

CONDICIONES PARTICULARES

SEGURO DE PRESTACIONES MEDICAS DE ALTO COSTO Y SEGURO COMPLEMENTARIO DE SALUD SEGURO SIEMPRE INDISA PLAN 2

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 los Códigos **POL 3 2019 0074, CAD 2 2013 0244, POL 3 2013 0223, CAD 2 2013 0227 y CAD 3 2019 0121**, se consideran parte integrante del presente contrato.

Artículo N°1 **Contratante**

Empresa : Instituto de Diagnóstico S.A.
Dirección : Av. Santa María 1810, Providencia, Santiago
Rut : 92.051.000-0
Teléfono : 22 362 5314

Artículo N°2 **Asegurador**

Empresa : MetLife Chile Seguros de Vida S.A.
Dirección : Agustinas N°640, piso 1, Santiago, Santiago
RUT : 99.289.000-2
Teléfono : 600 390 3000

Artículo N°3 **Intermediario**

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

Artículo N°4 **Asegurados**

Serán elegibles para ingresar en calidad de Asegurados Titulares a la cobertura de esta póliza los clientes que obtengan prestaciones o atenciones médicas en Clínica INDISA, que libre y voluntariamente hayan solicitado su incorporación al seguro denominado "Seguro de Prestaciones médicas de alto costo y Seguro Complementario de Salud Siempre INDISA", y los dependientes de éste, considerándose como tales su cónyuge, conviviente civil o pareja, e hijos y nietos menores de veinticuatro (24) años de edad, sean estos en común o de sólo uno de ellos, estos últimos con expresa autorización de la Compañía, quienes podrán ser incorporados en calidad de Asegurados Dependientes,

siempre que cumplan con los requisitos de asegurabilidad descritos en estas Condiciones Particulares.

Tanto el asegurable titular, como los asegurables dependientes, tendrán dicha calidad, sólo una vez que la Compañía Aseguradora apruebe la Solicitud de Incorporación y acepte 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 directamente al Asegurado Titular o a Clínica INDISA, según corresponda. Cuando el Asegurado Titular sea menor de edad y el reembolso sea solicitado por el representante legal de éste, podrá ser pagado al pagador.

Sin perjuicio de lo anterior, ante el fallecimiento del Asegurado antes del pago del beneficio asociado a esta cobertura, y cuando ello corresponda, dicho beneficio será pagado a quien acredite haber pagado o cancelado efectivamente los gastos médicos, o en su defecto a los herederos legales del asegurado en partes iguales según posesión efectiva, debiendo acompañar los documentos que se individualizan en el Artículo N° 16 de las presentes condiciones particulares.

Para la cobertura de exoneración de primas, serán beneficiarios el grupo familiar que figura en calidad de asegurados dependientes respecto de la cobertura principal.

Para la cobertura de Indemnización por Invalidez el Capital Asegurado establecido será pagado al propio Asegurado.

Artículo N°6 Planes

La Compañía Aseguradora bajo las condiciones y términos que más adelante se establecen, conviene en reembolsar al beneficiario los gastos médicos razonables y acostumbrados en que haya incurrido efectivamente el asegurado, en complemento de lo que cubra su sistema de salud previsional o de bienestar, y cualquier otro seguro o convenio que éste tenga, en los términos y condiciones establecidos por esta póliza, y según lo detallado en estas condiciones particulares:

Cobertura
Seguro de Prestaciones Médicas de Alto Costo, Seguro Complementario de Salud, Exoneración de Pago de Primas por Fallecimiento del Asegurado Titular e Indemnización por Invalidez Permanente 80%

Artículo N°7 Coberturas

La Compañía Aseguradora reembolsará los gastos médicos razonables, acostumbrados y efectivamente incurridos por el asegurado, asociados a un Evento cubierto por esta póliza,

en los términos y condiciones establecidas en ésta, siempre que haya transcurrido el período de carencia establecido en estas Condiciones Particulares, que la póliza se encuentre vigente y que no haya transcurrido el plazo definido en estas Condiciones Particulares para la cobertura del Evento.

Las coberturas de salud contratadas en esta póliza son las que se detallan a continuación, de acuerdo a los términos, proporciones, límites y condiciones establecidos en las presentes Condiciones Particulares, luego de completado el deducible que corresponda según tabla adjunta:

A. Seguro de Prestaciones Médicas de Alto Costo

I. Beneficio de Hospitalización

Prestaciones	% de Reembolso
Días Cama Medicina; UTI; UCI; Intermedio, Recuperación	100%
Servicios Hospitalarios / Medicamentos Hospitalarios	100%
Honorarios Médico Quirúrgicos	100%
Prótesis Quirúrgicas	100%
Cirugía Dental por Accidente	100%
Servicio privado de enfermera	100%
Ambulancia terrestre (*)	100%

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

II. Beneficio Ambulatorio

Prestaciones	% de Reembolso
Cirugía Ambulatoria	100%
Consultas Médicas	100%
Exámenes de Laboratorio	100%
Imagenología	100%
Procedimientos de Diagnóstico y Terapéutico	100%

III. Beneficio en el Extranjero

Respecto de los gastos médicos incurridos en el extranjero, originados por emergencias o accidentes ocurridos fuera del territorio nacional, se considerará como gasto médico efectivamente incurrido el 50% del costo directo del asegurado (copago), siempre que

dichos gastos médicos tengan cobertura en su sistema previsional de salud, ya sea ISAPRE o FONASA. Si los gastos médicos incurridos en el extranjero no tuvieran cobertura en su sistema previsional de salud, ya sea ISAPRE o FONASA, la Compañía Aseguradora considerará como gastos médicos efectivamente incurridos el 25% de éstos, sin perjuicio del gasto real en que haya incurrido, monto respecto del cual se aplicarán los deducibles, porcentajes y topes del plan contratado.

Respecto de los gastos médicos programados en el extranjero, el reembolso será de un 50% del costo directo del asegurado (copago), siempre y cuando el tratamiento respectivo se encuentre debidamente aprobado de cobertura por la Contraloría Médica de su sistema previsional de salud, ya sea ISAPRE o FONASA, antes o después de efectuado el gasto médico respectivo. Si los gastos médicos programados en el extranjero no tuvieran cobertura en su sistema previsional de salud, ya sea ISAPRE o FONASA, la Compañía Aseguradora considerará como gastos médicos efectivamente incurridos el 25% de éstos, sin perjuicio del gasto real en que haya incurrido, monto respecto del cual se aplicarán los deducibles, porcentajes y topes asociados al plan contratado.

IV. Ampliación de Beneficios

Prestaciones	% de Reembolso
Órtesis Hospitalaria	100%
Cirugía Plástica Reparadora por Accidente	100%
Kinesiología y Medicina Física	100%
Prótesis y Órtesis Ambulatoria	100%
Drogas antineoplásicas	100%
Drogas inmunosupresoras para trasplantes de órganos	100%
Medicamentos Ambulatorios (*)	50%
Complicaciones del Embarazo (**)	100%

(*) La prestación de medicamentos ambulatorios, es sólo para fármacos directamente relacionados y necesarios para el tratamiento de la patología que activó el pago de beneficios de este seguro, siempre que dicha patología se encuentre cubierta por esta póliza y haya sido diagnosticada por el médico tratante, excepto el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) para el cual se excluyen las prestaciones ambulatorias.

() Definición de la Prestación Complicaciones del Embarazo**

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

Bajo este ítem de "*complicaciones del embarazo*" quedarán amparadas todas aquellas

prestaciones que estén directamente relacionadas o sean consecuencia directa del embarazo y cuya presencia u ocurrencia afecte gravemente el desarrollo normal de éste.

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

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

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

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

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

V. Obesidad Mórbida No Preexistente

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

VI. Hospitalización Domiciliaria

Se cubrirá la Hospitalización domiciliaria para aquellos Asegurados que sean derivados a sus domicilios para su atención médica, por el médico tratante o especialista que lo atendió en Clínica INDISA

VII. Atención por Radioterapia, Quimioterapia y Diálisis

Se considerarán como hospitalización, aquellos eventos en que se presten servicios de radioterapia, quimioterapia y diálisis, inclusive en forma ambulatoria, siempre y cuando se realicen en la Clínica INDISA.

