

ARTÍCULO N°5 BENEFICIARIO

El Capital Asegurado será pagado a los Herederos Legales, según posesión efectiva, en partes iguales, en caso de fallecimiento accidental.

En caso de existir ahorros en la cuenta de capitalización y ahorro al momento de fallecer el asegurado, estos serán pagados a los Herederos Legales, según posesión efectiva, en partes iguales.

Sin perjuicio de lo anterior, el asegurado titular podrá instituir como beneficiario de la cobertura de Fallecimiento Accidental a cualquier persona a través de la plataforma de contacto vía WhatsApp al número **+56 9 9808 1155**.

ARTÍCULO N°6 COBERTURAS Y CAPITAL ASEGURADO

a. Descripción de Cobertura:

En los términos de la presente Póliza, el Monto Asegurado de acuerdo al plan contratado, será pagado por la Compañía Aseguradora al o a los beneficiarios, después del fallecimiento accidental del asegurado, siempre que ocurra durante el período de vigencia de la póliza y concurran los requisitos para ello. Se entenderá como fallecimiento accidental aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días siguientes de ocurrido el accidente.

El Monto Asegurado será igual a la suma entre el capital asegurado por fallecimiento accidental de acuerdo con el plan contratado y el valor de la Cuenta de Capitalización y Ahorro a la fecha del siniestro.

Según el plan contratado los capitales asegurados son los siguientes:

	Plan 17	Plan 18	Plan 19	Plan 20
Capital Asegurado	UF 500	UF 1.000	UF 1.500	UF 2.000

ARTÍCULO N°7 REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

- Requisitos de ingreso a la póliza:** La edad mínima de ingreso del asegurado a la póliza es 18 años de edad y la edad máxima de ingreso es hasta los 69 años y 364 días de edad.
- Requisitos de permanencia en la póliza:** El asegurado podrá permanecer como tal en la póliza hasta los 75 años y 364 días de edad, siempre y cuando mantenga al día los pagos de las primas correspondientes y ésta se encuentre vigente.

ARTÍCULO N°8 EXCLUSIONES

Este seguro no cubre el riesgo de muerte cuando el fallecimiento del asegurado sea efecto directo, ya sea total o parcialmente, de algunas de las siguientes situaciones:

1. Guerra, declarada o no declarada, invasión, acción de un enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas, ya sea con o sin declaración de guerra.
2. Participación del asegurado o beneficiario en un acto calificado como delito, cometido en calidad de autor, cómplice o encubridor.
3. La conducción de cualquier vehículo por parte del asegurado, encontrándose bajo estado de ebriedad o bajo los efectos de cualquier narcótico o droga, conforme a los límites establecidos en la normativa vigente a la fecha de siniestro.
4. Negligencia, imprudencia o culpa grave del asegurado.

ARTÍCULO N°9 PRIMA, FRECUENCIA Y FORMA DE PAGO

La prima mensual por la cobertura del asegurado varía según el plan contratado y expresada en UF (Unidades de Fomento) es la siguiente:

	Plan 17	Plan 18	Plan 19	Plan 20
Prima Mensual	UF 0,3309	UF 0,4046	UF 0,4629	UF 0,5243

La proporción de prima de Ahorro es de un 50% de la Prima Total durante toda la vigencia de la póliza.

El importe de las primas será cargado automáticamente en la **boleta de servicios de Entel** y el monto a pagar será de acuerdo al valor del plan contratado.

El contratante se compromete a efectuar el pago de las primas recaudadas desde la vigencia del seguro a mes vencido.

Para el pago de la prima se concede un plazo de gracia, que será de treinta (30) días corridos, contado a partir del primer día del mes de prima no pagada, de acuerdo a la forma de pago convenida. Durante este período, la póliza permanecerá vigente. Si durante dicho plazo de gracia ocurrieran los riesgos asumidos por la compañía de seguros, esta podrá deducir del monto a reembolsar la prima básica vencida y no pagada.

