

CONDICIONES PARTICULARES

SEGURO SALUD PREMIUM SELECT

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 2020 0059** 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 afiliados a Isapre o Fonasa, que cumplan con los requisitos de asegurabilidad descritos en estas 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, mientras que el cónyuge, conviviente civil o pareja, hijos(as), hijastros(as) y nietos(as) tendrán la calidad de asegurados dependientes. Todo lo anterior hasta cumplir la edad máxima de permanencia y siempre que la póliza colectiva se encuentre vigente y el asegurado al día en el pago de las primas.

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 o Asegurado Dependiente que incurra en los gastos, siempre y cuando sea mayor de edad. En caso de que éste sea menor de edad, los gastos serán pagados al Asegurado Titular.

En caso de fallecer el Asegurado Titular el pago del siniestro será pagado a los Herederos Legales individualizados en la posesión efectiva de los bienes de la herencia del Asegurado fallecido.

Artículo N°6 Coberturas

La compañía de seguros conviene en reembolsar al(los) asegurado(s), los gastos médicos en que éste(os) haya(n) incurrido, en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional, y sólo en la medida que el asegurado se encuentre adscrito a un sistema de salud previsional.

Se otorgará cobertura, tanto dentro del territorio nacional como en el extranjero, de acuerdo a los porcentajes y límites de reembolso o pago establecidos en las presentes Condiciones Particulares, siempre que la póliza se encuentre vigente a esa fecha, y los gastos excedan el deducible.

Los porcentajes y límites se aplicarán sobre el remanente de la cobertura efectiva del sistema de salud previsional del asegurado, excluyendo los gastos en medicamentos.

Las coberturas de salud contratadas en esta póliza son las que se detallan en el siguiente cuadro, dónde se especifican porcentajes de reembolso, topes por prestación y topes por evento del plan de salud.

a) Tope por Evento

Se establece para efectos de la aplicación de los cuadros de cobertura, un tope de **UF 50** (cincuenta unidades de fomento) por evento con el límite del capital asegurado. El tope es combinado, vale decir considera todos los gastos derivados de un mismo evento.

b) Cuadro de Coberturas Salud Complementario Telemedicina Premium Select

Gastos Ambulatorios

Prestaciones	Reembolso (%)	Tope por prestación	Tope Máximo Anual por Beneficiario
Consulta Médica	70%	UF 1,00	Tope Combinado
Cirugía Ambulatoria	70%	-	Tope Combinado
Exámenes Imagenología Amb. Exámenes Laboratorio Amb.y Exámenes Imagen. Amb Alto Costo	70%	-	Tope Combinado

Procedimientos de Diagnóstico	70%	-	Tope Combinado
Procedimientos Quirúrgicos	70%	-	Tope Combinado
Consulta Kinesiología o Fonoaudiología	70%	-	Tope Combinado

Gastos Hospitalarios

Prestaciones	Reembolso (%)	Tope por prestación	Tope Máximo Anual por Beneficiario
Día Cama Medicina	70%	UF 3 diario	Tope Combinado
Servicios Hospitalarios	70%	-	Tope Combinado
Honorarios Médicos	70%	-	Tope Combinado
Materiales e Insumos	70%	-	Tope Combinado
Ambulancia Terrestre*	70%	-	Tope Combinado

* Tope de 50 km de cobertura

Maternidad

Prestaciones	Reembolso (%)	Tope por prestación	Tope Máximo Anual por Beneficiario
Parto Normal	70%	UF 20	Tope Combinado
Cesárea	70%	UF 30	Tope Combinado
Aborto no Provocado	70%	UF 10	Tope Combinado

Nota: Para que el Asegurado titular, cónyuge, conviviente civil o pareja asegurada tenga derecho a este beneficio, la fecha probable de inicio del embarazo debe ser posterior a la fecha de inicio de la vigencia de esta cobertura para el asegurado que se aplica.

