

MetLife Chile Seguros de Vida S.A., considerando los antecedentes entregados por la Empresa Contratante emite las siguientes Condiciones Particulares, las cuales en conjunto con las Condiciones Generales se consideran parte integrante del presente contrato.

Artículo N° 1.- Contratante

Empresa : Xxx
Dirección : Xxx
RUT : Xxx
Giro : Xxx
Teléfono : Xxx

Artículo N° 2.- Asegurador

Empresa : **MetLife Chile Seguros de Vida S.A.**
Dirección : Agustinas N° 640 Piso 1, Santiago
RUT : 99.289.000-2
Teléfono : 56 2 2826 30 00

Artículo N° 3.- Intermediario

Empresa : **Queplan corredores de seguros SpA.**
Dirección : Nueva de Lyon 96, Of 301, Providencia.
Rut : 76.824.542-8
Giro : Corredora de seguros

Artículo N° 4.- Asegurados

Asegurado Titular:

Los empleados con contrato de trabajo vigente e indefinido con la Empresa Contratante, que cumplen con las condiciones de asegurabilidad, señaladas en el artículo N° 13 y fueran debidamente incorporados e informados a la compañía.

Asegurados Dependientes:

Para los planes familiares se otorgará cobertura bajo los siguientes parentescos:

- a) Cónyuge o Conviviente Civil (uno u otro) del Asegurado Titular Conviviente (Carga No Legal) del Asegurado Titular
- b) Hijos del Asegurado Titular; asimismo, podrán ser asegurados dependientes los hijos del Cónyuge o Conviviente del Asegurado Titular, aun cuando no sean hijos de éste

Artículo N° 5.- Beneficiarios

Coberturas Fallecimiento y Muerte Accidental

Se entenderán como beneficiarios a todas aquellas personas naturales que hayan sido designadas por cada asegurado titular. De no existir beneficiarios designados, el monto de la indemnización se pagará a los herederos legales según se indique en el documento de la posesión efectiva del Asegurado, y se sujetará a las reglas establecidas en el artículo N° 593 del Código de Comercio.

La designación de beneficiarios la podrá realizar el asegurado en su portal portaldeclientes.metlife.cl/

Coberturas Invalidez Accidental

El beneficiario para el pago será el Asegurado Titular.

Coberturas Complementario de Salud, Ampliado y Dental

El beneficiario para el pago será el Asegurado Titular.

Artículo N° 6.- Obligaciones Legales del Contratante

El contratante debe informar a los asegurados u otro legítimo interesado sobre la contratación del seguro, sus condiciones o modificaciones.

El contratante asume las responsabilidades que emanen de su actuación como contratante del seguro colectivo.

Artículo N° 7.- Coberturas

I. Coberturas de Fallecimiento

Cubre el riesgo de fallecimiento pagando el capital asegurado a los beneficiarios, siempre y cuando sea producido durante la vigencia de esta cobertura y de acuerdo con lo indicado en la Condiciones Generales (POL 2 2017 0060).

Si el fallecimiento ocurriera como consecuencia de suicidio, se pagará siempre que hubiera transcurrido al menos un (1) año completo e ininterrumpido desde la fecha de incorporación del asegurado, desde su rehabilitación.

Este seguro no cubrirá el fallecimiento cuando este sea como consecuencia de alguna de las siguientes enfermedades o dolencias e intervenciones quirúrgicas diagnosticadas antes del ingreso del asegurado titular al seguro: Cáncer, Cardiopatías, Enfermedad vascular, Insuficiencia Renal Crónica, Parálisis, Trasplante de Órganos, Esclerosis Múltiples y Diabetes Mellitus (cláusula N° 3 del POL 220170060).

La cobertura de fallecimiento solo aplicará para los asegurados titulares.

II. Cobertura de Accidentes Personales

a) Muerte Accidental:

Cubre el riesgo de Muerte Accidental del Asegurado, siempre y cuando sea consecuencia directa e inmediata de un accidente producido durante la vigencia de esta cobertura y de acuerdo con lo indicado en la Condiciones Generales (POL 3 2013 0085, letra A).

Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días siguientes de ocurrido el accidente.

La compañía aseguradora deducirá de la suma a pagar bajo esta cobertura, el importe total que hubiere abonado al Asegurado por el mismo accidente bajo la cobertura de invalidez.

b) Incapacidad Total y Permanente Dos Tercios (2/3) Por Accidente:

Cubre el riesgo de invalidez siempre y cuando sea consecuencia directa e inmediata de un accidente producido durante la vigencia de esta cobertura y de acuerdo con lo indicado en las condiciones generales (POL 3 2013 0085, letra C)

Se entenderá como inmediato, aquello que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días siguientes de ocurrido el accidente.

El asegurado deberá encontrarse en estado de incapacidad total y permanente de a lo menos dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo, evaluado conforme a las "Normas para la Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez de los Trabajadores Afiliados al Nuevo Sistema de Pensiones" regulados por el DL 3500.

En caso de que la Compañía Aseguradora determine el rechazo de la indemnización por no concurrir los requisitos necesarios para calificar la incapacidad como total y permanente dos tercios (2/3) por accidente, el Asegurado podrá, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a dicha comunicación, requerir que la incapacidad sea evaluada por una Junta Médica.

Las coberturas de accidentes personales solo aplican para los asegurados titulares.

III. Cobertura de salud:

a) Complementaria:

Cubre el riesgo de reembolsar, pagar al beneficiario o bien directamente al prestador de salud, los gastos médicos razonables y acostumbrados en que haya incurrido efectivamente un asegurado, en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional, a consecuencia de una prestación médica.

