

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

Artículo N° 1.- Contratante

Empresa : **Legal Chile S.A.**
Dirección : Tenderini N°153, Santiago.
RUT : 96.783.190-5
Giro : Servicios de asesoramiento y representación jurídica.

Artículo N° 2.- Asegurador

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

Artículo N° 3.- Intermediario

Empresa : **RKC RISK CONSULTING CORREDORES DE SEGUROS S.A**
Dirección : Av. Presidente Errázuriz 3176 piso 2, Las Condes, Santiago.
Rut : 76.011.635-1
Teléfono : 56 2 2245 14 14
Comisión : 10% sobre la prima neta recaudada, descontando el IVA

Artículo N° 4.- Asegurados

Asegurado Titular:

Todos los empleados que se incorporen, que cumplan con las exigencias señaladas en el artículo N° 13 de estas condiciones particulares denominado "Requisitos de Asegurabilidad", que tengan contrato de trabajo vigente e indefinido con la Empresa Contratante, y que residan dentro del territorio nacional.

Asegurados Dependientes:

- a) Cónyuge o Conviviente Civil del Asegurado Titular.
- b) Hijos del Asegurado Titular.

Artículo N° 5.- Beneficiarios

Coberturas Fallecimiento y Muerte Accidental

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

Coberturas Invalidez Total y Permanente 2/3, Invalidez Accidental, Complementario de Salud.

El beneficiario para el pago será el Asegurado Titular.

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

Artículo N° 6.- Obligaciones Legales del Contratante

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

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

Artículo N° 7.- Coberturas

I. Coberturas de Vida

- a) **Fallecimiento:** El capital asegurado será pagado por la Compañía Aseguradora a los beneficiarios, después del fallecimiento del asegurado, si éste ocurre durante la vigencia de la póliza.

La compañía aseguradora pagará el capital asegurado a los beneficiarios, si el fallecimiento ocurriera como consecuencia de suicidio, siempre que hubiera transcurrido un año completo e ininterrumpido desde la fecha de incorporación del asegurado al seguro, desde su rehabilitación o desde el aumento de capital asegurado. En éste último caso el plazo se considerará sólo para el pago del incremento del capital asegurado.

- b) **Muerte Accidental:** Esta póliza cubre el riesgo adicional de Muerte Accidental del Asegurado titular, siempre que sea consecuencia directa e inmediata de un accidente y de acuerdo a lo indicado en las Condiciones Generales de este adicional.
- c) **Invalidez Accidental:** Esta póliza cubre el riesgo adicional de Invalidez Accidental del Asegurado Titular, siempre que sea consecuencia directa e inmediata de un accidente y de acuerdo a lo indicado en las Condiciones Generales de este adicional.
- d) **Invalidez Total y Permanente 2/3:** El capital asegurado establecido en la póliza para el caso de fallecimiento será pagado por la Compañía Aseguradora anticipadamente al asegurado en caso de invalidez total y permanente 2/3, siempre que se cumplan las condiciones establecidas en estas condiciones particulares y en la cláusula adicional.

Se deja expresa constancia que el monto del capital asegurado a pagar por esta cláusula adicional, será siempre igual al monto que se debiera indemnizar por el seguro principal en caso de fallecimiento.

Se considera **Continuidad de Cobertura** para todos los asegurados vigentes desde el día 15 de Abril de 1998 en póliza 23940000 de la Interamericana Compañía de Seguros de Vida S.A.

A los asegurados que se hayan incorporado en fecha posterior a la indicada en párrafo anterior no se les cubrirán siniestros a causa de accidentes o enfermedades preexistentes a su fecha de ingreso en la póliza.