Salud Mental

Prestaciones	Reembolso (%)	Tope por prestación	Tope Máximo Anual por Beneficiario
Consultas (psiquiatría/psicología) *	70%	UF 0,8	UF 8

*Reembolso manual, no opera vía I-MED

Beneficios Adicionales

Prestaciones	Reembolso (%)	Tope por prestación	Tope Máximo Anual por Beneficiario
Cristales, Marcos y Lentes de Contacto	70%	-	UF 3
Prótesis y Órtesis	70%	-	UF 20
Cirugía Láser Ocular	70%	-	UF 10
Cirugía por Obesidad	70%	-	UF 10

Los topes de cada cobertura no podrán ser superiores al tope anual por beneficiario.

c) Condiciones de Cobertura de este Seguro:

El Asegurado para obtener la cobertura que esta póliza contempla deberá:

- I. Estar afiliado a ISAPRE o FONASA.
- II. Haber recibido cobertura de parte del sistema de salud previsional al cual se encuentra afiliado, respecto de la prestación que busca cubrir con esta póliza. En caso de no recibir cobertura, presentar la nota de reembolso de \$0 emitida por la Isapre o Fonasa, o el documento en el que se indique "no cubierto".
- III. Pagar la prima convenida.

Este seguro opera en exceso del Sistema de Salud Previsional.

En caso de que el sistema de salud previsional del Asegurado reembolse menos del 50% del valor de la prestación, se considerará un copago mínimo del 50% del costo de la prestación. Sobre dicho monto se aplicarán los porcentajes, topes y deducibles del plan contratado.

Se entiende como costo directo el costo de la prestación, antes de que opere el sistema de salud del Asegurado.

No se cubrirán enfermedades preexistentes, entendiéndose por enfermedad preexistente, cualquier lesión, enfermedad o dolencia que afecte al asegurado, conocida o diagnosticada con anterioridad a la fecha efectiva del inicio de la cobertura que le otorga la Compañía Aseguradora para el respectivo beneficio que ampararía el gasto en conformidad a esta póliza.

La cobertura por concepto de gastos por maternidad, sólo es aplicable respecto del Asegurado Titular, de su cónyuge o pareja, según corresponda, y no respecto de las hijas o nietas de cualquiera de ellos.

Tendrán cobertura bajo esta póliza, aun cuando no sean cubiertas por los sistemas de salud previsionales del asegurado y de acuerdo a los topes anuales y por evento que se establezcan en las condiciones particulares, las siguientes prestaciones:

1. Consultas de Psiquiatría.
2. Consultas de Psicología.
3. Cristales, marcos y lentes de contacto.
4. Prótesis y Órtesis.
5. Cirugía Ocular Lasik para miopía, astigmatismo, hipermetropía y otras enfermedades oculares.

Cobertura a través de IMED

Este seguro operará con cobertura vía I-Med para Consultas Médicas y Exámenes sin límite, con el tope máximo de cobertura por evento definidos en estas condiciones particulares.

Queda expresamente establecido que la aplicación de este seguro vía I-Med no necesariamente implica la aceptación de la cobertura del diagnóstico que origina dichos gastos, de tal modo que

en cualquier momento la compañía podrá restringir, limitar o excluir dicho diagnóstico por carecer de cobertura, en conformidad a lo establecido en las Condiciones Generales y Particulares de este seguro.

Queda expresamente establecido que el IMED es un convenio adicional, que no constituye cobertura de seguros y la responsabilidad por el otorgamiento del mismo es de IMED

Artículo N°7 Monto Máximo de Reembolso y Deducible

Plan	Monto Máximo de Reembolso y Deducible	
	Capital Asegurado anual por asegurado	Deducible Grupo Familiar
Salud Complementario Premium Select	UF 150	UF 2

El deducible se aplica sobre los gastos efectivamente incurridos, ya multiplicados por el porcentaje que se detalla en los cuadros de Cobertura del Seguro Complementario de Salud, detallados en las letras b) y c) del Artículo 6 del presente instrumento, según plan contratado.

El deducible de esta póliza colectiva será anual, y se calculará y aplicará en forma proporcional respecto al grupo familiar, considerando para estos efectos el número de meses en que permanezca vigente la póliza al grupo familiar, desde la fecha de su incorporación al seguro y hasta la fecha de renovación de la póliza colectiva. En todo caso, una vez renovada la póliza colectiva, el deducible será anual para el grupo familiar, sin aplicar ningún tipo de proporcionalidad.

