



## CONDICIONES Y TÉRMINOS DEL SEGURO

### SEGURO COMPLEMENTARIO FULL

#### MetLife Chile Seguros de Vida S.A.

MetLife Chile Seguros de Vida S.A., considerando los antecedentes entregados por el asegurado emite las siguientes Condiciones Particulares, las cuales en conjunto con las Condiciones Generales depositadas en la Comisión para el Mercado Financiero bajo el código **POL 3 2023 0394** se considera parte integrante del presente contrato.

#### Artículo N°1 Identificación del Asegurador

---

##### a. Asegurador

**Empresa** : **MetLife Chile Seguros de Vida S.A.**  
**Dirección** : Agustinas N°640, piso 1, comuna y ciudad de Santiago  
**RUT** : 99.289.000-2  
**Teléfono** : 6003903000

#### Artículo N°2 Asegurados

---

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

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

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

#### Artículo N°3 Beneficiarios

---

El reembolso de los gastos médicos bajo esta póliza será pagado al Asegurado Titular.

En caso de fallecer el Asegurado Titular antes del pago del siniestro, y cuando ello corresponda, el monto asegurado será pagado a los Herederos Legales, individualizados en la posesión efectiva de los bienes de la herencia del Asegurado fallecido, en partes iguales.

El presente documento no constituye póliza. El único documento válido es el certificado de cobertura que se remite al correo electrónico una vez finalizado el proceso de contratación.

## Artículo N°4 Coberturas

---

La compañía de seguros bajo las condiciones y términos que más adelante se establecen, conviene en reembolsar o pagar al beneficiario, los gastos médicos razonables y acostumbrados en que haya incurrido efectivamente un asegurado, siempre como complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional público o privado, o el que lo reemplace otro seguro o convenio, a consecuencia de una incapacidad cubierta, con los montos, condiciones y topes máximos que se indican en las Condiciones Particulares, para cada caso.

Se otorgará cobertura, tanto dentro del territorio nacional como en el extranjero, de acuerdo con los porcentajes y límites de reembolso o pago establecidos en las presentes Condiciones Particulares, siempre que la póliza se encuentre vigente a esa fecha, y los gastos excedan el deducible.

Los porcentajes y límites se aplicarán sobre el remanente de la cobertura efectiva del sistema de salud previsional del asegurado, excluyendo los gastos en medicamentos.

Las coberturas de salud contratadas en esta póliza son las que se detallan en el siguiente cuadro, dónde se especifican porcentajes de reembolso, topes por prestación y topes por evento del plan de salud.

### a) Tope por Evento

Se establece para efectos de la aplicación de los cuadros de cobertura, un tope de **UF 50** (cincuenta unidades de fomento) **por evento** con el límite del capital asegurado. El tope es combinado, vale decir considera todos los gastos derivados de un mismo evento, este se define a causa de una enfermedad o accidente y sus consecuencias posteriores asociadas directamente al diagnóstico principal, en los términos y condiciones establecidas en esta póliza siempre que encuentre vigente y que no haya transcurrido el plazo definido en estas Condiciones Particulares para solicitar la cobertura del Evento.

### b) Cuadro de Coberturas Salud Complementario Full-FONASA

#### Gastos Ambulatorios

Prestaciones	% de reembolso afiliado FONASA				
	Clínicas Cobertura Preferente	Clínicas Cobertura Básica	Clínicas Cobertura Estándar	Tope por prestación	Tope Máximo Anual por Beneficiario
Consulta Médica	80%	0%	50%	UF 1	Tope Combinado
Cirugía Ambulatoria	80%	0%	50%	-	Tope Combinado

El presente documento no constituye póliza. El único documento válido es el certificado de cobertura que se remite al correo electrónico una vez finalizado el proceso de contratación.

Exámenes Imagenología Amb. Exámenes Laboratorio Amb.y Exámenes Imagen. Amb Alto Costo	80%	0%	50%	-	Tope Combinado
Procedimientos de Diagnóstico	80%	0%	50%	-	Tope Combinado
Procedimientos Quirúrgicos	80%	0%	50%	-	Tope Combinado

### Gastos Hospitalarios

Prestaciones	% de reembolso afiliado FONASA				
	Clínicas Cobertura Preferente	Clínicas Cobertura Básica	Clínicas Cobertura Estándar	Tope por prestación	Tope Máximo Anual por Beneficiario
Día Cama Medicina	80%	0%	50%	UF 3 diario	Tope Combinado
Servicios Hospitalarios (*)	80%	0%	50%	-	Tope Combinado
Honorarios Médicos	80%	0%	50%	-	Tope Combinado
Ambulancia Terrestre (**)	80%	0%	50%	-	Tope Combinado

(\*) El servicio Hospitalario corresponde a visitas o consultas médicas intrahospitalarias, salas de urgencia; derecho de pabellón; exámenes de laboratorio e imagenología, ultrasonografía y medicina nuclear, procedimientos especiales; equipos, materiales, insumos y medicamentos; otros gastos suministrados al asegurado durante su hospitalización y que hayan sido debidamente prescritos por el médico tratante durante la hospitalización como necesarios para el tratamiento de la incapacidad que la motivó.

(\*\*) Tope de 10 UF por evento

### Maternidad

Prestaciones	% de reembolso afiliado FONASA				
	Clínicas Cobertura Preferente	Clínicas Cobertura Básica	Clínicas Cobertura Estándar	Tope por evento	Tope Máximo Anual por Beneficiario
Parto Normal	80%	0%	50%	UF 20	Tope Combinado
Cesárea	80%	0%	50%	UF 30	Tope Combinado
Aborto no Provocado	80%	0%	50%	UF 10	Tope Combinado

Nota: Para que el Asegurado titular, cónyuge, conviviente civil o pareja asegurada tenga derecho a este beneficio, la fecha probable de inicio del embarazo debe ser posterior a la fecha de inicio de la vigencia de esta cobertura para el asegurado que se aplica.

### Salud Mental

Prestaciones	% de reembolso afiliado FONASA				
	Clínicas Cobertura Preferente	Clínicas Cobertura Básica	Clínicas Cobertura Estándar	Tope por prestación	Tope Máximo Anual por Beneficiario

El presente documento no constituye póliza. El único documento válido es el certificado de cobertura que se remite al correo electrónico una vez finalizado el proceso de contratación.

Consultas (psiquiatría/psicología) *	80%	0%	50%	UF 0,8	UF 8
---	-----	----	-----	--------	------

\*Reembolso manual, no opera vía I-MED

#### Beneficios Adicionales

Prestaciones	% de reembolso afiliado FONASA				
	Clínicas Cobertura Preferente	Clínicas Cobertura Básica	Clínicas Cobertura Estándar	Tope por prestación	Tope Máximo Anual por Beneficiario
Cristales, Marcos y Lentes de Contacto	50%	50%	50%	-	UF 3
Prótesis y Órtesis	50%	50%	50%	-	UF 20
Cirugía Láser Ocular	80%	0%	50%	-	UF 10
Cirugía por Obesidad	80%	0%	50%	UF 10	UF 10

Los topes de cada cobertura no podrán ser superiores al tope anual por beneficiario.

Las Clínicas Cobertura Preferente, Clínicas Cobertura Básica y Clínicas Cobertura Estándar se encuentran detalladas en el Anexo VI.

### c) Cuadro de Coberturas Salud Complementario Full-ISAPRE

#### Gastos Ambulatorios

Prestaciones	% de reembolso afiliado ISAPRE				
	Clínicas Cobertura Preferente	Clínicas Cobertura Básica	Clínicas Cobertura Estándar	Tope por prestación	Tope Máximo Anual por Beneficiario
Consulta Médica	50%	50%	50%	UF 1	Tope Combinado
Cirugía Ambulatoria	50%	50%	50%	-	Tope Combinado
Exámenes Imagenología Amb. Exámenes Laboratorio Amb.y Exámenes Imagen. Amb Alto Costo	50%	50%	50%	-	Tope Combinado
Procedimientos de Diagnóstico	50%	50%	50%	-	Tope Combinado
Procedimientos Quirúrgicos	50%	50%	50%	-	Tope Combinado

#### Gastos Hospitalarios

Prestaciones	% de reembolso afiliado ISAPRE				
	Clínicas Cobertura Preferente	Clínicas Cobertura Básica	Clínicas Cobertura Estándar	Tope por prestación	Tope Máximo Anual por Beneficiario
Día Cama Medicina	50%	50%	50%	UF 3 diario	Tope Combinado
Servicios Hospitalarios (*)	50%	50%	50%	-	Tope Combinado

El presente documento no constituye póliza. El único documento válido es el certificado de cobertura que se remite al correo electrónico una vez finalizado el proceso de contratación.

Honorarios Médicos	50%	50%	50%	-	Tope Combinado
Ambulancia Terrestre (**)	50%	50%	50%	-	Tope Combinado

(\*) El servicio Hospitalario corresponde a visitas o consultas médicas intrahospitalarias, salas de urgencia; derecho de pabellón; exámenes de laboratorio e imagenología, ultrasonografía y medicina nuclear, procedimientos especiales; equipos, materiales, insumos y medicamentos; otros gastos suministrados al asegurado durante su hospitalización y que hayan sido debidamente prescritos por el médico tratante durante la hospitalización como necesarios para el tratamiento de la incapacidad que la motivó.

(\*\*) Tope de 10 UF por evento

### Maternidad

Prestaciones	% de reembolso afiliado ISAPRE				
	Clínicas Cobertura Preferente	Clínicas Cobertura Básica	Clínicas Cobertura Estándar	Tope por evento	Tope Máximo Anual por Beneficiario
Parto Normal	50%	50%	50%	UF 20	Tope Combinado
Cesárea	50%	50%	50%	UF 30	Tope Combinado
Aborto no Provocado	50%	50%	50%	UF 10	Tope Combinado

Nota: Para que el Asegurado titular, cónyuge, conviviente civil o pareja asegurada tenga derecho a este beneficio, la fecha probable de inicio del embarazo debe ser posterior a la fecha de inicio de la vigencia de esta cobertura para el asegurado que se aplica.

