

CONDICIONES PARTICULARES

SEGURO DE REEMBOLSO DE ENFERMEDADES DE ALTO COSTO

MetLife Chile Seguros de Vida S.A.

MetLife Chile Seguros de Vida S.A., considerando los antecedentes entregados por el Contratante emite las siguientes Condiciones Particulares, las cuales en conjunto con las Condiciones Generales depositadas en la Comisión para el Mercado Financiero bajo el código **POL 3 2021 0210**, se considera parte integrante del presente contrato.

Artículo N°1 Contratante

Empresa Contratante : QUEPLAN SpA
Dirección : Nueva de Lyon 96, Oficina 301, Providencia, Santiago
RUT : 76.712.269-1

Artículo N°2 Asegurador

Empresa Aseguradora : MetLife Chile Seguros de Vida S.A.
Dirección : Agustinas N°640, piso 1, comuna y ciudad de Santiago
RUT : 99.289.000-2

Artículo N°3 Intermediario

Empresa : QUEPLAN CORREDORES DE SEGUROS SpA
Dirección : Nueva de Lyon 96, Oficina 301, Providencia, Santiago
RUT : 76.824.542-8

Artículo N°4 Asegurados

Pueden ser Asegurados Titulares aquellas personas naturales usuarios de la página de QuePlan, que cumplan con los requisitos de asegurabilidad descritos en éstas Condiciones Particulares y que han sido aceptada por la Compañía. Pueden ser Asegurados Dependiente, su cónyuge, conviviente civil, o pareja, hijos(as) hijastros(as) y nietos(as) menores de 24 años, estos últimos con expresa autorización de la Compañía, que cumplan con los requisitos de asegurabilidad descritos en estas Condiciones Particulares.

El Asegurado titular podrá permanecer amparado por la cobertura que otorga esta póliza hasta cumplir la edad máxima de permanencia señalada en estas Condiciones Particulares. El cónyuge, conviviente civil o pareja, hijos(as), hijastros(as) y nietos(as) tendrán la calidad de asegurados dependientes.

Sólo se tendrá la calidad de asegurados de la póliza cuando la Compañía Aseguradora apruebe su incorporación al seguro, sin perjuicio de poder establecer restricciones o limitaciones especiales de cobertura.

Artículo N°5 Beneficiarios

El reembolso de los gastos médicos bajo esta póliza será pagado al Asegurado Titular.

En caso de fallecimiento del asegurado antes del reembolso de los gastos médicos reclamados, éste se hará a quien acredite haber realizado los gastos médicos, debiendo acompañar los documentos que se individualizan en el Artículo N° 15 de las presentes condiciones particulares.

Artículo N°6 Cobertura de Prestaciones Médicas

La compañía aseguradora reembolsará los gastos médicos razonables, acostumbrados y efectivamente incurridos por el asegurado, asociados a un Evento cubierto por esta póliza, en los términos y condiciones establecidas en ésta, siempre que haya transcurrido el período de carencia establecido en estas Condiciones Particulares, que la póliza se encuentre vigente y que no haya transcurrido el plazo establecido en el presente documento para la cobertura del Evento.

El porcentaje de reembolso dependerá del establecimiento clínico donde se haya incurrido en la atención médica y el sistema previsional de cada asegurado (Isapre o Fonasa), cuya cobertura de salud contratadas en esta póliza son las que se detallan a continuación:

A. Seguro de Prestaciones Médicas de Alto Costo:

I. Beneficio de Hospitalización

Prestaciones	% de Reembolso
Día Cama Medicina; UTI; UCI; Intermedio; Recuperación	100%
Servicios Hospitalarios	100%
Honorarios Médico Quirúrgicos	100%
Prótesis y Órtesis Hospitalarias	100%
Cirugía Dental por Accidente	100%
Servicio Privado de Enfermera	100%
Servicio de Ambulancia Terrestre (*)	100%

(*) Para la prestación de Ambulancia Terrestre el tope será de UF 10 por evento, sin límite de kilómetros y sin tope de eventos, si el asegurado es hospitalizado.

II. Beneficio Ambulatorio

Prestaciones	% de Reembolso
Cirugía Ambulatoria	100%
Consultas Médicas	100%
Exámenes Imagenología Amb. Exámenes Laboratorio Amb.y Exámenes Imagen. Amb Alto Costo	100%
Procedimientos de Diagnósticos y Terapéuticos	100%

III. Beneficio en el Extranjero

Respecto de los gastos médicos incurridos en el extranjero, originados por emergencias o accidentes, se considerará como gasto médico efectivamente incurrido el 50% de éstos.

Respecto de los gastos “Programados” en el extranjero, el reembolso será de un 50% del gasto médico efectivo, siempre y cuando el tratamiento respectivo se encuentre debidamente visado por la Contraloría Medica de la Isapre o Fonasa antes o después de efectuado el gasto médico respectivo.

Si los gastos médicos incurridos en el extranjero no tuvieran cobertura de ISAPRE o FONASA, la Compañía considerará como gastos médicos efectivamente incurridos el 25% de éstos, monto respecto del cual se aplicarán los deducibles, porcentajes y topes del plan contratado.

IV. Ampliación de Beneficios

Prestaciones	% de Reembolso
Cirugía Plástica Reparadora por Accidente	100%
Kinesiología, Medicina Física y Rehabilitación	100%
Prótesis y Órtesis	100%
Drogas antineoplásicas	100%
Drogas inmunosupresoras	100%
Medicamentos Ambulatorios (*)	40%
Complicaciones del Embarazo (**)	100%

(*) La prestación de medicamentos ambulatorios, es sólo para fármacos directamente relacionados y necesarios para el tratamiento de la patología que activó el pago de beneficios de este seguro, siempre que

dicha patología se encuentre cubierta por esta póliza y haya sido diagnosticada por el médico tratante, excepto el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) para el cual se excluyen las prestaciones ambulatorias.

() Definición de la Prestación Complicaciones del Embarazo**

Conforme a la letra n) del Artículo N°4 de las Condiciones Generales de la póliza, los gastos médicos derivados de la maternidad se encuentran excluidos, no obstante aquellos gastos médicos derivados de las complicaciones del embarazo se cubrirán cuando el embarazo se haya gestado después de la fecha inicio de vigencia de la póliza.

Bajo este ítem de "complicaciones del embarazo" quedarán amparadas todas aquellas prestaciones que estén directamente relacionadas o sean consecuencia directa del embarazo y cuya presencia u ocurrencia afecte gravemente el desarrollo normal de éste.

Para estos efectos, se entienden como complicaciones del embarazo las siguientes situaciones:

- Colestasia intrahepática del embarazo
- Placenta Previa
- Placenta Creta
- Preeclampsia
- Eclampsia
- Hipertensión del embarazo
- Diabetes gestacional
- Incompetencia cervical
- Distocia del embarazo
- Infección huevo ovular
- Rotura prematura de membranas
- Amenaza de Parto Prematuro, sin que éste haya terminado en parto.

