salud y seguros complementarios del Beneficiario, las que se cobrarán a los respectivos Sistemas de Salud Previsional y/o Seguros del Beneficiario.

4. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE, PAGADOR Y BENEFICIARIO.

Son obligaciones individuales del Contratante y Beneficiario el dar estricto cumplimiento a las disposiciones de este Contrato y, en especial, las siguientes:

Obligaciones del Contratante:

- 4.1. Contestar y/o declarar verazmente y sin omisiones todas las consultas e información requerida en el Formulario de Contratación tanto para el Titular como para cada uno de los Beneficiarios. En caso de detectarse falsedades en tales respuestas, declaraciones y/o antecedentes entregados, El Prestador podrá rechazar el otorgamiento de todo beneficio y/o prestaciones adheridas a beneficios por el Contrato, junto con ponerle término inmediato e ipso facto al mismo, sin necesidad de previa declaración judicial, arbitral o de otra clase.
- 4.2. Indicar de forma clara y precisa su correo electrónico vigente con el objeto de asegurar la entrega de la información de la clínica, y para recibir oportunamente las comunicaciones remitidas. Es responsabilidad del Contratante revisar su correo electrónico, incluidas su bandeja de spam y de correos no deseados, con tal de asegurar la recepción de la información. Se presumirá como enviada al correo personal señalado en el formulario de contratación.

Obligaciones de los Beneficiarios:

- 4.3. Cumplir con los tratamientos prescritos por el Médico tratante o indicados por cualquier profesional médico de **Grupo Cruz Nacional**, además de otras indicaciones médicas que sean dispuestas para su propio beneficio, incluyendo asistir a controles y chequeos médicos cuando corresponda.
- 4.4. Cumplir con las exigencias establecidas por el Prestador para garantizar el pago de las atenciones otorgadas en cada Establecimiento.
- 4.5. Es obligación del Beneficiario, gestionar previamente a la aplicación de los beneficios del Plan de Salud, la bonificación de las distintas capas previsionales y de seguros que posea.
- 4.6. Es obligación del Beneficiario entregar al Prestador toda la información que este requiera para la correcta evaluación de los diagnósticos y valoración de los beneficios reclamados.
- 4.7. Es obligación del Beneficiario informar su previsión al momento de Atención.

5. OBLIGACIONES DEL PRESTADOR.

El Prestador se obliga a entregar todos los beneficios y/o prestaciones acordadas en el Contrato y Anexos, a partir de la fecha de inicio de su vigencia, desde suscrito el contrato.

Las prestaciones se entregarán solo durante los días y horarios en que Clínica Cruz Nacional permanezca abierto para atención a pacientes. Del mismo modo y conforme a los anexos el presente Plan no comprende prestaciones no contempladas o no prestadas en los Establecimientos del Prestador.

6. RESTRICCIONES Y CONDICIONES ESPECIALES DE OTORGAMIENTO DE BENEFICIOS.

Este Contrato sólo aplica respecto de atenciones médicas de urgencia ambulatoria otorgadas en los Establecimientos de Clínica Cruz Nacional y solo en los horarios en que se encuentre prestando atención. Por ende, no reembolsa ni cubre gastos que se hayan realizado efectuado fuera de tales recintos, ni de la derivación o traslados de a la clínica.

El Prestador no asumirá ni otorgará beneficio o prestación médica alguna, ni podrá verse obligado a efectuar ningún tipo de devolución, respecto de aquellos gastos que se originen y que hubiesen sido realizados o practicados en hospitales, clínicas, fundaciones, ambulancias, traslados y en general cualquier tipo de centro asistencial que no sean los Establecimientos Prestadores.

Tampoco estarán adheridos al beneficio aquellos gastos que se originen producto de atenciones, consultas y/o procedimientos realizados fuera de los Establecimientos Prestadores o boletas que no hayan sido emitidas por alguno de los Establecimientos Prestadores, aun cuando se trate de médicos pertenecientes al staff del Prestador directa o indirectamente.