### Salud Mental

Prestaciones	% de reembolso afiliado ISAPRE				
	Clínicas Cobertura Preferente	Clínicas Cobertura Básica	Clínicas Cobertura Estándar	Tope por prestación	Tope Máximo Anual por Beneficiario
Consultas (psiquiatría/psicología) *	50%	50%	50%	UF 0,8	UF 8

\*Reembolso manual, no opera vía I-MED

### Beneficios Adicionales

Prestaciones	% de reembolso afiliado ISAPRE				
	Clínicas Cobertura Preferente	Clínicas Cobertura Básica	Clínicas Cobertura Estándar	Tope por prestación	Tope Máximo Anual por Beneficiario

El presente documento no constituye póliza. El único documento válido es el certificado de cobertura que se remite al correo electrónico una vez finalizado el proceso de contratación.

Cristales, Marcos y Lentes de Contacto	50%	50%	50%	-	UF 3
Prótesis y Órtesis	50%	50%	50%	-	UF 20
Cirugía Láser Ocular	50%	50%	50%	-	UF 10
Cirugía por Obesidad	50%	50%	50%	UF 10	UF 10

Los topes de cada cobertura no podrán ser superiores al tope anual por beneficiario.  
Las Clínicas Cobertura Preferente, Clínicas Cobertura Básica y Clínicas Cobertura Estándar se encuentran detalladas en el Anexo VI.

**d) Condiciones de Cobertura de este Seguro:**

El Asegurado para obtener la cobertura que esta póliza contempla deberá:

- I. Estar afiliado a ISAPRE o FONASA.
- II. Haber recibido cobertura de parte del sistema de salud previsional al cual se encuentra afiliado, respecto de la prestación que busca cubrir con esta póliza. En caso de no recibir cobertura, presentar la nota de reembolso de \$0 emitida por la Isapre o Fonasa, o el documento en el que se indique "no cubierto".
- III. Pagar la prima convenida.

Este seguro opera en exceso del Sistema de Salud Previsional.

**e) Condiciones en caso de que el sistema de salud del Asegurado sea FONASA:**

- No tendrá copago mínimo.
- En el caso que reembolse UF 0, se considerará como gasto incurrido por el asegurado el 50% del costo de la prestación. Sobre dicho monto se aplicarán los porcentajes, topes y deducibles del plan contratado.

**f) Condiciones en caso de que el sistema de salud del Asegurado sea ISAPRE:**

- En caso de que el sistema de salud del Asegurado sea ISAPRE, y este reembolse menos del 50% del valor de la prestación, se considerará un copago mínimo del 50% del costo de la prestación. Sobre dicho monto se aplicarán los porcentajes, topes y deducibles del plan contratado.

Se entiende como costo directo el costo de la prestación, antes de que opere el sistema de salud del Asegurado.

No se cubrirán enfermedades preexistentes, entendiéndose por enfermedad preexistente, cualquier lesión, enfermedad o dolencia que afecte al asegurado, conocida o diagnosticada con anterioridad a la fecha efectiva del inicio de la cobertura que le otorga la Compañía Aseguradora para el respectivo beneficio que ampararía el gasto en conformidad a esta póliza.

La cobertura por concepto de gastos por maternidad, sólo es aplicable respecto del Asegurado Titular, de su cónyuge o pareja, según corresponda, y no respecto de las hijas o nietas de

El presente documento no constituye póliza. El único documento válido es el certificado de cobertura que se remite al correo electrónico una vez finalizado el proceso de contratación.

cualquiera de ellos.

Tendrán cobertura bajo esta póliza, aun cuando no sean cubiertas por los sistemas de salud previsionales del asegurado y de acuerdo a los topes anuales y por evento que se establezcan en las condiciones particulares, las siguientes prestaciones:

1. Consultas de Psiquiatría.
2. Consultas de Psicología.
3. Cristales, marcos y lentes de contacto.
4. Prótesis y Órtesis.
5. Cirugía Ocular Lasik para miopía, astigmatismo, hipermetropía y otras enfermedades oculares.
6. Cirugía por Obesidad

#### Cobertura a través de IMED

Este seguro operará con cobertura vía I-Med para Consultas Médicas, Exámenes y Procedimiento de diagnóstico con el tope máximo de cobertura por evento definidos en estas condiciones particulares.

Queda expresamente establecido que la aplicación de este seguro vía I-Med no necesariamente implica la aceptación de la cobertura del diagnóstico que origina dichos gastos, de tal modo que en cualquier momento la compañía podrá restringir, limitar o excluir dicho diagnóstico por carecer de cobertura, en conformidad a lo establecido en las Condiciones Generales y Particulares de este seguro.

#### Modificación del supuesto de cobertura

Conforme a lo que establece el artículo N° 3 de las Condiciones Generales, las Compañía Aseguradora podrá aplicar las condiciones especiales de cobertura y prima pactadas en caso de que exista una modificación significativa del Sistema Previsional al que se encuentre adherido el asegurado.

Para efectos de la presente póliza, y conforme al numeral ii. de las Condiciones Generales, se entenderá que existe una modificación significativa cuando el aporte promedio del Sistema Previsional de Salud del asegurado en la póliza disminuya en 5 puntos porcentuales en el último trimestre móvil respecto de los 12 meses anteriores o que dentro del mismo periodo haya una variación de la proporción de la población afiliada a FONASA, o sistema que le reemplace, a nivel país de más de 5 puntos porcentuales.

Ocurrido lo anterior, regirán las siguientes condiciones especiales de cobertura, previa notificación al Contratante, con 30 días de anticipación a la fecha de aplicación efectiva mediante correo electrónico o carta certificada:

-Si el aporte del Sistema de Salud Previsional es menor al 55%, el reembolso de la Compañía se aplicará sobre el 45% del costo directo de la prestación, monto sobre el cual se aplicarán los porcentajes, topes y deducibles del plan contratado.

El presente documento no constituye póliza. El único documento válido es el certificado de cobertura que se remite al correo electrónico una vez finalizado el proceso de contratación.

-De los gastos no bonificados por el Sistema de Salud Previsional, el reembolso de la Compañía se aplicará sobre el 45% del costo directo de la prestación, monto sobre el cual se aplicarán los porcentajes, topes y deducibles del plan contratado. Para estos se exigirá timbre de No Bonificable del Sistema Previsional.

## **Artículo N°5 Monto Máximo de Reembolso y Deducible**

Plan	Monto Máximo de Reembolso y Deducible		
	Capital Asegurado por asegurado	Deducible por asegurado	Tope por evento
Complementario Full	UF 150	UF 0,5	UF 50

El deducible se aplica sobre los gastos efectivamente incurridos, ya multiplicados por el porcentaje que se detalla en los cuadros de Cobertura del Seguro Complementario de Salud, detallados en las letras b) y c) del Artículo 4 del presente instrumento, según plan contratado.

El deducible de esta póliza será anual, y se aplicará respecto a cada asegurado.

## **Artículo N°6 Condiciones Generales de Asegurabilidad**

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

#### a) Asegurado Titular:

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

#### b) Asegurados Dependientes:

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

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

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

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

Los asegurados que no cumplan con las condiciones de asegurabilidad definidas precedentemente no podrán contratar el seguro y, en consecuencia, en caso alguno quedarán cubiertos por esta póliza. Las primas serán devueltas, en caso de que corresponda.

### Tabla de edades para el ingreso y permanencia al seguro

El presente documento no constituye póliza. El único documento válido es el certificado de cobertura que se remite al correo electrónico una vez finalizado el proceso de contratación.

Asegurados	Edades de ingreso y permanencia		
	Edad Mínima de Ingreso	Edad Máxima de Ingreso	Edad Máxima de Permanencia
Titular	18 años de edad	59 años y 364 días	64 años y 364 días
Cónyuge, Conviviente Civil y Pareja	18 años de edad	59 años y 364 días	64 años y 364 días
Hijos(as), Hijastros(as) y Nietos(as)	14 días	22 años 364 días	23 años y 364 días

2. Todos los asegurables deberán completar el formulario de “Solicitud de Incorporación” al seguro y la Declaración Personal de Salud (DPS). La Compañía Aseguradora evaluará el ingreso a la póliza de aquellas personas que presenten enfermedades o situaciones preexistentes o congénitas, pudiendo rechazar el riesgo o establecer restricciones y limitaciones de cobertura.
3. La Póliza no cubre situaciones y enfermedades preexistentes que, conforme a la Declaración de Salud del Asegurado, la Compañía haya excluido de la cobertura y hayan sido aceptadas por el asegurado mediante una declaración especial.
4. La Compañía se reserva el derecho de solicitar mayores antecedentes para la evaluación del riesgo en aquellos casos que estime necesario y conveniente.

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

5. Los asegurables tendrán la calidad de asegurados de la póliza, sólo cuando la Compañía Aseguradora apruebe la Solicitud de Incorporación, y el asegurado haya suscrito la declaración especial relativa a las preexistencias, cuando corresponda.
6. Es condición necesaria para la contratación de este seguro encontrarse afiliado a sistema de salud previsional.

### **Coberturas especiales**

Cada uno de los Asegurados Dependientes, que cumplan 24 años de edad, y que así lo deseen, podrán contratar una cobertura como asegurado titular en la póliza, manteniendo sus condiciones de suscripción y con continuidad de cobertura, siempre que ello ocurra en el plazo de 60 días contados desde la fecha en que perdió su calidad de asegurado dependiente en la póliza.