Los reembolsos o los pagos directos y los costos señalados anteriormente se efectuarán de acuerdo con lo indicado en las condiciones generales POL 3 2020 0074 y a los porcentajes, topes y condiciones descritas a continuación, siempre y cuando ocurran dentro de la vigencia de esta cobertura:

Cobertura Complementaria	Cobertura	Reembolso Red Libre elección	Tope por Prestación	Tope Anual
GASTOS AMBULATORIOS	Consultas Médicas Generales	MetLife Orienta	-	Sin tope (*)
	Consultas Médicas	60%	UF 0,5	Sin tope (*)
	Exámenes de Laboratorio	60%	-	Sin tope (*)
	Exámenes de imagenología, Radiografías, Ultrasonografías, Medicina Nuclear, Control Prostático y Mamografía Preventiva	60%	-	
	Procedimientos de Diagnóstico y Terapéuticos	60%	-	Sin tope (*)
	Tratamiento de Kinesiología/Fonoaudiología	60%	UF 0,5	UF 15
	Cirugía Ambulatoria	60%	-	Sin tope (*)
	Exámenes preventivos	60 %	-	2 UF
MEDICAMENTOS (**)	Medicamentos Ambulatorios Genéricos	100 %	-	Sin tope (*)
	Medicamentos de Marca	30 %	-	UF 10
GASTOS HOSPITALIZACIÓN	Día Cama Hospitalización	60%	2 UF	Sin tope (*)
	Día Cama UTI/UCI	60%		Sin tope (*)
	Servicios Hospitalarios	60%	-	UF 20
	Honorarios Médicos	60%	-	UF 20
	Hospitalización Domiciliaria	MetLife orienta	-	-
GASTO MATERNIDAD	Parto Normal	80%	-	UF 10
	Cesárea	80%	-	UF 15
	Complicaciones del Embarazo	60%	-	UF 10
	Complicaciones del parto	80%	-	UF 10
	Aborto No Voluntario	60%	-	UF 10

SALUD MENTAL	Consulta Psiquiatría	60%	UF 0,40	UF 8
	Gastos hospitalarios de Psiquiatría	60%	-	
	Consulta Psicología	60%	UF 0,40	
	Cobertura psicopedagogía	60 %	UF 0,40	
OTROS GASTOS	Gastos Ópticos	50 %	-	UF 4
	Consulta Nutricionista	60 %	0,5 UF	UF 10
	Prótesis/Ortesis (Excluye dental)	50%	-	UF 10
	Cirugía para la corrección de vicios o defectos de refracción (mayor o igual a 5 dioptrías)	50%	-	UF 3
	Servicio Pacientes Crónicos	Metlife Orienta	-	Sin tope (*)
	Servicio Pacientes Crónicos Telemonitoreo (accuhealth)	Metlife Orienta	-	Sin tope (*)
	Servicio de Ambulancia Terrestre (Radio 50kms.)	50 %	-	UF 10
Tope Anual				350 UF
Deducible plan titular				0,5 UF
Deducible plan titular + 1 Carga				1 UF
Deducible plan titular + 2 Carga				1,5 UF

(*) Los topes de cada cobertura no podrán ser superiores al tope anual por asegurado.

(**) Incluye medicamentos en farmacia Cruz Verde con bonificación en línea.

Se establece para efectos de la aplicación de los cuadros de cobertura anteriores, un tope anual por asegurado de **UF 350**. El tope es combinado, vale decir, considera todos los gastos de un asegurado en un año.

En caso de que el asegurado exceda el tope anual de cobertura complementaria, comenzarán a regir la siguiente ampliación de cobertura.

Cobertura Complementario ampliado	Cobertura	Reembolso	Tope por Prestación (UF)	Tope Anual (UF)	
HOSPITALIZACION	Día Cama	100 %	-	Sin tope (*)	
	Honorarios Quirúrgicos	Médico	100 %	-	Sin tope (*)
	Servicio Hospitalario		100 %	-	Sin tope (*)
AMBULATORIOS	Cirugía Ambulatoria		100 %	-	Sin tope (*)
	Consulta General		100 %	-	Sin tope (*)
	Exámenes		100 %	-	Sin tope (*)
	Fonoaudiología, Kinesiología y Medicina Física		100 %	-	Sin tope (*)
	Medicamentos		40 %	-	Sin tope (*)
	Procedimientos		100 %	-	Sin tope (*)

OTROS GASTOS	yeso	100%		
	Drogas (Oncológicas, Insumo supresoras y Antineoplásicas)	100%	-	Sin tope (*)
	Otros beneficios ambulancia terrestre 50 km	100%	-	Sin tope (*)
	Otros beneficios prótesis y ortesis (excluye dental)	100 %	-	Sin tope (*)

Se establece para efectos de la aplicación de cobertura descrita en los últimos dos cuadros anteriores, un tope anual por asegurado de **UF 1000**. El tope es combinado, vale decir considera todos los gastos de un asegurado en un año.

b) Definiciones coberturas de Salud:

- Este seguro opera en exceso del Sistema de Salud Previsional (Isapre o Fonasa), Bienestar u otro seguro adicional o convenio. Si el aporte del Sistema de Salud Previsional es menor al 50%, el reembolso de la Compañía será sobre el 50% del costo directo de la prestación, monto sobre el cual se aplicarán los porcentajes, topes y deducibles del plan contratado.
- La Cobertura en el extranjero se considera bajo las mismas condiciones del Plan Complementario de Salud (como complemento de Isapre o Fonasa).
- Este seguro cubrirá preexistencias. No obstante, no se cubrirán los gastos médicos incurridos como consecuencia de alguna de las siguientes enfermedades o dolencias e intervenciones quirúrgicas: Cáncer, Cardiopatías, Enfermedad Vascular, Insuficiencia Renal Crónica, Parálisis, Trasplante de Órganos, Esclerosis Múltiple y Diabetes Mellitus. Sin perjuicio de lo anterior, si se cubrirá cuando las enfermedades o dolencias recién enunciadas hayan sido diagnosticadas durante la vigencia individual del asegurado en la póliza (cláusula N° 6 del POL 3 2020 0074).
- La cobertura de Maternidad es sólo para los Asegurados Titulares y Cónyuges, no aplica para las hijas.
- Para que el asegurado titular o cónyuge asegurado tengan derecho al beneficio de maternidad, 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.
- Para nuevos ingresos, la cobertura para partos de embarazos preexistentes se cubrirá en base a novenos, de acuerdo con la siguiente formula:

$\text{Tope Anual Corregido} = (\text{inicio Vigencia} - \text{Prestación}) * \text{Tope Base} / \text{Duración Embarazo}$

Donde:

Tope Anual Corregido = Corresponde al nuevo tope anual, expresado en UF.