Quedaran exceptuadas de lo que se considera complicaciones del embarazo las amenazas de aborto y las amenazas de parto prematuro sin patología asociada, es decir, aquellos casos en que no pueda considerarse trabajo de parto espontáneo anticipado.

En ningún caso se entenderán incluidos los gastos médicos asociados a abortos, cesáreas y parto natural, los cuales están excluidos de la cobertura de esta póliza.

La cobertura por concepto de gastos médicos provenientes de complicaciones derivadas del embarazo sólo es aplicable respecto del Asegurado Titular o de su cónyuge, conviviente civil o pareja según corresponda, y no respecto de las hijas o nietas de cualquiera de ellos que pudiesen estar incorporadas en calidad de asegurados dependientes.

V. Obesidad Mórbida No Preexistente

Cobertura para Obesidad Mórbida NO preexistente, IMC > 40 kg/m² (IMC Índice de Masa Corporal, que es el cociente entre el peso en kilogramos y el cuadrado de la estatura en metros). También se cubrirá como obesidad mórbida, la obesidad severa NO preexistente, IMC > 35 kg/m², pero IMC < 40 kg/m², con al menos una de las siguientes co-morbilidades: cardiovascular, diabetes o enfermedad al aparato locomotor.

VI. Hospitalización Domiciliaria

Se cubrirá la Hospitalización domiciliaria para aquellos Asegurados que sean derivados a sus domicilios por el médico tratante o especialista que lo atendió.

VII. Atención por Radioterapia, Quimioterapia y Diálisis

Se considerarán como hospitalización, aquellos eventos en que se presten servicios de radioterapia, quimioterapia y diálisis, inclusive en forma ambulatoria.

VIII. Gastos médicos derivados de Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida

Los gastos médicos "HOSPITALARIOS" relativos al **Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida** (SIDA), serán cubiertos en un 100%, siempre y cuando el diagnóstico **NO sea preexistente**. Los gastos ambulatorios por esta enfermedad se encuentran expresamente excluidos de toda cobertura.

IX. Límites de Beneficios

El monto a reembolsar de cada prestación no podrá ser superior al monto máximo de reembolso para cada asegurado. En ningún caso la suma de todos y cada uno de los pagos de los beneficios, podrá superar el monto máximo de reembolso por evento señalado en estas Condiciones Particulares.

Condiciones de Cobertura del Seguro para Prestaciones Médicas de Alto Costo:

Esta póliza no cubre situaciones o enfermedades preexistentes, entendiéndose por tales cualquiera enfermedad, patología, incapacidad, lesión, dolencia, padecimiento o problema de salud en general que afecte al asegurado y que haya sido conocido o diagnosticado, con anterioridad a la fecha de la suscripción de la propuesta o solicitud de incorporación a la póliza, las cuales conforme a la Declaración de Salud del Asegurado la Compañía haya excluido de la cobertura y hayan sido aceptadas por el asegurado mediante una Declaración Especial.

La cobertura de Gastos Médicos Mayores **NO** contempla cobertura para Maternidad.

La cobertura de este seguro opera respecto de la parte no cubierta por el Sistema de Salud Previsional (Isapre o Fonasa).

Para los gastos médicos incurridos dentro del territorio de la República de Chile, se deja establecido que, para que opere el porcentaje de reembolso correspondiente al 100%, es condición necesaria que el sistema de salud del asegurado (ISAPRE o FONASA) cubra al menos del 50% del gasto real efectuado para cada una de las coberturas detalladas en los números I al VIII de la letra A) precedente. **Cuando el sistema de salud del asegurado no cubra al menos el 50% del gasto real efectuado**, se considerará como gasto efectivamente incurrido por cada una de las coberturas ya individualizadas, el 50% de éstos, monto respecto del cual se aplicarán los deducibles, porcentajes y topes del plan contratado.

Cuando los Establecimientos Hospitalarios, Clínicas, Consultorios o Centros Médicos, entre otros, no se encuentren en convenio con el Sistema de Salud Previsional (ISAPRE o FONASA) del asegurado o bien, no atiendan por el Sistema de Salud Previsional (ISAPRE o FONASA) del asegurado, se considerará como gasto efectivamente incurrido el 25% de estos, monto respecto del cual se aplicarán los deducibles, porcentajes y topes del plan contratado.

En caso de que el Profesional de la Salud (médico, enfermera, kinesiólogo, sicólogo, entre otros) no se encuentre en convenio con el Sistema de Salud Previsional (ISAPRE o FONASA) del asegurado o bien, no atienda por el Sistema de Salud Previsional (ISAPRE o FONASA) del asegurado, se considerará como gasto efectivamente incurrido el 25% de estos, monto respecto del cual se aplicarán los deducibles, porcentajes y topes del plan contratado.

Tratándose de prestaciones médicas no cubiertas por el Sistema de Salud Previsional (ISAPRE o FONASA) del asegurado, una vez presentada la nota de reembolso de \$0 emitida por la ISAPRE o FONASA, o el documento en el que se indique “no cubierto”, la Compañía Aseguradora, considerará como gastos médicos efectivamente incurridos el 25% de éstos, monto respecto del cual se aplicarán los deducibles, porcentajes y topes del plan contratado.

Tratándose de Asegurados que no se encuentren afiliados a algún Sistema de Salud Previsional (ISAPRE o FONASA), se considerará como gasto efectivamente incurrido el 25% de éstos, monto respecto del cual se aplicarán los deducibles, porcentajes y topes del plan contratado.

EVENTO:

El plazo o duración máxima de un evento será de 3 (tres) años, entendiéndose por evento las prestaciones hospitalarias o ambulatorias asociadas a un diagnóstico por enfermedad o accidente y sus consecuencias posteriores asociadas directamente al diagnóstico principal reembolsado por este seguro. En el caso que un evento se prolongue más allá de 3 (tres) años, éste será considerado como un nuevo evento, reinstalándose el deducible y el Monto Máximo de Reembolso por una vez más.

El asegurado podrá presentar más de un evento durante la vigencia de esta póliza, siempre que esté asociado a un diagnóstico distinto.

Transcurrido el periodo máximo de reembolso de seis años por el mismo evento, cesará la obligación de la Compañía en relación con la cobertura que establece esta póliza.

Artículo N°7 Carenia

Es el período de tiempo durante que el Asegurado no recibe la cobertura prevista en esta póliza.

A. Para la Cobertura de Prestaciones Médicas de Alto Costo

Se establece un período de carencia de 60 días contados desde la fecha de incorporación del asegurado a la póliza. De este modo, se cubrirán los gastos médicos a causa de enfermedades diagnosticadas sólo una vez transcurrido el período de carencia.

Los gastos médicos incurridos por accidente no contemplan período de carencia, por lo tanto, la cobertura operará desde la fecha de incorporación del asegurado en la póliza. Para efectos de esta póliza, no se considerarán accidentes, entre otros, las hernias y los accidentes quirúrgicos.