Artículo N°8 Condiciones Generales de Asegurabilidad

Tabla de edades para el ingreso y permanencia al seguro

Asegurados	Edades de ingreso y permanencia		
	Edad Mínima de Ingreso	Edad Máxima de Ingreso	Edad Máxima de Permanencia*
Titular	18 años de edad	59 años y 364 días	64 años y 364 días
Cónyuge, Conviviente Civil y Pareja	18 años de edad	59 años y 364 días	64 años y 364 días
Hijos(as), Hijastros(as) y Nietos(as)	14 días	22 años 364 días	23 años y 364 días

* Siempre que la póliza colectiva se encuentre vigente y el asegurado al día en el pago de las primas.

1. Los asegurados que no cumplan con las condiciones de asegurabilidad definidas precedentemente no podrán contratar el seguro y, en consecuencia, en caso alguno quedarán cubiertos por esta póliza. Las primas serán devueltas, en caso de que corresponda.
2. Todos los asegurables deberán completar el formulario de "Solicitud de Incorporación" al seguro y la Declaración Personal de Salud (DPS). 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.

3. La Póliza no cubre situaciones y enfermedades preexistentes que, 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.
4. 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.

5. Los asegurables tendrán la calidad de asegurados de la póliza, sólo cuando la Compañía Aseguradora apruebe la Solicitud de Incorporación, y el asegurado haya suscrito la declaración especial relativa a las preexistencias, cuando corresponda.
6. Es condición necesaria para la contratación de este seguro encontrarse afiliado a sistema de salud previsional.

Coberturas especiales

Cada uno de los Asegurados Dependientes, que cumplan 24 años de edad, y que así lo deseen, podrán contratar una cobertura como asegurado titular en la póliza colectiva, manteniendo sus condiciones de suscripción y con continuidad de cobertura, siempre que ello ocurra en el plazo de 60 días contados desde la fecha en que perdió su calidad de asegurado dependiente en la póliza.

En caso de que la solicitud indicada en el párrafo anterior no fuera efectuada en el plazo indicado, o bien decidiera optar por una cobertura con mayores beneficios, deberá suscribir una nueva solicitud de incorporación, siendo evaluada como un nuevo asegurado y sin continuidad de cobertura.

Artículo N°9 Exclusiones

La presente póliza no cubre gastos médicos en que haya incurrido un asegurado que sean relativos a alguna de las prestaciones, medicamentos, gastos farmacéuticos, procedimientos o estudios que se indican a continuación, o se originen, o sean consecuencia o complicación de alguna incapacidad que se menciona en el presente artículo:

- i) El presente seguro no cubrirá ninguna prestación o gasto que no haya sido cubierto previamente por el sistema previsional del asegurado, con excepción de aquellos específicamente determinados en artículos anteriores.

- ii) Se excluyen expresamente los gastos en razón de medicamentos e insumos, tanto ambulatorios como hospitalarios.
- iii) Se establece además de forma expresa, que no se otorgará cobertura alguna a las Enfermedades, Dolencias o Situaciones de Salud Preexistentes, es decir, aquellas diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata a su favor, antes de la contratación del seguro.
- iv) Se excluyen las coberturas de parto normal, cesárea, aborto involuntario, complicaciones del embarazo y complicaciones en el parto, cuando la fecha probable de inicio del embarazo haya ocurrido con fecha anterior a la vigencia del seguro. Para los efectos de la cobertura de esta póliza, la fecha probable de inicio del embarazo será aquella que se determine en base al informe del examen de imageneología obstétrico practicado a la asegurada.
- v) El seguro tampoco cubrirá ninguna prestación o gasto que se origine por los siguientes motivos:
 - a) Efectos de guerra, declarada o no declarada, invasión, acción de un enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas, ya sea con o sin declaración de guerra.
 - b) Epidemias y Pandemias declaradas por la autoridad competente.
 - c) Tratamientos por adicción a las drogas, alcoholismo o tabaquismo.
 - d) Cirugía por obesidad cuando el índice de masa corporal (IMC) sea menor a cuarenta (40).
 - e) Tratamientos de fertilidad e infertilidad y esterilidad.
 - f) Hospitalizaciones domiciliarias y prestación de servicios de enfermería, fuera de un recinto hospitalario, así como hospitalizaciones para fines de reposo o a causa de enfermedades psiquiátricas y/o psicológicas.