Prestación = Fecha de ocurrencia de la prestación (Parto o Aborto NO Provocado).

Inicio Vigencia = Fecha en la que la asegurada ingresa a la póliza del complementario de salud (se calcularán los días transcurridos entre la fecha de Prestación y la de Inicio de Vigencia).

Tope Base = Corresponde al tope anual, expresado en UF, de la prestación de interés que aparece en el plan de coberturas.

Duración Embarazo = Para el caso de Parto este número será 280 (medido en días). Para el caso del Aborto no provocado el número utilizado será 189 (medido en días).

- Los medicamentos ambulatorios cubiertos por este beneficio serán sólo aquellos que el asegurado deba consumir durante el periodo de vigencia de la póliza, de acuerdo con la dosis prescrita por el médico tratante y en ningún caso la dosis a reembolsar podrá ser superior a treinta (30) días de tratamiento a partir de la fecha de compra de los medicamentos.
- Queda expresamente establecido que la aplicación del 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 presentes condiciones o en las condiciones generales.
- Los topes anuales son sobre la base del año póliza.

IV. Cobertura dental

La Compañía de Seguros reembolsará o pagará los gastos dentales razonables, acostumbrados y efectivamente incurridos por el asegurado a causa de una enfermedad o accidente de origen odontológico, sólo si las prestaciones son otorgadas y prescritas por un odontólogo o dentista.

Los reembolsos o los pagos directos al prestador y los costos señalados anteriormente se efectuarán de acuerdo a lo indicado en las condiciones adicionales CAD 3 2020 0107 y a los porcentajes, topes y condiciones descritas a continuación, siempre y cuando el gasto sea incurrido durante la vigencia de la cobertura:

Cobertura Dental	Prestación	Reembolso Plataforma Digital	Tope Anual por grupo familiar
GASTOS RUTINARIOS	Consultas dentales, Radiología, Higiene y Profilaxis, Endodoncia, Operatoria/Cirugía, Periodoncia, Laboratorio, Medicamentos	50%	UF 15
GASTOS ESPECIALIDAD	Prótesis, Implantes y Ortodoncia (carencia de 6 meses)	50 %	
Deducible			0,5 UF

Para efectos de que opere la cobertura es condición necesaria que las prestaciones dentales hayan sido efectivamente realizadas al asegurado a la fecha del denuncia del siniestro.

Definiciones cobertura dental:

- Enfermedad de origen odontológico: Toda enfermedad que afecta al diente, encía periodonto y hueso alveolar, excluyéndose las afecciones de tipo esquelético.
- Esta cobertura opera sobre el valor de la prestación, hasta el límite establecido como gasto razonable, descontando las sumas financiadas por un sistema de salud previsional u otra institución que otorgue beneficios, monto al cual se le aplicarán los porcentajes y topes y deducibles definidos.
- La Compañía considera como gasto razonable y acostumbrado, aquel que no exceda el valor asignado para esa prestación en el arancel Dental MetLife ajustado anualmente según IPC.

- No se cubrirán siniestros a causa de enfermedades diagnosticadas o conocidas en fecha anterior a la de ingreso de los asegurados en la póliza.

Artículo N° 8.- Capitales Asegurados

El Capital Asegurado se expresará en **Unidades de Fomento (UF)**.

Vida y Adicionales

Coberturas	Capital
Fallecimiento	UF 100
Muerte Accidental (AP)	UF 400
Invalidez Accidental (AP)	UF 500

Salud y Adicionales

Coberturas	Capital
Complementario de Salud	UF 350
Complementario ampliado	UF 1000
Seguro Dental	UF 15

Artículo N° 9.- Primas

La prima mensual de este seguro se expresará en UF.

El detalle de prima por cobertura se indica en las siguientes tablas:

Planes titular	Prima neta	IVA	Prima bruta
<i>Complementario</i>	0,4870 UF	0,092536 UF	0,5796 UF
<i>Ampliado</i>	0,0577 UF	0,1096 UF	0,0687 UF
<i>Fallecimiento</i>	0,0174 UF	-	0,0174 UF
<i>Muerte Accidental</i>	0,0158 UF	-	0,0158 UF
<i>Invalidez Accidental</i>	0,0084 UF	0,0016 UF	0,0101 UF
<i>Cobertura Dental</i>	0,1174 UF	0,0223 UF	0,129 UF

Planes titular + 1 Carga	Prima neta	IVA	PRIMA BRUTA
<i>Complementario</i>	0,8593 UF	0,163272 UF	1,0226 UF
<i>Ampliado</i>	0,1039 UF	0,1973 UF	0,1236 UF
<i>Fallecimiento</i>	0,0174 UF	-	0,0174 UF
<i>Muerte Accidental</i>	0,0158 UF	-	0,0158 UF
<i>Invalidez Accidental</i>	0,0084 UF	0,0016 UF	0,0101 UF
<i>Cobertura Dental</i>	0,2113 UF	0,0401 UF	0,2322 UF

Planes titular + 2 Cargas	Prima neta	IVA	Prima bruta
<i>Complementario</i>	1,2316 UF	0,234 UF	1,4656 UF
<i>Ampliado</i>	0,1501 UF	0,028514 UF	0,1786 UF
<i>Fallecimiento</i>	0,0174 UF	-	0,0174 UF
<i>Muerte Accidental</i>	0,0158 UF	-	0,0158 UF
<i>Invalidez Accidental</i>	0,0084 UF	0,0016 UF	0,0101 UF
<i>Cobertura Dental</i>	0,2877 UF	0,05466 UF	0,3162 UF