En caso de que la solicitud indicada en el párrafo anterior no fuera efectuada en el plazo indicado, o bien decidiera optar por una cobertura con mayores beneficios, deberá suscribir una nueva solicitud de incorporación, siendo evaluada como un nuevo asegurado y sin continuidad de cobertura.

### **Restricciones y Limitaciones de Cobertura**

El presente documento no constituye póliza. El único documento válido es el certificado de cobertura que se remite al correo electrónico una vez finalizado el proceso de contratación.

En virtud de la Declaración de Salud efectuada por el asegurado al momento de solicitar su incorporación a la póliza, la Compañía Aseguradora podrá establecer restricciones y limitaciones especiales de cobertura respecto de situaciones o enfermedades preexistentes, las que deberán ser aceptadas por el asegurado mediante una declaración especial, la que a su vez se entiende formar parte de estas Condiciones Particulares

## **Artículo N°7 Exclusiones**

---

La presente póliza no cubre gastos médicos en que haya incurrido un asegurado que sean relativos a algunas de las prestaciones, medicamentos, gastos farmacéuticos, procedimientos o estudios que se indican a continuación, o se originen, o sean consecuencia o complicación de alguna incapacidad que se menciona en el presente artículo.

No obstante, si en el cuadro de beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza se considera cobertura para alguna prestación o servicio médico excluido mediante este artículo, se entenderá que la prestación o servicio médico se encuentra cubierto de acuerdo con los porcentajes y límites de reembolso o pago indicados en dicho cuadro de beneficios.

Se encuentran excluidos de cobertura:

- a) La hospitalización para fines de reposo, como asimismo la hospitalización, rehabilitación, consultas, exámenes y/o tratamientos por enfermedades psiquiátricas y/o psicológicas.
  - b) Gastos médicos provenientes de una hospitalización en que incurra un asegurado o el recién nacido a consecuencia de embarazo, parto, cesárea y sus complicaciones.
  - c) Curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento.
  - d) Cirugías y/o tratamientos estéticos, cosméticos, plásticos, reparadores, dentales, ortopédicos y otros tratamientos que sean para fines de embellecimiento o que tengan como finalidad corregir malformaciones producidas por enfermedades o accidentes anteriores a la fecha de vigencia inicial del asegurado en la póliza, a menos que sean requeridos por una lesión accidental que ocurra mientras el asegurado se encuentre amparado por la póliza. Tampoco estarán cubiertos los tratamientos secundarios a las cirugías indicadas.
  - e) Tratamientos por adicción a drogas, alcoholismo o tabaquismo. Lesión, enfermedad o tratamiento causado por ingestión de alcohol, somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos similares, o hechos deliberados que cometa el asegurado, tales como los intentos de suicidio, lesiones auto inferidas y abortos cuando no sean de aquellos por las causales legales aceptadas.
  - f) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), y/o cualquier otro cuadro producido o
- El presente documento no constituye póliza. El único documento válido es el certificado de cobertura que se remite al correo electrónico una vez finalizado el proceso de contratación.

favorecido por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) sus consecuencias y complicaciones.

g) Los siguientes tratamientos, estudios o condiciones de salud:

i. La cirugía por obesidad, denominada como bariátrica u otras similares, independientemente de la existencia de otras incapacidades asociadas, sus tratamientos, consecuencias y complicaciones, excepto cuando el Índice de Masa Corporal (IMC) sea mayor a cuarenta (40) u otro valor indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

ii. Estudios y tratamientos por talla baja, gigantismo y todo tipo de hormonas del crecimiento, así como también Antagonistas LH y RH.

iii. Cirugía Ocular Láser para vicios o defectos de refracción, tales como, miopía, astigmatismo, hipermetropía, y otras enfermedades oculares.

iv. Esterilización quirúrgica femenina o masculina independiente de la causa por la cual se indique.

v. Estudios de diagnóstico, tratamientos y procedimientos que tengan relación con problemas de esterilidad, fertilidad e infertilidad, sus complicaciones o consecuencias.

vi. Tratamientos para adelgazar.

h) Los siguientes insumos o gastos farmacéuticos no se cubrirán, aún cuando éstos sean con fines terapéuticos, ellos son:

i. Insumos ambulatorios no asociados a una cirugía.

ii. Cualquier tipo de alimento o sustituto alimenticio, aunque tenga fines terapéuticos.

iii. Homeopatías y/o Recetario Magistral.

iv. Cremas, lociones faciales, jabones, shampoo, filtros solares, medias antiembólicas o para el tratamiento de várices que no incorporan un principio activo.

i) 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,

El presente documento no constituye póliza. El único documento válido es el certificado de cobertura que se remite al correo electrónico una vez finalizado el proceso de contratación.

terrorismo, sabotaje, tumulto o conmoción contra el orden público, dentro o fuera del país.

iii. Participación del asegurado en actos calificados como delitos por la ley.

iv. Negligencia, imprudencia o culpa grave por parte del asegurado.

v. Estado de ebriedad o los efectos de drogas o alucinógenos en el asegurado.

vi. Fusión y fisión o cualquier accidente nucleares.

j) Todo tipo de exámenes dentales, extracciones, empastes, cirugías y/o tratamientos dentales en general, como también todo tipo de cirugía maxilofacial, a excepción de la necesaria a raíz de un accidente ocurrido durante la vigencia del asegurado en la póliza y siempre que se haya contratado la cobertura correspondiente.

k) Aparatos auditivos, lentes o anteojos ópticos y de contacto, prótesis, órtesis, miembros artificiales y suministro de aparatos o equipos médicos y/u ortopédicos, así como también la adquisición o arriendo de equipos, tales como: sillas de ruedas, camas médicas, ventiladores mecánicos, etc.

l) Tratamientos, visitas médicas, exámenes, medicamentos, remedios o vacunas para el sólo efecto preventivo, no inherentes o necesarios para el diagnóstico de una incapacidad, a excepción de los gastos por control de niño sano y control ginecológico que serán reembolsados de acuerdo con la cobertura contratada de la póliza.

m) Hospitalización domiciliaria y la atención particular de enfermería fuera del recinto hospitalario.

n) Gastos por acompañantes, mientras el asegurado se encuentre hospitalizado, tales como, gastos de alojamiento, comidas y otros. Se exceptúan los gastos por un acompañante del asegurado menor de catorce (14) años de edad.

o) Lesión o enfermedad surgida de la ocupación del asegurado, cubierta por la legislación de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.

p) Epidemias o pandemias declaradas por la autoridad competente o por el organismo de salud mundial competente, respectivamente.

q) Tratamientos, drogas o medicamentos que sean utilizados habitualmente como método anticonceptivo, aun cuando su prescripción se indique como necesaria para el tratamiento de otra enfermedad distinta a la de la anticoncepción. En estos se incluirán anticonceptivos tradicionales o de emergencia, anovulatorios, DIU, métodos de barrera, y otros de similares o de distintos principios.

El presente documento no constituye póliza. El único documento válido es el certificado de cobertura que se remite al correo electrónico una vez finalizado el proceso de contratación.

r) Tratamientos homeopáticos, iriología, reflexología y en general tratamientos médicos no tradicionales o experimentales, empíricos y también la medicina alternativa.

s) Realización o participación en una actividad o deporte riesgoso, considerándose como tales aquellos que objetivamente constituyan una agravación del riesgo o se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos. A vía de ejemplo, y sin que la enumeración sea taxativa o restrictiva sino que meramente enunciativa, se considera actividad o deporte riesgoso el manejo de explosivos, la minería subterránea, los trabajos en altura o líneas de alta tensión, la inmersión submarina, el pilotaje civil, el paracaidismo, el montañismo, las alas delta, el bungee, el parapente, las carreras de autos y motos, entre otros.

t) Criopreservación, así como la compra de células madre, sangre, hemoderivados y cualquier otro tejido u órgano.

u) 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 previsional de salud, los cuales para obtener la cobertura otorgada por esta póliza, deberán contar con la aprobación de la compañía de seguros.

v) Los gastos médicos cuando ellos provengan o se originen en situaciones, dolencias o enfermedades preexistentes.

w) Este seguro no otorga cobertura en aquellos casos en que el asegurado o beneficiario (i) tenga residencia en un país sancionado, (ii) se encuentren incluidos en alguna de las listas o sanciones de las Naciones Unidas, de la Oficina del Tesoro de los EE.UU. (OFAC por sus siglas en inglés), como personas o países designados (Specially Designated Nationals List), y demás aplicables conforme a la legislación local, o (iii) no se reembolsarán gastos médicos por servicios prestados en cualquier país sancionado.

Para este Seguro Complementario de Salud, regirán las exclusiones establecidas en el artículo N°3 de las Condiciones Generales registradas en el Depósito de Pólizas de la Comisión para el Mercado Financiero bajo el código POL 3 2023 0394, a excepción de las siguientes exclusiones que se considerarán cubiertas según los límites y condiciones establecidos en estas condiciones particulares:

Letra g) exclusión iii) cirugía Ocular Lasik para vicios o defectos de refracción tales como, miopía, astigmatismo, hipermetropía y otras enfermedades oculares.

Letra k) Aparatos auditivos, lentes o anteojos ópticos y de contacto, prótesis, órtesis.

---

## **Artículo N°8                      Prima Bruta Mensual en UF**

Cuadro de Primas Salud Complementario Full.

El presente documento no constituye póliza. El único documento válido es el certificado de cobertura que se remite al correo electrónico una vez finalizado el proceso de contratación.