VIII. Atención Médicas otorgadas por Servicios Médicos Luis Pasteur

Considerando que Clínica INDISA no cuenta con determinadas especialidades médicas, las siguientes prestaciones médicas serán otorgadas por Servicios médicos Luis Pasteur bajo los mismos aranceles y condiciones del plan contratado (capitales, deducibles y topes).

Las prestaciones médicas oftalmológicas que se llevaran a cabo en las dependencias de Clínica INDISA o de Clínica Pasteur son:

- Consulta médica oftalmología
- Interconsulta oftalmológica urgencia
- Interconsulta oftalmológica hospitalizado
- Campimetría Goldmann, Perimetría c/ojo
- Test de Hess, coordimetría (ambos ojos)
- Test de Schirmer, Cuant (uno o ambos ojos)
- Curva de tensión, ambulatoria 2 días
- Diploscopía cuantitativa (ambos ojos)
- Electromiografía de musc. Oculares adultos
- Electrooculografía
- Exploración sensoriomotor estra
- Perimetria de Goldmann, Cinetic c/ojo
- Prueba funcional glaucoma
- Fotografía polo anterior
- Retinografía o foto polo posterior
- Tonografía electrónica c/ojo
- Tonometría Aplanética c/ojo
- Tratamiento Ortoptico
- Angiografía de Retina o Iris
- Angiocopia Retinal y/o Iris
- Electroretinografía
- Expliracipon vitreoretinal
- Ecobiometría con cálculo
- Cuerpo ext Conjuntival y/o corneal Adulto y Niño
- Sondaje de via lagrimal en adulto, niño y lactante
- Campimetría computarizada
- Topografía corneal
- Paquimetria corneal
- Test de Teller
- Test de sensibilidad de contraste

- Tomografía óptica coherente

IX. Gastos médicos derivados de SIDA

Los gastos médicos “Hospitalarios” relativos al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), serán cubiertos de acuerdo con porcentaje de cuadro de cobertura, siempre y cuando el diagnóstico **NO sea preexistente**. Los gastos ambulatorios por esta enfermedad se encuentran expresamente excluidos de toda cobertura.

X. Límites de Beneficios

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

Condiciones de Cobertura del seguro para Prestaciones Médicas de Alto Costo

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

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

La cobertura de este seguro opera complementariamente respecto del porcentaje no cubierto por el Sistema de Salud Previsional del asegurado.

Para los Asegurados con Sistema de Salud Previsional ISAPRE:

Este seguro reembolsa, como complemento del sistema previsional de salud de cada asegurado, hasta el 100% de los gastos incurridos en Clínica INDISA.

Se deja establecido que:

Ante las siguientes situaciones se considerará como gasto efectivamente incurrido el 80% de estos, independiente del gasto real incurrido, monto respecto del cual se aplicarán los deducibles, porcentajes y topes asociados al plan contratado:

1. Cuando los Establecimientos Hospitalarios, Clínicas, Consultorios o Centros Médicos, entre otros, pertenecientes a Clínica INDISA no se encuentren en convenio con el Sistema de Salud Previsional ISAPRE del asegurado o bien, no atiendan por el Sistema de Salud Previsional ISAPRE del asegurado.
2. Tratándose de prestaciones médicas no cubiertas por el Sistema de Salud Previsional ISAPRE del asegurado, una vez presentada la nota de reembolso de \$0 emitida por la ISAPRE, o el documento en el que se indique “no cubierto”.

3. Cuando las atenciones médicas se desarrollen en Establecimientos Hospitalarios, Clínicas, Consultorios o Centros Médicos fuera de la Región Metropolitana.

Se deja constancia que la cobertura contemplada en este seguro opera exclusivamente para las prestaciones o atenciones médicas realizadas en la Clínica INDISA. Por lo tanto, si existe un gasto asociado a prestaciones o atenciones médicas recibida por el asegurado en un Centro Médico u Hospitalario distinto a Clínica INDISA, no operará la cobertura, excepto en los siguientes casos:

- a) **En caso de riesgo vital dentro o fuera de la región Metropolitana**, el Asegurado podrá atenderse en otros establecimientos médicos u hospitalarios en Chile bajo el mismo plan de Clínica INDISA, sin embargo, se reembolsarán los gastos según el arancel de Clínica INDISA. Para los efectos recién indicados, se deberá notificar a la Compañía al teléfono (56 2) 23625517 con atención de lunes a jueves de 09:00 a 18:30 hrs. y viernes de 09:00 a 17:00 hrs. o al email segurosiempreindisa@indisa.cl, a más tardar dentro de los 5 días hábiles después de ocurrido el evento que implica un caso de riesgo vital. La notificación deberá contener: Nombre, dirección y teléfono del asegurado.

Para todos los efectos **se entiende que los casos de riesgo vital** son aquellos casos de emergencia o urgencia en los que existe una condición de salud o cuadro clínico que implique riesgo vital o secuela funcional grave para una persona de no mediar atención médica inmediata e impostergable. La condición de salud o cuadro clínico de emergencia o urgencia debe ser determinada por el diagnóstico efectuado por un médico cirujano en la unidad de urgencia del centro asistencial en que la persona fue atendida, lo que deberá ser certificado por aquél.

Los casos de emergencia o urgencia deben provenir de fuera de la clínica u hospital y hacer su ingreso a través de la Unidad de Emergencia. Tampoco podrán ser considerados pacientes de urgencia o emergencia aquellos cuya condición de urgencia o emergencia fue diagnosticada previa a la fecha de suscripción de la propuesta o solicitud de incorporación a la póliza. Es decir, se requiere que la condición clínica se haya producido recientemente y no que se trate de un caso crónico.

- b) **En caso de Accidente fuera de la Región Metropolitana**, el Asegurado podrá atenderse en otros establecimientos médicos u hospitalarios en Chile bajo el mismo plan de Clínica INDISA, sin embargo, se reembolsarán los gastos según el arancel de Clínica INDISA. Para los efectos recién indicados, se deberá notificar a la Compañía al teléfono (56 2) 23625517 con atención de lunes a jueves de 09:00 a 18:30 hrs. y viernes de 09:00 a 17:00 hrs. o al email segurosiempreindisa@indisa.cl a más tardar dentro de los 5 días hábiles después de ocurrido el accidente.
- c) **En caso de que Clínica INDISA no cuente con determinadas especialidades y/o prestaciones médicas, y sean derivados por la misma Clínica a otros centros asistenciales**, se reembolsarán los gastos según el arancel de Clínica INDISA. Las prestaciones que no se encuentren en el arancel de Clínica INDISA se reembolsarán según el arancel del centro asistencial donde se realice el tratamiento, exceptuando Clínica Alemana, Clínica Las Condes, Clínica San Carlos de Apoquindo y Clínica

Universidad de Los Andes, las cuales no serán reembolsadas.

Queda expresamente establecido que para los casos señalados en los párrafos anteriores se solicitará a Clínica INDISA que efectué un informe de presupuesto donde se avalúe las prestaciones otorgadas en conformidad a los aranceles de Clínica INDISA.

- d) **Para los gastos médicos incurridos fuera del territorio de la República de Chile, se aplicará lo establecido en el número III de la letra A) del presente artículo.**

Para los Asegurados que no se encuentren afiliados a algún Sistema de Salud Previsional ISAPRE se considerará como gasto efectivamente incurrido el 50% de estos, independiente del gasto real incurrido, monto respecto del cual se aplicarán los deducibles, porcentajes y topes asociados al plan contratado.

EVENTO:

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

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

Transcurrido el periodo máximo de reembolso de seis (6) años por el mismo evento, cesará la obligación de la Compañía en relación con la cobertura a este evento, según lo establecido en estas condiciones particulares.

B. Seguro Complementario de Salud

La Compañía Aseguradora, bajo las condiciones y términos que más adelante se establecen, conviene en reembolsar al beneficiario, los gastos médicos razonables y acostumbrados en que haya incurrido efectivamente el asegurado, en complemento de lo que cubra su sistema de salud previsional o de bienestar u otro seguro o convenio, a consecuencia de una incapacidad que se encuentre cubierta por este seguro.

