

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 : **Corporación De Bienestar Y Salud**
Dirección : Avenida Apoquindo 6750 Piso 2, Las Condes, Santiago.
RUT : 65.091.028-1
Giro : Fundaciones Y Corporaciones; Asociaciones Que Promueven Actividades Cu
Teléfono : 56 2 2719 3519

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 : **Cono Sur Corredores De Seguros Limitada.**
Dirección : Av. Los Conquistadores 1700, Piso 22-A, Providencia, Santiago.
Rut : 76.213.750-K
Teléfono : 56 2 2386 4000
Comisión : 10% sobre la prima neta recaudada

Artículo N° 4.- Asegurados

Asegurado Titular:

Todos los empleados que se incorporen, que cumplan con las exigencias señaladas en el artículo N° 12 de estas condiciones particulares denominado "Requisitos de Asegurabilidad", que tengan contrato de trabajo vigente e indefinido con la Empresa Contratante, y que residan dentro del territorio nacional.

Asegurados Dependientes:

- a) Cónyuge o Conviviente Civil 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

Complementario de Salud

El beneficiario para el pago será el Asegurado Titular.

En el caso del pago de reembolsos médicos por la cobertura Complementario de Salud, el beneficiario será el Asegurado Titular o el Contratante según se indique en el formulario de reembolso respectivo.

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. Cobertura de Salud

a) Seguro Complementario de Salud: Los beneficios de este seguro son los que se detallan en el siguiente cuadro, donde se especifican porcentajes de reembolso, topes por prestación y topes globales del plan de salud.

Seguro Complementario de Salud – Plan de Beneficios

Beneficio Ambulatorio	% Reembolso Bono	Tope por Prestación / Evento (UF)	Tope Anual (UF)
Consultas Médicas	60%	0,5 UF	Sin Tope (*)
Exámenes de Laboratorio	60%	-	UF 20
Exámenes de Imagenología, Radiografías, Ultrasonografías y Medicina Nuclear	60%	-	
Procedimientos de Diagnóstico y Terapéuticos No Quirúrgicos	60%	-	UF 20
Kinesiología y Fonoaudiología	60%	-	UF 10
Estudio Preventivo de la mama	60%	-	UF 1
Estudio Preventivo de la Próstata	60%	-	UF 1
Beneficio de Hospitalización	% Reembolso	Tope por Prestación / Evento(UF)	Tope Anual (UF)
Día de Cama Hospitalización	70%	2 UF	UF 50
Día Cama UTI/UCI	70%	-	
Servicios Hospitalarios	70%	-	
Honorarios Médicos Quirúrgicos	70%	-	
Cirugía Ambulatoria	60%	-	UF 20
Beneficio de Medicamentos	% Reembolso Bono	Tope por Prestación / Evento (UF)	Tope Anual (UF)
Medicamentos Ambulatorios No Genéricos ni Bioequivalentes (**)	30%	-	UF 30 Por Grupo Familiar
Medicamentos Ambulatorios Inmunosupresores o Inmunomoduladores (**)	30%	-	
Medicamentos Ambulatorios Antineoplásicos (**)	30%	-	
Medicamentos Ambulatorios Genéricos y Bioequivalentes (**)	60%	-	
Beneficio Maternidad	% Reembolso	Tope por Prestación / Evento (UF)	Tope Anual (UF)
Parto Normal	70%	-	UF 15
Parto por Cesárea	70%	-	UF 25
Aborto Involuntario	70%	-	UF 10

Beneficio Salud Mental	% Reembolso Bono	Tope por Prestación / Evento (UF)	Tope Anual (UF)
Gastos Ambulatorios por Consultas de Psiquiatría y/o Psicología y/o Psicopedagogía	70%	0,50 UF	UF 15
Gastos Hospitalarios de Psiquiatría	70%	-	
Beneficio Adicionales	% Reembolso Bono	Tope por Prestación / Evento (UF)	Tope Anual (UF)
Tratamientos de Fertilidad e Infertilidad (incluye Medicamentos)	70%	-	UF 5
Gastos por Óptica	60%	-	UF 3
Audífonos	60%	-	UF 10
Prótesis y Órtesis	60%	-	UF 10
Servicio de Ambulancia Terrestre	60%	-	UF 10
Terapia Ocupacional	60%	-	UF 20
Cirugía Ocular Lasik con Dioptría Superiores a 3	60%	-	UF 5
Gasto Donante Vivo	100%	-	UF 20
Gasto Donante Post Mortem	100%	-	UF 20
GES/CAEC	100%	-	Sin Tope (*)
Cobertura en el extranjero 50 % Plan Solo Urgencias			

(*) Los topes de cada cobertura no podrán ser superiores al tope anual por asegurado detallado en el Artículo N° 8 de este Condicionado Particular.