La prima mensual por pagar por el Asegurado, expresada en UF (Unidades de Fomento), es la siguiente:

Prima Bruta Mensual			
Tramo	Prima Neta	IVA	Prima Bruta
Asegurado sólo	UF 0,8000	UF 0,1520	UF 0,9520
Asegurado más una carga	UF 1,3695	UF 0,2602	UF 1,6297
Asegurado más dos cargas	UF 1,9263	UF 0,3660	UF 2,2923
Asegurado más tres cargas	UF 2,4317	UF 0,4620	UF 2,8937
Carga adicional	UF 0,5123	UF 0,0973	UF 0,6096

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

## **Artículo N°9 Pago de Primas**

El pago de las primas asociadas a este seguro podrá ser realizado a través de Pago Automático de Cuenta Corriente (PAC) o Pago Automático desde Tarjeta de Crédito (PAT), siendo la prima cargada a la cuenta corriente o tarjeta de crédito individualizada en el mandato otorgado para estos efectos, o cualquiera otra que la sustituya o reemplace en el mismo banco emisor. La periodicidad del pago de las primas de este seguro será mensual, y se pagará a mes vencido por cada mes de cobertura.

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

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

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

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

- Padre respecto de los hijos.
- Madre respecto de los hijos.

El presente documento no constituye póliza. El único documento válido es el certificado de cobertura que se remite al correo electrónico una vez finalizado el proceso de contratación.

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

## **Artículo N°10                    Pago de Reembolsos**

---

Efectuado un gasto médico reembolsable en virtud de la presente póliza y para los efectos de la liquidación del reembolso de gastos médicos solicitados, el plazo máximo que debe transcurrir entre la fecha de la emisión del documento que da cuenta del gasto de cargo del asegurado cuyo reembolso se requiera y la fecha de presentación de la solicitud correspondiente a la compañía, no podrá ser superior a sesenta (60) días corridos, contados desde la fecha de emisión del documento que da cuenta del gasto.

El asegurado deberá ingresar a [www.metlife.cl](http://www.metlife.cl) con su usuario y clave y realizar la solicitud de reembolso a través del portal de clientes de la Compañía o a través de la aplicación descargable en su celular.

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

### **Antecedentes para la liquidación de reembolsos médicos:**

Para solicitar el reembolso de gastos de salud, el Asegurado deberá enviar a la Compañía Aseguradora al menos los siguientes antecedentes:

#### **Gastos Ambulatorio**

- i) Formulario de Reembolso de Gastos Médicos proporcionado por la Compañía Aseguradora, incluyendo informe Médico Tratante que debe incluir fecha de diagnóstico y fecha de primeros síntomas.
- ii) Exámenes de diagnóstico que acredite patología.
- iii) Bonos y/o reembolsos emitidos por la institución de salud, ya sea Isapre o Fonasa.
- iv) Para gastos no cubiertos por el sistema de salud y que cuenten con cobertura de este seguro, según lo establecido en los Beneficios Adicionales del cuadro de cobertura, el asegurado deberá presentar el comprobante del gasto, con timbre "No Bonificable" otorgado por la institución de salud.

#### **Gastos Hospitalarios**

- i) Formulario de Reembolso de Gastos Médicos proporcionado por la Compañía Aseguradora, incluyendo informe Médico Tratante que debe incluir fecha de diagnóstico y fecha de primeros síntomas.
- ii) Registro de prestaciones médicas de su sistema previsional de salud (Isapre o Fonasa), los últimos 3 años.

El presente documento no constituye póliza. El único documento válido es el certificado de cobertura que se remite al correo electrónico una vez finalizado el proceso de contratación.

- iii) Copia de resultados de exámenes y diagnósticos.
- iv) Bonos y/o reembolsos emitidos por la institución de salud, ya sea Isapre o Fonasa. Para gastos no cubiertos por el sistema de salud y que cuenten con cobertura de este seguro, según lo establecido en los Beneficios Adicionales del cuadro de cobertura, el asegurado deberá presentar el comprobante del gasto, con timbre "No Bonificable" otorgado por la institución de salud.
- v) Detalles de los gastos hospitalarios incurridos, indicando prestaciones y sus valores (Pre-factura).

La falta en la entrega de algunos de los antecedentes descritos anteriormente hará que la Compañía aseguradora rechace los gastos presentados.

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

**NOTA:** Los documentos mencionados son de carácter imprescindible para la evaluación del siniestro presentado, por lo que, de faltar alguno, la evaluación queda pendiente a la espera de la información faltante. No obstante, lo anterior, la Compañía se reserva el derecho de solicitar otros antecedentes adicionales, si así lo estimara conveniente, y que sean fundamentales en la evaluación del siniestro.

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

## **Artículo N°11 Vigencia de la póliza**

---

La presente póliza tendrá una vigencia de 12 meses (1 año), comenzando a las 00:00 horas del día de la fecha de contratación.

No obstante, se podrá poner término anticipado dando aviso a la otra parte de su intención de no renovar la póliza. Sin embargo, en caso de que la compañía aseguradora decida no renovar esta póliza, el asegurador mantendrá su obligación de reintegrar los gastos reembolsables originados por un evento ocurrido con anterioridad a la fecha de término de esta póliza, hasta alcanzar el monto máximo de gastos reembolsables o cumplirse el plazo máximo de duración del evento, lo que ocurra primero.

Antes de cada renovación anual de esta póliza, la compañía aseguradora podrá establecer nuevas Primas y condiciones de cobertura para el siguiente periodo. Para tal efecto, la compañía aseguradora comunicará por escrito al asegurado, con una anticipación de a lo menos cuarenta y cinco (45) días a la fecha de la renovación, las nuevas condiciones de cobertura y el nuevo monto de las Primas que deberán ser pagadas hasta el vencimiento del nuevo período anual. El asegurado deberá informar a la compañía en un plazo de 30 días contados desde la recepción de la comunicación si acepta o rechaza la nueva propuesta. Si así no lo hiciere se entenderá que acepta la modificación propuesta por la compañía aseguradora.

El presente documento no constituye póliza. El único documento válido es el certificado de cobertura que se remite al correo electrónico una vez finalizado el proceso de contratación.

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

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

1. El seguro se terminará cuando el Asegurado Titular cumpla los 65 años de edad, siempre que la póliza colectiva se renueve cada año y el asegurado titular se mantenga al día en el pago de las primas.
2. Cuando el Asegurado Titular no pague la prima respectiva. La falta de pago de la prima producirá la terminación de la cobertura en el plazo de 15 (quince) días contado desde la fecha de envío de la carta o correo electrónico, según corresponda, que, con ese objeto, dirija el asegurador al asegurado y dará derecho a aquél para exigir que se le pague la prima devengada hasta la fecha de terminación y los gastos de formalización del contrato.
3. Cuando ocurra el fallecimiento del Asegurado Titular.

El Asegurado Titular podrá poner término anticipado a la póliza en cualquier momento y sin expresión de causa, escribiendo al WhatsApp +56998081155, de lunes a jueves de 9:00 a 17:00 hrs. y viernes de 9:00 a 14:00 hrs.

#### **Los Asegurados Dependientes dejarán de pertenecer al seguro cuando:**

1. El cónyuge, conviviente civil o pareja cumpla los 65 años, siempre que la póliza colectiva se mantenga vigente y el asegurado titular al día en el pago de las primas.
2. Los hijos y nietos cumplan los 24 años, siempre que la póliza colectiva se mantenga vigente y el asegurado titular al día en el pago de las primas.
3. Cuando el Asegurado Titular no pague la prima respectiva. La falta de pago de la prima producirá la terminación del contrato a la expiración del plazo de quince días contado desde la fecha de envío de la carta o correo electrónico, según corresponda, que, con ese objeto, dirija el asegurador al asegurado.

#### **Artículo N°12                      Condiciones Generales**

---

Las Condiciones Generales de la póliza se encuentran incorporadas al depósito de pólizas de la Comisión para el Mercado Financiero bajo el Código POL 3 2023 0394 en el **sitio Web [www.cmf.cl](http://www.cmf.cl)**.

#### **Artículo N°13                      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

El presente documento no constituye póliza. El único documento válido es el certificado de cobertura que se remite al correo electrónico una vez finalizado el proceso de contratación.

principios de libre competencia y buena fe que debe existir entre las empresas, y entre éstas y sus clientes.

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

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

Las Condiciones Generales depositadas en la Comisión para el Mercado Financiero se encuentran a su disposición en el sitio:

[http://www.cmfchile.cl/institucional/mercados/deposito\\_polizas](http://www.cmfchile.cl/institucional/mercados/deposito_polizas).

---

#### **Artículo N°14                    Resumen de Condiciones del Seguro**

---

En cumplimiento con lo dispuesto en la circular N° 1.935 de la CMF, en el siguiente cuadro se resumen algunos antecedentes importantes que usted debe considerar, al momento de contratar este seguro:

Este seguro:

- NO contempla renovación garantizada.
- SI podrá aumentar la prima (precio) en caso de renovación de la póliza.
- SI podrá realizar cambio de condiciones de cobertura.
- NO cubre preexistencias.

---

#### **Artículo N°15                    Servicio de Atención al Cliente y Sello SERNAC**

---

Para cualquier duda o consulta en relación a este seguro, los asegurados o sus beneficiarios podrán contactarse con el Servicio de Atención al Cliente MetLife., según se detalla en anexo 1 del presente documento.

Este contrato no cuenta con sello SERNAC, conforme al artículo 55 de la Ley N° 19.496.