En consecuencia, para los efectos de poder hacer efectivos los beneficios estipulados en estas condiciones particulares, el diagnóstico correspondiente deberá haber sido emitido después de transcurrido dicho plazo.

Artículo N°8 Monto Máximo de Reembolso y Deducible

Para la cobertura de **Seguro de Prestaciones Médicas de Alto Costo**, el monto máximo de reembolso y deducible **será por evento** y serán los que se indican a continuación según la siguiente tabla:

Edad máxima de permanencia	Plan 1	
	Monto Máximo de Reembolso	Deducible
Hasta los 69 años y 364 días	UF 15.000	UF 95
Desde los 70 años, hasta 79 años y 364 días	UF 3.500	UF 200
Desde los 80 años, hasta 89 años y 364 días	UF 3.500	UF 300
Desde los 90 años en adelante	UF 3.500	UF 400

El deducible se aplicará sobre los gastos médicos efectivamente incurridos, y luego de que hayan sido bonificados por el Sistema de Salud Previsional del Asegurado, de conformidad a los porcentajes indicados en los Cuadros de Beneficios en el Artículo 6° de este condicionado particular. Para aquellos asegurados que no cuenten con algún Sistema de Salud Previsional el deducible se aplicará directamente sobre el 50% los gastos médicos, pues en estos casos, se considerará como gastos médicos efectivamente incurridos, el 50% de los gastos médicos.

No obstante, el presente seguro no contempla la aplicación de deducible para el **primer evento**

asociado a las siguientes patologías, hasta los **69 años y 364 días de edad del asegurado**:

Tipo de Evento	Deducible (UF)
Cáncer	0
Accidente Vascular Cerebral	0
Infarto al Miocardio	0
Revascularización Coronaria	0
Angioplastia por balón	0
Neurocirugía	0
Trasplante de Órganos Mayores	0

Definiciones de patologías sin deducible:

Cáncer: La enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por su crecimiento descontrolado y la proliferación de células malignas, la invasión de tejidos incluyendo la extensión directa o metástasis, o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios, incluyendo la enfermedad de Hodgkins y Leucemia. El diagnóstico debe ser hecho por un médico Oncólogo.

Accidente Vascular Cerebral: Cualquier incidente cerebrovascular que dé lugar a secuelas que dure más de veinticuatro (24) horas y que incluyan infarto del tejido cerebral, hemorragia y embolismo de una fuente extracraneana e intracraneal. La evidencia del daño neurológico permanente deberá ser confirmada por un neurólogo, como mínimo seis (6) semanas después del suceso. No se aceptarán reclamaciones antes de transcurrido ese tiempo. No se considerarán para estos efectos los síntomas cerebrales de migraña, lesión cerebral causada por un traumatismo o hipoxia y enfermedad vascular que afecte al ojo o al nervio óptico, y las alteraciones isquémicas del sistema vestibular.

Infarto al Miocardio: La muerte de una porción del músculo cardiaco, causada por irrigación inadecuada de la parte afectada y puesta de manifiesto por el típico dolor del pecho, la aparición de modificaciones electrocardiográficas que no existían (nuevas) y elevación de las enzimas cardiacas.

Revascularización coronaria (by-pass): Comprende la que se realiza al menos a dos o más arterias coronarias, por consejo de un médico especialista en esta cirugía, para corregir la estenosis u oclusión de las arterias coronarias, pero quedan excluidas las técnicas no operatorias mediante cirugía, como la angioplastia, el tratamiento por láser o cualquier otro procedimiento no operatorio.

Angioplastia por balón: La angioplastia realizada por las técnicas de balón, láser o cualquier otra, para corregir estenosis importantes, cuando menos setenta por ciento (70%) de dos o más arterias coronarias, siempre que haya sido considerada como tratamiento necesario por un médico cardiólogo.

Neurocirugía: Toda intervención quirúrgica del sistema nervioso central o periférico, lo que incluye el cerebro y otras estructuras inter craneales, la médula espinal y las vértebras y los vasos

sanguíneos del cerebro.

Trasplante de órganos mayores: El que se realiza al asegurado como receptor del trasplante de un órgano que puede ser cualquiera de los siguientes: corazón, pulmón, hígado, riñón, médula ósea o páncreas, siempre y cuando el órgano del asegurado esté o haya estado lesionado o enfermo. Sólo se comprende el trasplante de todo el órgano y no de fracciones o partes de éste, por lo que en el caso del páncreas se excluye el trasplante de Islotes de Langerhans. No se considera para estos efectos el trasplante autólogo.

Artículo N°9 Condiciones Generales de Asegurabilidad

Las condiciones o requisitos de asegurabilidad del presente seguro son las siguientes:

Asegurados	Edad Mínima de Ingreso	Edad Máxima de Ingreso	Edad Máxima de Permanencia
Titular, Cónyuge, Conviviente Civil o Pareja	18 años	69 años y 364 días	99 años y 364 días
Hijos, Hijastros y Nietos	14 días (*)	22 años y 364 días	23 años y 364 días

(*) Los recién nacidos podrán ingresar al seguro a los 14 días de su nacimiento, siempre y cuando su madre se encuentre cubierta por esta póliza, con anterioridad a la concepción del embarazo. Si el embarazo ha sido gestado dentro de la vigencia de la madre en la póliza, ésta podrá incorporar a la póliza a sus hijos recién nacidos en un plazo de 90 días corridos. Si el embarazo NO ha sido gestado dentro de la vigencia de la madre en la póliza, el recién nacido sólo podrá ser incorporado al seguro, transcurridos 14 días corridos desde su nacimiento, previa evaluación y aceptación por parte de la Compañía.

Los hijos, hijastros y nietos del asegurado titular estarán cubiertos por el seguro hasta los 23 años y 364 días, siempre y cuando sean solteros y cursen estudios regulares en instituciones educacionales reconocidas por el Estado, acreditado mediante el correspondiente Certificado de Alumno regular.

Queda expresamente establecido que tanto el asegurado titular como los dependientes podrán permanecer hasta las edades máximas señaladas, en la medida que la póliza colectiva se renueve y el asegurado titular se mantenga al día en el pago de las primas.

Todos los asegurables deberán completar una DPS (Declaración Personal de Salud). La Compañía Aseguradora evaluará el ingreso a la póliza de aquellas personas que presenten enfermedades o situaciones preexistentes o congénitas, pudiendo rechazar el riesgo o establecer restricciones y limitaciones de cobertura.

La Póliza no cubre situaciones y enfermedades preexistentes que, conforme a la Declaración Personal de Salud del Asegurado la Compañía haya excluido de la cobertura y hayan sido aceptadas por el asegurado mediante una declaración especial.

La compañía se reserva el derecho de solicitar mayores antecedentes para la evaluación del riesgo en aquellos casos que estime necesario y conveniente.

Cualquier requerimiento de antecedentes efectuado por la Compañía Aseguradora a un asegurable deberá ser presentado dentro de un plazo de 60 (sesenta) días contados desde la fecha del requerimiento. Si transcurrido este plazo no se ha presentado a la compañía los antecedentes solicitados, se entenderá como desistida la solicitud de incorporación al seguro.