Finalmente, es requisito esencial para optar a los beneficios otorgados por este Convenio, el encontrarse al día en los pagos del mismo.

Imposibilidad de otorgamiento de Prestaciones médicas por Grupo Cruz Nacional:

- 6.1. Ante la imposibilidad del Prestador, por cualquier motivo o causal, de prestar alguno de los servicios o beneficios que usualmente otorga en sus Establecimientos Prestadores y que estén contemplados en el presente contrato dentro de tales Establecimientos, la Dirección Médica de **Grupo Cruz Nacional**, podrá autorizar el traslado del paciente a otro centro asistencial que se encuentre dentro de la Región Metropolitana, previa orden del médico tratante de **Grupo Cruz Nacional**, para que se realice la prestación medica que no se pudo otorgar en **Grupo Cruz Nacional**. Siendo siempre la primera opción derivar entre las distintas sucursales de Clínica Cruz Nacional.

Ante la imposibilidad del Prestador, por cualquier motivo o causal, de prestar alguno de los servicios o beneficios que usualmente NO otorga en sus Establecimientos Prestadores y que NO estén contemplados en el presente contrato dentro de tales Establecimientos, el paciente será derivado a otro centro asistencial. En este caso el Prestador, no asumirá ni podrá verse obligado a efectuar ningún tipo de devolución, respecto de aquellos gastos que se originen y que hubiesen sido realizados o practicados en hospitales, clínicas, fundaciones, ambulancias, traslados, y en general cualquier tipo de centro asistencial o asistencia que no sean los Establecimientos Prestadores, por cuanto tratarse de prestaciones no comprendidas en el presente Plan y que el Prestador no otorga en sus establecimientos.

En caso de que el Prestador presente insuficiencia transitoria, esto es, en los casos que, por falta de

profesionales o medios, se encuentre imposibilitada temporalmente de realizar alguna de las prestaciones que forman parte de este Convenio, no se otorgará cobertura ni estará obligada a efectuar una derivación a otros establecimientos. Esta situación corresponde a casos como: huelgas, terremotos, desastres naturales, incendios, incapacidad Clínica por no contar con cupo disponible, o personal médico.

7. VALORIZACIÓN Y PAGO DE LAS PRESTACIONES Y/O BENEFICIOS.

- 7.1 Valorización de las Prestaciones y/o Beneficios:** Para efectos de determinar el monto de los beneficios y/o descuentos que se otorguen en virtud de este Contrato y monto máximo si llegase a aplicar, se establece que éstos se calcularán según los aranceles convenidos por el Prestador de acuerdo con el Sistema Previsional de Salud del Beneficiario, vigentes al momento de requerirse los beneficios. De la misma forma se valorizarán los honorarios médicos. Para el caso que se realicen prestaciones que no se encuentren en convenio entre la clínica y el Sistema Previsional de salud del Beneficiario o este no cuente con el mismo, estas prestaciones se valorizaran de acuerdo al arancel hábil e inhábil vigente a la fecha de realizarla en la Sucursal de la Clínica en la cual se estuviera realizando, teniendo diferente beneficio al tener financiador en convenio o no. Respecto de los beneficios del Plan, éstos se obtendrán descontando la bonificación del Sistema Previsional, seguros complementarios, otras coberturas de salud y descuentos que posea el beneficiario, al valor de las prestaciones antes mencionado.
- 7.2 Aplicación de los beneficios:** Para el caso de prestaciones ambulatorias, los beneficios se aplicarán en línea a través del sistema automático de reembolso de prestaciones (IMED) u otro sistema que esté disponible en el momento otorgando de forma inmediata el beneficio, disminuyendo o eliminando el copago resultante dependiendo de la cobertura o a través de plataformas internas de la clínica. En caso de que no esté disponible o habilitado el sistema automático de reembolso de prestaciones (IMED) u otro sistema que esté disponible en el momento, el paciente deberá pagar el 100% del valor de las prestaciones, para posteriormente reembolsar en su Sistema de Salud Previsional y seguros complementarios, si tuviere y luego solicitar al Prestador la devolución del monto correspondiente. En el caso que el beneficiario haya respaldado el copago al prestador con documentos a fecha, la devolución solo se materializará una vez que el prestador haya cobrado la totalidad del monto correspondiente al copago.