Para este Seguro Complementario de Salud, regirán las exclusiones establecidas en el artículo N°3 de las Condiciones Generales registradas en el Depósito de Pólizas de la Comisión para el Mercado Financiero bajo el código POL 3 2020 0059, a excepción de la exclusión d) "Cirugía por obesidad cuando el índice de masa corporal (IMC) sea menor a cuarenta (40)" y los insumos médicos hospitalarios indicados en la exclusión ii), los que se considerarán cubiertos por esta cobertura, según los límites y condiciones establecidos en estas condiciones particulares.

Artículo N°10 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°11 Prima Bruta Mensual en UF

Cuadro de Primas Salud Complementario Premium Select.

La prima mensual por pagar por el Asegurado, expresada en UF (Unidades de Fomento), es la siguiente:

Tramo	Prima Bruta Mensual		
	Prima Neta	IVA	Prima Bruta
Asegurado sólo	UF 0,9469	UF 0,1799	UF 1,1268
Asegurado más una carga	UF 1,8100	UF 0,3439	UF 2,1539
Asegurado más dos cargas	UF 2,4778	UF 0,4708	UF 2,9486
Asegurado más tres cargas	UF 3,1455	UF 0,5976	UF 3,7431
Asegurado más cuatro cargas	UF 3,8133	UF 0,7245	UF 4,5378

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

Artículo N°12 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 a mes 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 anticipada 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°13 Pago de Reembolsos

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 deberá ser lo más pronto posible en un plazo no 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 para la liquidación de reembolsos médicos:

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

Gastos Ambulatorio

- i) Formulario de Reembolso de Gastos Médicos proporcionado por la Compañía Aseguradora, incluyendo informe Médico Tratante que debe incluir fecha de diagnóstico y fecha de primeros síntomas.
- ii) Bonos y/o reembolsos emitidos por la institución de salud, ya sea Isapre o Fonasa.
- iii) Para gastos no cubiertos por el sistema de salud y que cuenten con cobertura de este seguro, según lo establecido en los Beneficios Adicionales del cuadro de cobertura, el asegurado deberá presentar el comprobante del gasto, con timbre "No Bonificable" otorgado por la institución de salud.

Gastos Hospitalarios

- i) Formulario de Reembolso de Gastos Médicos proporcionado por la Compañía Aseguradora, incluyendo informe Médico Tratante que debe incluir fecha de diagnóstico y fecha de primeros síntomas.

- ii) Registro de prestaciones médicas de su sistema previsional de salud (Isapre o Fonasa), los últimos 3 años.
- iii) Copia de resultados de exámenes y diagnósticos.
- iv) Bonos y/o reembolsos emitidos por la institución de salud, ya sea Isapre o Fonasa. Para gastos no cubiertos por el sistema de salud y que cuenten con cobertura de este seguro, según lo establecido en los Beneficios Adicionales del cuadro de cobertura, el asegurado deberá presentar el comprobante del gasto, con timbre "No Bonificable" otorgado por la institución de salud.
- v) Detalles de los gastos hospitalarios incurridos, indicando prestaciones y sus valores (Pre-factura).

La falta en la entrega de algunos de los antecedentes descritos anteriormente hará que la Compañía aseguradora rechace los gastos presentados.

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 N° 18.490, instituciones médicas o similares que otorguen tales beneficios o coberturas.

Cabe indicarle que cualquier controversia que pueda existir con la Compañía en razón de un siniestro menor a UF 10.000, podrá solicitar sea resuelto por un tribunal ordinario o arbitral. Si la controversia es superior a UF 10.000 o no trate sobre un siniestro, tendrá que ser resuelto únicamente por un árbitro.

NOTA: Los documentos mencionados son de carácter imprescindible para la evaluación del siniestro presentado, por lo que, de faltar alguno, la evaluación queda pendiente a la espera de la información faltante. No obstante lo anterior, 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.