(**) Incluye Medicamentos en Farmacias Cruz Verde y Farmacias Salcobrand, con bonificación en línea, sin costo adicional. Tratándose de compras de medicamentos efectuadas en establecimientos distintos a Farmacias Cruz Verde y Farmacias Salcobrand, los comprobantes deberán ser enviados a la Compañía, para su evaluación y posterior reembolso si así corresponde. En ambos casos se aplicará el deducible estipulado en el condicionado particular.

Definiciones Coberturas de Salud:

- Este seguro opera en exceso del Sistema de Salud Previsional (Isapre o Fonasa), Bienestar u otro Seguro adicional o convenio.
- Periodo de acumulación del deducible es sobre la base del Año Póliza.
- De los gastos no bonificados por el Sistema de Salud Previsional, se considerarán como gastos efectivamente incurridos el 50% de éstos, sobre los cuales se aplicarán los porcentajes, topes y deducibles del plan contratado. Se exceptúan de este punto los Medicamentos Ambulatorios, Óptica (incluidos afiliados Fonasa menores de 60 años) con o sin sistema I-Med y Salud Mental. Para estos se exigirá timbre de No Bonificable del Sistema Previsional excepto para los Medicamentos Ambulatorios.
- 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. Se exceptúan los Medicamentos Ambulatorios, Deducible por prestaciones Auge CAEC o GES.
- **BMI Clínicas de Alto Costo:** Si el aporte del Sistema de Salud Previsional es menor al 60%, el reembolso de la Compañía será sobre el 40% para todas las atenciones en las siguientes clínicas: Clínica Alemana de Santiago, Clínica Las Condes, Clínica Los Andes y Clínica UC Christus de San Carlos de Apoquindo, considerando las exclusiones señaladas en punto anterior.

- La Cobertura en el extranjero se considera bajo las mismas condiciones del Plan Complementario de Salud (como complemento de Isapre o Fonasa).
- La Compañía Aseguradora reembolsará sólo en la proporción y hasta el monto máximo señalado en las Condiciones Particulares de la Póliza, sin perjuicio del deducible estipulado.
- No se cubrirán siniestros a causa de enfermedades diagnosticadas o conocidas en fecha anterior a la de ingreso de los asegurados en la póliza.
- La presente Póliza **SI** considera **Continuidad de Cobertura** para la cobertura de Salud, para los asegurados vigentes en la anterior compañía, por lo que **SI** se cubrirán siniestros a causa de enfermedades diagnosticadas o accidentes ocurridos en fecha anterior a la de ingreso de los asegurados en la póliza.
- Para los nuevos asegurados, esta póliza no cubre los gastos originados a raíz de enfermedades preexistentes.
- 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 Condiciones Generales y Particulares del seguro.
- La cirugía dental hospitalaria por accidente y la cirugía reparadora hospitalaria por accidente se reembolsan bajo la cobertura “gastos hospitalarios” del Plan de Salud.
- La cobertura de Maternidad es sólo para los Asegurados Titulares y Cónyuges, no aplica para las hijas.
- Se reembolsará el 100% del deducible aplicado por prestaciones activadas a través de CAEC o GES, sólo si se utiliza la red de prestadores del Sistema de Salud Previsional.
- La Compañía Aseguradora cubrirá la Cirugía Lásik Ocular para la corrección de Miopía y Astigmatismo, bajo los siguientes criterios:
 1. Asegurado mayor a 20 años de edad.
 2. Miopía y astigmatismo mayor o igual a 5 dioptrías, Hipermetropía mayor a 3 dioptrías.
 3. Uso de lentes acreditados por al menos 5 años.
 4. Anisometropías importantes con diferencia mayor a 2 dioptrías entre un ojo y otro.
 5. Se cubren las preexistencias.
 6. 6 meses de carencia para futuras incorporaciones.
 7. Se deben cumplir todas las condiciones anteriores.
- 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.
 - i. Medicamentos Ambulatorios Genéricos y/o Bioequivalentes: Se entienden incluidos en esta categoría los medicamentos que se comercializan bajo la denominación del principio activo que incorpora, siendo igual en composición y forma farmacéutica a la marca original, pero sin marca comercial, figurando en su lugar el nombre de su principio activo;
 - ii. Medicamentos Ambulatorios No Genéricos ni Bioequivalentes: Se entienden incluidos en esta categoría los medicamentos no comprendidos en la categoría anterior, que se comercializan bajo un nombre comercial específico sujeto a la protección comercial que otorgan las agencias internacionales de patentes y que han sido registrados por un laboratorio farmacéutico, los que pueden corresponder a la fórmula original o una copia;