La solicitud de reembolso deberá hacerse dentro de los 60 días siguientes a la fecha en que se realizaron las prestaciones, debiendo el Beneficiario hacer previamente uso de su sistema previsional de salud y seguro complementario, si tuviere estos. La no presentación de la solicitud de reembolso dentro de dicho plazo dará derecho al prestador a rechazar la solicitud de reembolso.

La solicitud de reembolso de copago, para prestaciones ambulatorias se podrá hacer de forma remota a través de correo electrónico. En este caso, el Beneficiario deberá enviar el número de ficha de atención de Urgencia, los bonos emitidos de la urgencia en Clínica Cruz Nacional, donde salga explícitamente el tratamiento otorgado con motivo de su urgencia al email contacto@cruznacional.cl para tener derecho a la devolución o a la contabilización del gasto como deducible, según corresponda. El Prestador se reserva el derecho de solicitar antecedentes adicionales que permitan la mejor evaluación del caso. La documentación requerida debe ser entregada en un plazo máximo de 60 días contados desde la petición del prestador. La negativa u omisión a lo requerido, faculta al

prestador para dar por concluida la petición de devolución o beneficios del episodio médico.

Es obligación del Beneficiario utilizar todas sus capas de productos de salud, incluyendo previsión y todos los seguros, previo a la aplicación de los beneficios del **Plan Grupo Cruz Nacional**.

La devolución del copago se realizará en un plazo máximo de 10 días hábiles, mediante transferencia bancaria a la cuenta corriente del titular. En caso de que el Beneficiario sea menor de edad la devolución será realizada al titular del Plan de Salud.

7.3 Prestaciones no adheridas al Plan de Salud:

En caso de que se realicen prestaciones que no estén adheridas en este plan, o que no tengan que ver con el motivo de la consulta de urgencia estas deberán pagarse en su totalidad sin contar con el beneficio de este plan.

8. VIGENCIA DEL CONTRATO.

El presente convenio tendrá vigencia de 12 meses. El cual se renovará automáticamente por períodos iguales y sucesivos de 12 meses cada uno, salvo que alguna de las partes avise a la otra de su intención de no renovar el Convenio conforme a los mecanismos de notificación acordados en el presente instrumento, despachada a lo menos con 30 días de anticipación a la fecha de término de la vigencia.

El Contratante declara que reconoce, entiende y acepta que la renovación en los mismos términos originales no está garantizada. Grupo Cruz Nacional S.A y sus filiales, podrán y estarán facultados para revisar los términos del Convenio, pudiendo establecer y/o fijar nuevas condiciones y precios, previa notificación por correo electrónico al Contratante con una anticipación de, a lo menos, 30 días a la fecha de la renovación. En caso de que el Contratante Titular no manifieste su intención de no renovar el Convenio conforme a los mecanismos de notificación acordados en el presente instrumento, ni su inconformidad con las nuevas condiciones y precios dentro de los plazos señalados, se entenderá que acepta la(s) modificación(es) propuesta(s) y de tal modo el Convenio se entenderá renovado por un nuevo periodo, en conformidad con dichas condiciones.

9. TÉRMINO ANTICIPADO Y CADUCIDAD DEL CONTRATO.

El Contratante podrá poner término al contrato dando aviso por correo al siguiente destino: contacto@cruznacional.cl, con a los menos 30 días de anticipación a la fecha de término. No obstante, en caso de termino anticipado, el Prestador devolverá en un plazo de 30 días hábiles el monto proporcional por lo pagado por el Convenio.