---

#### **Artículo N°16                    Domicilio**

---

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

---

#### **Artículo N°17                    Importante**

---

a) La cobertura se mantendrá vigente durante el período de vigencia de ésta, mientras se pague

El presente documento no constituye póliza. El único documento válido es el certificado de cobertura que se remite al correo electrónico una vez finalizado el proceso de contratación.

la prima del seguro, esto es, mientras el medio de pago autorizado acepte el cargo de la prima del seguro. De lo contrario, es decir, si el medio de pago elegido por el usuario no permite el cargo de la prima respectiva, terminará la cobertura del seguro de acuerdo a lo indicado en el Artículo N° 12.

b) Se fija como domicilio para las comunicaciones con el asegurado, la dirección que éste confirma en la contratación del seguro.

c) El asegurado declara:

1. Metlife Chile Seguros de Vida S.A le ha proporcionado una información veraz, completa adecuada y oportuna, que le ha permitido tomar una decisión informada antes de la formalización o incorporación al contrato.
2. Que la propuesta contiene información suficiente para garantizar el consentimiento efectivo de asegurado respecto de las condiciones básicas de cobertura.
3. Que antes de la celebración del contrato, se han desplegado en pantalla o se han informado telefónica o presencialmente durante la venta las condiciones del seguro mencionando sus características, permitiendo garantizar su consentimiento respecto de las condiciones del seguro, permitiéndole tomar una decisión informada respecto de la incorporación al contrato, estando de acuerdo con las mismas.
4. Que ha podido manifestar su consentimiento respecto de la contratación del seguro en los términos propuestos.

## **Artículo N°18            Solución de conflictos**

---

Cabe indicarle que cualquier controversia que pueda existir con la Compañía en razón de un siniestro menor a UF 10.000, podrá solicitar sea resuelto por un tribunal ordinario o arbitral. Si la controversia es superior a UF 10.000 o no trate sobre un siniestro, tendrá que ser resuelto únicamente por un árbitro.

## ANEXO I

---

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

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

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

Recibida una presentación, consulta o reclamo, ésta deberá ser respondida en el plazo más breve posible, el que no podrá exceder de 10 días hábiles contados desde su recepción.

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

El presente documento no constituye póliza. El único documento válido es el certificado de cobertura que se remite al correo electrónico una vez finalizado el proceso de contratación.

## ANEXO II

---

(Circular N°2106 Superintendencia de Valores y Seguros)

### PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS

#### 1) OBJETO DE LA LIQUIDACIÓN:

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

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

#### 2) FORMA DE EFECTUAR LA LIQUIDACIÓN:

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

#### 3) DERECHO DE 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.

El presente documento no constituye póliza. El único documento válido es el certificado de cobertura que se remite al correo electrónico una vez finalizado el proceso de contratación.

#### **6) PLAZO DE LIQUIDACIÓN:**

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

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

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

#### **7) PRÓRROGA DEL PLAZO DE LIQUIDACIÓN:**

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

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

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

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

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

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

El presente documento no constituye póliza. El único documento válido es el certificado de cobertura que se remite al correo electrónico una vez finalizado el proceso de contratación.

## ANEXO III

---

### ATENCIÓN AL CLIENTE

MetLife ha dispuesto para sus asegurados un Servicio de Atención al Cliente, cuyo objetivo principal es responder las consultas y reclamos de los mismos. Los asegurados podrán acceder a este Servicio de Atención al Cliente escribiendo al WhatsApp +56998081155 de lunes a jueves de 9:00 a 17:00 hrs. y viernes de 9:00 a 14:00 hrs. También ingresando al portal de clientes en [www.metlife.cl](http://www.metlife.cl) o a través de la aplicación descargable en su celular.

---

## ANEXO IV

---

### INFORMACIÓN SOBRE EL DERECHO DE RETRACTACIÓN

El Asegurado tendrá derecho a retractarse de la contratación del seguro, sin expresión de causa en el plazo de 10 días corridos contados desde la contratación del seguro, lo cual dará lugar a la devolución del 100% de las primas pagadas. La retractación podrá comunicarla a MetLife escribiendo al +56998081155, de lunes a jueves de 9:00 a 17:00 hrs y viernes de 9:00 a 14:00 hrs.

El Asegurado no podrá hacer uso de este derecho si durante el referido plazo denunciara un siniestro a la Compañía.

## ANEXO V

---

### ASISTENCIA CONVENIO ADICIONAL TELEMEDICINA "MEDICLIC"

A continuación, se describen los servicios de telemedicina que dispondrá el Usuario durante la vigencia de esta póliza:

#### ACCESO

- A través de portal web: <https://www.mediclic.cl>.
- A través de la app "Mediclic", disponible en para dispositivos iOS y Android.

#### HORARIOS

- Horario de atención: 365 días de 09:00 a 00:00 horas.

#### SERVICIOS ON DEMAND (Sin cita previa)

- Video-consultas con médicos generales.
- Chat con médicos generales.
- Llamadas con médicos generales
- Lectura y análisis de exámenes médicos
- Acceso a historia clínica electrónica
- Recetas médicas, tratamientos, órdenes de exámenes y resumen médico vía correo electrónico.

#### EVENTOS

- Máximo de 4 consultas mensuales por grupo familiar (afiliado+cargas).

#### EXCLUSIONES

- No se entregan recetas médicas retenidas.
- Sólo se entregan licencias médicas electrónicas en caso de Covid-19.

#### CONTACTO

- En caso de necesitar ayuda o requerir más información, escribir al siguiente correo: [soporte@mediclic.cl](mailto:soporte@mediclic.cl)

Importante: El convenio Mediclic quedará activo 10 días hábiles después de la contratación del seguro.

*El servicio de Asistencia, aquí señalado no corresponde a una cobertura de seguros, por lo que la responsabilidad en su otorgamiento y la calidad del mismo, corresponden únicamente al prestador de la asistencia, sin participación de MetLife Chile Seguros de Vida S.A. MetLife Chile Seguros de Vida S.A. se reservan el derecho de modificar o dejar sin efecto la asistencia, en cualquier momento y sin expresión de causa.*

El presente documento no constituye póliza. El único documento válido es el certificado de cobertura que se remite al correo electrónico una vez finalizado el proceso de contratación.

## ANEXO VI

### Agrupación Tipo de Prestadores Clínicos

Según lo indicado en el artículo N°4 “**Cobertura de Prestaciones Médicas**”, el porcentaje de reembolso dependerá del establecimiento clínico donde se haya incurrido en la atención médica y el sistema previsional de cada asegurado (Isapre o Fonasa).

A continuación, se detalla la agrupación correspondiente de los establecimientos de salud acreditados por la Superintendencia de Salud del Gobierno de Chile (\*)

#### a) Clínicas Cobertura Preferente

Nombre clínica	Nombre clínica	Nombre clínica
Clínica Dávila	Laboratorio Clínico Redlab	Nefrodial Molina
Policlínico Médico Dental Integramédica Alto Las Condes	Resonancia Nuclear Magnética Centromaule	Vidadial Collipulli
Policlínico Integramédica Manquehue	Laboratorio Central Bionet	Vitta Dial Peñalolén
Clínica Ciudad del Mar	Hospital de Santa Cruz	Centro de Salud Familiar Dr. José Manuel Balmaceda Ossa
Centro de Atención Ambulatoria Mutua de Seguridad C.CH.C. de Valdivia	Hospital de Nancagua	Centro de Atención en Salud Los Andes
Clínica Mutua de Seguridad C.CH.C. de Osorno	Hospital Lonquimay	Centro de Diálisis Novodiálisis Limitada
Centro Mutua de Seguridad C.CH.C. de Ovalle	Centro de Salud Familiar Villa Nonguén	Servicios Médicos Horizonte S.A. Talagante
Centro Mutua de Seguridad C.CH.C. de Curicó	Hospital Intercultural Kallvu Llanka	Centro de Hemodiálisis Independencia Limitada
Centro Mutua de Seguridad C.CH.C. de La Unión	Centro de Atención Quilicura Mutua de Seguridad C.CH.C.	Diálisis Integral Regional
Centro Mutua de Seguridad C.CH.C. de La Serena	Hospital Manuel Maghalaes Medling de Huasco	Instituto de la Visión
Clínica Vespucio	Integramédica S.A. Sucursal Huérfanos	Centro de Salud Familiar Dr. Raúl Yazigi
Centro Médico Integramédica La Serena S.A.	Polícenter La Florida	Centro de Diálisis Municipal Diego de Almagro
Centro Mutua de Seguridad C.CH.C. de La Florida	Centro Médico Clínica Santa María La Dehesa	Hemodiálisis Curicó
Hospital Dr. Exequiel González Cortés	Policlínico Asociación Chilena de Seguridad Agencia La Florida	Sociedad Médica Vitta S.p.A. Sede La Calera
Centro Médico y Dental Vidaintegra Quilicura	Policlínico Integramédica Sucursal Plaza Oeste	Sociedad Médica Vitta S.p.A. Sede La Ligua
Hospital Padre Alberto Hurtado	Policlínico Santiago de la Asociación Chilena de Seguridad	Centro de Diálisis Villarrica
Hospital San Juan de Dios de Santiago	Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente	Diálisis Chillán Viejo
Clínica Redsalud Magallanes	Policlínico Quilicura de la Asociación Chilena de Seguridad	Diálisis Serhos
Integramédica Talcahuano	SALUDIAL LIMITADA	Policlínico Mutua de Seguridad CChC Minera Escondida
Hospital San Juan de Dios de Los Andes	Centro Clínico Militar Coyhaique	Centro de Diálisis Lampa Sucursal Cerro Navia
Scanner Sur Limitada	Hospital de Florida	Urodial Limitada
Integramédica Estación Central	Hospital de Corral	CDS Diagnóstico
Hospital Clínico Mutua de Seguridad CCHC	Hospital de Graneros	Diálisis San Juan de Dios
Hospital del Profesor	Policlínico Las Condes de la Asociación Chilena de Seguridad	Diálisis Norte S.A.
Clínica de Atención Ambulatoria Mutua de Seguridad C.CH.C. Concepción	Clínica Iquique	Diálisis Lampa

El presente documento no constituye póliza. El único documento válido es el certificado de cobertura que se remite al correo electrónico una vez finalizado el proceso de contratación.