II. Cobertura de Salud

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

Seguro Complementario de Salud – Plan de Beneficios

Gastos Ambulatorios	Reembolso (%)	Tope por Prestación (UF)	Tope Anual (UF)
Consulta Médica General	70%	-	Sin Tope (*)
Exámenes De Laboratorio	70%	-	Sin Tope (*)
Exámenes Radiológicos	70%	-	Sin Tope (*)
Procedimientos De Diagnóstico	70%	-	Sin Tope (*)
Procedimientos Quirúrgicos (Cirugía Ambulatoria)	70%	-	Sin Tope (*)
Fonoaudiología	70%	-	UF 10
Kinesiología y Medicina Física	70%	-	UF 10
Medicamentos de Marca (**)	55%	-	Sin Tope (*)
Medicamentos Genéricos (**)	100%	-	Sin Tope (*)
Gastos Hospitalarios	Reembolso (%)	Tope por Prestación (UF)	Tope Anual (UF)
Día Cama Medicina o Cirugía	100%	UF 4 diario	Sin Tope (*)
Hospitalización Domiciliaria	100%	UF 4 diario	Sin Tope (*)
Otros Gastos Hospitalarios	Reembolso (%)	Tope por Evento (UF)	Tope Anual (UF)
Honorarios Médicos Quirúrgico	100%	UF 30	Sin Tope (*)
Servicios Hospitalarios (incluye día UT/UCI)	100%		
Exceso Servicios Hospitalarios y Honorarios Médicos	80%	-	Sin Tope (*)
Gasto Donante Vivo	80%	UF 20	Sin Tope (*)
Gasto Donante Post Morten	80%	UF 20	Sin Tope (*)
Deducible GES-CAEC	100%	-	Sin Tope (*)
Maternidad	Reembolso (%)	Tope Por Evento (UF)	Tope Anual (UF)
Parto Normal	100%	UF 20	Sin Tope (*)
Cesárea	100%	UF 30	Sin Tope (*)
Aborto no provocado	100%	UF 10	Sin Tope (*)
Complicaciones del Embarazo y Parto	80%	UF 20	Sin Tope (*)
Parto Múltiple	50% del tope de maternidad por cada hijo nacido vivo		
Salud Mental	Reembolso (%)	Tope Por Prestación (UF)	Tope Anual (UF)
Sesión Psiquiatría, Psicología, Psicopedagogía	80%	-	UF 10
Hospitalización Psiquiátrica	80%	-	
Otros Gastos	Reembolso (%)	Tope Por Prestación (UF)	Tope Anual (UF)
Cristales, Marcos y Lentes de Contactos	70%	-	UF 5
Prótesis y Ortesis	80%	-	UF 20
Aparatos Auditivos	50%	-	UF 5
Yeso	80%	-	UF 10
Cirugía Láser Ocular (= ó > a 3 dioptrías)	80%	-	UF 10 por c/ojo
Obesidad Mórbida	80%	UF 30	Sin Tope (*)
Prótesis de Alta Complejidad	80%	-	UF 50
Nutricionista	70%	UF 1,0	5 Sesiones
Ambulancia terrestre	80%	-	UF 10
Ambulancia Aérea	80%	-	

Cobertura en el Extranjero Idem Plan

(*) Los topes de cada cobertura no podrán ser superiores al tope anual por asegurado detallado en el Artículo N° 9 de este Condicionado Particular.

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

Seguro Complementario de Salud – Plan de Beneficios para Prestadores Preferentes

Gastos Ambulatorios	Reembolso (%)	Reembolso (%) Libre Elección	Tope Anual (UF)
Consulta Médica General	80%	80%	Sin Tope (*)
Exámenes De Laboratorio	80%	80%	Sin Tope (*)
Exámenes Radiológicos	80%	80%	Sin Tope (*)
Procedimientos De Diagnóstico	80%	80%	Sin Tope (*)
Gastos Hospitalarios	Reembolso (%)	Tope por Prestación (UF)	Tope Anual (UF)
Día Cama Medicina o Cirugía	100%	-	Sin Tope (*)
Otros Gastos Hospitalarios	Reembolso (%)	Tope por Evento (UF)	Tope Anual (UF)
Honorarios Médicos Quirúrgico	100%	-	Sin Tope (*)
Servicios Hospitalarios	100%	-	Sin Tope (*)

El tope anual por beneficiario para estas prestaciones en Prestadores Preferentes es de UF 300 y que deben restarse de tope anual del plan principal del complementario de salud. -

