INDISA
CLINICA DE FAMILIA

CONDICIONES PARTICULARES
CONVENIO ACCIDENTES INDISA

Clínica INDISA domiciliada en Av. Santa María 1810, Providencia, Santiago de Chile, en adelante la "Clínica", se compromete a otorgar cobertura en sus dependencias, con los profesionales médicos que para cada caso se designe en los servicios de urgencia, ambulatoria y hospitalaria, de acuerdo con los montos máximos, plazos y demás condiciones que se indican en las cláusulas particulares del presente convenio. Tendrán acceso a las coberturas todas las personas que se encuentren con inscripción vigente y debidamente incorporados al Convenio de Accidentes INDI, en adelante serán denominados "Beneficiarios".

PRIMERO: Definición

Se entiende por accidente todo suceso involuntario, imprevisto, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento, que afecte el organismo del Beneficiario ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles y también los casos de lesiones internas reveladas por los exámenes correspondientes.

Para los efectos de este convenio sólo se incluirán las prestaciones médicas que tengan por objeto la atención de las lesiones antes señaladas, que se generen en un plazo máximo de un año calendario a contar de la fecha del accidente y/o hasta el tope máximo de cobertura contratada (primera condición que se cumpla).

SEGUNDO: Lugar de Atención

Para requerir atención bajo este convenio, el Beneficiario deberá presentarse en cualquiera de los dos Servicios de Urgencias de la Clínica; ubicado en Av. Santa María 1810 de la comuna de Providencia, o Av. Américo Vespucio 1077, Comuna de Maipú, durante las 24 horas los 365 días del año.

TERCERO: Beneficiarios

Podrán afiliarse al Convenio Accidentes INDISA, con previa aceptación por parte de la Clínica y ser considerados Beneficiarios de este, todas las personas desde recién nacidos hasta los 64 años y 364 días de edad que sean afiliados a alguna ISAPRE, FONASA (B, C o D). o DIPRECA y que mantengan su afiliación con su respectiva institución de Salud (ISAPRE o FONASA) que otorgue cobertura en la Clínica, durante toda la vigencia de este Convenio.

CUARTO: Identificación del Beneficiario

Para requerir atención en la Clínica, el Beneficiario deberá identificarse con su Cédula de Identidad, figurar inscrito y vigente en la nómina o base de datos que se encuentre en poder de la Clínica y haber pagado la prima correspondiente. En caso de que no pueda acreditar la calidad de Beneficiario del presente Convenio al momento de la atención, la Clínica procederá a cobrar el valor total de los servicios prestados al paciente, dependiendo de la cobertura previsional de salud que posea.

Los menores de 18 de años deberán ser acompañados por uno de sus padres, por una persona adulta o por un responsable de la Institución a la que pertenece. La Clínica queda automáticamente autorizada para proceder a la atención del Beneficiario cuando éste venga acompañado de una de las personas antes señaladas y cumpla con

los requisitos anteriormente mencionados. En caso de intervenciones mayores, la Clínica solicitará la autorización de uno de los padres o apoderados legales. Sin embargo, si corriera peligro un órgano o la vida del paciente, se procederá de inmediato, con la autorización del médico residente de turno, a realizar todos los procedimientos o las maniobras necesarias para estabilizar y/o superar el riesgo de vida del paciente.

QUINTO: Cobertura

El presente convenio cubre los accidentes que ocurran exclusivamente dentro del territorio nacional, durante las 24 horas del día y por todo el período de vigencia del mismo. La vigencia del convenio estará estipulada en el formulario de suscripción. Para los efectos del convenio, se entenderá siempre que la Cobertura será aplicable sólo a los copagos, es decir, sobre aquella parte no cubierta por su sistema de salud y otros seguros.

Nuevos Beneficiarios: Este convenio comienza a regir una vez transcurridos 10 días desde la fecha de su suscripción. En caso de sufrir algún accidente en el periodo antes indicado, el Beneficiario no tendrá cobertura por el mismo.