Clínica Salud Integral	Clinica Sanatorio Alemán	Hospital Santo Tomás de Limache
Hospital de Tomé	Hospital de Río Negro	Reddiálisis SpA
Hospital San Camilo	Hospital de Frutillar	Servicios Médicos Cidial Limitada
Hospital Base Valdivia	Hospital Dr. Augusto Essmann Burgos	Hospital Santa Rosa de Molina
Clínica La Portada	Hospital Juana Ross de Edwards de Peñablanca	Centro de Nefrología y Diálisis Limitada
Hospital Doctor Hernán Henríquez Aravena	Hospital Los Lagos	Centro de Diálisis y Especialidades Médicas Arauco
Hospital Barros Luco Trudeau	Hospital Dr. Eduardo Gonzalez Galeno de Cunco	Sociedad Médica Pichilemu Limitada
Hospital Talagante	Centro Médico y Dental Vidaintegra Bandera	Centro de Diálisis Municipalidad de La Granja
Centro de Rehabilitación Sargento Segundo Cantinera Irene Morales	Hospital San Luis de Buin	Interdial Limitada
Hospital y CRS El Pino	Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames de Iquique	Diálisis Pudahuel
Centro de Salud Familiar Juan Soto Fernández	Hospital Clorinda Avello de Santa Juana	Centro de Diálisis Renacer en el Valle
Hospital Dr. Juan Hepp de Purranque	Centro de Salud Familiar Pedro de Valdivia	Hospital Santa Elisa de San José de la Mariquina
Hospital San Pablo de Coquimbo	Hospital Psiquiátrico del Salvador	Centro de Diálisis Pudahuel Sur
Centro de Salud Familiar Lorenzo Arenas	Hospital de Enfermedades Infecciosas Dr. Lucio Córdova	Centro de Diálisis Quintero
Clínica Avansalud	Hospital Familiar y Comunitario de Loncoche	Hospital de Gorbea
Hospital San Carlos	Hospital de Licantén	Hospital Familiar y Comunitario de Lanco
Policlínico Mutual de Seguridad C.Ch.C. de Iquique	Centro Médico de Diálisis Limitada Sucursal La Cisterna	Vidaintegra La Florida
Hospital San José de Coronel	Hospital de Curacaví	Centro de Salud R.R. Limitada
Centro Médico y Dental Vidaintegra San Miguel	Complejo Hospitalario San José de Maipo	Centro de Salud Familiar Rural de Niebla
Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse	Instituto de Rehabilitación Infantil Teletón Iquique	Centro de Diálisis Lo Prado
Hospital del Trabajador	Centro de Diálisis Vidial San Carlos	Hospital Santa Isabel de Lebu
Centro de Atención de Salud Abierto de la Mutual de Seguridad C.Ch.C. de Temuco	Centro de Salud Familiar Cardenal Silva Henríquez	Integramédica Rancagua
Hospital Militar del Norte	Centro de Salud Familiar Sol de Oriente	Hospital de Futaleufú
Hospital de Quilpué	SALUDIAL LIMITADA CORONEL	Hospital Jorge Ibar Bruce de Puerto Cisnes
Instituto de Neurocirugía Dr. Asenjo	Centro de Salud Familiar Dr. Jorge Sabat	Centro de Diálisis Lawen Sede Cañete
Centro de Diálisis Araucanía Limitada	Laboratorio Clínico INSI	SIEM Limitada
Hospital Regional de Arica Dr. Juan Noé Crevani	Hospital de Pitrufquén	Centro de Atención Enea
Clínica Bicentenario	Hospital Dr. Carlos Cisternas de Calama	Sociedad Médica Vitta S.p.A. Sede Quillota
Hospital Clínico Herminda Martín	Hospital Clínico Instituto de Seguridad del Trabajo Viña del Mar	Hospital Comunitario Florencio Vargas Díaz
Sala de Procedimientos Mutual de Seguridad Antofagasta	Centro de Salud Familiar 6 Ignacio Caroca Caroca	Hospital Familiar y Comunitario Galvarino
Hospital Clínico Viña del Mar	Hospital de Palena	Centro de Salud Familiar Dr. Alberto Reyes
Hospital Doctor Gustavo Fricke	Hospital de Collipulli	Hospital Dr. Arturo Hillerns Larrañaga
Hospital Modular San Antonio de Putaendo	Hospital Dr. Dino Stagno Maccioni	Mutual de Seguridad C.Ch.C. de Atención Castro
Laboratorio Clínico IEM Limitada	Hospital de Taltal	Hospital de Llanquihue
Instituto de Rehabilitación Infantil Teletón Arica	Corporación de Ayuda al Dializado de la Provincia del Maipo	Clínica Mutual de Seguridad C.Ch.C. Punta Arenas
Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna	Instituto de Radiomedicina IRAM	Centro de Referencia de Salud Maipú
Hospital Clínico San Borja-Arriarán	Hospital Dr. Marcos Macuada de Tocopilla	Mutual de Seguridad C.Ch.C. Centro de Atención Melipilla
Cedimed Limitada	Hospital del Salvador de Peumo	Clínica Miraflores

El presente documento no constituye póliza. El único documento válido es el certificado de cobertura que se remite al correo electrónico una vez finalizado el proceso de contratación.

Clínica Isamédica	Hospital San Vicente de Tagua-Tagua	Centro de Diálisis Vallenar
Hospital Clínico del Sur	Hospital de San Javier Dr. Abel Fuentealba Lagos	Laboratorio Clínico Medisalud
Integramédica Centros Médicos S.A. Talca	Hospital Comunitario de Salud Familiar Dr. Eduardo Contreras Trabucco de Coelemu	Hospital de Carahue
Centro de Diálisis Sermedial Viña del Mar	Hospital de Calbuco	Centro de Atención Abierta Mutual de Seguridad Los Ángeles
Centro Médico San Agustín	Hospital de Contulmo	Hospital de Cochrane
Diagnoimage	Hospital Fūta Srūka Lawenche Kūnko Mapu Mo	Integramédica Sucursal Viña del Mar
Centro de Rehabilitación Capredena Limache	Hospital San José de Casablanca	Hospital San Francisco de Pucón
Hospital Penco-Lirquén	Nefrología y Diálisis Limitada	Policlínico del Trabajador AChS Estación Central
Instituto Nacional de Geriátría	Vidaintegra Alameda	Resomag SpA
Hospital Las Higueras de Talcahuano	Centro de Diálisis Vidial Chillán	Hospital de la Familia y Comunidad de Quinchao
Clínica Universitaria de Concepción	Hospital de Coinco	Hospital San Francisco de Llay Llay
Hospital de Linares	Hospital de Peñaflores	Hospital San Juan de Dios de Vicuña
Integramédica Barcelona	Hospital de Villarrica	Centro Clínico Militar Valdivia
Clínica Colonial	Centro de Salud Familiar Isabel Riquelme	Hospital Comunitario de Queilén
Centro de Salud Familiar Salvador Bustos	Endocrinología Laboratorio Clínico	Centro de Salud Familiar N°3 Abel Zapata
Centro de Salud Familiar Dr. Félix de Amesti	Hospital del Cobre Dr. Salvador Allende Gossens	Hospital Dipreca
Clínica Bío Bío	Hospital Intercultural de Nueva Imperial	Centro de Salud Familiar Paulina Avendaño
Centro de Salud Familiar Violeta Parra	Hospital de Ancud	Vidaintegra Maipú
Integramédica Bío-Bío	Clínica Los Leones	Mutual de Seguridad C.Ch.C. Medicina del Trabajo Antofagasta
Integramédica Maipú	Centro de Atención de Salud Abierto Mutual C.Ch.C. Puerto Montt	Policlínico del Trabajador AChS Rancagua
Centro de Salud Familiar Angachilla	Hospital Provincial San Agustín de La Ligua	Hospital San Juan de Dios de Combarbalá
Centro de Salud Familiar Las Ánimas	Centro de Diálisis Vitta Dial Los Andes	Hospital Dr. Leopoldo Ortega Rodríguez
Integramédica Tobalaba	Diálisis Iquique	Centro de Salud Familiar Bellavista
Centro de Salud Familiar Los Volcanes	Hospital de Chañaral	Centro de Referencia de Salud Dr. Salvador Allende Gossens
Centro de Referencia de Salud de Peñalolén Cordillera Oriente	Diálisis Dialvida	Asociación Chilena de Seguridad Agencia Egaña
Centro de Salud Sargento Segundo Cantinera Candelaria Pérez	Policlínico del Trabajador AChS Puente Alto	Clínica Puerto Varas
Hospital de la Familia y La Comunidad de Laja	Policlínico del Trabajador AChS San Bernardo	Centro de Diálisis Sodinef
Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramírez	Integramédica Sucursal Norte	Laboratorio de Enfermedades Metabólicas
Hospital Claudio Vicuña	Hospital Comunitario de Til Til	Laboratorio Clínico Holanda
Clínica Regional del Elqui SpA	Hospital Dr. Juan Morey de La Unión	Centro Médico y Dental Vidaintegra Ñuñoa
Laboratorio Clínico Diagnolab	Centro Médico y de Diálisis Limitada Sucursal La Florida	Unidad de Imagenología Sorema del Sur
Hospital Dr. Abraham Godoy Peña	Integramédica Sucursal Plaza Egaña	Clínica San José de Arica
Laboratorio Clínico Bionet	Policlínico del Trabajador AChS San Miguel	Centro de Diálisis Rancagua Dial Sucursal Rancagua
Centro de Salud Familiar y SAPU Rosita Renard	Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel	Centro de Diálisis Vicuña
Centro de Salud CAPREDENA Valparaíso	Hospital Dr. Humberto Elorza Cortés de Illapel	Policlínico AChS Viña del Mar
Hospital Comunitario De Salud Familiar El Carmen	Centro de Diagnóstico por Imágenes Blanco	Hospital Hanga Roa
Hospital Comunitario y Familiar de Nacimiento	Policlínico del Trabajador AChS Maipú	Centro de Evaluación del Trabajador (CET) de La Serena
Hospital San Juan de Dios de La Serena	Centro de Diálisis Vidial Bulnes	Centro de Diálisis Bayo Dial

El presente documento no constituye póliza. El único documento válido es el certificado de cobertura que se remite al correo electrónico una vez finalizado el proceso de contratación.