Asimismo, el Prestador está facultado para poner término anticipado al contrato dando aviso por escrito, a la cuenta de correo electrónico del titular de la cuenta con 30 días de anticipación a la fecha en que desee hacerse efectivo el término. En el Plan de Salud Mensual, podrá retener todas las cuotas o pagos que se hayan realizado. Y En el Plan de Salud Anual, devolverá en un plazo de 30 días hábiles el monto proporcional por lo pagado por el Convenio.

El presente Contrato caducará automáticamente, sin necesidad de aviso previo, en los siguientes casos:

1. Si el Contratante y/o Beneficiario proporciona a El Prestador cualquier tipo de información que pueda ser catalogada como falsa o incompleta.
2. En caso de que el contratante o alguna de sus cargas viole reglamentos o disposiciones internas de los centros prestadores, artículos contenidos en ley de derechos y deberes de los pacientes o reglamentaciones establecidas por la autoridad sanitaria competente.
3. Por el mal uso de este Plan por parte del Beneficiario o alguna de sus cargas (es, decir, utilizar el Plan de Salud para fines distintos a los regulados en el mismo).
4. Suplantación de identidad del Beneficiario o las cargas, en cuyo caso este no tendrá derecho a devolución de suma de dinero alguna pagada al Prestador.
5. El no pago en tiempo y forma de las mensualidades o cuotas del Plan de Salud, faculta a Grupo Cruz Nacional al corte del convenio una vez transcurridos 10 días hábiles de cumplida la fecha de vencimiento del plazo establecido para su pago, sin que se haya verificado el mismo.
6. Sin perjuicio de lo anterior, para el caso que durante el tiempo de vigencia del contrato, por caso fortuito o fuerza mayor o bien ocurra un evento, cambio, hecho o circunstancia que se estime razonablemente pueda resultar o causar un cambio adverso significativo en el patrimonio y a economía, riesgo país, que pudieren hacer aconsejable al Prestador no perseverar en el contrato por verse forzado al cierre de las clínicas en las que se prestan estos beneficios, el Prestador estará facultado a poner término anticipado al presente Plan, debiendo restituir a quién lo contrató y pagó, el monto pagado por este Plan, en la proporción a los días y meses no cubiertos por el Plan, pudiendo retener la parte proporcional al plazo por el cual si estuvo vigente el Plan.
7. Asimismo, el Prestador se reserva el derecho de rechazar la inclusión en futuros Planes de Salud a quienes hayan hecho mal uso del Plan de Salud, sin perjuicio de ejercer las acciones legales correspondientes.

10. MODIFICACIONES DEL CONTRATO.

El contratante, en caso de que desee optar a un nuevo Plan de Salud y tarifario dentro de los que se encuentren disponibles en los Planes de Salud, podrá solicitar a Grupo Cruz Nacional, la modificación del presente contrato. Para tales efectos, el Titular deberá manifestar expresamente su voluntad de modificar el contrato, seleccionando el nuevo plan al que accederá, además de las condiciones asociadas al mismo. Dicha expresión de voluntad deberá ser manifestada hacia el Call Center y por correo electrónico a contacto@cruznacional.cl. La manifestación de voluntad expresada por cualquiera de estas formas dará origen a un Anexo de modificación del presente contrato, el que, una vez suscrito por Grupo Cruz Nacional, formará parte integrante de este contrato para todos los efectos legales. Entrando en vigencia dentro de 10 días hábiles de haber sido manifestada la voluntad.