Los asegurables tendrán la calidad de asegurados de la póliza, sólo cuando la Compañía Aseguradora apruebe la incorporación del/los asegurado/s al seguro, y el asegurado haya suscrito la declaración especial relativa a las preexistencias, cuando corresponda.

Artículo N°10 Exclusiones

1.- Para la Cobertura de Prestaciones Médicas de Alto Costo, regirán las exclusiones establecidas en el artículo N°4 de las Condiciones Generales registradas en el Depósito de Pólizas de la Comisión para el Mercado Financiero bajo el código POL 3 2021 0210.

Esta póliza no cubre los gastos médicos definidos en esta póliza cuando ellos provengan o se originen por, o sean consecuencia de, o correspondan a complicaciones de:

- a) Enfermedades psicológicas y psiquiátricas. Asimismo, no estará cubierta aquella hospitalización para fines de reposo o psiquiátricos.
- b) Curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamientos.
- c) Los tratamientos estéticos plásticos, dentales, ortopédicos y otros tratamientos que sean para fines de embellecimiento o para corregir malformaciones.
- d) Cirugía plástica o cosmética, a menos que sea necesitada por una lesión accidental que ocurra mientras el asegurado se encuentre amparado por la póliza.
- e) Tratamientos por: adicción a drogas o alcoholismo, síndrome de inmunodeficiencia adquirida - SIDA-, lesión, enfermedad o tratamiento causado por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares, sea que el asegurado haya estado enajenado mentalmente, en algún estado psicopático que altere la conciencia o en su sano juicio.
- f) Lesión o enfermedad causada por:
 - a. Guerra civil o internacional, sea que esta haya sido declarada o no, invasión y actividades u hostilidades de enemigos extranjeros.
 - b. Participación activa del asegurado en rebelión, revolución, insurrección, poder militar, terrorismo, sabotaje, tumulto o conmoción contra el orden público, dentro o fuera del país.
 - c. Participación del asegurado en actos que podrían ser calificados como delitos por la ley.
 - d. Negligencia, imprudencia o culpa grave por parte del asegurado, incluyéndose toda lesión o enfermedad ocurrida a causa o con ocasión de su estado de ebriedad o efectos de las drogas. v. Fusión y fisión nuclear o cualquier accidente nuclear.

- g) Todo tipo de exámenes dentales, extracciones, empastes y tratamiento dental en general.
- h) Cualquier tipo de órtesis.
- i) Medicamentos, remedios, drogas e insumos, con excepción de los prescritos bajo el Beneficio de Hospitalización establecido en el punto I. del Artículo 2º precedente. No se cubrirán recetas magistrales y remedios naturales.
- j) Tratamientos, visitas médicas, exámenes, medicamentos, remedios o vacunas para el sólo efecto preventivo, no inherente ni necesario para el diagnóstico de una incapacidad.
- k) La atención particular de enfermería fuera del hospital e intrahospitalaria.
- l) Gastos por acompañantes, mientras el asegurado se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comida y similares.
- m) Lesión o enfermedad surgidas de la ocupación del asegurado, cubierta por la legislación de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.
- n) Cualquier gasto médico asociado a Maternidad, exceptuándose los gastos médicos asociados a complicaciones del embarazo. Se entenderá por "complicaciones del embarazo" todas aquellas enfermedades que estén directamente relacionadas o sean consecuencia directa del embarazo y cuya presencia u ocurrencia afecte gravemente el desarrollo normal de éste. En virtud de lo señalado, sólo serán consideradas complicaciones del embarazo para efectos de esta póliza las siguientes:
 - a. Colestasia intrahepática del embarazo.
 - b. Placenta Previa.
 - c. Placenta Creta.
 - d. Preeclampsia.
 - e. Eclampsia.
 - f. Hipertensión del embarazo.
 - g. Diabetes gestacional.
 - h. Incompetencia cervical.
 - i. Distocia del embarazo.
 - j. Infección huevo ovular.
 - k. Rotura prematura de membranas.
 - l. Amenaza de Parto Prematuro, sin que éste haya terminado en parto.

En ningún caso se entenderán incluidos los gastos médicos asociados a amenaza de aborto, abortos, cesáreas, amenaza de parto prematuro sin patología asociada y parto natural, los cuales se encuentran excluidos de la cobertura de esta póliza.

La cobertura por concepto de "Complicaciones del Embarazo" sólo será aplicable respecto del asegurado titular o de su cónyuge o conviviente civil o pareja, según corresponda.

- o) Enfermedades, padecimientos o malformaciones congénitas conocidas por el asegurado titular al momento de contratar esta póliza.
- p) Epidemias y Pandemias declaradas por la autoridad competente o por el organismo de salud mundial competente, respectivamente.
- q) No serán consideradas como diagnósticos que dan lugar a eventos con derecho a cobertura, para efectos de la presente póliza, la cirugía, tratamientos o gastos que se indican a continuación:

- a. Obesidad, sobrepeso o problemas de salud asociados, en los siguientes casos:
 - i. IMC menor o igual a 35 kg/m².
 - ii. IMC > 35 kg/m², pero IMC < 40 kg/m² sin alguna de las siguientes comorbilidades: cardiovascular, diabetes o enfermedad al aparato locomotor.
- b. La impotencia masculina.
- c. Fertilidad e infertilidad.
- d. Tallas bajas (cualquiera sea su origen), delgadez no patológica, gigantismo, ginecomastía, u otros similares.
- e. Tratamientos anticonceptivos.
- f. Cirugía de reducción o aumento mamario.
- g. Adquisición o arriendo de equipos, tales como: sillas de rueda, camas médicas, ventiladores mecánicos, etc.
- r) Tratamientos efectuados a través de medios de medicina alternativa, tales como: acupuntura, iriología, reflexología, quiropraxia, etc.
- s) Gastos que no estén expresamente indicados en el Cuadro de Beneficios detallado en las Condiciones Particulares de la Póliza, como asimismo, gastos de exámenes y procedimientos a través de nuevas tecnologías no reconocidas por el Sistema de Salud Previsional, los cuales serán cubiertos siempre que exista un pronunciamiento de la compañía aseguradora y de Fonasa, o el organismo que en el futuro lo reemplace, en ese sentido.
- t) Criopreservación. Compra de células madre, sangre, hemoderivados y cualquier otro tejido u órgano.
- u) Enfermedades, dolencias o situación de salud preexistentes.

Para efectos de esta Póliza, la cobertura **Seguro de Prestaciones Médicas de Alto Costo** (Artículo N°6 letra A) considerará un máximo del 50% del gasto total reembolsable únicamente cuando la atención se realice en las siguientes Clínicas:

- 1) Clínica Alemana.
- 2) Clínica Las Condes.
- 3) Clínica San Carlos de Apoquindo Red Salud UC Christus.
- 4) Hospital Clínico Universidad de los Andes.
- 5) Centro de la Visión Clínica Las Condes

Artículo N°11 Restricciones y Limitaciones de la Cobertura

En virtud de la Declaración de Salud efectuada por el asegurado al momento de solicitar su incorporación a la póliza, la Compañía Aseguradora podrá establecer restricciones y limitaciones especiales de cobertura respecto de situaciones o enfermedades preexistentes, las que deberán ser aceptadas por el asegurado mediante una declaración especial, la que a su vez se entiende

formar parte de estas Condiciones Particulares.

