

## CONDICIONES PARTICULARES

### SEGURO COMPLEMENTARIO FULL PLUS

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

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

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

## **Artículo N°5 Beneficiarios**

---

El reembolso de los gastos médicos bajo esta póliza será pagado al Asegurado Titular o Asegurado Dependiente, 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 o el Asegurado Dependiente antes del pago del siniestro, y cuando ello corresponda, el monto asegurado 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 Full Plus**

#### Gastos Ambulatorios

Prestaciones	Reembolso (%)	Tope por prestación	Tope Máximo Anual por Beneficiario
Consulta Médica	70%	UF 1	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%	UF 0,8	UF 8

### 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	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.
6. Cirugía por Obesidad

### 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.

### **Artículo N°7 Monto Máximo de Reembolso y Deducible**

Plan	Monto Máximo de Reembolso y Deducible		
	Capital Asegurado por asegurado	Deducible Grupo Familiar	Tope por evento
Complementario Full Plus	UF 350	UF 2	UF 50

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 4 del presente instrumento, según plan contratado.

El deducible de esta póliza colectiva será anual, y se calculará y aplicará en forma proporcional respecto de cada asegurado y su grupo familiar, considerando para estos efectos el número de meses en que permanezca vigente la póliza para el asegurado y su 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 los asegurados y su grupo familiar, sin aplicar ningún tipo de proporcionalidad.

### **Artículo N°8 Condiciones Generales de Asegurabilidad**

#### 1. Requisito de Ingreso y permanencia de la póliza

##### a) Asegurado Titular:

- Edad Mínima del Asegurado al momento de la contratación: 18 años de edad.
- Edad Máxima del Asegurado para la contratación: 59 años y 364 días
- Edad máxima de permanencia del asegurado en la póliza: 64 años y 364 días

##### b) Asegurados Dependientes:

##### Cónyuge, Conviviente Civil y Pareja:

- Edad Mínima del Asegurado al momento de la contratación: 18 años de edad.
- Edad Máxima del Asegurado para la contratación: 59 años y 364 días
- Edad máxima de permanencia del asegurado en la póliza: 64 años y 364 días

##### Hijos(as), Hijastros(as) y Nietos(as):

- Edad mínima de ingreso: A partir del día 14 de nacido.
- Edad máxima al momento de la contratación: 22 años y 364 días.
- Edad Máxima de permanencia del asegurado dependiente en la póliza: 23 años y 364 días.

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.

#### 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

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 Full Plus.

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 0,9812	UF 0,1864	UF 1,1676
Asegurado más una carga	UF 1,8656	UF 0,3545	UF 2,2201
Asegurado más dos cargas	UF 2,5243	UF 0,4796	UF 3,0039
Asegurado más tres cargas	UF 3,1830	UF 0,6048	UF 3,7878
Carga adicional	UF 0,6587	UF 0,1251	UF 0,7838

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 vencido por cada mes de cobertura.

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

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

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

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

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

## **Artículo N°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, no podrá ser superior a sesenta (60) días corridos, contados desde la fecha de emisión del documento que da cuenta del gasto.

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.

**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 mayo de 2021** y terminando a las 24:00 horas del día **30 de abril de 2022**, no obstante lo anterior, se podrá poner término anticipado dando aviso al contratante con 30 días de anticipación a la fecha de término efectivo.

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.

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

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

#### **Terminación Anticipada del Seguro:**

1. El seguro se terminará cuando el Asegurado Titular cumpla los 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 del contrato a la expiración del plazo de quince días contado desde la fecha de envío de la carta o correo electrónico, según corresponda, que, con ese objeto, dirija el asegurador al asegurado.

**Artículo N°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](http://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](http://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](http://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](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.



---

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

---

Ryan Stephen Kerr Caffarena  
QUEPLAN SpA

---

Matías Felipe Stager Koller  
QUEPLAN SpA

Santiago, mayo 2021

## **ANEXO I**

---

### **INFORMACIÓN SOBRE ATENCIÓN DE CLIENTES Y PRESENTACIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS**

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

Las presentaciones pueden ser efectuadas en todas las oficinas de las entidades en que se 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](http://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 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 realizaran, lo que deberá comunicarse al asegurado y a la Superintendencia, pudiendo esta última dejar sin efecto la ampliación en los casos calificados, y fijar un plazo para entrega del informe de liquidación. No podrá ser motivo de prórroga la solicitud de nuevos antecedentes cuyo requerimiento pudo preverse con anterioridad salvo que se indiquen las razones que justifiquen la falta de requerimiento, no podrán prorrogarse los siniestros en que no haya existido gestión alguna del liquidador, registrado o directo.

#### **8) INFORME FINAL DE LIQUIDACIÓN:**

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

#### **9) IMPUGNACION INFORME DE LIQUIDACIÓN:**

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

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

**ANEXO III**

---

**ATENCIÓN AL CLIENTE**

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

## **ANEXO IV**

---

### **COMISIONES**

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

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

## ANEXO V

---

### ASISTENCIA “Convenio Adicional con Farmacias Cruz Verde”

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

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

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

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

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

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

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

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

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