Las coberturas de salud contratadas en esta póliza son las que se detallan a continuación:

I. Beneficio de Hospitalización

Prestaciones	Porcentaje de Reembolso	Tope máximo por prestación	Tope máximo anual por beneficiario
Día Cama Medicina o Cirugía (*)	Ídem % de reembolso efectivo de Isapre o Fonasa	UF3.0	Sin tope
Día Cama Sala Cuna (*)	Ídem % de reembolso efectivo de Isapre o Fonasa	UF3.0	Sin tope
Día Incubadora (*)	Ídem % de reembolso efectivo de Isapre o Fonasa	UF3.0	Sin tope
Día Cama Recuperación (*)	Ídem % de reembolso efectivo de Isapre o Fonasa	UF3.0	Sin tope
Día Cama Uti/Uci, Coronaria, Intermedia (*)	Ídem % de reembolso efectivo de Isapre o Fonasa	UF3.0	Sin tope
Medicamentos Hospitalarios	Ídem % de reembolso efectivo de Isapre o Fonasa	Sin tope	Sin tope
Materiales Clínicos	Ídem % de reembolso efectivo de Isapre o Fonasa	Sin tope	Sin tope
Exámenes Y Procedimientos	Ídem % de reembolso efectivo de Isapre o Fonasa	Sin tope	Sin tope
Derecho a Pabellón	Ídem % de reembolso efectivo de Isapre o Fonasa	Sin tope	Sin tope
Honorarios Médicos Quirúrgicos	Ídem % de reembolso efectivo de Isapre o Fonasa	Sin tope	Sin tope
Servicio de Ambulancia	Ídem % de reembolso efectivo de Isapre o Fonasa	Sin tope	Sin tope
Cirugía Dental por Accidente	0%	-	-
Servicio Privado de Enfermería	0%	-	-

(*) Tope máximo día cama 30 días por evento.

II. Beneficio de Maternidad

Prestaciones	Porcentaje de Reembolso	Tope máximo por prestación	Tope máximo anual por beneficiario
Parto Normal	Ídem % de reembolso efectivo de Isapre o Fonasa	UF 20	Sin tope
Cesárea	Ídem % de reembolso efectivo de Isapre o Fonasa	UF 30	Sin tope
Aborto No Provocado	Ídem % de reembolso efectivo de Isapre o Fonasa	UF 10	Sin tope
Complicaciones del Embarazo	0%	-	-
Complicaciones del Parto	0%	-	-

III. Beneficio Ambulatorio

Prestaciones	Porcentaje de Reembolso	Tope máximo por prestación	Tope máximo anual por beneficiario
Consultas Médicas	Ídem % de reembolso efectivo de Isapre o Fonasa	UF 1.0	Sin tope
Exámenes de Laboratorio	Ídem % de reembolso efectivo de Isapre o Fonasa	Sin tope	Sin tope
Exámenes Radiológicos	Ídem % de reembolso efectivo de Isapre o Fonasa	Sin tope	Sin tope
Procedimientos de Diagnóstico no Quirúrgico	Ídem % de reembolso efectivo de Isapre o Fonasa	Sin tope	Sin tope
Procedimientos Quirúrgicos	Ídem % de reembolso efectivo de Isapre o Fonasa	Sin tope	Sin tope
Fonoaudiología, Kinesiología, Medicina Física	Ídem % de reembolso efectivo de Isapre o Fonasa	Sin tope	Sin tope
Procedimiento Terapéuticos no quirúrgicos	Ídem % de reembolso efectivo de Isapre o Fonasa	Sin tope	Sin tope

IV. Beneficio de Salud Mental

Prestaciones	Porcentaje de Reembolso	Tope máximo por prestación	Tope máximo anual por beneficiario
Consulta o Sesiones Psiquiátricas	Ídem % de reembolso efectivo de Isapre o Fonasa	UF 0.5	UF 10
Consulta o Sesiones Psicológicas	Ídem % de reembolso efectivo de Isapre o Fonasa	UF 0.5	
Consulta o Sesiones Psicopedagogo	Ídem % de reembolso efectivo de Isapre o Fonasa	UF 0.5	
Gastos Hospitalarios	0%	-	-

V. Beneficios Especiales

Prestaciones	Porcentaje de Reembolso	Tope máximo por prestación	Tope máximo anual por beneficiario
Cristales, Marcos y Lentes de Contacto (*)	Ídem % de reembolso efectivo de Isapre o Fonasa	Sin tope	UF 3
Prótesis y Ortesis (Incluye Audífonos)	Ídem % de reembolso efectivo de Isapre o Fonasa	Sin tope	UF 20
Cirugía Ocular Lásik	0%	-	-

(*) La atención médica y receta para la compra de los Cristales, Marcos y Lentes de Contacto, deberá ser realizada por un médico acreditado de Clínica INDISA.

VI. Medicamentos Ambulatorios

Este beneficio no es aplicable, es decir, no existe reembolso por este ítem de prestaciones.

Condiciones de Cobertura del Seguro Complementario de Salud

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

Es condición necesaria para la contratación de este seguro poseer Sistema de Salud Previsional de Salud, ya sea ISAPRE.

Este seguro opera en exceso del Sistema de Salud Previsional (ISAPRE), sobre las sumas que el Asegurado o sus adicionales deban asumir como copago efectivo (incluido los topes aplicados por su sistema de salud previsional) en Clínica INDISA, ya sea como copago de la prestación de salud o por la compra de bonos de atención médica. La Compañía Aseguradora cubrirá la suma de copago o valor del bono efectivo según corresponda, de acuerdo al mismo porcentaje cubierto por la ISAPRE, después de cualquier beneficio de salud vigente en otra institución y antes de que opere el seguro para Prestaciones Médicas de Alto Costo que el asegurado contrate en MetLife Chile Seguros de Vida S.A.

Para las prestaciones sin cobertura por parte del Sistema de Salud Previsional (ISAPRE), la Compañía Aseguradora **NO realizará reembolso sobre los gastos médicos efectuados.**

Este seguro contempla cobertura exclusiva para Clínica INDISA. Cualquier prestación que se realice en otro Centro Médico u Hospitalario **NO tendrá cobertura por este seguro**, excepto en caso de **riesgo vital fuera o dentro de la Región Metropolitana o urgencias fuera de la Región Metropolitana**, el asegurado podrá atenderse en otros establecimientos médicos u hospitalarios. Los gastos generados de esta atención serán reembolsados considerando el arancel de Clínica INDISA como máximo. Para los efectos recién indicados, los Asegurados se deberá notificar por escrito a la Compañía al teléfono (56 2) 23625517 con atención de lunes a jueves de 09:00 a 18:30 hrs. y viernes de 09:00 a 17:00 hrs. o al email segurosiempreindisa@indisa.cl a más tardar dentro de los 5 días hábiles después de ocurrido el accidente.

Para todos estos efectos, se entiende que emergencia o urgencia, es toda condición de salud o cuadro clínico que implique riesgo vital o secuela funcional grave para una persona, de no mediar atención médica inmediata e impostergable. La condición de salud o cuadro clínico de emergencia o urgencia debe ser determinada por el diagnóstico efectuado por un médico cirujano en la unidad de urgencia del centro asistencial en que la persona fue atendida, lo que deberá ser certificado por aquel.

Queda expresamente establecido que para los casos señalados en los párrafos anteriores se solicitará a Clínica INDISA que efectúe un informe de presupuesto donde se avalúe las prestaciones otorgadas en conformidad a los aranceles de Clínica INDISA.

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

El Beneficio de Maternidad tendrá cobertura siempre y cuando el embarazo se haya gestado después de la fecha de suscripción de la propuesta o solicitud de incorporación a la póliza.

Cobertura a través de IMED

Los gastos correspondientes a las coberturas ambulatorias se liquidarán vía I-Med. La Compañía Aseguradora no realizará contraloría médica para las prestaciones ambulatorias realizadas a través del sistema de identificación por huella digital (I-Med).

En caso de no encontrarse habilitado el reembolso vía I-Med, el asegurado podrá solicitar en la Compañía Aseguradora el reembolso manual de los gastos, lo antes posible, en un plazo de 60 días contados desde la fecha de emisión de los documentos contables y la fecha de presentación a la Compañía Aseguradora.