Las prestaciones de este plan para Prestadores Preferentes no están afectas a deducible. -

Los prestadores Preferentes incluidos en este plan son los siguientes:

- Clínica Dávila
- Hospital Clínico de la U. de Chile
- ACHS

Definiciones Coberturas de Salud:

- Este seguro opera en exceso del Sistema de Salud Previsional (Isapre o Fonasa), Bienestar u otro Seguro adicional o convenio.
- Periodo de acumulación del deducible es sobre la base del Año Póliza.
- De los gastos no bonificados por el Sistema de Salud Previsional, se considerarán como gastos efectivamente incurridos el 50% de éstos, sobre los cuales se aplicarán los porcentajes, topes y deducibles del plan contratado. Se exceptúan de este punto los Medicamentos Ambulatorios y los gastos ópticos. Para éstos últimos se exigirá timbre de No Bonificable.
- Si el aporte del Sistema de Salud Previsional es menor al 50%, el reembolso de la Compañía será sobre el 50% del costo directo de la prestación, monto sobre el cual se aplicarán los porcentajes, topes y deducibles del plan contratado. Se exceptúan los Medicamentos Ambulatorios, Deducible por prestaciones Auge CAEC o GES.
- La Cobertura en el extranjero se considera bajo las condiciones del Plan Complementario de Salud (como complemento de Isapre o Fonasa).
- La Compañía Aseguradora reembolsará sólo en la proporción y hasta el monto máximo señalado en las Condiciones Particulares de la Póliza, sin perjuicio del deducible estipulado.
- Se considera **Continuidad de Cobertura** para todos los asegurados vigentes desde el día 15 de Abril de 1998 en póliza 23940000 de la Interamericana Compañía de Seguros de Vida S.A.
- A los asegurados que se hayan incorporado en fecha posterior a la indicada en párrafo anterior no se les cubrirán siniestros a causa de accidentes o enfermedades preexistentes a su fecha de ingreso en la póliza.
- Queda expresamente establecido que la aplicación del seguro vía **I-Med** no necesariamente implica la aceptación de la cobertura del diagnóstico que origina dichos gastos, de tal modo que en cualquier momento la compañía podrá restringir, limitar o excluir dicho diagnóstico por carecer de cobertura, en conformidad a lo establecido en las Condiciones Generales y Particulares del seguro.