Planes titular + 3 Cargas	Prima neta	IVA	Prima bruta
Complementario	1,2316 UF	0,234 UF	1,4656 UF
Ampliado	0,1847 UF	0,0351 UF	0,2158 UF
Fallecimiento	0,0174 UF	-	0,0174 UF
Muerte Accidental	0,0158 UF	-	0,0158 UF
Invalidez Accidental	0,0084 UF	0,0016 UF	0,0101 UF
Cobertura Dental	0,2877 UF	0,05466 UF	0,3162 UF

Artículo N° 10.- Pago de Primas

La prima mensual de este seguro se pagará de forma mensual y anticipada, dentro de los 10 primeros días del mes de inicio de vigencia y se podrá hacer a través de transferencia bancaria a Queplan corredores de seguros SpA.

El Contratante se compromete a efectuar el pago de las primas desde el inicio de la vigencia del seguro. El atraso en el pago por parte del contratante, por un periodo mayor al periodo de gracia de **30** días, determinará la suspensión de cobertura respecto de los asegurados.

La falta de pago de la prima una vez transcurrido el plazo de quince (15) días contados desde la fecha de envío de la comunicación, posterior al periodo de gracia, dará por terminada la póliza.

Los siniestros que ocurran después de los 30 días de gracia no tendrán cobertura.

La responsabilidad que el asegurador asume por el presente contrato sólo comienza en la fecha de inicio de vigencia indicada en la presente póliza.

Contributoriedad en el pago de la prima:

La prima será financiada en un XX% por la empresa Contratante y XX% por el Asegurado Titular.

Sin embargo, la prima será cobrada 100% a la empresa contratante.

Artículo N° 11.- Requisitos de Asegurabilidad

Para **todos los ingresos** las condiciones de asegurabilidad serán las siguientes:

Coberturas de Vida y Accidentes Personales:

Cobertura	Edad Máxima de Ingreso del Titular	Edad Máxima de Permanencia del Titular
Fallecimiento	64 años y 364 días	69 años y 364 días
Muerte Accidental	64 años y 364 días	66 años y 364 días
Invalidez Accidental	64 años y 364 días	66 años y 364 días

Coberturas de Complementario de Salud, Complementario Ampliado y Dental:

Asegurado	Edad Máxima de Ingreso	Edad Máxima de Permanencia
Titular	64 años y 364 días	67 años y 364 días
Cónyuge o Conviviente	64 años y 364 días	67 años y 364 días
Hijos	23 años y 364 días	24 años y 364 días

--	--	--

(*) Encontrándose la madre cubierta por el seguro (como titular o carga) y estando vigente la póliza, los hijos podrán incorporarse desde su fecha de nacimiento. Si la madre no cumple con los requisitos indicados, sólo podrán incorporarse al seguro transcurridos 14 días desde la fecha de nacimiento, previa evaluación y aceptación de parte de la Compañía aseguradora.

Artículo N° 12.- Exclusiones de Cobertura

Exclusiones aplicables a la cobertura de Vida, Accidentes personales y Complementaria:

1. Suicidio, intento de suicidio, o heridas auto inferidas, ya sea que el asegurado haya estado en su pleno juicio o enajenado mentalmente.
2. Realización o participación en una actividad o deporte riesgoso, considerándose como tales aquellos que objetivamente constituyan una flagrante agravación del riesgo o se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos. A vía de ejemplo y sin que la enumeración sea taxativa o restrictiva sino que meramente enunciativa, se considera actividad o deporte riesgoso el manejo de explosivos, minería subterránea, trabajos en altura o líneas de alta tensión, inmersión submarina, piloto civil, paracaidismo, montañismo, alas delta, benji, parapente, carreras de auto y moto, entre otros.
3. El fallecimiento o gasto como consecuencia de alguna de las siguientes enfermedades o dolencias e intervenciones quirúrgicas:
 - a) Cáncer: Se entiende por Cáncer, la enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno, caracterizado por alteraciones celulares morfológicas y cromosómicas, crecimiento y expansión incontrolado y la invasión local y destrucción directa de tejidos, o metástasis; o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios. Incluye entre ellos los diversos tipos de leucemia los linfomas y la enfermedad de Hodgkin.
 - b) Cardiopatías: Cualquier enfermedad que afecta al corazón o las estructuras del corazón, y puede ser congénita, adquiridas, isquémicas, valvulopatías, miocardiopatías, trastornos del ritmo o de la conducción.
 - c) Enfermedades vasculares: Consisten en la suspensión brusca y violenta de las funciones cerebrales fundamentales, que produce secuelas neurológicas que duran más de veinticuatro horas y que son de naturaleza permanente. Esto incluye el infarto de tejido cerebral, la hemorragia intra-craneal o subaracnoidea, y la embolia de una fuente extra-craneal.
 - d) Insuficiencia Renal Crónica: es aquella enfermedad que se presenta, en su etapa final, como el estado crónico e irreversible del funcionamiento de ambos riñones, como consecuencia de la cual se hace necesario regularmente la diálisis renal.
 - e) Parálisis: Consiste en la pérdida total y permanente de la movilidad de dos o más miembros superiores o inferiores como resultado de un accidente o enfermedad.
 - f) Trasplante de Órganos: 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.
 - g) Esclerosis Múltiple: La enfermedad cuyo diagnóstico inequívoco realizado por un neurólogo confirma al menos anomalías moderadas neurológicas persistentes, consistentes con la impariedad de función, pero las que no lleven necesariamente al asegurado a una silla de ruedas en forma permanente.
 - h) Diabetes Mellitus: Consiste en un trastorno metabólico que se caracteriza por presentar concentraciones de glucosa en la sangre mayores o iguales a 126 mg/dl, en forma recurrente o crónica. Puede ser tipo I o II.