El reembolso manual estará sujeto a contraloría médica y la compañía está facultada para solicitar, a su voluntad, los documentos adicionales que estime del caso, a efectos de aclarar satisfactoriamente la ocurrencia de siniestro y determinar la liquidación.

Los gastos médicos correspondientes a Coberturas Hospitalarias serán liquidados en la Compañía Aseguradora

Los gastos médicos correspondientes a Coberturas Hospitalarias serán liquidados en la Compañía Aseguradora.

C. Exoneración de Pago de Primas por Fallecimiento del Asegurado Titular

En caso de producirse el fallecimiento del asegurado titular de esta póliza, durante la vigencia de ésta, el grupo de personas que figuran como asegurados dependientes quedarán exonerados del pago de todas y cada una de las primas que por concepto de las coberturas que hubieren sido contratadas se devenguen con posterioridad a la fecha de fallecimiento del asegurado titular, por un periodo de tres (3) años a contar del mes siguiente de fallecimiento del asegurado titular siempre que la póliza continúe vigente en MetLife Chile Seguros de Vida S.A., o bien hasta el último mes de vigencia de la póliza en esta Compañía, lo que ocurra primero.

El valor de las primas a considerar para efectos de la exoneración de la que da cuenta esta cobertura Adicional será la que corresponda a la cobertura y planes vigentes para el grupo de personas a la fecha de fallecimiento del asegurado titular.

Esta cobertura adicional de Exoneración de Primas no cubre las primas atrasadas que pudiese tener el asegurado titular a la fecha de su fallecimiento. El beneficio asociado a esta cobertura será aplicable a la Cobertura de Prestaciones Médicas de Alto Costo, así como a la Cobertura Complementaria de Salud, en los mismos términos y plazos.

Los asegurados titulares que no tengan asegurados dependientes no pagarán prima por este concepto.

D. Indemnización por Invalidez Permanente 80%

La compañía aseguradora pagará al asegurado la indemnización de UF 600 pagaderos en 24 meses, a causa de una enfermedad o accidente de acuerdo a la descripción de las coberturas establecidas en la póliza.

Artículo N°8 Periodo de Carencia

A. Seguro de Prestaciones Médicas de Alto Costo

Para esta cobertura se establece un período de carencia de sesenta (60) días contados a partir de la fecha de inicio de vigencia del asegurado en la póliza.

De conformidad con lo anterior, se cubrirán los gastos médicos a causa de enfermedades diagnosticadas dentro de la vigencia individual del asegurado, sólo una vez transcurrido el período de carencia.

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

B. Seguro Complementario de Salud

No existirá carencia para esta cobertura, por lo tanto, la cobertura operará a partir de la fecha de vigencia del asegurado en la póliza.

C. Exoneración de Pago de Primas por Fallecimiento del Asegurado Titular

No existirá carencia para esta cobertura, por lo tanto, la cobertura operará a partir de la fecha de vigencia del asegurado en la póliza.

D. Indemnización por Invalidez Permanente 80%

Para esta cobertura se establece un período de carencia de sesenta (60) días contados a partir de la fecha de inicio de vigencia del asegurado en la póliza.

De conformidad con lo anterior, se pagará la Indemnización por invalidez permanente 80% causada por enfermedades diagnosticadas dentro de la vigencia individual del asegurado, sólo una vez transcurrido el período de carencia.

La invalidez permanente 80% que se haya producido como consecuencia de lesiones producto de un accidente no contempla período de carencia, por lo tanto, la cobertura operará a partir de la fecha de vigencia del asegurado en la póliza.

Para efectos de esta póliza, no se considerarán accidentes, entre otros, las hernias y los

accidentes quirúrgicos.

Artículo N°9 Monto Máximo de Reembolso y Deducible

A. Seguro de Prestaciones Médicas de Alto Costo

El monto máximo de reembolso y deducible es por evento y, serán los que se indican a continuación:

Tramo por edad	Monto Máximo de Reembolso (UF)	Monto Deducible UF
Hasta los 69 años y 364 días	25.000	60
Desde 70 años, hasta 74 años y 364 días	5.000	160
Desde los 75 años, hasta 79 y 364 días	5.000	260
Desde los 80 años en adelante (*)	5.000	360

(*) La cobertura será vitalicia, sin límite de edad, según las condiciones especificadas en este documento, siempre y cuando la póliza colectiva haya sido renovada y se encuentre vigente.

El deducible se aplicará sobre los gastos médicos efectivamente incurridos, y luego de que hayan sido bonificados por el Sistema de Salud Previsional del Asegurado, multiplicados por el porcentaje indicado en los Cuadros de Beneficios detallados en la letra A) del Artículo N°7°. Para aquellos asegurados que no cuenten con algún Sistema de Salud Previsional el deducible se aplicará directamente sobre el 25% los gastos médicos efectivamente incurridos por éste.

No obstante, lo anterior, el presente seguro no contempla la aplicación de deducible para el **primer evento** asociado a las siguientes patologías, hasta los **69 años y 364 días de edad del asegurado**:

Prestaciones en Clínica INDISA	
Tipo de Evento	Deducible UF
Cáncer	0
Infarto al Miocardio	0
Accidente Vascular Cerebral	0
Insuficiencia Renal Crónica	0
Angioplastia, Injerto Aórtico, Cirugía de las válvulas cardíacas	0
Cuadriplejia o Tetraplejia	0
Revascularización Coronaria (by-pass)	0
Neurocirugía	0
Enfermedad de Alzheimer	0
Enfermedad de Parkinson	0
Esclerosis Múltiple	0
Parálisis	0
Apendicitis	0

Definiciones de patologías sin deducible:

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

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

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

Insuficiencia renal crónica: La etapa final de la insuficiencia renal, por fallo funcional, crónico e irreversible de ambos riñones, que hace necesaria la diálisis renal sistemática o el trasplante renal.

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

Injerto aórtico: El realizado por enfermedad de la aorta que requiera la escisión de la misma y su reemplazo quirúrgico por un injerto. Para los propósitos de esta definición, aorta significa la porción torácica y la abdominal, pero no sus ramas.

Cirugía de válvulas cardíacas: La realizada por cirugía a corazón abierto para reemplazar o dilatar válvulas cardíacas por defectos valvulares.

Cuadriplejia o Tetraplejia: Lesión en la médula espinal, provocando pérdida de sensibilidad y movimiento en: brazos, piernas y tronco, producto de un accidente, tumores o enfermedades en su canal espinal.

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

cualquier otro procedimiento no operatorio.

Neurocirugía: Toda intervención quirúrgica del sistema nervioso central o periférico, lo que incluye el cerebro y otras estructuras intracraneales, la médula espinal y las vértebras y los vasos sanguíneos del cerebro. No se considerarán dentro de la cobertura las cirugías para corregir hernias del núcleo pulposo y el síndrome del túnel carpiano.

Enfermedad de Alzheimer: Deterioro de la capacidad intelectual o comportamiento anormal, puesto de manifiesto por el estado clínico y los cuestionarios estandarizados acerca de la enfermedad de Alzheimer, o de alteraciones orgánicas irreversibles, excluyendo neurosis y enfermedades psiquiátricas, que dan por resultado disminución importante del funcionamiento social y que requiere supervisión continua del asegurado. El diagnóstico deberá ser confirmado clínicamente por un médico especialista.

Enfermedad de Parkinson: Enfermedad lentamente degenerativa del sistema nervioso central, por pérdida del pigmento contenido en las neuronas cerebrales (sustancia negra). El diagnóstico inequívoco deberá ser hecho por un neurólogo. Para los fines de la cobertura estará condicionada a que: a. No pueda controlarse con medicación; b. Muestre signos de evolución progresiva del daño; c. La evaluación de las actividades de la vida diaria confirme la inhabilidad del asegurado para realizar sin asistencia, tres o más de las siguientes actividades: bañarse, vestirse, ir al baño; salir o entrar en la cama o en una silla, comer. Únicamente está cubierta la enfermedad de Parkinson idiopática. Está excluida la enfermedad inducida por medicamentos o tóxicos.