Hospital Regional de Coyhaique	Clínica de Diálisis Laja Sucursal Nacimiento	Clínica Los Tiempos
Hospital Doctor Roberto Muñoz Urrutia de Huépil	Centrodialísis Ehrlich	Intermédica División Diálisis Sucursal Longaví
Instituto Nacional De Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda	Policlínico Médico Dental AChS Parque las Américas	Hospital de Salamanca
Hospital de Niños Roberto del Río	Laboratorio Livio Barnafi	Laboratorio Medicina Nuclear Bicentenario
Hospital San Juan de Dios de San Fernando	Vitta Dial Maipú	Centro de Salud Familiar Cerro Alto
Centro de Salud Familiar Dra. Michelle Bachelet Jeria	Hospital de Río Bueno	Centro Médico Bosques
Hospital Psiquiátrico El Peral	Diálisis Serdial Limitada	Centro Médico Baquedano
Hospital Geriátrico Paz de la Tarde de Limache	Sociedad de Diálisis San José de Cabrero	Centro Médico y Dental Vidaintegra Puente Alto
Hospital de la Familia y Comunidad de Mulchén	Hospital del Niño con Fisura Fundación Gantz	Centro Radiológico San Martín
Hospital de Chimbarongo	Hospital de Puerto Octay	Hospital Comunitario de Puerto Williams Cristina Calderón
Hospital de Urgencia Asistencia Pública	Hospital Clínico General Dr. Raúl Yazigi J.	Centro Radiológico Central
Hospital Dr. Oscar Hernández Escobar de Curacautín	Centro de Salud Familiar Ultraestación Dr. Raúl San Martín	Diálisis del Valle Sede Llay-Llay
Integramédica San Miguel	Clínica de Diálisis Laja Sucursal Laja	Centro de Diagnóstico Labocenter
Integramédica Plaza Vespucio	Centro de Diálisis Unidial	Centro de Diálisis Nefrodial Atacama
Hospital Base San José de Osorno	Hospital de Fresia	Centro Metropolitano de Imagenología Mamaria
Integramédica Parque Forestal	Unidad de Diálisis Hemosur Limitada Osorno	Instituto de Rehabilitación Infantil Teletón Puerto Montt
Hospital Dr. Mauricio Heyermann Torres de Angol	Diálisis Nordial	Centro de Diálisis Alto Medicen
Hospital San José de Victoria	Centro de Diálisis Renacer	Centro de Diagnóstico y Especialidades Médicas Limitada
Hospital de Litueche	Centro de Diálisis Diamar Limitada	Centro de Salud Familiar San Vicente
Hospital de Pichilemu	Hospital Josefina Martínez	Integramédica Santa Lucía
Hospital Provincial Dr. Rafael Avaria Valenzuela de Curanilahue	Cemed Limache	Centro de Diálisis San Fernando
Centro de Salud Familiar Carlos Pinto Fierro	Centro de Diálisis Rancagua Dial Sucursal Rengo	Hospital Dr. Mario Sanchez Vergara
Hospital de Marchigüe	Centro de Diálisis Chacabuco	Laboratorio Clínico Arauco
Hospital Adriana Cousiño de Quintero	Intermédica División Diálisis	Hospital Pu Mülen Quilacahuin
Hospital Traumatológico de Concepción	Centro de Diálisis y Especialidades Médicas Puerto Varas Limitada	Laboratorio Clínico Valparaíso
Hospital Dr. Antonio Tirado Lanas de Ovalle	Centro Nefrológico Puerto Montt	Laboratorio Clínico Analyzer Limitada
Hospital Regional de Rancagua	Centro de Salud Familiar Lirquén	Laboratorio Clínico Biomed
Hospital Regional Dr. Leonardo Guzmán de Antofagasta	CID Servicio Integral de Salud	Laboratorio Clínico Comunal de San Bernardo
Hospital Comunitario de Salud Familiar de Yungay	Centro de Diálisis Ñuñoa	Laboratorio Clínico Biomaas
Hospital Puerto Montt Dr. Eduardo Schütz Schroeder	Centro Médico y de Diálisis Buin	Laboratorio Clínico Comunal Ñuñoa
Hospital del Salvador	Centro de Diálisis Miaquen	Integramédica Los Dominicos
Centro de Diálisis Nefrodialísis San Lucas	Instituto Teletón Atacama	Centro de Salud Familiar Villa Magisterio
Clínica Redsalud Mayor Temuco	Centro de Salud San Bernardo	Centro Médico Angamos
Hospital Regional Dr. Lautaro Navarro Avaria de Punta Arenas	Centro Médico Quillota	Centro de Salud Familiar Dr. Mario Salcedo Sepúlveda
Centro Radiológico Tamarugal	Diálisis Ñuñoa Sucursal Peñaflores	Centro Radiológico TARA Limitada
Centro de Diálisis Hemoval	Hospital Dr. Víctor Hugo Moll de Cabildo	Centro de Salud Familiar Dr. Carlos Avendaño
Hospital San José de Melipilla	Centro de Diálisis La Reina	Hospital de Mejillones

El presente documento no constituye póliza. El único documento válido es el certificado de cobertura que se remite al correo electrónico una vez finalizado el proceso de contratación.

Hospital San Juan de Dios de Curicó	Centro de Diálisis Los Andes	Andes Médica Limitada
Clínica RCR de Atacama	Intermédica División Diálisis Limitada Sucursal San Clemente	Hospital de Puerto Aysén
Hospital de Vilcún	Renal Chile S.A.	Instituto Radiológico Providencia
Hospital de Toltén	Servicios Médicos Medinefro	Hospital Naval Almirante Nef
Hospital de Quellón	Centro Médico y de Diálisis Limitada Sucursal San Miguel	Laboratorio Clínico Cauquenes
Sala de Procedimientos de Mamografía Cordillera	Diálisis del Valle Sede San Felipe	Laboratorio Clínico Alemán
Hospital de la Familia y Comunidad de Yumbel	Diálisis Colina S.A.	Laboratorio Vidaintegra Viña del Mar
Hospital Carlos Van Buren	Hospital de Constitución	Centro de Diálisis San Jose de Chimbarongo
Hospital Regional de Talca Dr. César Garavagno Burotto	Diálisis Nueva Vida	Sociedad de Análisis Químico Limitada ACLIN
Complejo Asistencial Dr. Victor Rios Ruiz de Los Angeles	Centro de Diálisis Rengodial	Centro de Salud Familiar Santa Sabina
Laboratorio Clínico Mac Médica	Centro de Diálisis Medicen Limitada	Centro Norte Imagen- Sucursal Arturo Fernández
Hospital Comunitario de Salud Familiar de Bulnes	Hospital de Curepto	Centro de Atención Salud CAS Linares
Hospital Dr. Félix Bulnes Cerda	Diálisis Ñuñoa Sucursal Quinta Normal	Clinicum Laboratorio Automatizado Ltda
Instituto Nacional del Tórax	Nefrodial Linares	Laboratorio Clínico Biosoluciones
Integramédica S.A. Sucursal Plaza Sur	Centro de Diálisis La Tirana	Centro de Imagenología Laboratorio Clínico Blanco
Hospital de Maullín	Hospital de Hualañe	Laboratorio Clínico Bio-Reval
Clinica Redsalud Vitacura	Servicios Médicos y Diálisis Limitada	Centro de Salud Familiar Confraternidad
Laboratorio Clínico Diagnomedlab de Viña del Mar	Asociación de Dializados y Transplantados de Chile	Centro Norte Imagen - Sucursal Bilbao
Clínica Puerto Montt	Diálisis Padre Hurtado	Laboratorio Clínico Sermus Arica
Hospital Regional de Copiapó San José del Carmen	Centro de Diálisis San José	Clínica de Cirugía Mayor Ambulatoria Costanera Valdivia
Centro de Diálisis Vespucio	Centro Médico Vidaintegra El Bosque	Laboratorio Clínico Laboval
Centro de Salud Familiar Padre Alberto Hurtado	Servicios Médicos Horizonte	Laboratorio Médico Bioclínico
Clínica Chillán	Hospital de Petorca	Laboratorio Inmunológico del Sur
Centro Mutual de Seguridad C.CH.C. de Copiapó	Centro Médico y Diálisis Pacífico	Laboratorio Clínico Román Díaz
Hospital de Castro	Centro de Diálisis Ñuñoa Sucursal Pudahuel	Laboratorio Clínico Hematológico Biolab
Hospital de la Familia y la Comunidad Santa Bárbara	Centro de Diálisis Temuco	Centro de Diagnóstico y Resonancia Anestimagen
Clínica Los Andes	Diálisis Colina Sucursal San Antonio	Centro de Salud Familiar Candelaria de Rosario
Hospital San José	ONG Diálisis Maymuru	Hospital Ricardo Valenzuela Sáez de Rengo
Instituto Nacional del Cáncer	Centro de Diálisis Villarrica Sede Temuco	Clínica BUPA Santiago
Hospital Clínico de la Universidad de Chile Dr. José Joaquín Aguirre	Clínica de Diálisis Diasermed	Clínica Juan Pablo II
Centro de Diálisis Sermedial de Valparaíso	Diálisis Premio Nobel Macul	Laboratorio Clínico Vidaintegra La Florida
Clínica Regional Lircay	Centro de Diálisis Los Angeles Sucursal Nueva Imperial	Laboratorio Clínico Vidaintegra Maipú
Hospital San Martín de Quillota	Hospital San Pedro de Los Vilos	Centro Médico Medicen
O&G Radiólogos	Centro de Diálisis Maipú	Centro de Salud Familiar Paipote
Hospital de Lolol	Vidadial Paillaco	Centro de Salud Familiar Juan Martínez
Policlínico Mutual de Seguridad C.Ch.C. de Viña del Mar	Medicenter Huérfanos	Centro de Salud Familiar San Ramón Nonato
Clínica Los Carrera	Diálisis San Isidro	Imared

El presente documento no constituye póliza. El único documento válido es el certificado de cobertura que se remite al correo electrónico una vez finalizado el proceso de contratación.