- Para los nuevos asegurados, esta póliza no cubre los gastos originados a raíz de enfermedades preexistentes.
- Se cubre Obesidad Mórbida si $IMC > \text{ó} = 40 \text{ kg/m}^2$ (IMC Índice de Masa Corporal, que es el cociente entre el peso en kilogramos y el cuadrado de la estatura en metros). Asimismo, los tratamientos y cirugía necesarios por Obesidad mayor o igual a IMC 35, en presencia de patologías asociadas indicadas por el Ministerio de Salud (MINSAL). La cobertura será según sea la prestación hospitalaria o ambulatoria.
- La cirugía dental hospitalaria por accidente y la cirugía reparadora hospitalaria por accidente se reembolsan bajo la cobertura “gastos hospitalarios” del Plan de Salud.
- La cobertura de Maternidad es sólo para los Asegurados Titulares y Cónyuges, no aplica para las hijas.
- Se reembolsará el 100% del deducible aplicado por prestaciones activadas a través de CAEC o GES, sólo si se utiliza la red de prestadores del Sistema de Salud Previsional.
- La Compañía Aseguradora cubrirá la Cirugía Lásik Ocular para la corrección de Miopía y Astigmatismo, bajo los siguientes criterios:
 1. Asegurado mayor a 20 años de edad.
 2. Miopía mayor o igual a 3 dioptrías, Hipermetropía mayor a 3 dioptrías.
 3. Uso de lentes acreditados por al menos 5 años.
 4. Anisometropías importantes con diferencia mayor a 2 dioptrías entre un ojo y otro.
 5. Se cubren las preexistencias.
 6. 6 meses de carencia para futuras incorporaciones.
 7. Se deben cumplir todas las condiciones anteriores.
- Los medicamentos ambulatorios cubiertos por este beneficio serán sólo aquellos que el asegurado deba consumir durante el periodo de vigencia de la póliza, de acuerdo con la dosis prescrita por el médico tratante y en ningún caso la dosis a reembolsar podrá ser superior a treinta (30) días de tratamiento a partir de la fecha de compra de los medicamentos.
 - i. Medicamentos Ambulatorios Genéricos: Se entienden incluidos en esta categoría los medicamentos que se comercializan bajo la denominación del principio activo que incorpora, siendo igual en composición y forma farmacéutica a la marca original, pero sin marca comercial, figurando en su lugar el nombre de su principio activo;
 - ii. Medicamentos Ambulatorios No Genéricos: Se entienden incluidos en esta categoría los medicamentos no comprendidos en la categoría anterior, que se comercializan bajo un nombre comercial específico sujeto a la protección comercial que otorgan las agencias internacionales de patentes y que han sido registrados por un laboratorio farmacéutico, los que pueden corresponder a la fórmula original o a una copia;
 - iii. Medicamentos Ambulatorios Inmunosupresores o Inmunomoduladores: Se entienden en esta categoría aquellos fármacos que actúan sobre el sistema inmunológico disminuyendo los efectos adversos sobre la enfermedad o trasplante. Estos medicamentos pueden ser genéricos o no genéricos;
 - iv. Medicamentos Ambulatorios Antineoplásicos: Se entienden en esta categoría aquellos fármacos directamente asociados al tratamiento curativo o paliativo del cáncer. Se incluyen los medicamentos específicos usados en la quimioterapia y radioterapia, además de las drogas citotóxicas. Estos medicamentos pueden ser genéricos o no genéricos.

Artículo N° 8.- Servicios Adicionales

Los Asegurados de la póliza podrán acceder a los servicios adicionales **Hospital Clínico de la U. de Chile, Clínica Dávila, Clínica Bicentenario, Red Dental Metlife, Yoga Crecer, Bebelab, Mandu, Óptica Renovatio, Clinical Service, Kellun, Farmacia Cruz Verde, Farmacia Salcobrand, Equilibrio, Legal Chile, Accu Health y Ópticas Place Vendome**, los que se encuentran descritos en anexos de la presente póliza. Los servicios adicionales no constituyen cobertura de seguros y son de exclusiva responsabilidad de quien los otorga, siendo facultad del contratante y asegurador el ponerles término en cualquier momento, sin expresión de causa y aviso previo a los asegurados.

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

Artículo N° 9.- Capitales Asegurados

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

Vida y Adicionales

Coberturas	Capital
Fallecimiento	12 Rentas
Muerte Accidental	12 Rentas
Invalidez Accidental	12 Rentas
Invalidez Total y Permanente 2/3	12 Rentas

Salud

Coberturas	Capital
Complementario de Salud	UF 450

Artículo N° 10.- Primas y Tasas % Mensuales

La prima mensual de este seguro para la cobertura de Vida detallada en el cuadro siguiente se expresará en UF, y será la que resulte de multiplicar el Capital Asegurado, definido para cada Asegurado Titular y Cobertura, por la siguiente tasa mensual, expresadas en tanto por mil:

Vida y Adicionales

Coberturas	Tasa ‰ Neta Mensual
Fallecimiento	0,2200 ‰
Muerte Accidental	0,0500 ‰
Invalidez Accidental	0,0100 ‰
Invalidez Total y Permanente 2/3	0,0600 ‰

El valor de la prima de Fallecimiento y Muerte Accidental es mensual y están exentas de IVA.

El valor de la prima de Invalidez Accidental e Invalidez Total y Permanente 2/3 es mensual y están afectas a IVA.

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

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

Tramo Cargas	Prima Neta Mensual
Asegurado solo	UF 0,9671
Asegurado con un dependiente	UF 1,8487
Asegurado con dos o más dependientes	UF 3,0398

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

Artículo Nº 11.- Fecha de Pago

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

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

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

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

Modalidad de Pago

- Contributoriedad en el pago de la prima: Financiada en un 100% por la Empresa Contratante.