Esclerosis múltiple: Diagnóstico inequívoco de esclerosis múltiple, hecho por un neurólogo, en que el paciente deba ser internado en un hospital por esta causa. Deberá haber evidencia de los síntomas característicos de desmielinización, de anomalías neurológicas persistentes y de deterioro funcional. El diagnóstico deberá confirmarse por investigaciones neurológicas (ejemplo: punción lumbar, respuestas auditivas y visuales evocadas y evidencia de lesiones del sistema nervioso central).

Parálisis: Parálisis total y permanente, producida por accidente o enfermedad. Deberá haber evidencia del fallo total y permanente de la conductividad de la médula espinal por sección medular. La conexión de tiempo y causa con el daño deberá ser obvia.

Apendicitis: Enfermedad caracterizada por la inflamación del apéndice. Cuadro que produce dolor, fiebre e infección, que sin tratamiento puede llevar a una infección dentro del abdomen (peritonitis). Por lo tanto, se considerará que debe existir una cirugía de por medio llamada "Apendicectomía", la cual será cubierta por la póliza."

B. Seguro Complementario de Salud

El Capital Asegurado es de **UF 250** (doscientas cincuenta unidades de fomento) **año póliza por asegurado**.

El **deducible es de UF 1,5** (uno coma cinco unidades de fomento) y se aplica respecto de cada asegurado, con tope de **UF 4,5** (cuatro comas cinco unidades de fomento) por grupo familiar.

El deducible se aplicará sobre los gastos efectivamente incurridos por el asegurado, ya multiplicados por los porcentajes que se detallan en los Cuadros de Cobertura de la letra B) del Artículo N°7° del presente instrumento.

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.

C. Exoneración de Pago de Primas por Fallecimiento del Asegurado Titular

Esta cobertura adicional no contempla la aplicación de deducibles.

D. Indemnización por Invalidez Permanente 80%

El Capital Asegurado es de UF 600 (seiscientas unidades de fomento) por asegurado.

Esta cobertura adicional no contempla aplicación de deducibles.

Artículo N°10 Condiciones Generales de Asegurabilidad

1. Todos los asegurables deberán completar el formulario "Propuesta de Seguro o Solicitud de Incorporación al Seguro" y una 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, las que se entienden aceptadas a la firma de la DPS
2. Los hijos o nietos del asegurado titular estarán cubiertos por el seguro hasta los 18 años de edad, o hasta los 23 años de edad y 364 días, siempre y cuando sean solteros y cursen estudios regulares en instituciones educacionales reconocidas por el Estado, acreditado lo anterior mediante el correspondiente Certificado de Alumno regular.
3. La Póliza no cubre situaciones y enfermedades preexistentes que, conforme a la Declaración Personal de Salud del Asegurado, la Compañía haya excluido de la cobertura.
4. La Compañía Aseguradora se reserva el derecho de solicitar mayores antecedentes para la evaluación del riesgo en aquellos casos que lo estime necesario.

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

Requisitos de edad para el ingreso y permanencia en la póliza

A. Seguro de Prestaciones Médicas de Alto Costo

Asegurados	Edad Mínima de Incorporación	Edad Máxima de Incorporación	Edad Máxima de Permanencia
Titular	14 días	69 años y 364 días	Permanencia Vitalicia (*)
Cónyuge, Conviviente Civil o Pareja	18 años	69 años y 364 días	Permanencia Vitalicia (*)
Hijos o nietos	14 días (**)	22 años y 364 días	Al cumplir 24 años

(*) La cobertura será vitalicia, sin límite de edad, según las condiciones especificadas en este documento, siempre y cuando la póliza colectiva haya sido renovada y se encuentre vigente.

(**) Los recién nacidos podrán ingresar al seguro desde el momento de su nacimiento, siempre y cuando sus padres se encuentren cubiertos por esta póliza, con anterioridad a la concepción del embarazo. Si el embarazo ha sido gestado después de la fecha de suscripción de la propuesta o solicitud de incorporación de la madre en la póliza, ésta podrá incorporar a la misma póliza a sus hijos recién nacidos en un plazo de 90 días corridos.

Si el embarazo NO ha sido gestado después de la fecha de suscripción de la propuesta o solicitud de incorporación a la póliza, el recién nacido sólo podrá ser incorporado al seguro, transcurridos 14 días corridos desde su nacimiento, previa evaluación y aceptación por parte de la Compañía.

B. Seguro Complementario de Salud

Asegurados	Edad Mínima de Incorporación	Edad Máxima de Incorporación	Edad Máxima de Permanencia
Titular	14 días	59 años y 364 días	64 años y 364 días
Cónyuge, Conviviente Civil o Pareja	18 años	59 años y 364 días	64 años y 364 días
Hijos o nietos	14 días (*)	22 años y 364 días	Al cumplir 24 años

(*) Si el parto ha sido cubierto por el seguro, la madre podrá incorporar a la póliza a sus hijos recién nacidos en un plazo de 30 días contados desde la fecha de nacimiento. Si no se cumple el requisito indicado, el recién nacido sólo podrá ser incorporado al seguro transcurridos 14 días desde la fecha del nacimiento, previa evaluación y aceptación de parte de la Compañía.

C. Exoneración de Pago de Primas por Fallecimiento del Asegurado Titular

La cobertura adicional de exoneración de primas permanecerá vigente, hasta el término de la cobertura principal o hasta el término de la vigencia individual del asegurado titular pagador de la prima, mientras sea pagada prima y la póliza se encuentre vigente.

D. Indemnización por Invalidez Permanente 80%

Asegurados	Edad Mínima de Incorporación	Edad Máxima de Ingreso	Edad Máxima de Permanencia
Titular y Cónyuge, Conviviente Civil o Pareja	18 años	59 años y 364 días	60 años

Beneficios especiales

- a) Los asegurados dependientes del asegurado titular, que cumplan 18 años y que no cursen estudios regulares en instituciones educacionales reconocidas por el Estado; o que cumplan 24 años de edad, 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 90 días contados desde la fecha en que perdió su calidad de asegurado dependiente del asegurado titular.

En caso 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.

- b) En caso que el asegurado titular de la póliza falleciera durante la vigencia de ésta, su cónyuge, conviviente civil o pareja asegurado podrá asumir la calidad de titular manteniendo las condiciones de suscripción, con continuidad de cobertura y con la prima mensual según su tramo de edad y el número de cargas.

Este beneficio deberá ser solicitado por escrito por las cargas sobrevivientes a la Compañía aseguradora, dentro de un plazo de 60 días contados desde la fecha de fallecimiento del asegurado titular.

En caso que no exista cónyuge, conviviente civil o pareja asegurado, podrá acceder a este beneficio el asegurado dependiente de mayor edad.

Artículo N°11 Exclusiones

1.- Para el Seguro de Prestaciones Médicas de Alto Costo, regirán las exclusiones establecidas en el artículo N°4 de las Condiciones Generales registradas en el Depósito de Pólizas de la Comisión para el Mercado Financiero bajo el código **POL 3 2019 0074, a excepción de la exclusión h) (cualquier tipo de órtesis) y la exclusión k) (atención particular de enfermería fuera del hospital e intrahospitalaria) las que se considerarán cubiertas por esta cobertura.**