Hospital de Paillaco	Dial Sur Limitada	Paraclínicos
Hospital Dra. Eloísa Díaz Insunza	Centro de Diálisis Lawen	Laboratorio Clínico Inmunomédica
Hospital El Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada	Centro de Diálisis Coelemu	Centro de Referencia de Salud Hospital Provincia Cordillera
Hospital Parroquial de San Bernardo	Centro de Salud Antares	Hospital Dr. Marco Chamorro Iglesias de Porvenir
Corporación de Ayuda del Niño Enfermo Renal Mater	Diálisis Prodiál	Laboratorio Clínico Central de Los Ángeles
Centro de Atención Mutua de Seguridad C.Ch.C. Rancagua	Nefrodial San Javier	Laboratorio Ximena González Limitada
Hospital San Juan de Dios de Cauquenes	Centro de Diálisis Los Ángeles Sucursal Mulchén	Laboratorio Servicio de Análisis Universidad de Playa Ancha
Hospital de Lota	Intermédica División Diálisis Limitada sucursal Cauquenes	Diálisis San José de Chimbarongo Sucursal Concón
Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río	Centro de Salud Antares Sede Talagante	Laboratorio Clínico Corporación Municipal de Rancagua
Vidaintegra La Reina	Centro de Diálisis Renacer Calama	Policlínico Mutua Las Tranqueras
Clínica Ensenada	Centro de Diálisis Los Ángeles	Clínica ICOS Inmunomédica
Hospital de Pichidegua	Hospital Dr. Benjamín Pedreros de Chanco	Centro de Diálisis Corporación Paul Harris
Hospital Provincial del Huasco Monseñor Fernando Ariztía	Centro Médico y Diálisis Vidacare	Centro de Diálisis Apumanque
Hospital Comunitario de Salud Familiar de Quirihue	Unidad de Diálisis Hemosur Limitada Sucursal Puerto Montt	Centro de Salud Familiar San Felipe El Real
Nueva Clínica Cordillera	Centro de Diálisis Curicó	Centro Médico Dermatológico Dermoclínica Burgos
Clínica Maitenes	Centro de Diálisis Gran Avenida	Centro de Diálisis Calama
Clínica Tarapacá	Clínica Valparaíso	Hospital de Purén
Hospital San José de Parral	CESFAM Dr. Segismundo Iturra Taito	Hospital San Vicente de Arauco
Policlínico Médico y Dental Megasalud Maipú	Policlínico Médico y Dental Megasalud La Florida	Centro Médico y Dental Megasalud Ñuñoa
Policlínico Centro Médico y Dental Megasalud Puente Alto	Policlínico Megasalud	Centro Médico y Dental Redsalud Quilicura
Centro Médico y Dental Redsalud Conchalí	Centro Médico y Dental Redsalud German Riesco	Centro Médico y Dental Redsalud Concepción
Centro Médico y Dental Megasalud Viña del Mar	Centro Médico y Dental Megasalud Temuco	Centro Médico y Dental Redsalud Los Ángeles
Centro Médico y Dental Redsalud Osorno	Centro Médico y Dental Redsalud Valdivia	Laboratorio Megasalud Clínica Bicentenario

**b) Clínicas Cobertura Básica**

Nombre clínica
Clínica Las Condes
Clínica Alemana de Santiago
Clínica San Carlos de Apoquindo Red Salud UC Christus
Hospital Clínico Universidad de los Andes
Centro de la Visión Clínica Las Condes
Centro de Especialidades Médicas y Centro Médico Lira
Centro de Salud Universidad de Los Andes

El presente documento no constituye póliza. El único documento válido es el certificado de cobertura que se remite al correo electrónico una vez finalizado el proceso de contratación.

**c) Clínicas Cobertura Estándar**

Nombre clínica	Nombre clínica	Nombre clínica
Clínica Santa María	Nephrocare Sucursal La Serena	Nephrocare Sucursal Los Ríos
Fundación Oftalmológica Los Andes	Nephrocare Sucursal Pintanadial	Nephrocare Sucursal Talca
Clínica Oftalmológica ISV Limitada	Nephrocare Sucursal Recoleta	Nephrocare Sucursal Castro
Clínica Reñaca	Nephrocare Sucursal Providencia	Nephrocare Sucursal Renca
Hospital Clínico de la Fundación de Salud El Teniente	Nephrocare Sucursal Lo Espejo	Nephrocare Chile S.A. Sucursal Huechuraba
Clínica INDISA	Centro Oftalmológico Láser	Clínica Familia
Centro Renal Villa Alemana	Nephrocare Sucursal Quilicura	Nephrocare Sucursal Parral
Instituto Clínico Oncológico Fundación Arturo López Pérez	Nephrocare Sucursal Penco	Centro Oftalmológico Novovisión Concepción
Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile	Nephrocare Sucursal O' Higgins	Nephrocare Sucursal Trinidad
Centro Oftalmológico Providencia	Nephrocare Sucursal Chiguayante	Nephrocare Sucursal La Cisterna
Clínica Universidad Católica	Nephrocare Sucursal Temuco	Nephrocare Sucursal San Bernardo
Centro de Salud Familiar Dr. Aníbal Ariztía	Nephrocare Sucursal Viña del Mar	Clínica los Coihues S.p.A.
Centro de Salud Familiar Apoquindo	Nephrocare Sucursal Chillán	Nephrocare Sucursal Osmodial
Clínica BUPA Antofagasta	Nephrocare Sucursal Alfadial	Nephrocare Sucursal Padre Las Casas
Instituto Oftalmológico Puerta del Sol	Nephrocare Sucursal Ñuñoa Diálisis 300	Clínica Oftalmológica Pasteur
Clínica El Loa	Nephrocare Sucursal Tomé	Nephrocare Sucursal Trandial II
Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak	Nephrocare Sucursal Angol	Nephrocare Sucursal Buin
Clínica Universitaria de Puerto Montt	Nephrocare Sucursal Santa Cruz	Centro Oftalmológico Kidoft
Laboratorio Clínico Vida Test	Nephrocare Sucursal El Bosque	Centro Oftalmológico Laser Viña del Mar
Exámenes de Laboratorio S.A.	Nephrocare Sucursal San Andrés	Centro Oftalmológico Dr. David Bitrán
Instituto Traumatológico Dr. Teodoro Gebauer	Nephrocare Sucursal Quinta Normal	Clínica Mas Visión
Clinica Alemana de Valdivia	Nephrocare Sucursal Hualpén	Clínica Oftalmológica Arica
Clínica Alemana de Osorno	Nephrocare Sucursal Illapel	Clínica San Andrés
ONCOVIDA S.A.	Nephrocare Sucursal Concepción	Nephrocare Sucursal Las Compañías
Clínica Alemana de Temuco	Nephrocare Sucursal Rondizzoni	Clínica Psiquiátrica Raquel Gaete
Fundación Oftalmológica Los Andes, La Serena	Nephrocare Sucursal Coraceros	Uno Salud Dental Sucursal Coyancura
Instituto Oftalmológico Profesor Arentsen	Nephrocare Sucursal Pudahuel	Instituto Oftalmológico Integral
Instituto Oftalmológico Novovisión	Laboratorio Clínico Diagnostika Alemana	Centro Oftalmológico Laser Antofagasta
Nephrocare Saint Joseph	Nephrocare Sucursal San Miguel	Laboratorio Clínico Blanco Sucursal Las Condes
Nephrocare Sucursal Ovalle	Nephrocare Sucursal Valdivia	Centro Médico y Dental Fundación
Nephrocare Sucursal Santos Dumont	Nephrocare Sucursal San Pedro de La Paz	Clínica Meds La Dehesa

El presente documento no constituye póliza. El único documento válido es el certificado de cobertura que se remite al correo electrónico una vez finalizado el proceso de contratación.

Nephrocare Sucursal Flodial	Nephrocare Sucursal Talcahuano	Centro Médico Oftalmológico Oftamédica
Nephrocare Sucursal Cordial	Nephrocare Sucursal La Unión	Centro Oftalmológico Clínica Visión
Nephrocare Sucursal Trinef	Nephrocare Sucursal Lo Prado	Nephrocare Sucursal Linares
Nephrocare Sucursal Departamental	Nephrocare Sucursal La Pintana	Clínica Lo Curro
Nephrocare Sucursal La Reina	Clínica Estétika Médica	Quinta Imagen
Centro Médico Irrarázaval	Centro Médico San Joaquín	Laboratorio Clínico Blanco Sucursal Santiago Centro
Hospital Cruz del Norte	CAL-MED Limitada	Integramédica Bandera
Centro Renal Viña del Mar	Centro Renal Quilpué	Hospital San Juan de Dios de Teno

(\*) El prestador de salud indicado en la tabla corresponde al nombre del establecimiento según lo indicado en el “Registro de Prestadores Acreditados” de la Superintendencia de Salud del Gobierno de Chile.

**Si el establecimiento de salud no está incorporado en el listado, se clasificará como “Clínicas Cobertura Estándar”**