11. AUSENCIA DE RESPONSABILIDAD MÉDICA PARA EL PRESTADOR.

El presente Contrato dice relación e implica responsabilidades para el Prestador exclusivamente en lo que tiene que ver con el otorgamiento de los beneficios y prestaciones. Por consiguiente, de forma alguna la celebración de este Contrato hace responsable al Prestador de la calidad de la atención médica ni tampoco del resultado de cada uno de los tratamientos que correspondan, los que serán de exclusiva responsabilidad de los respectivos Médicos y demás profesionales tratantes

en cada caso, conforme a la Lex Artis.

12. RESPONSABILIDAD DEL TITULAR Y BENEFICIARIO FRENTE AL TRATAMIENTO MÉDICO.

El Titular y/o el Beneficiario que reciba los tratamientos médicos cubiertos por el Plan de Salud, será el exclusivo responsable de cumplir con sus deberes como paciente, entre los cuales y por vía meramente ejemplar, se encuentra el dar cumplimiento a los tratamientos prescritos e indicaciones médicas, asistir a controles y chequeos médicos respectivos, todo lo anterior sin responsabilidad alguna para Grupo Cruz Nacional.

13. AUTORIZACIONES PARA RECABAR INFORMACION Y DATOS PERSONALES.

En virtud de la sola incorporación de cualquier persona en calidad de Beneficiario del presente Convenio, se entiende que éste, conforme a lo dispuesto en la Ley Nº 19.628 sobre Protección de la Vida Privada y Ley Nº 20.584, sobre Derechos y Deberes de los Pacientes, en lo referente al acceso y uso de datos personales y datos sensibles, otorgan expreso mandato y/o autorizan expresamente al área de Planes de Salud de **Grupo Cruz Nacional** y demás personas aludidas, para acceder a todos los antecedentes clínicos necesarios, que se encuentren a disposición del mismo Prestador de sus entidades relacionadas, con el objeto de evaluar la procedencia de cobertura y descuentos respecto de cada episodio y/o prestación de salud según corresponda.

14. REQUISITOS PARA SER INCORPORADOS COMO BENEFICIARIOS AL PLAN URGENCIA AMBULATORIA CLINICA CRUZ NACIONAL.

Podrán ser incorporados como Beneficiarios: cualquier persona, siempre y cuando cumpla lo siguiente:

Edad mínima de ingreso: 1 año cronológico.

15. TRASPASO DE DERECHOS.

Se prohíbe ceder o traspasar los derechos del presente contrato, sin la aprobación previa por escrito de Grupo Cruz Nacional S.A.

16. CESION.

El Prestador podrá ceder libremente sus derechos y obligaciones conforme a este Contrato a cualquier persona que forme parte del Grupo del Cliente, sin necesidad de autorización del Contratante. El Prestador tendrá únicamente la capacidad de poder ceder el presente Contrato entre sus sociedades, franquiciados y filiales.

17. FORMACIÓN DEL CONSENTIMIENTO.

El Contratante declara, admite y acuerda que, al haber suscrito y enviado el Formulario de Contratación a través de los mecanismos habilitados para estos efectos, ha formado el

consentimiento la confirmación, validación y aceptación por parte del Prestador de lo declarado en el Formulario de Contratación.

De igual forma reconoce y declara haber tenido en forma previa a la contratación, un acceso claro, comprensible e inequívoco de las condiciones del mismo, junto con haber recibido copia física o digital y/o tenido la posibilidad de descargar el Contrato en el sitio web habilitado para estos efectos por El Prestador.

18. NOTIFICACIONES Y COMUNICACIONES.

Las notificaciones, avisos y correspondencia del Prestador al Contratante se harán o despacharán exclusivamente por vía electrónica, al correo electrónico señalado en el Formulario de Contratación Electrónico.

19. SOLUCIÓN DE CONFLICTOS.

Toda dificultad que se produzca entre las partes en relación a la validez, nulidad, interpretación, ejecución o cumplimiento de alguna de las cláusulas de este Contrato, será resuelta por un mediador o amigable componedor, designado de común acuerdo. Si no hubiere solución amistosa, cualquier dificultad o controversia que se produzca entre los contratantes respecto de la aplicación, interpretación, duración, validez o ejecución de este contrato o cualquier otro motivo será sometida a arbitraje, conforme al Reglamento Procesal de Arbitraje del Centro de Arbitraje y Mediación de Santiago, vigente al momento de solicitarlo.