Exclusiones para las coberturas de Fallecimiento corresponden a las indicadas en artículo N° 3 del apartado de las condiciones generales (POL 2 2017 0060).

1. Pena de muerte o por participación del asegurado en cualquier acto delictivo.
2. Acto delictivo cometido, en calidad de autor o cómplice, por un beneficiario o quien pudiere reclamar la cantidad asegurada o la indemnización.
3. Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad interior del Estado
4. Participación activa del Asegurado en acto terrorista, entendiéndose por acto terrorista toda conducta calificada como tal por la ley, así como el uso de fuerza o violencia o la amenaza de ésta, por parte de cualquier persona o grupo, motivado por causas políticas, religiosas, ideológicas o similares, con la intención de ejercer influencia sobre cualquier gobierno o de atemorizar a la población, o a cualquier segmento de la misma.
5. Participación del Asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose por tales aquellas en las cuales se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
6. Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.
7. Una infección Oportunistica, o un neoplasma maligno, si al momento de la muerte o enfermedad el asegurado sufría del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Con tal propósito, se entenderá por:
 - a) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida lo definido para tal efecto por la Organización Mundial de la Salud. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida debe incluir Encefalopatía (demencia) de VIH, (Virus de Inmunodeficiencia Humano) y Síndrome de Desgaste por VIH.
 - b) Infección Oportunistica incluye, pero no debe limitarse a Neumonía causada por Pneumocystis Carinii, Organismo de Enteritis Crónica, Infección Vírica o Infección Microbacteriana Diseminada.
 - c) Neoplasma Maligno incluye, pero no debe limitarse al Sarcoma de Kaposi, al Linfoma del Sistema Nervioso Central o a otras afecciones malignas ya conocidas o que puedan conocerse como causas inmediatas de muerte en presencia de una inmunodeficiencia adquirida.

Exclusiones para las coberturas de Accidentes personales corresponden a las indicadas en artículo N° 4 del apartado de las condiciones generales (POL 3 2013 0085).

1. 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, así como tampoco ningún ejercicio o práctica de guerra.
2. Peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa.
3. Comisión de actos que puedan ser calificados como delito, así como la participación activa en rebelión, revolución, sublevación, asonadas, motín, conmoción civil, subversión y terrorismo.
4. Prestación de servicios del asegurado en las Fuerzas Armadas o funciones policiales de cualquier tipo.
Para todos los efectos de esta póliza las funciones de policía incluyen además las funciones de policía civil y gendarmería.
5. Participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del asegurado.
6. Intoxicación o encontrarse el asegurado bajo los efectos de cualquier narcótico o droga a menos que hubiese sido administrado por prescripción médica. Dicha circunstancia se acreditará mediante la documentación expedida por los organismos correspondientes.
7. La conducción de cualquier vehículo por parte del asegurado, encontrándose éste en estado de ebriedad, conforme a los límites establecidos en la normativa vigente a la fecha

del siniestro. Dicha circunstancia se acreditará mediante la documentación expedida por los organismos correspondientes.

8. Negligencia o imprudencia o culpa grave del asegurado.
9. Desempeñarse el asegurado como piloto o tripulante de aviones comerciales
10. Riesgos nucleares o atómicos.
11. Movimientos sísmicos desde el grado 8 inclusive en la escala de Mercalli, determinado por el Servicio Sismológico del Departamento de Centro Sismológico Nacional o del servicio que en el futuro lo reemplace.
12. Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno sujeto a itinerario, operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros.

Exclusiones Coberturas Complementario de Salud: Son aquellas descritas en el artículo N° 6 de las Condiciones Generales (POL 3 2020 0074).

1. La hospitalización para fines de reposo, como asimismo la hospitalización, rehabilitación, consultas, exámenes y/o tratamientos por enfermedades psiquiátricas y/o psicológicas.
2. Gastos médicos provenientes de una hospitalización en que incurra un asegurado o el recién nacido a consecuencia de embarazo, parto, cesárea y sus complicaciones.
3. Curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento.
4. Cirugías y/o tratamientos estéticos, cosméticos, plásticos, reparadores, dentales, ortopédicos y otros tratamientos que sean para fines de embellecimiento o que tengan como finalidad corregir malformaciones producidas por enfermedades o accidentes anteriores a la fecha de vigencia inicial del asegurado en la póliza, a menos que sean requeridos por una lesión accidental que ocurra mientras el asegurado se encuentre amparado por la póliza. Tampoco estarán cubiertos los tratamientos secundarios a las cirugías indicadas.
5. Tratamientos por adicción a drogas, alcoholismo o tabaquismo. Lesión, enfermedad o tratamiento causado por ingestión de alcohol, somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares, o hechos deliberados que cometa el asegurado, tales como y abortos provocados.
6. Cuadro producido o favorecido por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) sus consecuencias y complicaciones cuando el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) haya sido diagnosticado previo a la vigencia del asegurado en la póliza
7. Los siguientes tratamientos, estudios o condiciones de salud:
 - a. La cirugía por obesidad, denominada como bariátrica u otras similares, independientemente de la existencia de otras incapacidades asociadas, sus tratamientos, consecuencias y complicaciones, excepto cuando el Índice de Masa Corporal (IMC) sea mayor a cuarenta (40)
 - b. Estudios y tratamientos por talla baja, gigantismo y todo tipo de hormonas del crecimiento, así como también Antagonistas LH y RH.
 - c. Cirugía Ocular Lásik para dioptrías menores a 3.
 - d. Esterilización quirúrgica femenina o masculina independiente de la causa por la cual se indique.
 - e. Estudios de diagnóstico, tratamientos y procedimientos que tengan relación con problemas de esterilidad, fertilidad e infertilidad, sus complicaciones o consecuencias.
 - f. Tratamientos para adelgazar.
8. Los siguientes insumos o gastos farmacéuticos no se cubrirán, aun cuando éstos sean con fines terapéuticos, ellos son:
 - i. Insumos ambulatorios no asociados a una cirugía.
 - ii. Cualquier tipo de alimento o sustituto alimenticio, aunque tenga fines terapéuticos.
 - iii. Homeopatías y/o Recetario Magistral.
 - iv. Cremas, lociones faciales, jabones, shampoo, filtros solares, medias antiembólicas o para el tratamiento de várices que no incorporan un principio activo.
9. Lesión o enfermedad causada por:

- i. Guerra civil o internacional, sea que esta haya sido declarada o no, invasión y actividades u hostilidades de enemigos extranjeros.
 - ii. Participación activa del asegurado en rebelión, revolución, insurrección, poder militar, terrorismo, sabotaje, tumulto o conmoción contra el orden público, dentro o fuera del país.
 - iii. Participación del asegurado en actos calificados como delitos por la ley.
 - iv. Negligencia, imprudencia o culpa grave por parte del asegurado.
 - v. Estado de ebriedad o los efectos de drogas o alucinógenos en el asegurado.
 - vi. Fusión y fisión nuclear o cualquier accidente nuclear.
10. Todo tipo de exámenes dentales, extracciones, empastes, cirugías y/o tratamientos dentales en general, como también todo tipo de cirugía maxilofacial, a excepción de la necesaria a raíz de un accidente ocurrido durante la vigencia del asegurado en la póliza y siempre que se haya contratado la cobertura correspondiente.
 11. Aparatos auditivos, lentes o anteojos ópticos y de contacto, prótesis, órtesis, miembros artificiales y suministro de aparatos o equipos médicos y/u ortopédicos, así como también la adquisición o arriendo de equipos, tales como: sillas de ruedas, camas médicas, ventiladores mecánicos, etc.
 12. Tratamientos, visitas médicas, exámenes, medicamentos, remedios o vacunas para el sólo efecto preventivo, no inherentes o necesarios para el diagnóstico de una incapacidad, a excepción de los gastos por control de niño sano y control ginecológico que serán reembolsados de acuerdo a la cobertura contratada de la póliza.
 13. Hospitalización domiciliaria y la atención particular de enfermería fuera del recinto hospitalario.
 14. Gastos por acompañantes, mientras el asegurado se encuentre hospitalizado, tales como, gastos de alojamiento, comidas y otros. Se exceptúan los gastos por un acompañante del asegurado menor de catorce (14) años de edad.
 15. Lesión o enfermedad surgida de la ocupación del asegurado, cubierta por la legislación de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.
 16. Epidemias o pandemias declaradas por la autoridad competente o por el organismo de salud mundial competente, respectivamente.
 17. Tratamientos, drogas o medicamentos que sean utilizados habitualmente como método anticonceptivo, aun cuando su prescripción se indique como necesaria para el tratamiento de otra enfermedad distinta a la de la anticoncepción. En estos se incluirán anticonceptivos tradicionales o de emergencia, anovulatorios, DIU, métodos de barrera, y otros de similares o de distintos principios.
 18. Tratamientos homeopáticos, iriología, reflexología y en general tratamientos médicos no tradicionales o experimentales, empíricos y también la medicina alternativa.
 19. Criopreservación, así como la compra de células madre, sangre, hemoderivados y cualquier otro tejido u órgano.
 20. Gastos que no estén expresamente indicados en el Cuadro de Beneficios detallado en el artículo 7 numeral III, como asimismo, gastos de exámenes y procedimientos a través de nuevas tecnologías no reconocidas por el sistema previsional de salud, los cuales para obtener la cobertura otorgada por esta póliza, deberán contar con la aprobación de la compañía de seguros.

Exclusiones Cobertura Dental: Son aquellas detalladas en el artículo N° 4 de las Cláusula Adicional (CAD 3 2020 0107).

1. Cualquiera de las prestaciones dentales indicadas en las coberturas "Dental de Especialidad" y "Ortodoncia", del artículo N° 2 de esta Cláusula Adicional, salvo que se hayan contratado expresamente, lo cual deberá quedar expresamente establecido en las Condiciones Particulares.
2. Procedimientos dentales realizados por dentistas no habilitados ni autorizados legalmente para practicar la odontología humana.
3. Gastos dentales que no estén expresamente indicados en el Cuadro de Beneficios detallado el artículo 7 numeral III.

4. Medicamentos, exceptuando antibióticos, analgésicos y antiinflamatorios que sean recetados por el cirujano dentista exclusivamente para el tratamiento dental.
5. Cualquier tratamiento dental cuya finalidad sea de embellecimiento, estética o de carácter psicológico, o para corregir malformaciones producidas por enfermedades o accidentes anteriores a la fecha de inicio de vigencia de la cobertura del asegurado.
6. Cualquier tratamiento dental iniciado con posterioridad a la fecha de término de su cobertura. Sin perjuicio de lo anterior, se reembolsarán los gastos por prótesis ordenadas antes del término de la cobertura del asegurado y que fueren entregados dentro de los 30 días siguientes del término de su cobertura.
7. El reemplazo de dentadura natural, excepto en el caso en que tales dentaduras sean necesarias para reemplazar piezas dentales extraídas mientras la persona se encuentre amparada por esta cobertura.
8. Procedimientos de profilaxis realizadas dentro de los 6 meses siguientes de efectuado un procedimiento similar.
9. Fluoraciones y otros tratamientos dentales preventivos.
10. Prótesis e implantes dentarios durante los primeros 6 meses de la póliza o su fin sea estético.
11. Situaciones, dolencias o Enfermedades preexistentes, es decir, aquellas que hayan sido conocidas por el asegurado o diagnosticadas con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia del asegurado en la póliza.