Artículo Nº 12.- Deducibles y Carencias

I.I Deducible del Asegurado:

- a) El deducible del **Plan de Salud Complementario** es de aplicación **individual** y es acumulable durante el año de vigencia de la póliza. El monto del deducible por tipo de asegurado se detalla en el siguiente cuadro:

Tramo Cargas	Monto
Asegurado solo	UF 0,5
Asegurado con un dependiente	UF 1,0
Asegurado con dos o más dependientes	UF 1,5

El deducible se aplica sobre los gastos efectivamente incurridos ya aplicado el porcentaje que se detalla en el Plan de Beneficios del Seguro Complementario de Salud y no aplica carencia.

Artículo Nº 13.- Requisitos de Asegurabilidad

a) Vida y Adicionales

Las condiciones de asegurabilidad serán las siguientes:

1. Al ingresar a la póliza, todas las personas nuevas deberán estar en buenas condiciones de Salud (no podrán estar hospitalizados).

- Serán asegurables todos los empleados, con contrato de trabajo vigente e indefinido con la Empresa Contratante y que desempeñen activamente las funciones propias de sus cargos. Deberán cumplir con las exigencias de las siguientes tablas:

Tabla de Edades Cobertura Vida y Adicionales

Coberturas	Edad Máxima de Ingreso del Titular	Edad Máxima de Permanencia del Titular
Fallecimiento	Hasta los 69 años y 364 días	Cumpliendo los 70 años
Muerte Accidental	Hasta los 64 años y 364 días	Cumpliendo los 70 años
Invalidez Accidental	Hasta los 64 años y 364 días	Cumpliendo los 70 años
Invalidez Total y Permanente 2/3	Hasta los 64 años y 364 días	Cumpliendo los 65 años

- Cumpliendo con los requisitos señalados, los asegurables deberán optar al seguro desde la fecha de contrato y el contratante tendrá un plazo máximo de 30 días para informar el ingreso a la Compañía Aseguradora.
- Todos los asegurables nuevos deberán completar el formulario de "Solicitud de Ingreso" al seguro.
- En función del capital asegurable solicitado y de la edad del asegurable, se deberá cumplir con las exigencias de la siguiente Tabla:

Donde:

Capital Individual UF	Rango de edades (Años)				
	0-35	36-45	46-55	56-60	61 o más
0000-4500 CAsRM	A	A	A	A	A
+ CAsRM 4501 hasta 20.000	B	B	B	B	B

Donde:

CAsRM Capital Asegurado sin Requisitos Médicos
 A Solicitud de Incorporación
 B Telesuscripción

Cualquier solicitante que no cumpla con los requisitos de asegurabilidad señalados en las Tablas anteriores, podrá ser evaluado facultativamente por la Compañía, reservándose el derecho de aceptación o rechazo del caso.

b) Cobertura de Salud

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

Cobertura Complementario de Salud

Asegurados	Edad Máxima de Ingreso	Edad Máxima de Permanencia
Titular	Hasta los 64 años, inclusive	Cumpliendo los 70 años
Cónyuge	Hasta los 64 años, inclusive	Cumpliendo los 70 años
Hijos (*)	Hasta los 23 años, inclusive	Cumpliendo los 24 años

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

- Cumpliendo con los requisitos señalados, los asegurables deberán optar al seguro dentro de un plazo máximo de 30 días contados desde la fecha que califican para ingresar a la póliza y su vigencia regirá el día primero del mes siguiente a la fecha de la recepción de la solicitud.
- Se aceptan hijos mayores de 28 años
- Los hijos podrán continuar en el seguro pagando la prima como titular sólo posterior a los 24 años de edad, deben depender económicamente del asegurado titular, siempre y cuando sean solteros y se encuentren cursando estudios en alguna Institución Educativa, lo que deberá ser acreditado.