Artículo N°12 Declaraciones del Asegurado

Corresponde al asegurado declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador a efecto de apreciar la extensión de los riesgos en los formularios de contratación que disponga la Compañía para estos fines.

Artículo N°13 Primas Mensuales Brutas en UF

La prima mensual en UF, será calculada en base al asegurado de mayor edad dentro de grupo familiar asegurado.

Cada vez que el Asegurado de mayor edad dentro del grupo familiar cambie de tramo de edad, el monto de la prima se ajustará en los términos que se establecen en la siguiente tabla. Asimismo, la prima se ajustará cada vez que se modifique el número de asegurados dependientes cubiertos por el seguro.

A. Cobertura para Prestaciones Médicas de Alto Costo

Cuadro de Prima Neta, IVA y Prima Bruta por tramo de edad según cantidad de asegurados:

Plan 1:

Cobertura para Prestaciones Médicas de Alto Costo Plan 1					
Prima Neta de IVA (UF)	Titular	Titular + 1	Titular + 2	Titular + 3	Carga adicional
18 años - 24 años y 364 días	0,2961	0,5034	0,6218	0,6811	0,0593
25 años - 34 años y 364 días	0,3776	0,6419	0,7929	0,8684	0,0755
35 años - 39 años y 364 días	0,4239	0,7207	0,8903	0,9751	0,0848
40 años - 44 años y 364 días	0,5642	0,9592	1,1849	1,2978	0,1129
45 años - 49 años y 364 días	0,7366	1,2522	1,5469	1,6942	0,1473
50 años - 54 años y 364 días	1,0686	1,8167	2,2441	2,4578	0,2137
55 años - 59 años y 364 días	1,5321	2,6045	3,2173	3,5238	0,3065
60 años - 69 años y 364 días	1,9416	3,3007	4,0773	4,4657	0,3884
70 años - 79 años y 364 días	2,4926	4,2374	5,2344	5,7330	0,4986
80 años - 89 años y 364 días	5,4050	9,1885	11,3505	12,4315	1,0810
90 años - 99 años y 364 días	7,5565	12,8460	15,8686	17,3799	1,5113

Cobertura para Prestaciones Médicas de Alto Costo Plan 1					
IVA (UF)	Titular	Titular + 1	Titular + 2	Titular + 3	Carga adicional
18 años - 24 años y 364 días	0,0563	0,0956	0,1181	0,1294	0,0113
25 años - 34 años y 364 días	0,0717	0,1220	0,1507	0,1650	0,0143
35 años - 39 años y 364 días	0,0805	0,1369	0,1692	0,1853	0,0161
40 años - 44 años y 364 días	0,1072	0,1822	0,2251	0,2466	0,0215
45 años - 49 años y 364 días	0,1400	0,2379	0,2939	0,3219	0,0280
50 años - 54 años y 364 días	0,2030	0,3452	0,4264	0,4670	0,0406
55 años - 59 años y 364 días	0,2911	0,4949	0,6113	0,6695	0,0582
60 años - 69 años y 364 días	0,3689	0,6271	0,7747	0,8485	0,0738
70 años - 79 años y 364 días	0,4736	0,8051	0,9945	1,0893	0,0947
80 años - 89 años y 364 días	1,0270	1,7458	2,1566	2,3620	0,2054
90 años - 99 años y 364 días	1,4357	2,4407	3,0150	3,3022	0,2871

Cobertura para Prestaciones Médicas de Alto Costo Plan 1					
Prima Bruta Cliente (UF)	Titular	Titular + 1	Titular + 2	Titular + 3	Carga adicional
18 años - 24 años y 364 días	0,3524	0,5990	0,7399	0,8105	0,0706
25 años - 34 años y 364 días	0,4493	0,7639	0,9436	1,0334	0,0898
35 años - 39 años y 364 días	0,5044	0,8576	1,0595	1,1604	0,1009
40 años - 44 años y 364 días	0,6714	1,1414	1,4100	1,5444	0,1344
45 años - 49 años y 364 días	0,8766	1,4901	1,8408	2,0161	0,1753
50 años - 54 años y 364 días	1,2716	2,1619	2,6705	2,9248	0,2543
55 años - 59 años y 364 días	1,8232	3,0994	3,8286	4,1933	0,3647
60 años - 69 años y 364 días	2,3105	3,9278	4,8520	5,3142	0,4622
70 años - 79 años y 364 días	2,9662	5,0425	6,2289	6,8223	0,5933
80 años - 89 años y 364 días	6,4320	10,9343	13,5071	14,7935	1,2864
90 años - 99 años y 364 días	8,9922	15,2867	18,8836	20,6821	1,7984

Nota: El Valor de las primas se encuentra expresado en UF y es Mensual.

Artículo N°14 Pago de Primas

El pago de las primas asociadas a este seguro podrá ser realizado a través de Pago Automático de

Cuenta Corriente (PAC) o Pago Automático desde Tarjeta de Crédito (PAT), siendo la prima cargada a la cuenta corriente o tarjeta de crédito individualizada en el mandato otorgado para estos efectos, o cualquiera otra que la sustituya o reemplace en el mismo banco emisor. La periodicidad del pago de las primas de este seguro será mensual, y se pagará anticipado por cada mes de cobertura.

Para el pago de la prima del mes se concede un plazo de gracia de 30 días, el cual será contado a partir del primer día del mes de cobertura no pagado. Durante este plazo, la póliza permanecerá vigente. En caso de ocurrir un siniestro durante dicho plazo de gracia, se deducirá del monto a pagar la prima vencida y no pagada.

La falta de pago de la prima producirá la terminación del contrato a la expiración del plazo de quince días contado desde la fecha de envío de la comunicación que, con ese objeto, dirija el asegurador al asegurado o Contratante y dará derecho a aquél para exigir que se le pague la prima devengada hasta la fecha de terminación y los gastos de formalización del contrato.

En ningún caso el pago y recepción de la prima por parte de la Compañía después de haber terminado la cobertura correspondiente a esta póliza dará derecho al pago del beneficio asociado a la cobertura. En tal caso la prima será devuelta al Asegurado Titular en moneda corriente y sin intereses al valor que tenga la moneda de esta póliza al día de la devolución efectiva, en un plazo máximo de 30 (treinta) días.

El pago de esta prima será financiado sólo por el asegurado titular o por aquellas personas que, no siendo Asegurados del presente seguro, tengan algunos de los siguientes vínculos de parentesco o relación respecto de los asegurables:

- Padre respecto de los hijos.
- Madre respecto de los hijos.
- Marido respecto de la mujer.
- Mujer respecto del marido.
- Conviviente civil respecto a su pareja.
- Abuelos respecto de los nietos.
- Hijos mayores de 18 años respecto de los padres.