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

Artículo N°14 Vigencia de la póliza

La presente póliza colectiva tendrá una vigencia de 12 meses (1 año), comenzando a las 00:00 horas del día **01 de marzo de 2022** y terminando a las 24:00 horas del día **28 de febrero de 2023**.

Se entenderá renovada automáticamente la póliza por un nuevo período de igual duración, si ninguna de las partes avisase a la otra de su decisión 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°15 Vigencia de las 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 y se mantendrá vigente siempre que la prima se encuentre al día y la póliza colectiva se encuentre vigente.

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 65 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 de la cobertura en el plazo de 15 (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 65 años, siempre que la póliza colectiva se mantenga vigente y el asegurado titular al día en el pago de las primas.
2. Los hijos 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 de la cobertura individual del grupo asegurado 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°16 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 2020 0059 en el **sitio Web www.cmf.cl**.

Artículo N°17 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.

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.

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°18 Resumen de Condiciones del Seguro

En cumplimiento con lo dispuesto en la Circular N° 1.935 de la CMF, 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°19 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°20 Domicilio

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

Artículo N°21 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° 12.

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



Natacha Merediz
Directora de Productos y Underwriting
MetLife Chile Seguros de Vida

Santiago, marzo 2022

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 atiende 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 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

MetLife Chile Seguros de Vida S.A. pagará un 15% +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 recaudada. No se pagará comisión por las primas que se hayan devuelto al asegurado.

MetLife Chile Seguros de Vida S.A. pagará un 15% +IVA de comisión a QUEPLAN CORREDORES DE SEGUROS SpA, RUT N° (76.824.542-8) por la recaudación de esta póliza, calculado sobre la prima Neta de recaudada. No se pagará comisión por las primas que se hayan devuelto al asegurado.

ANEXO V

ASISTENCIA “Convenio Adicional con Telemedicina”

Mediante el presente Convenio ADDIUVA CHILE, otorgará a los Asegurados del seguro “SEGURO SALUD COMPLEMENTARIO PREMIUM SELECT” los siguientes beneficios adicionales, llamando al siguiente teléfono (+56 2 24627100)

PROGRAMA DE ASISTENCIA MÉDICA		
Coberturas	Tope por evento	Tope por evento
Servicio de asistencia telemedicina	30 min	6 eventos
Servicio de asistencia médico a domicilio	UF 2	2 eventos
Servicio de asistencia enfermera a domicilio	5 días (Máx. UF 1 por día)	2 eventos
Servicio de asistencia traslado médico terrestre	UF 10	3 eventos
Compra de medicamentos	20 KM	3 eventos
Retiro y envío de exámenes de laboratorio	20 KM	2 eventos
Servicio de asistencia orientación psicológica telefónica	Ilimitado	Ilimitado
Health Chef (Recetas saludables)	Ilimitado	Ilimitado

Descripción de los servicios

1) SERVICIO DE ASISTENCIA TELEMEDICINA

El servicio de telemedicina pone a disposición del SUSCRIPTOR, un staff de profesionales médicos los 7 días a la semana en horario diurno a través de video conferencia. El Médico podrá aconsejar y recomendar opciones de tratamiento al igual que emitir recetas simples, órdenes de exámenes y licencias médicas. La Medicina General es el primer nivel de atención médica. La consulta está orientada al abordaje integral del paciente. Dependiendo del caso se procede a la identificación de factores de riesgo para enfermedades latentes o potenciales en corto, mediano y largo plazo; orientando al paciente sobre la manera más adecuada de prevenirlas e incentivando estilos de vida saludables. El médico general realizará el diagnóstico y tratamiento de diferentes patologías comunes de manera primaria y de ser necesario derivará al especialista indicado cuando corresponda. Para hacer efectiva la asistencia, el SUSCRIPTOR deberá solicitar y avisar con 48 hora de anticipación a la cabina de asistencia el uso del servicio.

La compañía de asistencias no es responsable por las acciones o determinaciones posteriores que realice o adopte el SUSCRIPTOR, durante o posterior a la consulta.

Condiciones del servicio:

Para asegurar la correcta atención de este servicio el SUSCRIPTOR debe considerar lo siguiente:

- Tener teléfono móvil o un PC con acceso a internet.
- Sistema operativo Android 4.1 o superior, sistema iOS 11 o superior, en caso de uso en teléfono

celular.