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

Criterios Enfermedades Hipertensión Arterial y Diabetes

Para la cobertura de Fallecimiento y Complementario de Salud no se deberá restringir el acceso a la póliza, en la medida que se determine que la patología está controlada y en etapas primarias de desarrollo, se procederá a Excluir o Dar Tope a la patología, de acuerdo a la siguiente tabla:

Política de Suscripción Vigente enfermedades crónicas por Asegurado.

Diagnóstico	Fallecimiento	ITP 2/3 o PACI	Salud	Salud Ampliado y/o Catastrófico
Diabetes	Capital 30 UF	SIN COBERTURA	Capital 30 UF	SIN COBERTURA
Hipertensión Arterial	Capital solicitado, se excluye HTA	Capital solicitado, se excluye HTA	Se excluye sólo HTA	Se excluye sólo HTA

NOTA: Aplica para las coberturas contratadas de esta Póliza.

Artículo N° 14.- Exclusiones de Cobertura

Exclusiones Cobertura Fallecimiento: Las exclusiones de la cobertura de Fallecimiento son aquellas descritas en el artículo N° 3 de las Condiciones Generales (POL 2 2013 0163).

Exclusiones Cobertura Muerte Accidental: Son aquellas detalladas en el artículo N° 3 de la Cláusula Adicional (CAD 3 2013 0167)

Exclusiones cobertura Invalidez Accidental: son aquellas descritas en el artículo N° 3 de la Cláusula Adicional (CAD 3 2013 0193).

Exclusiones cobertura Invalidez Total y Permanente 2/3: son aquellas descritas en el artículo N° 3 de la Cláusula Adicional (CAD 3 2013 0165).

Exclusiones Cobertura Complementario de Salud: Son aquellas descritas en el artículo N° 6 de las Condiciones Generales (POL 3 2013 0223).

Artículo N° 15.- Pago de Beneficios

I. Vida

Coberturas Fallecimiento y Muerte Accidental:

El contratante, deberá dar aviso mediante carta o correo electrónico dirigido a la Compañía Aseguradora del fallecimiento del asegurado en un plazo máximo de (60) Sesenta días, los beneficiarios, acreditando su calidad de tales, podrán exigir el pago del capital asegurado presentando los siguientes antecedentes:

- a) Certificado de Defunción del asegurado;
- b) Certificado de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del asegurado, e
- c) Informes, declaraciones, certificados o documentos, en especial los relativos al fallecimiento del asegurado, destinados a probar la coexistencia de todas las circunstancias necesarias para establecer la responsabilidad del asegurador.
- d) Parte Policial que acredite la Muerte Accidental.
- e) La Compañía Aseguradora podrá solicitar antecedentes adicionales.

Cobertura Invalidez Accidental:

El contratante, dentro de un plazo de treinta (30) días contados desde la fecha del siniestro, deberá dar aviso mediante carta o correo electrónico dirigida a la Compañía Aseguradora, de lo contrario la Compañía no estará obligada a pagar el siniestro.

La Compañía determinará en un plazo máximo de 30 días si se ha producido la invalidez de un asegurado, conforme a las pruebas presentadas y los exámenes requeridos, en su caso, sin perjuicio de requerir antecedentes adicionales, por lo que el plazo podría aumentar.

Cobertura Invalidez Total y Permanente 2/3:

Producida la invalidez total y permanente 2/3 del asegurado, cualquier persona deberá comunicarlo por escrito a la Compañía Aseguradora dentro un plazo de noventa (90) días. El cumplimiento extemporáneo de esta obligación hará perder el derecho a la indemnización establecida en la presente cláusula adicional, salvo en caso de fuerza mayor.

Será obligación del asegurado, proporcionar a la compañía todos los antecedentes médicos y exámenes que obren en su poder, autorizar a la compañía para requerir de sus médicos tratantes todos los antecedentes que ellos posean, y dar las facilidades y someterse a los exámenes y pruebas que la compañía solicite para efectos de determinar y verificar la efectividad de la invalidez total y permanente dos tercios. El costo de estos será de cargo de la compañía aseguradora.