- iii. Medicamentos Ambulatorios Inmunosupresores o Inmunomoduladores: Se entienden en esta categoría aquellos fármacos que actúan sobre el sistema inmunológico disminuyendo los efectos adversos sobre la enfermedad o trasplante. Estos medicamentos pueden ser genéricos o no genéricos;
- iv. Medicamentos Ambulatorios Antineoplásicos: Se entienden en esta categoría aquellos fármacos directamente asociados al tratamiento curativo o paliativo del cáncer. Se incluyen los medicamentos específicos usados en la quimioterapia y radioterapia, además de las drogas citotóxicas. Estos medicamentos pueden ser genéricos o no genéricos.

Artículo N° 8.- Capitales Asegurados

Complementario de Salud

Coberturas	Capital
Menores de 65 años	UF 350
Mayores de 65 a 70 años y 364 días	UF 150

Artículo N° 9.- Primas y Tasas% Mensuales

Cobertura de Salud

La prima mensual de este seguro para las coberturas de Salud y Adicionales son las detalladas en el cuadro siguiente y se expresarán en UF:

La prima para el **Plan de Salud Complementario**

Prima Grupo Etario 18 a 45 años

Tramo Cargas	Prima Neta Mensual
Asegurado solo	UF 0,3545
Asegurado con un dependiente	UF 0, 6363
Asegurado con dos dependientes	UF 0 9181
Asegurado con tres dependientes	UF 1,1999
Asegurado con cuatro o más dependientes	UF 1,4908

Prima Grupo Etario 46 a 70 años

Tramo Cargas	Prima Neta Mensual
Asegurado solo	UF 0,6090
Asegurado con un dependiente	UF 1,0908
Asegurado con dos dependientes	UF 1,5726
Asegurado con tres dependientes	UF 2,0634
Asegurado con cuatro o más dependientes	UF 2,5452

El valor de las primas es mensual y está afecta a IVA

Artículo N° 10.- Fecha de Pago

La prima mensual de este seguro se pagará dentro de los 10 primeros días de inicio de cada mes de cobertura.

La cobranza de esta Póliza será mensual **Anticipada**.

El contratante se compromete a efectuar el pago de las primas desde el inicio de la vigencia del seguro. El atraso por parte del contratante en más de **30** días de la fecha pactada, determinará el término de la cobertura del seguro, respecto de los asegurados cuyas primas no se hubieren pagado. Por lo tanto, no se indemnizarán los siniestros que ocurran después de los **30** días de gracia.

La responsabilidad que el asegurador asume por el presente contrato, sólo comienza en la fecha indicada para la vigencia de la presente póliza en estas Condiciones Particulares.

Financiamiento de la Prima:

- Contributoriedad en el pago de la prima: Financiada en un 50% por la Empresa Contratante y 50% por el Asegurado Titular

Artículo N° 11.- Deducibles y Carencias

I. Deducible del Asegurado:

El deducible del **Plan de Salud Complementario** es de aplicación por **Grupo Familiar**, cuyo monto por tipo de asegurado se detalla en el siguiente cuadro:

Tramo Cargas	Monto
Asegurado solo	UF 1,0
Asegurado con un dependiente	UF 2,0
Asegurado con dos dependientes	UF 3,0
Asegurado con tres dependientes	UF 4,0
Asegurado con cuatro o más dependientes	UF 5,0

El deducible se aplica sobre los gastos efectivamente incurridos ya aplicado el porcentaje que se detalla en el Plan de Beneficios del Seguro Complementario de Salud.

No aplica Carencia

Artículo N° 12.- Requisitos de Asegurabilidad

a) Coberturas de Salud

Podrán ingresar todos los empleados con contrato de trabajo vigente e indefinido con la Empresa Contratante. Todos los asegurables nuevos deberán completar el formulario de "Solicitud de Incorporación" al seguro y deberán cumplir con las exigencias de edad de la siguiente tabla:

Coberturas Complementario de Salud

Asegurados	Edad Máxima de Ingreso	Edad Máxima de Permanencia
Titular	69 años y 364 días	70 años y 364 días
Cónyuge	69 años y 364 días	70 años y 364 días
Hijos (*)	23 años y 364 días	24 años
Cargas Legales	23 años y 364 días	24 años

(*) Siempre que el parto haya sido cubierto por la póliza, podrán incorporarse al seguro desde el nacimiento. En caso contrario, sólo podrán incorporarse al seguro una vez transcurridos 14 días contados desde el nacimiento, previa evaluación de la compañía aseguradora.