Artículo N°15 Pago de Beneficios

Efectuado un gasto médico reembolsable en virtud de la presente póliza y para los efectos de la liquidación del reembolso de gastos médicos solicitados, el plazo máximo que debe transcurrir entre la fecha de la emisión del documento que da cuenta del gasto de cargo del asegurado cuyo reembolso se requiera y la fecha de presentación de la solicitud correspondiente a la compañía, no podrá ser superior a sesenta (60) días corridos, contados desde la fecha de emisión del documento que da cuenta del gasto.

El asegurado deberá enviar la solicitud y documentos requeridos a la Compañía enviando un correo a siniestromasivo@metlife.cl.

El cumplimiento extemporáneo de esta obligación hará perder los derechos del asegurado, salvo caso fortuito o fuerza mayor acreditada a la compañía, liberando a la Compañía Aseguradora del pago del beneficio que habría correspondido.

Antecedentes necesarios para la Liquidación de Reembolsos de Gastos Médicos:

Para solicitar el reembolso de gastos, el Asegurado deberá enviar a la Compañía Aseguradora al menos los siguientes antecedentes:

A. Cobertura de Prestaciones Médicas de Alto Costo

a) Formulario de Reembolso de gastos médicos proporcionado por la Compañía Aseguradora, debidamente completado.

b) El Asegurado debe declarar por escrito si el gasto cuya devolución se solicita estaba cubierto por otros seguros, sistemas o instituciones que otorguen beneficios médicos y al cual pertenezca el asegurado.

c) La entrega a la compañía aseguradora de los originales extendidos a nombre del asegurado, de los recibos, boletas y facturas cuando corresponda, copia original de bonos y órdenes de atención, copia de programas médicos u otros documentos que acrediten el gasto incurrido y su pago; como asimismo, en su caso, los que acrediten el pago o el reembolso de una parte de ellos por la entidad aseguradora, institución o entidad referidos en la letra anterior.

Con todo, la compañía aseguradora queda facultada para solicitar los documentos adicionales que estime necesarios a efectos de aclarar la ocurrencia de un siniestro y determinar su monto. Además, la compañía aseguradora podrá practicar a su costa exámenes médicos al Asegurado respecto del cual se refiera la solicitud de reembolso.

Sin el cumplimiento de los requisitos señalados precedentemente, la Compañía aseguradora no estará obligada a efectuar reembolso alguno.

En caso que los gastos médicos cuya devolución se esté solicitando se hubieran efectuado en moneda extranjera, el reembolso se hará en su equivalencia en moneda nacional, según el tipo de cambio observado determinado por el Banco Central de Chile y que estuviere vigente a la fecha en que se efectúe el reembolso de gastos, de conformidad a esta póliza.

Queda expresamente establecido que los beneficios de esta póliza no se duplicarán con los beneficios o coberturas de cualquier otro seguro, sistema o institución que otorgue beneficios médicos, y al cual pertenezca el asegurado, de manera que esta póliza no cubrirá los gastos médicos que deben pagar o reintegrar las empresas, bienestar, el Seguro Obligatorio de

Accidentes Personales establecido en la Ley Nº 18.490, instituciones médicas o similares que otorguen tales beneficios o coberturas.

Mientras se encuentre un siniestro en proceso de evaluación y pago, el titular de la póliza deberá continuar pagando su prima para mantener su póliza vigente.

Queda expresamente establecido que el asegurado deberá prestar los consentimientos y autorizaciones que el asegurador estime convenientes para efectos de permitir la evaluación y liquidación del siniestro conforme a la normativa aplicable.

IMPORTANTE: Los documentos necesarios mencionados son de carácter imprescindible para la correcta evaluación del siniestro presentado, por lo que, de faltar alguno, la evaluación queda pendiente a la espera de la información faltante. No obstante, la Compañía se reserva el derecho de solicitar otros antecedentes adicionales, si así lo estimara conveniente, y que sean fundamentales en la evaluación del siniestro.

Será de responsabilidad del o los beneficiarios hacer llegar todos los antecedentes solicitados en original.

Artículo N°16 Inclusion, Exclusion y Modificacion de Asegurados

En el caso de inclusion al seguro, el contratante debera enviar a la Compañía la propuesta de Seguros que incluye la Declaración Personal de Salud (DPS) debidamente llenada y firmada por el asegurado titular, con el nombre, cédula de identidad y grado de parentesco de los asegurados dependientes.

Esta nueva inclusion tendra vigencia a partir del décimo día, contado desde la emision de la propuesta siempre que el riesgo haya sido aceptado por la Compañía de Seguros.

El Asegurado Titular debera informar a la Compañía de Seguros, mediante un aviso escrito, acerca de cualquier modificacion y/o alteración respecto de las personas aseguradas por esta póliza.

Artículo N°17 Vigencia de la Póliza

La presente póliza colectiva tendra una vigencia de 12 meses (1 año), comenzando a las 00:00 horas del día 01 de noviembre de 2021 y terminando a las 24:00 horas del día 31 de octubre de 2022, no obstante lo anterior, se podra poner término anticipado dando aviso al contratante con 30 días de anticipación a la fecha de término efectivo.

Se entendera renovada automáticamente la póliza por un nuevo período de igual duracion, si ninguna de las partes avisase a la otra de su decision de no renovar con una anticipación de a lo menos 30 días, a la fecha de término de cada período mediante una carta certificada a la dirección de la otra parte involucrada.

Artículo N°18 Vigencia de la Coberturas Individuales

La vigencia de las coberturas individuales será especificada en el respectivo certificado de cobertura para cada uno de los Asegurados en particular, siempre que la Compañía Aseguradora haya aceptado el riesgo propuesto. La cobertura individual comenzará a regir desde la fecha de contratación del seguro.

La cobertura individual se mantendrá vigente mientras sea pagada la prima mensual siempre y cuando la póliza colectiva que da origen a estas condiciones particulares se encuentre vigente y el asegurado pague la prima correspondiente.

En cumplimiento con lo dispuesto en la Circular N° 1.935 de la Comisión para el Mercado Financiero (CMF), se informa que este seguro no cuenta con renovación garantizada, es decir, la póliza podrá terminar su vigencia en la fecha indicada en el primer párrafo de este artículo.

Terminación Anticipada del Seguro:

1. El seguro se terminará cuando el Asegurado Titular cumpla los 100 años de edad, siempre que la póliza colectiva se renueve cada año y el asegurado titular se mantenga al día en el pago de las primas.
2. Cuando el Asegurado Titular no pague la prima respectiva. La falta de pago de la prima producirá la terminación del contrato a la expiración del plazo de quince días contado desde la fecha de envío de la carta o correo electrónico, según corresponda, que, con ese objeto, dirija el asegurador al asegurado y dará derecho a aquél para exigir que se le pague la prima devengada hasta la fecha de terminación y los gastos de formalización del contrato.
3. Cuando ocurra el fallecimiento del Asegurado Titular.