Sin el cumplimiento de estos requisitos, la compañía aseguradora no estará obligada a efectuar el pago por concepto de esta cláusula adicional.

II. Coberturas de Salud:

Plazo para denuncia de reembolsos.

Gastos Ambulatorios Salud:

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

Gastos Hospitalarios Salud:

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

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

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

Antecedentes para el pago de reembolsos médicos.

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

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

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

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

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

Artículo N° 16.- Inclusión, Exclusión y Modificación de Asegurados

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

En el caso de inclusión al seguro, el Contratante deberá enviar directamente o a través del Corredor, en original el formulario "Solicitud de Incorporación", esta nueva inclusión podrá comenzar a regir desde el primer día del mes siguiente a la recepción de la solicitud de incorporación, a contar de la fecha de ingreso al Servicio de Bienestar o en su defecto a contar de la fecha de contrato del asegurado. Los asegurados que no fueron incorporados durante la vigencia de la póliza podrán ser incorporados a contar de la nueva vigencia, previa evaluación y aceptación por parte de la Compañía Aseguradora. Estos movimientos serán reflejados en la Liquidación de Primas que mensualmente se envía al Contratante.

Para la exclusión, el Contratante deberá indicar el nombre completo y RUT de la persona excluida del seguro. Dicha exclusión comenzará a regir desde el primer día del mes siguiente a la recepción de la carta por parte de la Compañía Aseguradora, a contar de la fecha de finiquito o en su defecto contar de la fecha del último gasto presentado a la Cía. En caso de la exclusión del titular, se entenderá excluido todo el grupo familiar asociado. Estos movimientos serán reflejados en la Liquidación de Primas que mensualmente se envía al Contratante. Se deja establecido, que aquellos asegurados que solicitaron voluntariamente su exclusión del seguro, no podrán volver a ser incorporados durante la vigencia actual de la póliza. En caso de solicitar su inclusión en una nueva vigencia, estos deberán incorporarse de la forma descrita en el párrafo anterior perdiendo toda continuidad de cobertura.

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

Artículo N° 17.- Vigencia

La vigencia de este seguro será anual renovable y comenzará a regir a partir de las **00:00 hrs. del día 1 de Mayo de 2019 hasta las 24:00 Hrs. del día 30 de Abril de 2020**. Se entenderá renovada automáticamente la póliza por un nuevo período de igual duración, si ninguna de las partes avisase a la otra de su decisión de no renovar con una anticipación de a lo menos 30 días, a la fecha de término de cada período mediante una carta certificada a la dirección de la otra parte involucrada.

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

Sin perjuicio de lo anterior, cualquier asegurado que contribuya al pago de la prima podrá manifestar su intención de renunciar al seguro en cualquier momento, comunicando lo anterior al Contratante, quien deberá informar a la Compañía en los términos establecidos en el artículo referente a la Inclusión, Exclusión y Modificación de Asegurados.

Artículo N° 18.- Condiciones Generales

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

Coberturas	Código SVS
Fallecimiento	POL 2 2013 0163
Muerte Accidental	CAD 3 2013 0167
Invalidez Accidental	CAD 3 2013 0193
Invalidez Total y Permanente 2/3	CAD 3 2013 0165
Complementario de Salud	POL 3 2013 0223

Artículo N° 19.- Código de Autorregulación y Compendio de Buenas Prácticas

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

Copia del Compendio de Buenas Prácticas Corporativas de las Compañías de Seguros se encuentra a disposición de los interesados en cualquiera de las oficinas de MetLife Chile Seguros de Vida S.A. y en www.aach.cl.

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

Artículo N° 20.- Domicilio

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

Artículo N° 21.- Servicio

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



Marcelo Díaz Palma
Director Negocios Seguros Colectivos
MetLife Chile Seguros de Vida S.A.

Representante Legal
Legal Chile S.A.