Renovación: Se entenderá que existe continuidad sólo si el presente convenio es suscrito con una demora de hasta 5 días corridos desde el vencimiento de otro vigente celebrado con esta Institución.

Recién Nacidos en la Clínica, Todos los recién nacidos en la Clínica podrán acceder gratuitamente a este convenio hasta el año de vida, el cual deberá ser activado presentando el certificado de nacimiento en un plazo que no podrá exceder los 30 días corridos, contados desde el día del nacimiento.

SEXTO: Prestaciones

En relación con los accidentes cubiertos bajo este Convenio, se otorgará cobertura a las prestaciones que se indican a continuación siempre y cuando haya hecho ingreso al servicio de urgencias en un plazo no mayor a las 48 horas de ocurrido el accidente:

- Fracturas, esguince, torceduras, golpes.
- Picaduras de insecto/mordeduras de araña (incluye la de rincón).
- Quemaduras, todas excepto las solares.
- Asfixia por inmersión.
- Cuerpo extraño en ojos, nariz, boca y oídos.
- Intoxicaciones por monóxido de carbono, ingesta de medicamentos o productos químicos (solo en menores de 10 años).
- Mordeduras/rasguños de animal.
- Accidentes en general.
- Traumatismos dentales (solo aplica a piezas dentales sin preexistencias)

También se otorgará cobertura a todas aquellas prestaciones que deriven del accidente como son:

- Consulta de control ambulatoria con médico especialista (de acuerdo con el tipo de accidente).
- exámenes de laboratorio clínico y de imagen necesarios para los controles.
- Rehabilitación kinesiológica (máximo 10 sesiones en servicio kinesiológico anuales)

- Ortesis, cabestrillos, inmovilizadores (*)
- Hospitalización, Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Unidad de Cuidados Intermedios (UTI), Pabellones. (**),(***)
- Honorarios médicos.

*Solo considera los entregados en servicio de urgencia y hospitalizado, excluye aparatos ambulatorios.
**También serán de cargo de la Clínica los insumos y medicamentos que el Beneficiario requiera en las atenciones de Hospitalización, Servicio de urgencia y/o procedimientos que sea necesario realizar al Beneficiario en la Clínica.
***El Beneficiario que requiera hospitalización, producto de un evento traumático, deberá confirmar siempre por cobertura y vigencia en el Departamento de Convenios, previo a la hospitalización. En caso de ser hospitalizado de urgencia, tendrá un máximo de 48 horas para consultar y validar cobertura o el primer día hábil después del evento a través de un familiar o quien lo represente.
En caso de exceder el valor de las coberturas contratadas, será responsabilidad del beneficiario, sus padres o apoderados el pago directo del monto no cubierto a la Clínica.

SEPTIMO: Monto de Cobertura
El monto de cobertura del convenio accidente será de $24.000.000 (veinticuatro millones de pesos) por evento.

OCTAVO: Uso del Convenio
Primera Atención:
En casos de accidentes ocurridos en la Región Metropolitana, el Beneficiario deberá presentarse en el Servicio de Urgencia de la Clínica, dentro de las primeras 48 horas de ocurrido el accidente, donde será atendido o derivado al Departamento o Unidad que corresponda según su Diagnóstico.