(*) Los dependientes hijos estarán cubiertos hasta los 24 años de edad, siempre y cuando dependan económicamente del asegurado titular, sean solteros y estudiantes en alguna Institución Educacional, lo que deberá ser acreditado.

Cumpliendo con los requisitos señalados, los asegurables deberán optar al seguro dentro de un plazo máximo de 30 días contados desde la fecha que califican para ingresar a la póliza y su vigencia registrará el día primero del mes siguiente a la fecha de la recepción de la solicitud.

- Los hijos podrán continuar en el seguro pagando la prima como titular sólo posterior a los 24 años de edad, deben depender económicamente del asegurado titular, siempre y cuando sean solteros y se encuentren cursando estudios en alguna Institución Educacional, lo que deberá ser acreditado.
- En caso de aplicar lo indicado en el párrafo anterior, la edad máxima de permanencia para los hijos será hasta cumplir los 28 años de edad.

NOTA: Los requisitos de asegurabilidad y los siniestros se rigen en conformidad a las condiciones vigentes al momento de incorporarse el asegurado y su grupo familiar a la presente póliza.

Artículo N° 13.- Exclusiones de Cobertura

Exclusiones Coberturas Complementario de Salud: Son aquellas descritas en el artículo N° 6 de las Condiciones Generales (POL 3 2020 0069).

Artículo N° 14.- Pago de Beneficios

I. Coberturas de Salud:

Plazo para denuncia de reembolsos.

Gastos Ambulatorios 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, de lo contrario la Compañía no estará en la obligación de pagar el siniestro.

Gastos Hospitalarios Salud:

Efectuado un gasto médico reembolsable en virtud de la presente póliza, el asegurado deberá informarlo a la compañía aseguradora en un plazo máximo **(60) Sesenta días** desde la fecha de emisión de los bonos, programas médicos, boletas o facturas. Esta condición aplica sólo para las prestaciones hospitalarias.

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, el asegurado titular deberá completar la solicitud de reembolsos de gastos médicos e incluir los antecedentes solicitados. Se reembolsarán los gastos según lo estipulado en los planes, coberturas y porcentajes de las presentes condiciones particulares.

Antecedentes para el pago de reembolsos médicos.

- a) La entrega oportuna a la compañía aseguradora del formulario proporcionado por ella, con la información que en él se indique.
- b) La declaración del asegurado si el gasto cuya devolución se solicita estaba cubierto por otros seguros, sistemas o instituciones que otorguen beneficios médicos y al cual pertenezca el asegurado.
- c) La entrega a la compañía aseguradora de los originales extendidos a nombre del asegurado de los recibos, boletas y facturas cuando corresponda, copia de bonos, copia de ordenes de atención, copia de programas médicos u otros documentos que acrediten el gasto incurrido y su cancelación; como, asimismo, en su caso, los que acrediten el pago del reembolso de parte de ellos por la entidad aseguradora, institución o entidad referidos en la letra anterior.
- d) Para obtener el reembolso de gastos médicos bajo el Beneficio de Medicamentos Ambulatorios el asegurado deberá presentar una receta válidamente emitida, entendiéndose por tal aquella que contenga a lo menos lo siguiente:
 - i. Los requisitos establecidos por el Código Sanitario y reglamentación vigente respecto a dispensación de medicamentos;
 - ii. Fecha de emisión válida, es decir, no anterior a sesenta (60) días de la fecha de aviso de siniestro.
 - iii. Nombre del asegurado, que deberá corresponder siempre a la persona efectivamente atendida por el médico que prescribe.
 - iv. Nombre del medicamento, posología, duración del tratamiento y cantidad a dispensar.
 - v. Nombre, Rut y Firma del médico que emite la receta.
 - vi. El gasto a reembolsar no podrá ser superior a treinta (30) días de tratamiento a partir de la fecha de compra de los medicamentos.

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.

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° 15.- Inclusión, Exclusión y Modificación de Asegurados

Con el objeto de mantener actualizada la nómina de asegurados que se encuentran cubiertos por el seguro, el Contratante es responsable de enviar a la Compañía Aseguradora, directamente o a través del Corredor, una carta escrita (en original), antes del día **20** de cada mes, indicando las inclusiones, exclusiones o modificaciones de la nómina que se encuentre vigente.