Santiago, Mayo de 2019.-

CONDICIONES ESPECIALES:

- La presente póliza es continuación de póliza N° 23940000 de la Interamericana Compañía de Seguros de vida S.A.
- Para aceptar convivientes e hijastros se debe adjuntar carta de solicitud de la Empresa Contratante.
- Se otorga cobertura en Complementario de Salud, mismas condiciones que plan vigente con tope UF 100, Asegurado Titular Rut 6.004.222-5, junto a su cónyuge Rut 5.278.916-8. Esta condición será reevaluada en próxima renovación.
- Se otorga cobertura para Complementario de Salud con un tope de UF 100 al Asegurado Titular Rut 5.841.626-6, el cual excede la edad máxima según los requisitos de asegurabilidad, la permanencia en la póliza será evaluada en la próxima renovación.
- Se bonifica la prestación Nutricionista cuando sea con derivación médica.
- Se crea grupo: Hijo>24 años

ANEXO

INFORMACION SOBRE ATENCION DE CLIENTES Y PRESENTACION DE CONSULTAS Y RECLAMOS

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

Las presentaciones pueden ser efectuadas en todas las oficinas de las entidades en que se atiende público, presencialmente, por correo postal, medios electrónicos, telefónicamente, sin formalidades, en el horario normal de atención.

Recibida una presentación, consulta o reclamo, ésta deberá ser respondida en el plazo más breve posible, el que no podrá exceder de 20 días hábiles contados desde su recepción.

El interesado, en caso de disconformidad respecto de lo informado, o bien cuando exista demora injustificada de la respuesta, podrá recurrir a la Superintendencia de Valores y Seguros, Área de Protección al Inversionista y Asegurado, cuyas oficinas se encuentran ubicadas en Av. Libertador Bernardo O'Higgins 1449, piso 1º, Santiago, o a través del sitio web www.svs.cl.

ANEXO

(Circular N° 2106 Superintendencia de Valores y Seguros)

PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS

1) OBJETO DE LA LIQUIDACIÓN

La liquidación tiene por fin establecer la ocurrencia de un siniestro, determinar si el siniestro está cubierto en la póliza contratada en una compañía de seguros determinada, y cuantificar el monto de la pérdida y de la indemnización a pagar.

El procedimiento de liquidación está sometido a los principios de celeridad y economía procedimental, de objetividad y carácter técnico y de transparencia y acceso.

2) FORMA DE EFECTUAR LA LIQUIDACIÓN

La liquidación puede efectuarla directamente la Compañía o encomendarla a un Liquidador de Seguros. La decisión debe comunicarse al Asegurado dentro del plazo de tres días hábiles contados desde la fecha de la denuncia del siniestro.

3) DERECHO DE OPOSICION A LA LIQUIDACIÓN DIRECTA

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

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

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

5) PRE-INFORME DE LIQUIDACIÓN

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

6) PLAZO DE LIQUIDACIÓN

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

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

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

7) **PRÓRROGA DEL PLAZO DE LIQUIDACIÓN**

Los plazos antes señalados podrán, excepcionalmente siempre que las circunstancias lo ameriten, prorrogarse, sucesivamente por iguales períodos, informando los motivos que la fundamente e indicando las gestiones concretas y específicas que se realizarán, lo que deberá comunicarse al Asegurado y a la Superintendencia, pudiendo esta última dejar sin efecto la ampliación en los casos calificados, y fijar un plazo para entrega del Informe de Liquidación. No podrá ser motivo de prórroga la solicitud de nuevos antecedentes cuyo requerimiento pudo preverse con anterioridad salvo que se indiquen las razones que justifiquen la falta de requerimiento, ni podrán prorrogarse los siniestros en que no haya existido gestión alguna del liquidador, registrado o directo.

8) **INFORME FINAL DE LIQUIDACIÓN**

El informe final de liquidación deberá remitirse al Asegurado y simultáneamente al Asegurador, cuando corresponda, y deberá contener necesariamente la transcripción íntegra de los artículos 26 al 27 del Reglamento de Auxiliares del Comercio de Seguros (D.S. de Hacienda N° 1.055, de 2012, Diario Oficial de 29 de diciembre de 2012).

9) **IMPUGNACION INFORME DE LIQUIDACIÓN**

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

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