- Sistema operativo Windows 7 o superior, o sistema MacOS 10 o superior, en caso de uso en computador de escritorio o portátil. La calidad de la imagen y la continuidad de la atención dependerá única y exclusivamente de la conexión a internet del SUSCRIPUTOR.

Exclusiones del servicio:

- Exámenes complementarios médicos, procedimientos y/o tratamientos de enfermería, curaciones avanzadas, manejo de sondas, ostomías y cualquier otra prestación de carácter presencial.
- Atenciones de urgencias o emergencias médicas. Emisión de licencias médicas.
- Gastos derivados de la consulta.
- Gastos o coordinación de citas posteriores a la consulta.
- Atenciones presenciales.
- Telemedicina no reemplaza ni sustituye la atención médica presencial, la atención primaria o los chequeos preventivos de salud.

2) SERVICIO DE ASISTENCIA MÉDICO A DOMICILIO

En caso de un accidente grave que no permita movilidad del SUSCRIPUTOR por accidente o enfermedad no preexistente, la compañía de asistencia, a través de su red de servicios, gestionará y cubrirá el envío de un especialista en medicina general más cercano a su domicilio, siempre que las condiciones urbanas y viales lo permitan, para que éste pueda atender al SUSCRIPUTOR y dar las indicaciones correspondientes o la derivación a un especialista si es necesario. Servicio sujeto a evaluación telefónica de parte de un profesional de la salud de la compañía de asistencias.

Exclusiones del servicio:

- Atenciones de emergencia.
- Solicitudes de especialidades médicas.

3) SERVICIO DE ASISTENCIA ENFERMERA A DOMICILIO

A solicitud del SUSCRIPUTOR y en caso de encontrarse inhabilitado y con reposo de al menos 7 días bajo prescripción médica acreditable, la compañía de asistencia a través de su red de servicios ubicará a un profesional del área de la enfermería para que pueda asistir al SUSCRIPUTOR (titular) en su domicilio, brindando los cuidados y atenciones prescritos por el médico tratante y producto de un accidente o enfermedad grave no preexistente.

Coberturas del servicio:

- Servicios de inyecciones.
- Control de signos vitales, administración de medicamentos orales y cuidados generales.
- Para realizar este servicio deben existir las condiciones geográficas y de seguridad para el profesional que realiza la visita.
- Los costos del servicio serán de acuerdo con el programa contratado por el suscriptor.

Exclusiones del servicio:

- Servicio de asistencia dirigidos a una persona distinta al titular o SUSCRIPUTOR.
- Servicios de acompañamiento
- Los medicamentos, inyecciones e insumos deben ser proporcionados por el SUSCRIPUTOR o beneficiarios.

- Toda enfermedad preexistente o traumatismo o lesión provocado por un accidente preexistente.

4) SERVICIO DE ASISTENCIA TRASLADO MÉDICO TERRESTRE

En caso de que el SUSCRIPTOR sufra una un accidente o enfermedad grave no preexistente que no le permita movilizarse con autonomía y que requiera atención médica inmediata, la compañía de asistencia gestionará y cubrirá el costo del traslado en ambulancia terrestre (o medio idóneo) hacia el centro médico más cercano al lugar del hecho, o hacia el centro que el suscriptor decida, si la situación así lo permite y dentro de la ciudad que se encuentre, siempre y cuando exista la infraestructura privada. En caso de no existir aquélla, la compañía de asistencias coordinará el traslado por medio de los servicios médicos públicos en la localidad. En todos y cada uno de los casos de asistencia médica, el traslado médico a un centro hospitalario se prestará previa calificación de la situación por parte de los profesionales de la salud de la compañía de asistencias.

Es obligación del SUSCRIPTOR contactarse con la compañía de asistencia en un plazo no mayor a 48 hrs de ocurrido el hecho. Este servicio no reemplaza al Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU). La compañía de asistencias no es responsable por los tiempos de espera ni por los tiempos que implique el traslado hacia un centro hospitalario.