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

- a. Enfermedades psicológicas y psiquiátricas. Asimismo, no estará cubierta aquella hospitalización para fines de reposo o psiquiátricos.
- b. Curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamientos.
- c. Los tratamientos estéticos plásticos, dentales, ortopédicos y otros tratamientos que sean para fines de embellecimiento o para corregir malformaciones.
- d. Cirugía plástica o cosmética, a menos que sea necesitada por una lesión accidental que ocurra mientras el asegurado se encuentre amparado por la póliza.
- e. Tratamientos por: adicción a drogas o alcoholismo, síndrome de inmunodeficiencia adquirida - SIDA-, lesión, enfermedad o tratamiento causado por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares, sea que el asegurado haya estado enajenado mentalmente, en algún estado psicopático que altere la conciencia o en su sano juicio.
- f. Lesión o enfermedad causada por:
 - 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 que podrían ser calificados como delitos por la ley.
 - iv. Negligencia, imprudencia o culpa grave por parte del asegurado, incluyéndose toda lesión o enfermedad ocurrida a causa o con ocasión de su estado de ebriedad o efectos de las drogas.
 - v. Fusión y fisión nuclear o cualquier accidente nuclear.
- g. Todo tipo de exámenes dentales, extracciones, empastes y tratamiento dental en general.
- i. Medicamentos, remedios, drogas e insumos, con excepción de los prescritos bajo el Beneficio de Hospitalización establecido en el punto I. del Artículo 2º precedent e. No se cubrirán recetas magistrales y remedios naturales.
- j. Tratamientos, visitas médicas, exámenes, medicamentos, remedios o vacunas para el sólo efecto preventivo, no inherente ni necesario para el diagnóstico de una incapacidad.
- l. Gastos por acompañantes, mientras el asegurado se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comida y similares.
- m. Lesión o enfermedad surgidas de la ocupación del asegurado, cubierta por la legislación de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.
- n. Cualquier gasto médico asociado a Maternidad, exceptuándose los gastos médicos asociados a complicaciones del embarazo. Se entenderá por "complicaciones del embarazo" todas aquellas enfermedades que estén directamente relacionadas o sean consecuencia directa del embarazo y cuya presencia u ocurrencia afecte gravemente el desarrollo normal de éste. En virtud de lo señalado, sólo serán consideradas complicaciones del embarazo para efectos de esta póliza las siguientes:
 - i. Colestasia intrahepática del embarazo.
 - ii. Placenta Previa.

- iii. Placenta Creta.
- iv. Preeclampsia.
- v. Eclampsia.
- vi. Hipertensión del embarazo.
- vii. Diabetes gestacional.
- viii. Incompetencia cervical.
- ix. Distocia del embarazo.
- x. Infección huevo ovular.
- xi. Rotura prematura de membranas.
- xii. Amenaza de Parto Prematuro, sin que éste haya terminado en parto.

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

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

- o. Enfermedades, padecimientos o malformaciones congénitas conocidas por el asegurado titular al momento de contratar esta póliza.
- p. Epidemias y Pandemias declaradas por la autoridad competente o por el organismo de salud mundial competente, respectivamente.
- q. No serán consideradas como diagnósticos que dan lugar a eventos con derecho a cobertura, para efectos de la presente póliza, la cirugía, tratamientos o gastos que se indican a continuación:
 - i. Obesidad, sobrepeso o problemas de salud asociados (IMC mayor a 35).
 - ii. La impotencia masculina.
 - iii. Fertilidad e infertilidad.
 - iv. Tallas bajas (cualquiera sea su origen), delgadez no patológica, gigantismo, ginecomastía, u otros similares.
 - v. Tratamientos anticonceptivos.
 - vi. Cirugía de reducción o aumento mamario.
 - vii. Adquisición o arriendo de equipos, tales como: sillas de rueda, camas médicas, ventiladores mecánicos, etc.
- r. Tratamientos efectuados a través de medios de medicina alternativa, tales como: acupuntura, iriología, reflexología, quiropraxia, etc.
- s. Gastos que no estén expresamente indicados en el Cuadro de Beneficios detallado en las Condiciones Particulares de la Póliza, como, asimismo, gastos de exámenes y procedimientos a través de nuevas tecnologías no reconocidas por el Sistema de Salud Previsional, los cuales serán cubiertos siempre que exista un pronunciamiento de la compañía aseguradora y de Fonasa, o el organismo que en el futuro lo reemplace, en ese sentido.
- t. Criopreservación. Compra de células madre, sangre, hemoderivados y cualquier otro tejido u órgano.
- u. Enfermedades, dolencias o situación de salud preexistentes.

2.- Para el **Seguro Complementario de Salud**, regirán las exclusiones establecidas en el artículo N°6 de las Condiciones Generales registradas en el Depósito de Pólizas de la Comisión para el Mercado Financiero bajo el código **POL 3 2013 0223**, **a excepción de la exclusión k) (en lo relativo a: aparatos auditivos, lentes o anteojos ópticos o de contacto, prótesis y ortesis) la que se considerará cubierta por esta cobertura.**

3.- Para la cláusula de **Exoneración de Primas**, regirán las exclusiones establecidas en el artículo N°2 de las Cláusulas Adicionales registradas en el Depósito de Pólizas de la Comisión para el Mercado Financiero bajo los códigos **CAD 2 2013 0244 y CAD 2 2013 0227.**

4.- Para la cláusula adicional **Indemnización por Invalidez Permanente 80%**, regirán las exclusiones establecidas en el artículo N° 4 de las Condiciones Generales registradas en el Depósito de Pólizas de la Comisión para el Mercado Financiero bajo el código **CAD 3 2019 0121.**

Artículo N°12 Restricciones y Limitaciones de la Cobertura

En virtud de la Declaración Personal de Salud efectuada por el asegurado titular 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.

Artículo N°13 Declaraciones del Asegurado titular.

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

Artículo N°14 Primas Mensuales Brutas en UF

La prima mensual de este seguro se encuentra expresada en UF, y en el caso de grupos familiares será calculada en base al asegurado de mayor edad dentro del grupo familiar asegurado.

Cada vez que el asegurado de mayor edad dentro del grupo familiar cambie de tramo de edad, el monto de la prima se ajustará según plan contratado en los términos que se establecen en la siguiente tabla. Igual ajuste se efectuará cada vez que se modifique el número de asegurados dependientes cubiertos por esta póliza:

A. Seguro de Prestaciones Médicas de Alto Costo

Tramos de Edad	Titular sin Asegurados Dependientes UF		
	Tarifa Neta	IVA	Tarifa Bruta
14 Días – 30 años y 364 días	UF 0,2600	UF 0,0494	UF 0,3094
31 años – 40 años y 364 días	UF 0,3788	UF 0,0720	UF 0,4508
41 años – 50 años y 364 días	UF 0,4484	UF 0,0852	UF 0,5336
51 años – 60 años y 364 días	UF 0,6721	UF 0,1277	UF 0,7998
61 años – 70 años y 364 días	UF 1,5294	UF 0,2906	UF 1,8200
71 años – 80 años y 364 días	UF 1,5294	UF 0,2906	UF 1,8200
81 años – 85 años y 364 días	UF 3,1008	UF 0,5892	UF 3,6900
86 años – 89 años y 364 días	UF 4,1429	UF 0,7871	UF 4,9300
90 años en adelante (*)	UF 6,2143	UF 1,1807	UF 7,3950

(*) La cobertura será vitalicia, sin límite de edad, según las condiciones especificadas en este documento, siempre y cuando la póliza colectiva haya sido renovada y se encuentre vigente.

Tramos de Edad	Titular + 1 Asegurado Dependiente UF		
	Tarifa Neta	IVA	Tarifa Bruta
14 Días – 30 años y 364 días	UF 0,3441	UF 0,0654	UF 0,4095
31 años – 40 años y 364 días	UF 0,5103	UF 0,0969	UF 0,6072
41 años – 50 años y 364 días	UF 0,7422	UF 0,1410	UF 0,8832
51 años – 60 años y 364 días	UF 1,1332	UF 0,2153	UF 1,3485
61 años – 70 años y 364 días	UF 2,5882	UF 0,4918	UF 3,0800
71 años – 80 años y 364 días	UF 2,5882	UF 0,4918	UF 3,0800
81 años – 85 años y 364 días	UF 5,2714	UF 1,0016	UF 6,2730
86 años – 89 años y 364 días	UF 7,0429	UF 1,3381	UF 8,3810
90 años en adelante (*)	UF 10,5643	UF 2,0072	UF 12,5715

(*) La cobertura será vitalicia, sin límite de edad, según las condiciones especificadas en este documento, siempre y cuando la póliza colectiva haya sido renovada y se encuentre vigente.

Tramos de Edad	Titular + 2 Asegurados Dependientes UF		
	Tarifa Neta	IVA	Tarifa Bruta
14 Días – 30 años y 364 días	UF 0,4435	UF 0,0843	UF 0,5278
31 años – 40 años y 364 días	UF 0,6417	UF 0,1219	UF 0,7636
41 años – 50 años y 364 días	UF 0,9432	UF 0,1792	UF 1,1224
51 años – 60 años y 364 días	UF 1,4224	UF 0,2702	UF 1,6926
61 años – 70 años y 364 días	UF 3,2689	UF 0,6211	UF 3,8900
71 años – 80 años y 364 días	UF 3,2689	UF 0,6211	UF 3,8900
81 años – 85 años y 364 días	UF 6,5118	UF 1,2372	UF 7,7490

86 años – 89 años y 364 días	UF 8,7000	UF 1,6530	UF 10,3530
90 años en adelante (*)	UF 13,0500	UF 2,4795	UF 15,5295

(*) La cobertura será vitalicia, sin límite de edad, según las condiciones especificadas en este documento, siempre y cuando la póliza colectiva haya sido renovada y se encuentre vigente.