Hospitalización a causa de un Accidente:
La hospitalización que otorgará la Clínica en los casos de accidente será en el tipo de habitación que la Clínica disponga. Los trámites generados por la hospitalización del Beneficiario serán efectuados por un familiar responsable dentro de los plazos indicados por la Clínica.
Para los Beneficiarios hospitalizados a causa de un accidente, menores de 15 años, durante la noche podrán ser acompañados por uno de los padres, cubriendo el Convenio la pernoctación del acompañante y gastos de éste por concepto de alimentos por lo días de hospitalización que requiera el Beneficiario (Los gastos de alimentación que otorgará la Clínica son: Desayuno, almuerzo y cena; cualquier otro requerimiento adicional realizado por el acompañante serán considerados y cobrados en la facturación final).
El hecho de encontrarse acreditada la calidad de Beneficiarios de quien requiera alguna de las coberturas amparadas por el presente convenio, no excluye a los Beneficiarios de éste o a sus familiares, de las obligaciones establecidas por la Clínica para el ingreso a Hospitalización de cualquier paciente. Cualquiera de los antes mencionados será responsable en dejar documento en garantía por las prestaciones que se otorguen mientras se realiza el tramite previsional y/o seguros complementarios. Lo anterior a juicio exclusivo de la Clínica.
Ante el incumplimiento en la cancelación de la cuenta por hospitalización mediante el uso de Sistema Previsional por parte del Beneficiario, la Clínica enviará comunicación escrita informando de la deuda al Beneficiario o contratante del Convenio, la que debe ser resuelta en un plazo máximo de 10 días. La Clínica se reserva el derecho de hacer uso del documento en garantía y suspender al Beneficiario del Convenio.

INDISA
CLINICA DE FAMILIA

CONDICIONES PARTICULARES
CONVENIO ACCIDENTES INDISA

Accidente de Tránsito

En caso de accidente de tránsito, el Beneficiario o quien lo represente deberá dar cuenta a Carabineros de modo que quede registrado el accidente en un parte policial. Además, deberá acudir de inmediato al Servicio de Urgencia de la Clínica a fin de constatar lesiones.

Se deja expresa constancia que es condición esencial para el otorgamiento de la cobertura del presente convenio, la entrega de una copia de la constancia o parte policial a la Clínica, en el que se registra el accidente y sus circunstancias.

De no cumplirse con lo anterior, la Clínica quedará habilitada para suspender de inmediato las prestaciones o beneficios del convenio, procediendo al cobro de aquellas efectuadas, sin responsabilidad posterior para la Clínica.

Atención en otros Centros

Si la Clínica por cualquier razón NO tuviese disponibilidad de camas, el beneficiario deberá ser trasladado a otro centro asistencial. En este caso será la Clínica quien gestione y decida la derivación. El beneficiario o responsable de la cuenta, cancelará ésta de acuerdo con su previsión y seguros complementarios si los tuviese, solicitando reembolso de lo no cubierto de acuerdo con la cláusula decimoprimera. En este caso la cuenta será bonificada de acuerdo con el arancel INDISA.

En caso de accidentes con riesgo vital dentro de la Región Metropolitana el Beneficiario será trasladado al servicio de urgencia más cercano al evento. Una vez estabilizado el paciente y previa autorización de la Clínica, se procederá a su traslado en ambulancia sin costo para el Beneficiario.

Accidentes fuera de la Región Metropolitana:

Para quienes se encuentren temporalmente fuera de la región Metropolitana, en casos de accidentes, deberán acudir al Servicio de Urgencia más cercano al evento, en un plazo NO superior a las de 48 horas de ocurrido este.

En caso de traslado para hospitalización en la Clínica, la comunicación deberá ser de médico a médico quienes determinaran el momento del traslado, de acuerdo con las condiciones del Beneficiario, quien deberá continuar con el tratamiento y control sólo en las dependencias de la Clínica y con los profesionales acreditados que atienden el Convenio.

Los gastos de traslado por terceros y por accidentes ocurridos fuera del radio urbano de Santiago, en ningún caso serán de cargo ni responsabilidad de la Clínica. El no cumplir con el proceso de coberturas como se señala, deja sin efecto los beneficios de este convenio.

Paralelamente al accidente deberá dar aviso vía mail a: notificacion.accidentes@indisa.cl.

La falta de aviso dentro del plazo señalado eximirá a la Clínica de toda obligación, tanto médica como pecuniaria, respecto de dichas atenciones.