Las partes confieren poder especial irrevocable a la Cámara de Comercio de Santiago A.G., para que, a petición escrita de cualquiera de ellas, designe a un árbitro mixto de entre los integrantes del cuerpo arbitral del Centro de Arbitraje y Mediación de Santiago.

En contra de las resoluciones del arbitrador no procederá recurso alguno, renunciando las partes expresamente a ellos. El árbitro queda especialmente facultado para resolver todo asunto relacionado con su competencia y/o jurisdicción.

20. DOMICILIO.

Para todos los efectos legales, las partes fijan domicilio en la ciudad y comuna de Santiago.

21. ANEXO.

Este Contrato de Prestación de Servicios Médicos del Plan Grupo Cruz Nacional URGENCIA AMBULATORIA, tiene, Anexo N°1, el cual es parte integrante del mismo para todos los efectos

1. Anexo número uno: "PLAN DE URGENCIA AMBULATORIA"

1. ANEXO N°1 - PLAN DE URGENCIA AMBULATORIA

El presente Anexo es parte integrante del Contrato de Prestación de Servicios Médicos del Plan Grupo Cruz Nacional Urgencia Ambulatoria.

1. Beneficios del Plan de Salud.

Servicio	Beneficio	Prestaciones adheridas de Urgencia
Urgencia Ambulatoria	<ul style="list-style-type: none">▪ Particular y Fonasa Letra A: Copago Máximo de 3 UF por atención de Urgencia▪ ISAPRES en Convenio & Fonasa Letras B, C o D: Copago Máximo de 2 UF por atención de Urgencia	Consulta urgencia, imágenes de urgencia, procedimientos, laboratorio, insumos y medicamentos realizados en la Urgencia de Clínica Cruz Nacional.

2. Copagos Máximos por Atención de Urgencia.

- **Financiador Particular y Fonasa Letra A:** Copago máximo de 3 UF
- **Financiador Fonasa Letras B, C o D, y ISAPRES en Convenio con el Prestador:** Copago máximo de 2 UF

Los pacientes Beneficiarios de ISAPRES que no cuentan con convenio vigente con El Prestador serán considerados como Particulares, teniendo que pagar un copago máximo de 3 UF (2.a).

En caso de que Fonasa hiciera alguna modificación en sus letras, de sus bonificaciones de las prestaciones en convenio o de no continuar con el modelo de venta de bonos a través de libre elección (MLE) el paciente será considerado como Particular, teniendo este que pagar un copago máximo de 3 UF.

En caso de que la ISAPRE no continuara vendiendo bonos de las prestaciones actuales en convenio será considerado el paciente como particular, teniendo este que pagar un copago máximo de 3 UF.

Si el sistema IMED no se encuentra operativo por hechos ajenos al Prestador al momento de la atención, el paciente será considerado de forma Particular, teniendo este que pagar un copago máximo de 3 UF, se dará la opción de una vez vuelva el sistema el paciente pueda reembolsar en la misma clínica sus 2 UF.

Se entiende por copago, la diferencia entre la cobertura del (Sistema de Salud + Seguros + Seguros Complementarios + Otros Convenios que tengan con la Clínica), y el valor de la prestación que corresponda a cada paciente según el convenio la previsión con el Prestador. Todo consumo de

prestaciones, debe tener relación al motivo de consulta. NO aplica para realización de exámenes de screening, medicina preventiva o chequeos de salud. El beneficio es solo para las prestaciones que tiene Cruz Nacional disponibles en el momento de la consulta del paciente.