El Asegurado Titular podrá poner término anticipado a la póliza en cualquier momento y sin expresión de causa, llamando al Servicio de Atención al Cliente de QuePlan al +562 2 712 712 3.

Los Asegurados Dependientes dejarán de pertenecer al seguro cuando:

1. El cónyuge, conviviente civil o pareja cumpla los 100 años, siempre que la póliza colectiva se mantenga vigente y el asegurado titular al día en el pago de las primas.
2. Los hijos, hijastros y nietos cumplan los 24 años, siempre que la póliza colectiva se mantenga vigente y el asegurado titular al día en el pago de las primas.
3. Cuando el Asegurado Titular no pague la prima respectiva. La falta de pago de la prima producirá la terminación del contrato a la expiración del plazo de quince días contado desde

la fecha de envío de la carta o correo electrónico, según corresponda, que, con ese objeto, dirija el asegurador al asegurado.

Artículo N°19 Condiciones Generales

Las Condiciones Generales de la póliza se encuentran incorporadas al depósito de pólizas de la Comisión para el Mercado Financiero bajo el Código:

POL 3 2021 0210 Seguro para Prestaciones Médicas de Alto Costo y Beneficio Medicamentos Ambulatorios.

Las Condiciones Generales depositadas en la Comisión para el Mercado Financiero se encuentran a su disposición en el sitio http://www.cmfchile.cl/institucional/mercados/deposito_polizas.

Artículo N°20 Código de Autorregulación y Compendio de Buenas Prácticas

MetLife Chile Seguros de Vida S.A. se encuentra adherida voluntariamente al Código de Autorregulación y al Compendio de Buenas Prácticas de las Compañías de Seguros, cuyo propósito es propender al desarrollo del mercado de los seguros, en consonancia con los principios de libre competencia y buena fe que debe existir entre las empresas, y entre éstas y sus clientes. Una copia del Compendio de Buenas Prácticas Corporativas de las Compañías de Seguros se encuentra a disposición de los interesados en cualquiera de las oficinas de MetLife Chile Seguros de Vida S.A. y en www.aach.cl.

Asimismo, MetLife Chile Seguros de Vida S.A. ha aceptado la intervención del Defensor del Asegurado cuando los clientes le presenten reclamos en relación a los contratos celebrados con ella. Los clientes pueden presentar sus reclamos ante el Defensor del Asegurado utilizando los formularios disponibles en las oficinas de MetLife Chile Seguros de Vida S.A o a través de la página web www.ddachile.cl.

Artículo N°21 Resumen de Condiciones del Seguro

En cumplimiento con lo dispuesto en la circular N° 1.935 de la Comisión para el Mercado Financiero, en el siguiente cuadro se resumen algunos antecedentes importantes que usted debe considerar, al momento de contratar este seguro:

Este seguro:

NO contempla renovación garantizada.

SI podrá aumentar la prima (precio) en caso de renovación de la póliza.

SI podrá realizar cambio de condiciones de cobertura.

NO considera la siniestralidad individual para el aumento de la prima en caso de renovación.
NO cubre preexistencias.

Artículo N°22 Servicio de Atención al Cliente y Sello SERNAC

Para cualquier duda o consulta en relación a este seguro, los asegurados o sus beneficiarios podrán contactarse con el Servicio de Atención al Cliente MetLife., según se detalla en anexo 1 del presente documento.

Este contrato no cuenta con sello SERNAC, conforme al artículo 55 de la Ley N° 19.496.

Artículo N°23 Domicilio

Para todos los efectos legales de la presente Póliza, las partes fijan su domicilio en la ciudad de Santiago.

Nota: Se incluye Anexo relativo a Procedimiento de Liquidación de Siniestros.

Artículo N°24 Importante

a) La cobertura se mantendrá vigente durante el período de vigencia de ésta, mientras se pague la prima del seguro, esto es, mientras el medio de pago autorizado acepte el cargo de la prima del seguro. De lo contrario, es decir, si el medio de pago elegido por el usuario no permite el cargo de la prima respectiva, terminará la cobertura del seguro de acuerdo a lo indicado en el Artículo N° 14.

b) Se fija como domicilio para las comunicaciones con el asegurado, la dirección que éste confirma en la grabación de la oferta del seguro.



Javier Cabello Cervellino
Director de Negocios Masivos
MetLife Chile Seguros de Vida S.A.



Ryan Stephen Kerr Caffarena
QUEPLAN SpA



Matías Felipe Stäger Koller
QUEPLAN SpA

Santiago, octubre 2021

ANEXO I

INFORMACIÓN SOBRE ATENCIÓN DE CLIENTES Y PRESENTACIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS

En virtud de la Circular N°2131 de la Comisión Para el Mercado Financiero de 28 de noviembre de 2013, las compañías de seguros, corredores de seguros y liquidadores de siniestros, deberán recibir, registrar y responder todas las presentaciones, consultas o reclamos que se les presenten directamente por el contratante, asegurado o beneficiarios, o legítimos interesados o sus mandatarios.

Las presentaciones pueden ser efectuadas en todas las oficinas de las entidades en que se atienda público, presencialmente, por correo postal, medios electrónicos, o telefónicamente, sin formalidades, en el horario normal de atención.

Recibida una presentación, consulta o reclamo, ésta deberá ser respondida en el plazo más breve posible, el que no podrá exceder de 20 días hábiles contados desde su recepción.

El interesado, en caso de disconformidad respecto de lo informado, o bien cuando exista demora injustificada en la respuesta, podrá recurrir a la Superintendencia de Valores y Seguros, Área de Protección al Inversionista y Asegurado, cuyas oficinas se encuentran ubicadas en Av. Libertador Bernardo O'Higgins 1449, piso 1, Santiago, o a través del sitio web www.cmfchile.cl

ANEXO II

(Circular N°2106 Superintendencia de Valores y Seguros)

PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS

1) OBJETO DE LA LIQUIDACIÓN:

La liquidación tiene por fin establecer la ocurrencia de un siniestro, determinar si el siniestro está cubierto en la póliza contratada en una compañía de seguros determinada, y cuantificar el monto de la pérdida y de la indemnización a pagar.

El procedimiento de liquidación está sometido a los principios de celeridad y economía procedimental, de objetividad y carácter técnico y de transparencia y acceso.

2) FORMA DE EFECTUAR LA LIQUIDACIÓN:

La liquidación puede efectuarla directamente la Compañía o encomendarla a un Liquidador de Seguros. La decisión debe comunicarse al Asegurado dentro del plazo de tres días hábiles contados desde la fecha de la denuncia del siniestro.

3) DERECHO DE OPOSICION A LA LIQUIDACIÓN DIRECTA:

En caso de liquidación directa por parte de la compañía, el asegurado o beneficiario puede oponerse a ella, solicitándole por escrito por escrito que designe un Liquidador de Seguros, dentro del plazo de cinco días hábiles contados desde la notificación de la comunicación de la Compañía. La Compañía deberá designar el liquidador dentro del plazo de dos días hábiles contados desde dicha oposición.