En caso que proceda la cobertura en otros centros asistenciales de acuerdo a las cláusulas previas (Accidentes fuera de la Región Metropolitana o Atención en otros Centros), los reembolsos tendrán como tope el valor de las prestaciones de acuerdo con el arancel convenio de la Clínica.

La Clínica no asumirá responsabilidad alguna, por los gastos que se generen en la atención del Beneficiarios cuando éste se presente en forma posterior a las 48 horas de ocurrido el accidente; tampoco asumirá los gastos cuando el Beneficiario fuese atendido en otros Centros Asistenciales donde no proceda la cobertura, como tampoco por ningún otro que no sea él o los profesionales que se designe cuando actúen en las instalaciones de la Clínica. La designación del profesional respectivo lo hará libremente la Clínica al momento de realizarse la prestación, de acuerdo con sus procedimientos internos.

NOVENO: Uso del Sistema Previsional

Para todas las prestaciones de urgencia, exámenes, procedimientos y controles posteriores del paciente, en todos los casos, el Beneficiario deberá hacer uso de su sistema de salud de acuerdo con la previsión que tenga el paciente. Para quienes cuenten con seguros complementarios que se encuentren habilitados en el sistema IMED, el descuento será aplicado por defecto, asumiendo la Clínica los copagos. En todo caso, si el Beneficiario no cerrase ni cancelase la cuenta médica de Urgencia, una vez finalizada dicha atención, tendrá un plazo máximo de 60 días hábiles para presentar todos los antecedentes correspondientes, hacer valer su cobertura de Isapre y la del presente Convenio.

Este convenio cubre lo no cubierto por el sistema previsional del Beneficiario, seguro obligatorio de accidentes personales (SOAP, en casos de accidentes de Tránsito) seguros complementarios y otras coberturas de salud a las que tenga derecho, hasta el tope máximo de cobertura contratada.

Se entiende que el siguiente convenio es complementario a la cobertura del sistema previsional que tenga inscrito en todas y cada una de las prestaciones, lo cual es aceptado por el contratante.

En caso de atenciones que no aplique IMED en forma automática, la cobertura deberá ser tramitada por el Beneficiario ante el sistema previsional de salud, seguro automotriz obligatorio u otro seguro que tuviese. Para tal efecto la Clínica podrá solicitar la firma del pagaré que será regularizado una vez que el Beneficiario presente los bonos correspondientes.

Si a raíz de este procedimiento administrativo el Beneficiario incurre en gastos por conceptos de copago ante el sistema previsional, se procederá a su reembolso integral previa presentación de los documentos de pagos originales que acrediten su procedencia.

Para todas las atenciones y hospitalizaciones la Clínica solicitará al Beneficiario o familiar responsable la tramitación de los documentos en la entidad previsional a la que pertenece, reservándose el derecho de no proporcionar cobertura en caso que dicho sistema previsional no la otorgue o en caso que el Beneficiario no realice la gestión correspondiente.

Para todos los efectos del presente convenio, se entiende que el contratante y/o el Beneficiario autorizan expresamente a la Clínica para remitir a las entidades previsionales o aseguradores privadas y públicas de salud, todos aquellos antecedentes clínicos que les sean solicitados por dichas entidades u organismos fiscalizadores, en conformidad con lo dispuesto en la ley, para hacer efectivos los beneficios previsionales de salud del paciente, por las atenciones del convenio.

DECIMO: Motivo de caducidad

Se deja estipulado que el presente convenio terminará inmediatamente si el Beneficiario no hace uso previo de su sistema de salud previsional, en relación con las atenciones y tratamientos cubiertos por este Convenio, o si al momento de requerir una prestación medica se constata que el Beneficiario no pertenece a una ISAPRE o FONASA , deje de cotizar en esta o sus derechos estuviesen suspendidos, o bien si su sistema de salud no otorgue cobertura en la Clínica. No se realizarán reembolsos de prestaciones por este concepto, como tampoco por suscripciones.