Artículo N° 13.- Pago de siniestros

Los denuncios de siniestros podrán realizarse por los asegurados en el portal de clientes www.portaldeclientes.metlife.cl, el contratante a través del módulo de siniestros en el portal de empresas portalcorredores.metlife.cl/ y para caso de vida los beneficiarios podrán hacerlo en la casilla de correo siniestroscolectindemnizables@metlife.cl o directamente en la página web www.metlife.cl

I. Fallecimiento y muerte accidental

El contratante o beneficiarios deberán denunciar el fallecimiento del asegurado en un plazo máximo de (60) sesenta días desde el siniestro.

Los beneficiarios, acreditando su calidad de tales, podrán exigir el pago del capital asegurado presentando los siguientes antecedentes:

- a) Certificado de defunción del asegurado;
- b) Certificado de nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del asegurado,
- c) La Compañía Aseguradora podrá solicitar antecedentes adicionales.

II. Invalidez por Accidente:

El contratante o asegurado deberán denunciar el siniestro en un plazo máximo de (60) sesenta días.

El asegurado podrá exigir el pago del capital asegurado presentando los siguientes antecedentes:

- a) Dictamen de Invalidez o algún documento que acredite la Invalidez.

Con todo, la Compañía Aseguradora queda facultada para solicitar, a su voluntad, los documentos adicionales que estime del caso, a efectos de aclarar satisfactoriamente la ocurrencia de un siniestro y determinar su monto. Además, podrá practicar a su costa exámenes médicos al Asegurado respecto del cual se refiera la solicitud de indemnización.

II. Coberturas de Salud:

Efectuado un gasto médico reembolsable en virtud de la presente póliza, el asegurado deberá informarlo a la compañía en un plazo máximo no superior a **(60) Sesenta días**, desde la fecha de emisión del bono o reembolso, boletas o facturas.

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

Para solicitar el reembolso de gastos de salud ambulatorios, el asegurado titular deberá realizarlo vía web en caso de que los servicios de I-Med no funcionaran.

Para el reembolso de gastos de salud hospitalario, podrá ser a través de Ventanilla Única habilitada en prestadores preferentes o vía web.

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

Sin el cumplimiento de dichos requisitos, la compañía aseguradora no estará obligada a efectuar reembolso alguno de gastos.

Se considera convenio facturación ventanilla única en centros Hospitalarios: **Clínica Indisa, Clínica Dávila, Clínica Santa María, Clínica Alemana, Clínica Las Condes, Clínica Bicentenario, Clínica UC San Carlos de Apoquindo, Clínica Vespucio, Clínica Cordillera, Clínica Maitenes, Clínica Elqui, Clínica La Portada de Antofagasta, Hospital Clínico de Viña del Mar, Clínica Tarapacá, Clínica Atacama, Clínica Los Carrera, Clínica Los Leones y Clínica El Loa.**

III. Cobertura dental:

Efectuado un gasto reembolsable en virtud de la presente póliza, el asegurado deberá informarlo a la compañía en un plazo máximo no superior a **(60) Sesenta días**, desde la fecha de emisión del bono o reembolso, boletas o facturas.

Para solicitar el reembolso de gastos dentales, el asegurado titular deberá realizarlo vía web.

El asegurado podrá exigir el pago del capital asegurado presentando los siguientes antecedentes:

- a)** Recibos, boletas y facturas cuando corresponda, copia de bonos, copia de órdenes de atención, copia de programas médicos u otros documentos que acrediten el gasto incurrido.
- b)** Los antecedentes médicos y exámenes radiológicos necesarios para el diagnóstico y ejecución del tratamiento, para efectos de determinar y verificar la efectividad de la prestación dental cuyo pago directo se solicita.

Con todo, la Compañía de Seguros queda facultada para solicitar los documentos adicionales que estime necesarios en cada caso, a efectos de aclarar la ocurrencia de un siniestro y/o determinar su monto.

Además, podrá practicar exámenes médicos o peritajes al asegurado respecto de quien se refiera la solicitud de pago directo de los gastos dentales al prestador odontológico preferente.

En caso de no cumplir con los requisitos indicados precedentemente, la Compañía de Seguros no estará obligada a efectuar el pago directo al prestador odontológico preferente.

En caso de no renovación de la póliza, el plazo de aviso de siniestro no podrá ser superior a treinta (30) días, contados desde la fecha de término de la vigencia de la póliza.

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

Artículo N° 14.- Inclusión, Exclusión y Modificación de Asegurados

Con el objeto de mantener actualizada la nómina de asegurados, Queplan es responsable de subir a través del portal corredor portalcorredores.metlife.cl/ las nuevas incorporaciones y bajas del seguro.

Las nuevas inclusiones tendrán vigencia al día siguiente de la incorporación y se les hará un cobro proporcional de prima por el periodo de vigencia.

Para la exclusión, el Contratante deberá indicar el nombre completo y RUT de la persona excluida del seguro a través del portal corredor. Dicha exclusión comenzará a regir desde el día siguiente y se cobrará proporcionalmente al tiempo de vigencia.

En caso de la exclusión del titular, se entenderá excluido todo el grupo familiar asociado. Estos movimientos serán reflejados en la liquidación de primas que mensualmente se envía al Contratante.

Se deja establecido, que aquellos asegurados que solicitaron voluntariamente su exclusión del seguro, no podrán volver a ser incorporados durante la vigencia actual de la póliza. En caso de solicitar su inclusión en una nueva vigencia, estos deberán incorporarse de la forma descrita en el párrafo anterior perdiendo toda continuidad de cobertura.

Nota: En aquellos casos en que el Contratante solicite un movimiento retroactivo, es decir incluir o excluir un asegurado con fecha anterior al mes en curso, La Compañía Aseguradora hará los respectivos movimientos solicitados siempre y cuando estos sean evaluados y aceptados por la Compañía Aseguradora, no obstante el cobro de las primas o la devolución de estas si corresponde, será efectuado en la próxima facturación, a través de la liquidación mensual de primas más una reliquidación mensual de primas.