El Copago máximo dependerá de si cuenta Financiador, y de si está en convenio (2.b) 2 UF y de no estar en convenio o de no contar con Financiador (2.a) 3 UF, por persona y por cada oportunidad en el que se concurre a la urgencia, es decir corresponda al valor máximo a pagar por las prestaciones de urgencia convenidas en este contrato por cada oportunidad que algún beneficiario haga admisión en Clínica Cruz Nacional y haga uso del mismo convenio.

Condiciones de atención médica.

Para requerir la atención médica de El Prestador en virtud de este Convenio, el beneficiario afectado deberá presentarse en cualquier clínica de **Grupo Cruz Nacional** donde recibirá los servicios médicos que corresponda. Los menores de edad deberán presentarse acompañados de sus padres, tutores legales o de la persona mayor de edad, a cuyo cuidado se encuentre el menor, quien adicionalmente deberá tener plena capacidad para obligarse y suscribir los documentos que sean necesarios en orden a que El Prestador pueda proveer al menor de la atención médica necesaria, los que, en este último caso, deberán ser ratificados por tales personas.

El paciente o su acompañante deberán informar, al ingreso al Servicio de Urgencia ambulatoria, su condición de beneficiario al presente Convenio, El Prestador exigirá al paciente que acredite su condición de beneficiario mediante la exhibición de la correspondiente cédula de identidad. En caso de que el paciente no pueda acreditar su calidad de Beneficiario, deberá pagar el valor íntegro de los servicios prestados. El mal uso del presente Convenio producirá la caducidad inmediata de los beneficios del mismo.

Prestaciones otorgadas por Clínica Cruz Nacional

Las prestaciones consideradas dentro del plan de urgencia ambulatoria de clínica cruz nacional motivo de este contrato son aquellas que se encuentren contenidos en el libro de aranceles disponible para público en salas de espera de las clínicas. Los Beneficios sobre ellas se otorgarán solo al ser indicadas por un médico de clínica de cruz nacional con relación directa al motivo de consulta de urgencia actual del paciente. Dichas indicaciones no aplicaran para patologías crónicas.

Clínica Cruz Nacional no se hace responsable de quiebre de stock momentáneo declarados por prestadores de insumos.

3. Precio.

El precio del presente Contrato será aquel que, en virtud de las condiciones aceptadas por el Contratante, sea ofrecido por Grupo Cruz Nacional para su Plan de Salud Grupo Cruz Nacional AMBULATORIO Y URGENCIAS.

Cuota de Incorporación.

La cuota de incorporación se cobra por una única vez en cada plan de Salud.

Cuota de Incorporación¹	0,067 UF
---	-----------------

Cuota de Incorporación.

Precio¹ – Plan de Salud con pago Anual por Beneficiario Titular a través de Plataforma Digital

Plan Individual	0,1 UF
Plan Familiar (Hasta 4 personas)	0,17 UF
Plan Gran Familiar (Hasta 8 personas)	0,27 UF

Precio¹ – Plan de Salud con pago Anual por Beneficiario Titular a través de Plataforma Digital

Plan Individual	1,00 UF
Plan Familiar (Hasta 4 personas)	1,53 UF
Plan Gran Familiar (Hasta 8 personas)	2,17 UF

Precio – Plan de Salud con pago Anual por Beneficiario Titular con pago presencial en sucursal

Plan Individual	\$38.000
Plan Familiar (Hasta 4 personas)	\$58.000
Plan Gran Familiar (Hasta 8 personas)	\$82.000

¹Valor al momento de la UF del día de cada cobro.

4. Eventos.

- El Contrato no tiene límite máximo de eventos durante la vigencia.