Titular + 3 Asegurados Dependientes (UF)			
Tramos de Edad	Tarifa Neta	IVA	Tarifa Bruta
14 Días – 30 años y 364 días	UF 0,5124	UF 0,0973	UF 0,6097
31 años – 40 años y 364 días	UF 0,7422	UF 0,1410	UF 0,8832
41 años – 50 años y 364 días	UF 1,0978	UF 0,2086	UF 1,3064
51 años – 60 años y 364 días	UF 1,6646	UF 0,3163	UF 1,9809
61 años – 70 años y 364 días	UF 3,7899	UF 0,7201	UF 4,5100
71 años – 80 años y 364 días	UF 3,7899	UF 0,7201	UF 4,5100
81 años – 85 años y 364 días	UF 7,5971	UF 1,4434	UF 9,0405
86 años – 89 años y 364 días	UF 10,1500	UF 1,9285	UF 12,0785
90 años en adelante (*)	UF 15,2250	UF 2,8928	UF 18,1178

(*) La cobertura será vitalicia, sin límite de edad, según las condiciones especificadas en este documento, siempre y cuando la póliza colectiva haya sido renovada y se encuentre vigente.

Titular + 4 Asegurados Dependientes o más (UF)			
Tramos de Edad	Tarifa Neta	IVA	Tarifa Bruta
14 Días – 30 años y 364 días	UF 0,5506	UF 0,1046	UF 0,6552
31 años – 40 años y 364 días	UF 0,7963	UF 0,1513	UF 0,9476
41 años – 50 años y 364 días	UF 1,1829	UF 0,2247	UF 1,4076
51 años – 60 años y 364 días	UF 1,8444	UF 0,3504	UF 2,1948
61 años – 70 años y 364 días	UF 4,3109	UF 0,8191	UF 5,1300
71 años – 80 años y 364 días	UF 4,3109	UF 0,8191	UF 5,1300
81 años – 85 años y 364 días	UF 7,7521	UF 1,4729	UF 9,2250
86 años – 89 años y 364 días	UF 10,3571	UF 1,9679	UF 12,3250
90 años en adelante (*)	UF 15,5357	UF 2,9518	UF 18,4875

(*) La cobertura será vitalicia, sin límite de edad, según las condiciones especificadas en este documento, siempre y cuando la póliza colectiva haya sido renovada y se encuentre vigente.

B. Seguro Complementario de Salud

Tramo	Tarifa Neta	IVA	Tarifa Bruta
Titular sin Asegurados Dependientes	UF 0,7143	UF 0,1357	UF 0,8500
Titular + 1 Asegurado Dependiente	UF 1,0840	UF 0,2060	UF 1,2900
Titular + 2 Asegurados Dependientes	UF 1,1008	UF 0,2092	UF 1,3100
Titular + 3 Asegurados Dependientes o más	UF 1,1429	UF 0,2171	UF 1,3600

C. Exoneración de Pago de Primas por Fallecimiento del Asegurado Titular

Tramo	Tarifa Neta	IVA	Tarifa Bruta
Prima individual por asegurado titular	UF 0,0090	UF 0,0000	UF 0,0090

Los asegurados que no tengan asegurados dependientes no pagarán prima por la cobertura de Exoneración de Primas.

D. Indemnización por Invalidez Permanente 80%

Titular sin Asegurados Dependientes UF			
Tramos de Edad	Tarifa Neta	IVA	Tarifa Bruta
14 Días – 30 años y 364 días	UF 0,0257	UF 0,0049	UF 0,0306
31 años – 40 años y 364 días	UF 0,0329	UF 0,0063	UF 0,0392
41 años – 50 años y 364 días	UF 0,0390	UF 0,0074	UF 0,0464
51 años – 60 años y 364 días	UF 0,0506	UF 0,0096	UF 0,0602

Titular + 1 Asegurado Dependiente UF			
Tramos de Edad	Tarifa Neta	IVA	Tarifa Bruta
14 Días – 30 años y 364 días	UF 0,0340	UF 0,0065	UF 0,0405
31 años – 40 años y 364 días	UF 0,0444	UF 0,0084	UF 0,0528
41 años – 50 años y 364 días	UF 0,0645	UF 0,0123	UF 0,0768
51 años – 60 años y 364 días	UF 0,0853	UF 0,0162	UF 0,1015

Titular + 2 Asegurados Dependientes UF			
Tramos de Edad	Tarifa Neta	IVA	Tarifa Bruta
14 Días – 30 años y 364 días	UF 0,0439	UF 0,0083	UF 0,0522
31 años – 40 años y 364 días	UF 0,0558	UF 0,0106	UF 0,0664
41 años – 50 años y 364 días	UF 0,0820	UF 0,0156	UF 0,0976

51 años – 60 años y 364 días	UF 0,1071	UF 0,0203	UF 0,1274
------------------------------	-----------	-----------	-----------

Titular + 3 Asegurados Dependientes (UF)			
Tramos de Edad	Tarifa Neta	IVA	Tarifa Bruta
14 Días – 30 años y 364 días	UF 0,0507	UF 0,0096	UF 0,0603
31 años – 40 años y 364 días	UF 0,0645	UF 0,0123	UF 0,0768
41 años – 50 años y 364 días	UF 0,0955	UF 0,0181	UF 0,1136
51 años – 60 años y 364 días	UF 0,1253	UF 0,0238	UF 0,1491

Titular + 4 Asegurados Dependientes o más (UF)			
Tramos de Edad	Tarifa Neta	IVA	Tarifa Bruta
14 Días – 30 años y 364 días	UF 0,0545	UF 0,0103	UF 0,0648
31 años – 40 años y 364 días	UF 0,0692	UF 0,0132	UF 0,0824
41 años – 50 años y 364 días	UF 0,1029	UF 0,0195	UF 0,1224
51 años – 60 años y 364 días	UF 0,1388	UF 0,0264	UF 0,1652

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

Artículo N°15 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.

El pago de la prima será mensual y se efectuará al principio de cada mes, entendiéndose que se paga el mes anticipado de cobertura.

Para el pago de la prima del mes se concede un plazo de gracia de 60 días, el cual será contado a partir del primer día del mes de cobertura no pagado. Durante este plazo, la póliza permanecerá vigente. En caso de ocurrir un siniestro durante dicho plazo de gracia, se deducirá del monto a pagar la prima anticipada y no pagada.

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.
- Abuelos respecto de los nietos.
- Hijos mayores de 18 años respecto de los padres.
- Hermanos mayores de 18 años respecto a otros hermanos.

Artículo N°16 Pago de Beneficios

Efectuado un gasto médico reembolsable en virtud de la presente póliza y para los efectos de la liquidación del reembolso de gastos médicos solicitados, el asegurado deberá presentar los documentos que den cuenta del gasto de cargo del asegurado cuyo reembolso se requiera, lo antes posible, dentro del plazo de 60 días corridos desde la fecha de emisión de estos.

Para los gastos hospitalarios del Seguro de Prestaciones Médicas de Alto Costo, serán tramitados en forma directa entre la Clínica y la Compañía Aseguradora, siempre y cuando el asegurado firme al momento de la admisión la autorización de Ventanilla Única.

