FORMULARIO DE SUSCRIPCION
CLINICA INDISA

ID: _____

Cobertura $ 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**

PROCEDENCIA DE LA VENTA: COLEGIO SAGRADOS CORAZONES DE PROVIDENCIA

Forma de Pago: Descuento por Planilla.

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 con cobertura en Clínica INDISA

_____	_____	_____
Nombre y firma Ejecutiva INDISA	Nombre Contratante	Firma Contratante

Para más información contacta a romina.hernandezindisa.cl
WhatsApp +569 5669 0518

CONVENIO ESCOLAR Y DE ACCIDENTES
CLINICA INDISA

Los accidentes no tienen horario y la proteccion de tu familia tampoco.
¡En Clinica Indisa tenemos un convenio diseñado para cuidar a los que más quieres!

A continuación, detallamos algunos de los beneficios de este Convenio:

Atención en el servicio de Urgencia para activación en clínica INDISA Providencia o Clínica INDISA Maipú las **24 horas del día, los 365 días del año**.

- Cobertura de hasta $ 24.000.000, sin tope de eventos en el año, aplicado al copago.
- 100% de cobertura en:

- ✓ Atenciones de origen traumáticas (ambulatorio y hospitalizado).
- ✓ Honorarios médicos, Pabellones quirúrgicos, UCI, UTI.
- ✓ Quemaduras en general (salvo quemaduras solares).
- ✓ Picadura de insecto.
- ✓ Rehabilitación (incluye hidroterapia y terapia ocupacional).
- ✓ 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.
- ✓ Cobertura en todo Chile

Otros beneficios para el contratante

- Chequeo preventivo anual con copago cero.
- 10% de descuento para exámenes de radiología.
- 20% de descuento en scanner y resonancia magnética.
- 10% descuento en exámenes de laboratorio.
- *** beneficios aplicados mediante sistema IMED (no reembolsable).

Requisito:

- Estar afiliado a una ISAPRE con cobertura en INDISA (**) o Fonasa (B, C Y D).
- El contratante debe ser mayor de edad. Los beneficiarios deben tener entre 1 y 64 años.
- **Planes cerrados con otras instituciones no tendrán cobertura de este convenio.

VALOR PROMOCIONAL
$33.000 por beneficiario.
Vigencia hasta 31 de marzo 2028 (10 días de carencia)

Para más información contacta a romina.hernandezindisa.cl
WhatsApp +569 5669 0518