5. Recaudación.

El precio de los servicios contratados puede ser pagado de las siguientes formas:

- PREPAGO: El pago puede pactarse por periodos determinados por el Prestador en el momento de venta del plan. Pudiendo ser pagado mediante los siguientes medios de pago: tarjeta de crédito, tarjeta de débito, o efectivo.
- ONE CLICK – VENTI – Otras Plataformas digitales (pago recurrente): forma de pago mediante el cual, el socio ingresa los datos que individualizan su tarjeta de crédito y débito al sistema de Transbank y Cruz Nacional solicita los descuentos mensuales y automáticos de forma indefinida o hasta que el socio decida eliminar del sistema los datos de su tarjeta o dar de baja el servicio.

6. Cargas.

- El ingreso de las cargas se hará en el formulario al solicitar la contratación del Plan de Salud. De requerir agregar alguna carga, se deberá contactar con nuestra Unidad de Servicio al Cliente al teléfono 22 412 5850 o al correo electrónico contacto@cruznacional.cl.
- La activación de las cargas ingresadas de manera posterior, tendrá un plazo de 3 días hábiles correspondiente al plan de salud adquirido

6. Exclusiones.

La prestación de los servicios médicos de este convenio comprende patologías que sean consecuencia directa de lesiones de origen traumático y no traumático de acuerdo con lo señalado en el siguiente listado.

Quedan excluidas expresamente de este Convenio las siguientes prestaciones:

- Las hospitalizaciones
- Los beneficios del presente convenio no aplican a derivación ni traslado a otros centros asistenciales.
- Atenciones domiciliarias.
- Cirugía o procedimientos plásticos con fines estéticos.
- El agravamiento de lesiones y enfermedades preexistentes y/o secuelas que se deriven de traumatismos anteriores al período de vigencia de este Convenio.
- Gastos en prótesis, ortesis, muletas, sillas de ruedas, audífonos, lentes y otros dispositivos audiovisuales, como tampoco su reposición o reparación y la atención médica de lesiones derivadas de su uso.
- Adquisición o arriendo de silla de ruedas, camas médicas, ventiladores mecánicos, u otros similares.
- Atención particular de enfermería.
- Tratamientos psiquiátricos y psicológicos en general.

- Urgencias dentales.
- Gastos de comunicación como llamadas de larga distancia y a teléfonos celulares.
- Solicitud de segundas consultas con especialistas, en el caso de requerirlas, serán de costo exclusivamente de los pacientes.
- Gastos del acompañante
- Prestaciones o consultas que no tengan relación con el cuadro de urgencia por el cual se hizo la atención del evento
- No incluye exámenes generales de screening, exámenes preventivos o chequeos completos
- No incluye vacunas
- No incluye ortesis
- Los beneficios del convenio no son acumulables con otras promociones y/o descuentos
- Prestaciones que no realice Clínica Cruz Nacional

En caso de que se determine que la atención se encuentre excluida de los beneficios del Convenio, por alguna de las razones antes indicadas, deberá el propio paciente, terceros o familiares hacerse responsables del pago de las prestaciones médicas otorgadas a consecuencia de alguna de las circunstancias descritas precedentemente, garantizando tales pagos debidamente.

Los siguientes cuadros deben ser estudiados y manejados en centros de alta complejidad, por lo cual en caso de ser detectadas durante una consulta en clínica cruz nacional están serán derivada al lugar indicado.

Urgencias de alta complejidad como:

- Sospecha de síndrome coronario agudo, ataque cardíaco o cerebral, respiración dificultosa, ingestión de venenos o sobredosis, trauma o quemaduras mayores, fracturas con exposición de huesos; TEC, convulsiones, sangrado Incontrolable, complicaciones en el embarazo, consulta gineco obstétrica, menores de dos años con fiebre persistente y todos los menores de 3 meses.
- Ante la eventualidad de una emergencia con riesgo vital (Incluye cuadros que puedan generar secuelas funcionales graves) o que requieran hospitalización, el paciente será derivado a un centro de alta complejidad.
- Ante la sospecha de patología que requiera cirugía, procedimientos complejos u hospitalización el paciente será derivado a otro centro asistencial.