El mal uso de este Convenio por parte de un Beneficiario o la suplantación de identidad de éste o entrega de información incorrecta al momento de la suscripción será comunicado al propio Beneficiario, a los Padres, a la Dirección del Colegio, Universidad, institución educacional o a quien corresponda, produciéndose la caducidad inmediata del contrato individual de ese inscrito y la pérdida de todos sus beneficios, sin derecho a devolución de suma alguna pagada a la Clínica, quien además se reserva el derecho de rechazar la inclusión en futuros Convenios, sin perjuicio de otros derechos que la ley le confiera.

DECIMO PRIMERO: Responsabilidad de Tratamiento
En el caso de que el Beneficiario accidentado, los padres, apoderados o quien corresponda, no cumpliesen íntegramente con las indicaciones, escritas o verbales, dadas por el personal médico que lo atendió o las omitiesen, respecto del tratamiento posterior, la Clínica se exime de toda responsabilidad legal y económica en relación con cualquier complicación, reintervención, rehospitalización, cualquier agravamiento o riesgos, que de ello provengan, procederá al cobro de todos los valores por el otorgamiento de prestaciones derivadas del incumplimiento de las instrucciones entregadas por la Clínica. Estos hechos serán calificados exclusivamente por la Clínica, renunciando el Beneficiarios y/o sus representantes a cualquier calificación y objeción en sentido contrario.

DECIMO SEGUNDO: Solicitud de Reembolsos
El Plazo máximo para solicitar reembolso será de 30 días corridos de ocurrida la atención u hospitalización (esta última contado desde el alta hospitalaria), debiendo presentar la documentación pertinente que acredite el pago efectuado (cuenta, copia bono Beneficiario, o boletas debidamente timbradas por el sistema de salud si es que no son bonificables, lo mismo con las facturas, liquidación de seguros complementarios o SOAP) y certificado médico indicando el origen de la atención. En accidentes de tránsito parte policial.
Cuentas con Seguros Complementarios: Para tramitación de cuentas con seguros complementarios el Beneficiario o responsable de la cuenta deberá dejar documento de valor en pago por la totalidad de lo no cubierto por el sistema de salud.
Para tramitación de cuentas de accidentes (SOAP): El Beneficiario o responsable de la cuenta liquidará ésta en el Departamento correspondiente de la Clínica, donde se entregarán las boletas según corresponda, deberá dejar documento valor en pago a fecha por la totalidad de la cuenta (Clínica más honorarios médicos). Una vez que el SOAP obtiene las boletas de parte del cliente, procede a realizar el respectivo reembolso del Seguro Obligatorio de Accidentes (SOAP), según Ley 18.490, luego se solicitará la cobertura de su Sistema Previsional de Salud y de los Seguros Complementarios (si es que los hay).
Los aportes entregados por cada institución se abonarán por lo valores reembolsados en el documento inicialmente dejado como garantía. Una vez realizado el último abono se devolverá el documento dejado como valor en pago y se cerrará la cuenta.
Para el reembolso de atenciones fuera de la Clínica, tanto en hospitalizaciones como en atenciones ambulatorias, se exigirá el aviso por correo electrónico, notificacion.accidentes@indisa.cl, dentro de las 48 horas posteriores de ocurrido el accidente.
La Clínica reembolsara los gastos incurridos en los términos y bajo las condiciones establecidas en este convenio, en un plazo máximo de 45 días hábiles desde la fecha de presentación de los documentos en la oficina de Convenio de la Clínica.
Será obligación del Beneficiario tramitar su sistema de salud, seguro automotriz obligatorio, seguros complementarios, otras coberturas de salud, las gestiones exigidas para el pago de los beneficios y reintegrar los valores percibidos a la Clínica

DECIMO TERCERO: Formas de Pago de las Prestaciones Derivadas del Accidente.
Para hacer uso del beneficio en la Clínica de las prestaciones derivadas del accidente traumatológico, señaladas en clausula sexta del presente documento, el beneficiario o su tutor, deberá solicitar mediante un correo electrónico dirigido a: postventa-convenio3@indisa.cl un voucher de atención indicando Rut de beneficiario, fecha del accidente y fecha del control agendado, en un plazo no mayor a las 48 horas antes de la atención agendada.
La verificación de la atención solicitada y envío de voucher se deberá generar en un plazo no mayor a las 12 horas desde la recepción de la solicitud.