Exclusiones del servicio:

- Zonas donde no exista la infraestructura necesaria para el traslado del paciente.
- Ambulancias programadas o para retiro de pacientes en hospitales o clínicas.
- Enfermedades o situaciones que requieran atención medica inmediata y cuyo contexto se de en jornada laboral del suscriptor. En estos casos, debe canalizar su solicitud mediante la mutualidad que corresponda a su lugar de trabajo.
- Dolencias derivadas del embarazo.
- Enfermedades o accidentes que no requieran atención de urgencia.
- Lesiones provocadas de forma dolosa (por el usuario o por terceros).
- Traslados a destinos distintos de Hospital o clínica.
- Traslados en situaciones de contingencia sanitaria en que debe autorizar entidades competentes.
- Preexistencias.

5) COMPRA Y ENVÍO DE MEDICAMENTOS

El SUSCRIPTOR puede solicitar a la empresa de asistencia, el servicio de compra y entrega de medicamentos en su domicilio. La compra de medicamentos debe ser superior a \$5.000.- y un máximo de \$25.000, siendo el costo de los medicamentos de cargo del SUSCRIPTOR. La compra solo se hará con dinero en efectivo, y el SUSCRIPTOR deberá entregarlo al representante de la compañía de asistencia que realizará la compra junto con la receta del medicamento.

El domicilio del SUSCRIPTOR debe estar dentro de un radio urbano (*), además de contar con farmacias de turno dentro de la comuna o localidad. Se limita el servicio a que el producto solicitado esté disponible en la farmacia de turno.

(*) Por radio urbano se entiende la ciudad como tal y 20 Km. máximo a su alrededor desde sus límites, siempre que las rutas de acceso lo permitan (camino transitable por un automóvil).

Exclusiones del servicio:

- Zonas donde no exista la infraestructura necesaria, o farmacias de turno.
- Insumos distintos de medicamentos (perfumería, pañales, alimentos etc.)

- Compra de medicamentos con receta retenida o con presentación de tarjetas y/o cupones de descuento.
- Presentación de Rut para descuento o seguros complementarios.
- No se recibirán tarjetas de débito, de crédito, cheques u otro documento o valor distinto a dinero en efectivo.

6) RETIRO Y ENVIÓ DE EXÁMENES DE LABORATORIO

En la eventualidad que el suscriptor requiera el retiro y entrega de los exámenes de laboratorio desde un centro médico o clínica privada a su domicilio, en el evento en que el suscriptor se encuentre convaleciente e inhabilitado para el retiro, la compañía de asistenta enviará a una persona encargará de buscar dichos exámenes para luego entregarlos en el domicilio de éste. El retiro de exámenes por un tercero se autoriza por el titular con un poder simple y copia de su cédula de identidad donde autorice expresamente a la persona a realizar el retiro de los exámenes.

Exclusiones del servicio:

- Exámenes que no pertenezcan al suscriptor o sus beneficiarios.
- Exámenes que por su naturaleza no puedan ser retirados por un tercero.

7) SERVICIO DE ASISTENCIA ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA TELEFÓNICA

Servicio de contención, apoyo y guía entregado por psicólogos profesionales, mediante llamada telefónica diurna, destinada a brindar ayuda y contención por problemas de peso. El profesional entregará recomendaciones de cómo actuar ante esos casos. Servicio solo disponible en horarios diurnos, y para mayores de edad.

La compañía de asistencias se exime de toda responsabilidad por los actos u omisiones que pudiera concretar el SUSCRIPTOR después de la orientación telefónica.

Exclusiones del servicio:

- Prescripción de medicamentos.
- Coordinación de citas médicas.
- Diagnóstico de enfermedades o accidentes.
- Urgencias o consultas de urgencias.

8) HEALT CHEF (RECETAS SALUDABLES)

A solicitud del suscriptor, la compañía de asistencia brindará el servicio de Chef vía telefónica. El servicio consiste en orientar al suscriptor en diferentes preparaciones y recetas. La compañía de asistencias se exime de toda responsabilidad por los actos u omisiones que pudiera concretar el suscriptor después de la orientación telefónica.

La entrega de los descuentos antes detallados son de exclusiva responsabilidad ADDIUVA CHILE, 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 ADDIUVA CHILE.