En el caso de inclusión al seguro, el Contratante deberá enviar directamente o a través del Corredor, en original el formulario "Solicitud de Incorporación", esta nueva inclusión podrá comenzar a regir desde el primer día del mes siguiente a la recepción de la solicitud de incorporación, a contar de la fecha de ingreso al Servicio de Bienestar o en su defecto a contar de la fecha de contrato del asegurado.

Los asegurados que no fueron incorporados durante la vigencia de la póliza podrán ser incorporados a contar de la nueva vigencia, previa evaluación y aceptación por parte de la Compañía Aseguradora. Estos movimientos serán reflejados en la Liquidación de Primas que mensualmente se envía al Contratante.

Para la exclusión, el Contratante deberá indicar el nombre completo y RUT de la persona excluida del seguro. Dicha exclusión comenzará a regir desde el primer día del mes siguiente a la recepción de la carta por parte de la Compañía Aseguradora, a contar de la fecha de finiquito o en su defecto contar de la fecha del último gasto presentado a la Cía. 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 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 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) Los hijos que excedan la edad límite de permanencia durante la vigencia de la póliza serán excluidos 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.

Artículo N° 16.- Vigencia

La vigencia de este seguro será anual renovable y comenzará a regir a partir de las **00:00 hrs. del día 01 de Diciembre de 2020 hasta las 24:00 hrs. del día 30 de Noviembre de 2021** 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.

No obstante, la compañía aseguradora se reserva el derecho de poner término la renovación, si observa que el volumen de asegurados vigentes en ese instante es inferior al 90% del volumen suscrito al inicio de vigencia de la póliza.

Sin perjuicio de lo anterior, cualquier asegurado que contribuya al pago de la prima podrá

manifiestar su intención de renunciar al seguro en cualquier momento, comunicando lo anterior al Contratante, quien deberá informar a la Compañía en los términos establecidos en el artículo referente a la Inclusión, Exclusión y Modificación de Asegurados.

Artículo N° 17.- Condiciones Generales

El seguro se rige por las Condiciones Generales y Cláusulas Adicionales incorporadas al depósito de pólizas de la CMF bajo los siguientes códigos:

Coberturas	Código CMF
Complementario de Salud	POL 3 2020 0069

Artículo N° 18.- 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° 19.- Domicilio

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

Artículo N° 20.- Servicio

Para consultas en relación al seguro, usted como asegurado puede contactarse con nuestra Unidad de Servicio al Cliente al teléfono 600 390 3000, o bien acercarse a cualquiera de nuestras sucursales a lo largo del país. Ingrese a www.metlife.cl para más detalles sobre nuestras sucursales.



Patricio Molina Lamilla
Director de Operaciones y Servicio al Cliente
Seguros de Vida S.A.

Representante Legal
Corporación De Bienestar Y Salud

Santiago, Diciembre de 2020.-

CONDICIONES ESPECIALES

- **Cobertura a Anticonceptivos:** Anticonceptivos: Se dará cobertura a anticonceptivos necesarios para el tratamiento de patologías. El reembolso se efectuará según el porcentaje y tope del Ítem de Medicamentos No Genéricos ni Bioequivalentes del Beneficio de Medicamentos Ambulatorios del Plan de Reembolsos. Será requisito la presentación de exámenes hormonales, ecografías ginecológicas e informe médico.
- **Vitaminas y Minerales:** Se reembolsarán, según el porcentaje y tope señalado en el ítem Medicamentos No Genéricos ni Bioequivalentes del Beneficio de Medicamentos Ambulatorios del Plan de Reembolsos, las vitaminas y minerales requeridas por aseguradas titulares, cónyuges o convivientes civiles y conviviente no civil con hijos en común que se encuentren embarazadas. Igual cobertura se otorgará a los menores hasta los doce (12) años de edad.
- **Cirugía Maxilofacial:** Se reembolsará bajo el Beneficio de Hospitalización la cirugía maxilofacial en los términos y condiciones establecidos en el condicionado general, según porcentaje y tope establecidos en el Plan de Reembolsos.
- **Control Niño Sano:** Se otorga cobertura a las prestaciones por Control de Niño Sano hasta los 12 años de edad; incluyéndose en éstas las consultas médicas, radiografía de pelvis y vitaminas.
- Para Asegurados y Cargas Cónyuges vigentes mayores de 65 años tope UF150 anual en la cobertura de Salud.
- **Cobertura para Gastos No Arancelados:** Se otorga cobertura para gastos no arancelados para el seguro complementario de salud con castigo al 50% solo en prestaciones ambulatorios.

ANEXO

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 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.svs.cl.

ANEXO

(Circular N° 2106 Superintendencia de Valores y Seguros)

PROCEDIMIENTO DELIQUIDACIÓN 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 realizarán, 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, 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.