Exclusión de Asegurados por edad de permanencia:

- a) Los asegurados que excedan la edad límite de permanencia durante la vigencia de la póliza, serán excluidos automáticamente por la compañía a contar de la fecha de renovación. En caso de que la póliza sea prorrogada, la exclusión será a contar del inicio de la prórroga.
- b) Al cumplir la edad máxima de permanencia de todas las coberturas, exceptuando fallecimiento, se darán de baja esas coberturas y se cobrará el proporcional de la prima correspondiente a fallecimiento.

Artículo N° 15.- Vigencia

La vigencia de este seguro será anual renovable y comenzará a regir a partir de las **00:00 hrs. del día XX de XXX de XXXX hasta las 24:00 Hrs. del día XX de XXX de XXXX.**

La póliza se entenderá renovada automáticamente 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, esta notificación deberá ser mediante un correo electrónico de la otra parte involucrada.

No obstante, la compañía aseguradora se reserva el derecho de:

1. Modificar las condiciones de la póliza en cada renovación, para lo cual deberá informar estos cambios a la empresa, por correo electrónico y con al menos 30 días de anterioridad a la renovación.
2. Poner término a la póliza, si observa que el volumen de asegurados vigentes en ese instante es inferior a 8 trabajadores o al 80% de la nómina de trabajadores del contratante.

Artículo N° 16.- Condiciones Generales

El seguro se rige por las Condiciones Generales y Cláusulas Adicionales incorporadas al depósito de pólizas de la CMF www.cmfchile.cl/institucional/mercados/deposito_polizas bajo los siguientes códigos:

Coberturas	Código CMF
Fallecimiento	POL 2 2017 0060
Muerte Accidental (AP)	POL 3 2013 0085
Invalidez Accidental (AP)	POL 3 2013 0085
Complementario de Salud	POL 3 2020 0074
Seguro Dental	CAD 3 2020 0107

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.

Artículo N° 18.- Domicilio

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

Artículo N° 19.- Servicio

Para consultas con relación al seguro, ingrese con su clave directo al portal portalcorredores.metlife.cl/, donde podrá encontrar información sobre asegurados, pago de primas, siniestros y donde podrá ingresar requerimientos y consultas.



Diana Berstein
Director de operaciones
MetLife Chile Seguros de Vida S.A.

Representante Legal
NOMBRE CONTRATANTE

ANEXO 1
CONVENIOS METLIFE

Los Asegurados de la póliza podrán acceder a los siguientes servicios adicionales: Yoga Crecer, Bebelab, Mandu, Óptica Renovatio, Clinical Service, Clínica Oftalmológica Providencia, Centro Europeo Oftalmología (CEO), Kellun, Equilibrio, Legal Chile, Accu Health y Ópticas Place Vendome.

El detalle de los beneficios los encuentra en w3.metlife.cl/beneficios_adicionales/

Adicionalmente el contratante contara con el servicio de MetLife Orienta, el cual se describe en la siguiente tabla:

ASISTENCIA METLIFE ORIENTA				
Prestaciones sin costo	Horarios de Atención	Puntos de Contacto		
		600 945 9800	Whatsapp	WEB
Consultas médicas por videollamada o web	24 horas los 365 días del año	Call center técnico: Opción 7	NA	Médico General : doctor.metlifeorienta.cl
Orientación Médica	Lunes a Viernes de 9:00-18:00 Sábado 9:00-13:00	Opción 1	+569 9974 6379	metlifeorienta.cl/pyme
Consultas Psicología	Lunes a Viernes de 8:00-22:00 Sábado y Domingo de 8:00-22:00	Opción 2	+569 9974 1858	
Consultas Nutricionales	Lunes a Viernes de 9:00-20:00 Sábado 9:00-13:00	Opción 3	+569 9974 8114	
Consultas Deportivas	Lunes a Viernes de 9:00-20:00 Sábado 9:00-13:00	Opción 4	+569 9969 5506	
Servicio Enfermería Pacientes Crónicos	Lunes a Viernes de 9:00-18:00 Sábado 9:00-13:00	Opción 5	+569 9968 7935	
Hospitalización Domiciliaria	Lunes a Viernes de 9:00-18:00 Sábado 9:00-13:00	Opción 6	+569 9968 7935	

Estos servicios no constituyen cobertura de seguros y son de exclusiva responsabilidad de quien los otorga, siendo facultad del contratante y asegurador el ponerles término en cualquier momento, sin expresión de causa y aviso previo a los asegurados.

Póliza 3400xxx
Condiciones Particulares
Seguro Colectivo Pyme Amerins
Julio 2022
Página 18 de 22

ANEXO 2
COMISIONES

Por toda la vigencia de la póliza, MetLife Chile Seguros de Vida S.A. pagará por concepto de intermediación un 10% + IVA de la prima neta recaudada de cada asegurado a favor de Queplan corredores de seguros SpA.

ANEXO 3
RECAUDACIÓN

Empresa : **Queplan corredores de seguros SpA.**
Dirección : Nueva de Lyon 96, Of 301, Providencia.
Rut : 76.824.542-8
Giro : Corredora de seguros
Comisión : 10% exento sobre la prima neta recaudada

ANEXO 4
INFORMACION SOBRE ATENCION DE CLIENTES Y PRESENTACION DE CONSULTAS Y RECLAMOS

En virtud de la Circular N° 2131 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 le presenten directamente por el contratante, asegurado, 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, 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 de la respuesta, podrá recurrir a la Comisión para el Mercado Financiero, Área de Protección al Inversionista y Asegurado, cuyas oficinas se encuentran ubicadas en Av. Libertador Bernardo O'Higgins 1449, piso 1º, Santiago, o a través del sitio web www.cmf.cl.

ANEXO 5

(Circular N° 2106 Comisión para el Mercado Financiero)

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 OPOSICIÓN 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 realizarán, lo que deberá comunicarse al Asegurado y a la CMF, 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, ni 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° 1.055, 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.