Antecedentes necesarios para la liquidación de reembolsos de gastos médicos:

Para solicitar el reembolso de gastos de salud, siempre que no sea tramitado directamente entre la Clínica y la Compañía, el Asegurado deberá enviar a ésta última, al menos los siguientes antecedentes:

- A. Seguro de Prestaciones Médicas de Alto Costo**
- B. Seguro Complementario de Salud**

- a) Formulario de Reembolso proporcionado por la Compañía Aseguradora, debidamente completado.
- b) El Asegurado debe declarar por escrito si el gasto cuya devolución se solicita estaba cubierto por otros seguros, sistemas o instituciones que otorguen beneficios médicos y al cual pertenezca el asegurado.
- c) La entrega a la compañía aseguradora de los originales extendidos a nombre del asegurado, de los recibos, boletas y facturas cuando corresponda, copia original de bonos y órdenes de atención, copia de programas médicos u otros documentos que acrediten el gasto incurrido y su pago; como, asimismo, en su caso, los que acrediten el pago o el reembolso de una parte de ellos por la entidad aseguradora, institución o entidades referidos en la letra anterior.

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

C. Exoneración de Pago de Primas por Fallecimiento del Asegurado Titular

Al fallecimiento del asegurado, los beneficiarios, acreditando su calidad de tales, podrán exigir la aplicación del beneficio, presentando los siguientes antecedentes:

- a) Certificado de Defunción del Asegurado Titular.
- b) Certificado de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del Asegurado Titular.
- c) Otros antecedentes tales como, informes, declaraciones, certificados o documentos que permitan acreditar el fallecimiento del Asegurado Titular.

D. Indemnización por Invalidez Permanente 80%

- a) Declaración de Siniestro debidamente completada.
- b) Copia del parte policial, si lo hubiere (solamente en caso de invalidez por accidente).
- c) Copia Legalizada del Dictamen de invalidez total y permanente, emitido por la Superintendencia de AFP o COMPIN, que señale diagnóstico y % de incapacidad.

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

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

Queda expresamente establecido que los beneficios de esta póliza no se duplicarán con los beneficios o coberturas de cualquier otro seguro, sistema o institución que otorgue beneficios médicos, y al cual pertenezca el asegurado, de manera que esta póliza no cubrirá los gastos médicos que deben pagar o reintegrar las empresas, bienestar, el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales establecido en la Ley N° 18.490, instituciones médicas o similares que otorguen tales beneficios o coberturas.

Durante el período de evaluación y hasta que proceda al pago definitivo de los beneficios correspondientes por parte de la compañía, el Contratante o el Asegurado deberá continuar con el pago regular de la prima para mantener vigente la póliza o cobertura individual, según corresponda.

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

IMPORTANTE: Los documentos 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.

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

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

Artículo N°17 Inclusión, Exclusión y Modificación de Asegurados

En el caso de inclusión al seguro, el asegurado deberá enviar a la Compañía Aseguradora la Solicitud de Incorporación, que incluye la Declaración Personal de Salud (DPS), debidamente completada y firmada por el Asegurado a incorporar o por el Asegurado Titular en caso de que sea el representante legal de éste, señalando el nombre, Cédula de Identidad y grado de parentesco respecto de sus asegurables dependientes.

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

Artículo N°18 Vigencia de la póliza Colectiva

La presente póliza colectiva tendrá una vigencia de un (1) año, comenzando a las 00:00 horas del día **1 de Julio de 2022** y terminando a las 23:59 horas del día **30 de Junio de 2023**.

Se entenderá renovada automáticamente la póliza por un nuevo período de igual duración, si ninguna de las partes avisase a la otra de su decisión de no renovar con una anticipación de a lo menos sesenta (60) días, a la fecha de término de cada período, mediante carta certificada enviada a la dirección de la otra parte involucrada.

En cumplimiento con lo dispuesto en la circular N° 1.935 de la 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.

Artículo N°19 Vigencia de las Coberturas Individuales

La vigencia de las coberturas individuales regirá a partir del primer (1er) día del mes siguiente a la contratación, siempre que la Compañía Aseguradora haya aceptado el riesgo propuesto, y será especificada en el respectivo certificado de cobertura para cada uno de los Asegurados.

Terminación Automática del Seguro:

Sin perjuicio de lo anterior, el seguro se terminará automáticamente, cuando:

1. El Asegurado Titular cumpla los 65 años de edad, para la cobertura Complementaria de Salud.
2. Cuando el Asegurado Titular no pague la prima respectiva. La falta de pago de la prima producirá la terminación del contrato, una vez transcurrido el periodo de gracia, a la expiración del plazo de quince días contados 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. Asimismo, el Asegurador pondrá término a la póliza en caso que el interés asegurable no llegare a existir o cesare durante la vigencia del seguro. En este caso, el asegurado tendrá derecho a la devolución de la prima pagada no ganada por el asegurador correspondiente al tiempo no transcurrido.
4. En caso de no renovación de la póliza colectiva.
5. El Asegurado Titular podrá ponerles término anticipado a sus coberturas, previa notificación a MetLife Chile Seguros de Vida S.A. a través del teléfono 600 393 3000 o también podrá concurrir personalmente, con su Cédula Nacional de Identidad a las oficinas de Servicio al Cliente del Seguro ubicadas en Clínica INDISA, dejando una constancia por escrito de su decisión de poner término a la cobertura individual.

Los Asegurados Dependientes dejarán, asimismo, de pertenecer al seguro cuando:

1. El cónyuge, conviviente civil o pareja cumpla los 65 años de edad, para la cobertura Complementaria de Salud.
2. Los hijos o nietos cumplan los 24 años de edad.

Artículo N°20 Condiciones Generales

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

POL 3 2019 0074 Seguro para Prestaciones Médicas de Alto Costo.

POL 3 2013 0223 Seguro Colectivo Complementario de Salud.

CAD 2 2013 0244 Cláusula de Exoneración de Pago de Primas en caso de Fallecimiento del Asegurado Titular de la Cobertura de Prestaciones Médicas de Alto Costo.

CAD 2 2013 0227 Cláusula de Exoneración de Pago de Primas en caso de Fallecimiento del Asegurado Titular de la Cobertura Complementaria de Salud.

CAD 3 2019 0121 Cláusula de Indemnización por Invalidez Permanente 80%

Una copia de las Condiciones Generales y Cláusulas Adicionales, depositadas en el Depósito de Pólizas de la Comisión para el Mercado Financiero, se encuentran a su disposición en el sitio Web www.cmfchile.cl

Artículo N°21 Código de Autorregulación y Compendio de Buenas Prácticas

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

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

Artículo N°22 Resumen de Condiciones del Seguro

En cumplimiento con lo dispuesto en la circular N° 1.935 de la CMF, a continuación, se indican antecedentes importantes de este seguro:

Este seguro:

NO contempla renovación garantizada.

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

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

NO cubre preexistencias.

Artículo N°23 Servicio de Atención al Cliente.

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

Artículo N°24 Domicilio

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



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

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 beneficiario s, 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 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 1, Santiago, o a través del sitio web www.cmfchile.cl .

ANEXO II

(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 OPOSICION A LA LIQUIDACIÓN DIRECTA:

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

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

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

5) PRE-INFORME DE LIQUIDACIÓN:

En aquellos siniestros en que surgieren problemas y diferencias de criterios sobre sus causas, evaluación del riesgo o extensión de la cobertura, podrá el Liquidador, actuando de oficio o a petición del Asegurado, emitir un pre-informe de liquidación sobre la cobertura del siniestro y el monto de los daños producidos, el que deberá ponerse en conocimiento de los interesados. El asegurado o la Compañía podrán hacer observaciones por escrito al pre-informe dentro del plazo de cinco días hábiles desde su conocimiento.

6) PLAZO DE LIQUIDACIÓN:

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

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

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

7) PRÓRROGA DEL PLAZO DE LIQUIDACIÓN:

Los plazos antes señalados podrán, excepcionalmente siempre que las circunstancias lo ameriten, prorrogarse, sucesivamente por iguales períodos, informando los motivos que la fundamente e indicando las gestiones concretas y específicas que se realizaran, lo que deberá comunicarse al asegurado y a la Comisión para el Mercado Financiero, 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

SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE

INSTITUTO DE DIAGNÓSTICO S.A.

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.

Adicionalmente, podrá acceder al portal de clientes: <https://clientes.queplan.cl>.



ANEXO IV

COMISIONES

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 recaudada. No se pagará comisión por las primas que se hayan devuelto al asegurado. 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 recaudación de esta póliza, calculado sobre la prima neta de recaudada. No se pagará comisión por las primas que se hayan devuelto al asegurado.