4) INFORMACIÓN AL ASEGURADO DE GESTIONES A REALIZAR Y PETICIÓN DE ANTECEDENTES:

El Liquidador o la Compañía deberá informar al Asegurado, por escrito, en forma suficiente y oportuna, el correo electrónico (informado en la denuncia de siniestro) o por carta certificada (al domicilio señalado en la denuncia del siniestro), de las gestiones que le corresponde realizar, solicitando de una sola vez, cuando las circunstancias lo permitan, todos los antecedentes que requiere para liquidar el siniestro.

5) PRE-INFORME DE LIQUIDACIÓN:

En aquellos siniestros en que surgieren problemas y diferencias de criterios sobre sus causas, evaluación del riesgo o extensión de la cobertura, podrá el Liquidador, actuando de oficio o a petición del Asegurado, emitir un pre- informe de liquidación sobre la cobertura del siniestro y el monto de los daños producidos, el que deberá ponerse en conocimiento de los interesados. El

asegurado o la Compañía podrán hacer observaciones por escrito al pre-informe dentro del plazo de cinco días hábiles desde su conocimiento.

6) PLAZO DE LIQUIDACIÓN:

Dentro del más breve plazo, no pudiendo exceder de **45 días** corridos desde fecha denuncia, a excepción de;

a) siniestros que correspondan a seguros individuales sobre riesgos del Primer Grupo cuya prima anual sea superior a 100 UF: **90 días** corridos desde fecha denuncia;

b) siniestros marítimos que afecten a los cascos o en caso de Avería Gruesa: **180 días** corridos desde fecha denuncia;

7) PRÓRROGA DEL PLAZO DE LIQUIDACIÓN:

Los plazos antes señalados podrán, excepcionalmente siempre que las circunstancias lo ameriten, prorrogarse, sucesivamente por iguales períodos, informando los motivos que la fundamente e indicando las gestiones concretas y específicas que se realizaran, lo que deberá comunicarse al asegurado y a la Superintendencia, pudiendo esta última dejar sin efecto la ampliación en los casos calificados, y fijar un plazo para entrega del informe de liquidación. No podrá ser motivo de prórroga la solicitud de nuevos antecedentes cuyo requerimiento pudo preverse con anterioridad salvo que se indiquen las razones que justifiquen la falta de requerimiento, no podrán prorrogarse los siniestros en que no haya existido gestión alguna del liquidador, registrado o directo.

8) INFORME FINAL DE LIQUIDACIÓN:

El informe final de liquidación deberá remitirse al asegurado y simultáneamente al Asegurador, cuando corresponda, y deberá contener necesariamente la transcripción íntegra de los artículos 26 al 27 del Reglamento de Auxiliares del Comercio de Seguros (D.S. de Hacienda N° 1055, de 2012, Diario Oficial de 29 de diciembre de 2012).

9) IMPUGNACION INFORME DE LIQUIDACIÓN:

Recibido el informe de Liquidación, la Compañía y el Asegurado dispondrán de un plazo de diez días hábiles para impugnarla. En caso de liquidación directa por la Compañía, este derecho sólo lo tendrá el Asegurado.

Impugnado el informe, el Liquidador o la compañía dispondrá de un plazo de 6 días hábiles para responder la impugnación.

ANEXO III

ATENCIÓN AL CLIENTE

Ante cualquier consulta no dude en llamar a Servicio de Atención al Cliente de QuePlan al +562 2 712 7123, donde un ejecutivo especializado lo atenderá de lunes a jueves de 09:00 a 18:30 horas y día viernes de 09:00 a 17:00 horas.

ANEXO IV

COMISIONES

COMISIÓN POR INTERMEDIACIÓN: MetLife Chile Seguros de Vida S.A. pagará un 10% +IVA de comisión a QUEPLAN CORREDORES DE SEGUROS SpA, RUT N° (76.824.542-8) por la intermediación de esta póliza, calculado sobre la prima Neta de impuestos percibida. No se pagará comisión por las primas que se hayan devuelto al asegurado.

COMISIÓN POR USO DE CANAL: MetLife Chile Seguros de Vida S.A. pagará un 25% +IVA de comisión a QUEPLAN SpA, RUT N° (76.712.269-1) por uso de canal para la comercialización de esta póliza, calculado sobre la prima Neta de impuestos percibida. No se pagará comisión por las primas que se hayan devuelto al asegurado.

El monto de la comisión precedentemente señalada no incluye el correspondiente Impuesto al Valor Agregado (I.V.A).

ANEXO V

ASISTENCIA

“Convenio Adicional con Farmacias Cruz Verde”

Mediante el presente Convenio, Farmacias Cruz Verde S.A., Rut N° 89.807.200-2, otorgará a los Asegurados del seguro “SEGURO DE REEMBOLSO DE ENFERMEDADES DE ALTO COSTO” beneficios de descuentos adicionales por sus compras en la red de sucursales de Farmacias Cruz Verde.

El titular de la póliza presentando su cédula de identidad podrá realizar compras con porcentajes de descuento en la red de Farmacias Cruz Verde. El porcentaje de descuento aplicado según los productos es el siguiente:

- 25% de Descuento en Medicamentos Genéricos.
- 12% de Descuento en Medicamentos de laboratorio Mintlab.
- 12% de Descuento en Productos GEA y Marcas Propias.
- 8% de Descuento en Medicamentos Bioequivalentes.
- 6% de Descuento en Medicamentos de Marca Nacional e Internacional.

Los descuentos otorgados son adicionales a eventuales descuentos o promociones al público con los que pudieran contar los productos señalados en la Red de Farmacias Cruz Verde en un momento determinado. Los descuentos no se acumulan con otros convenios.

Los descuentos antes mencionados no son aplicables a vacunas, medicamentos oncológicos, inmunológicos, medicina reproductiva, medicina veterinaria, dispositivos o accesorios, recetario y oficinales, y/o cualquier otro producto de especialidad o similar comercializado por Cruz Verde o el Centro de Especialidades Farmacéuticas (Cesfar), o cualquiera de los medicamentos antes indicados en su presentación Bioequivalentes y/o genérica. Se excluyen también recargas de telefonía celular, juegos de azar o recaudaciones.

El convenio es válido para comprar en cualquier local de Farmacias Cruz Verde del país con excepción de los locales ubicados en Cerro Sombrero o Isla de Pascua.

El monto máximo total en descuento será de \$ 16.000.-

La entrega de los descuentos antes detallados son de exclusiva responsabilidad de Farmacias Cruz Verde, RUT N° 89.807.200-2, no cabiéndole a MetLife Chile Seguros de Vida S.A. ninguna responsabilidad en la entrega de los mismos, pues estos servicios no constituyen cobertura de seguros.

Los términos, formas y condiciones del convenio asociado a la póliza de seguro contratada por el cliente en este acto, son de exclusiva responsabilidad de Farmacias Cruz Verde.