DECIMO CUARTO: Beneficios Adicionales

La Clínica podrá disponer, de acuerdo con sus posibilidades y por el plazo o stock que determine, el otorgamiento de otros beneficios adicionales a los de este convenio, los que en todo caso siempre podrán ser modificados, dirigidos a determinado grupo, o terminados a su sola decisión.

Las condiciones y términos de éstos posibles beneficios adicionales podrán ser consultados en la página web www.indisa.cl, o directamente en el Departamento de Convenios ubicado en Av. Santa María 1810, de la comuna de Providencia o en Av. Americo Vespucio 1077, en la comuna de Maipú.

DECIMO QUINTO: Exclusiones

La prestación de los servicios médicos de este Convenio, sólo comprenden patologías que sean consecuencia directa de lesiones de origen traumático de acuerdo con lo señalado en el Artículo sexto.

No tendrán cobertura en los servicios de este Convenio:

a) El agravamiento de lesiones o padecimientos preexistentes.

b) Existencia y Pre existencias de enfermedades comunes, como, por ejemplo; hemofilia, diabetes, convulsiones de cualquier origen, epilepsia, etc. También las pérdidas de conocimiento sin origen traumático, excepto las consecuencias traumáticas producidas por éstas, excluyendo los exámenes que determinan la pre-existencia.

c) Cirugía plástica con fines cosméticos y las consecuencias de ella.

d) Anomalías congénitas o cualquier enfermedad o lesión que se hubiese manifestado con anterioridad a la vigencia del presente Convenio y los tratamientos o procedimientos que puedan requerir dichas anomalías o las enfermedades que se relacionen con ellas.

e) El valor de los aparatos de prótesis, ortopedia, lentes, audífonos y otros dispositivos audiovisuales, como tampoco su reposición o reparación y la atención de afecciones derivadas del uso de tales elementos.

f) Se excluyen brackets dentales, endodoncia, periodoncia, tratamiento de cualquier tipo por caries, lesiones preexistentes, caída o desprendimiento de tratamiento conducto.

g) El tratamiento de las complicaciones o secuelas de accidentes que en su momento hayan sido cubiertos, pero que se prolonguen más allá de la fecha de vigencia del evento o que hayan superado el tope del valor establecido en el convenio.

h) Accidentes de Trayecto afectos a la Ley N° 16.744 (Accidentes de trayecto y/o laborales).

i) La atención de accidentes o lesiones de origen traumático que sea consecuencia de:

- Accidentes de tránsito, motorizados o no, en que el conductor se encuentre en estado de ebriedad Clínica, intemperancia, o bajo la influencia del alcohol o drogas, fármacos, estupefacientes, somníferos o sustancias tóxicas, según la calificación del médico del servicio de urgencia de INDISA. En este caso no se cubrirán las lesiones del conductor. Esta calificación podrá ser impugnada por el Beneficiario, acreditando el normal estado del conductor en un plazo no superior a 90 días desde la fecha de esta, solo mediante informe de alcoholemia o de drogas del Instituto Médico Legal emitido a requerimiento de un Tribunal de Justicia.
- Accidentes vehiculares cuyo conductor sea el Beneficiario del presente Convenio y no haya obtenido la competente licencia de conducir, antes de los hechos, o ella, no se encontrase vigente, estuviese suspendida o no cumpla con la exigencia legal para menor de 18 años, otra causa, o hubiese incurrido en una infracción de la Ley de Tránsito.
- Tentativa de suicidio o suicidio frustrado y Lesiones autoinfligidas.
- Intoxicación voluntaria o casual de medicamentos, alimentos, químicos, monóxido de carbono u otros gases (mayores de 10 años)
- Participación del Beneficiario en actividades profesionales, deportivas u ocasionales altamente riesgosas, tales como: automovilismo, motociclismo deportivo, ciclismo de competencia o montaña, vuelo en alas delta,

paracaidismo, parapente, bungee jumping, escalada en rocas, buceo y las maniobras acrobáticas en general. Ya sea que alguna de las actividades antes señaladas se practique en competencias o no, en forma habitual o esporádica, incluyéndose además todas aquellas otras actividades que impliquen un riesgo similar en su práctica, a las que se han descrito en esta letra.

- Haber participado o haberse visto envuelto el Beneficiario en acciones o actos delictuosos, infracciones a las leyes, ordenanzas y reglamentos públicos relacionados con la seguridad de las personas. Actos o atentados terroristas, crímenes, simples delitos o faltas contra la propiedad o personas, acciones de guerra, revolución o insurrección, huelgas, paralizaciones, motines, toda clase de riñas o desórdenes públicos y/o accidentes producidos por encontrarse en estado de ebriedad.
- Lesiones ocurridas a consecuencia de terremotos, inundaciones, u otras catástrofes naturales.
- Tratamientos psiquiátricos y psicológicos en general.
- Tendinitis, Lumbagos, Hernias, Ahogos por reflujos, Anestesia por procedimiento de sedación en Resonancias en general. BURSITIS, RABDOMIOLISIS, CELULITIS hereditarias o crónicas, sólo tendrán cobertura, en los casos que sean adquiridas a través de un accidente.
- Sedación en tratamientos en pabellón para casos no traumáticos.
- Las quemaduras por exposición a los rayos solares (cutáneos u oculares).
- Panadizos, uñas encarnadas.
- Complicaciones relacionadas con piercings o aros encarnados y/o infectados en cualquier parte del cuerpo.
- Atenciones domiciliarias.
- Intoxicaciones o alergias producidas por medicamentos indicados incluso en atenciones cubiertas por el presente Convenio, (Esto en el caso que el paciente o mayor responsable, no diera aviso sobre alguna alergia a algún medicamento).
- Reposición de yeso, a causa de mal uso de éste.
- Diagnósticos y tratamientos de enfermedades catastróficas como, por ejemplo: Cáncer, SIDA, Cirugía Cardiovascular.
- Riesgos quirúrgicos: el Convenio Escolar INDISA no cubrirá los riesgos quirúrgicos a los que se expone El Beneficiario al someterse a intervenciones que no guardan relación directa con el accidente cubierto por el presente Convenio.

DECIMO SEXTO: Exclusión por Diagnóstico Médico
En caso que, a juicio del Médico Jefe de turno del Servicio de Urgencia, la atención se encuentre excluida de la cobertura del Convenio Escolar INDISA por alguna de las razones, indicadas o no, en la cláusula anterior, deberá dar cumplimiento a las formalidades y requisitos de ingreso a ésta, debiendo el propio paciente o terceros, sean familiares o no, cumplir con la responsabilidad del pago de las prestaciones médicas otorgadas.

DECIMO SEPTIMO: Descuentos y beneficios
Los descuentos o Beneficios del presente convenio no son acumulables a otros descuentos o beneficios que otorgue la Clínica o terceros.

DECIMO OCTAVO: Tramitación
La tramitación administrativa del presente convenio se realizará por la Clínica a través del Departamento de Convenios ubicado en Av. Santa María 1810, de la comuna de Providencia y en Av Américo Vespucio 1077, comuna de Maipú.

DECIMO NOVENO: Domicilio y Jurisdicción
Para los efectos de este Convenio se fija domicilio en la ciudad de Santiago y cualquier dificultad de este deberá ser resuelta por los Tribunales de Justicia de dicha Jurisdicción.

Contacto: 223625467- 223625699- 223622385
Correo: convenio@indisa.cl