Transcurrido el plazo de gracia sin que el asegurado haya pagado la prima, se producirá la terminación del contrato a la expiración del plazo de quince (15) días corridos contados desde la fecha de envío de la carta o correo electrónico dirigida al Asegurado con el objeto de informar respecto del no pago de la prima. Asimismo, transcurrido el plazo indicado anteriormente, el Asegurador tendrá el derecho para exigirle al Asegurado que se le pague la prima devengada hasta la fecha de terminación.

La Compañía podrá realizar cobro de la prima no recaudada en el período siguiente devengado.

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 en moneda corriente y sin intereses al valor que tenga la moneda de esta póliza al día de la devolución efectiva.

Las primas recaudadas se pagarán por el Asegurado a la Aseguradora a través de ENTEL cada mes, a más tardar, el último día hábil del mes siguiente a aquel que se tomó de base para efectuar el cálculo, de manera tal que la Aseguradora pueda identificar a aquellos Asegurados que efectivamente están pagando la prima correspondiente a la cobertura contratada.

La Aseguradora no será responsable por las omisiones o faltas de diligencia que produzcan atraso en el pago de la prima, aunque ésta se efectúe mediante algún cargo o descuento convenido. Una vez terminado el seguro por no pago de Prima, no procederá solicitud de rehabilitación de la póliza.

Si el medio de pago del seguro es emitido por Entel PCS Telecomunicaciones S.A., será responsabilidad del contratante el enterar en forma oportuna el pago de las primas a la Compañía, como así también, informar a la Compañía de aquellos casos en que no fue posible obtener el pago por parte del asegurado.

ARTÍCULO N°10 VIGENCIA DE LA PÓLIZA COLECTIVA

La presente póliza colectiva tendrá una vigencia de 12 meses comenzando a las 00:00 horas del día 1 de noviembre de 2025 y terminando a las 23:59 horas del día 31 de octubre de 2026.

Se entenderá renovada automáticamente la póliza por periodos iguales y sucesivos de un año, si ninguna de las partes avisase a la otra de su decisión de no renovar con una anticipación de a lo menos 60 días, a la fecha de término de cada período mediante carta certificada enviada a la dirección de la otra parte.

A partir de la fecha de término de la vigencia de la póliza, no podrán incorporarse nuevos asegurados a la póliza colectiva, salvo que exista acuerdo entre contratante y compañía aseguradora para renovar su vigencia. En cualquier caso, el stock de asegurados incorporados a esta póliza se mantendrá vigente en la compañía aseguradora luego del término de la póliza colectiva.

El asegurado podrá poner término al seguro en cualquier momento mediante comunicación al asegurador a través del [WhatsApp MetLife](#) al número **+56 9 9808 1155**, en cuyo caso cada asegurado tendrá derecho a recuperar sólo la proporción de la prima básica contratada que comprende el período efectivamente cubierto por el seguro y al valor de rescate de la Cuenta de Capitalización y Ahorro, a la fecha de término de la póliza.

ARTÍCULO N°11 VIGENCIA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

La vigencia individual del asegurado comenzará a regir a partir de la fecha de su incorporación a la póliza, y se mantendrá vigente por un año, renovable automáticamente por un nuevo periodo de igual duración.

Sin perjuicio de lo anterior, la cobertura individual terminará anticipadamente en los siguientes casos:

1. Cuando el asegurado titular cumpla la edad máxima de permanencia, esto es 75 años y 364 días de edad.
2. Ocurrido el fallecimiento del asegurado.
3. Por no pago de primas lo que ocurrirá al vencimiento del plazo de quince días corridos, contados desde la fecha de envío de la comunicación que se haga en ese sentido al asegurado.
4. Si el interés asegurable no llegare a existir o cesare durante la vigencia del seguro.

Producida la terminación, la responsabilidad de la compañía aseguradora por los siniestros posteriores cesará de pleno derecho, sin necesidad de declaración judicial alguna.

ARTÍCULO N°12 IDENTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

POL 3 2023 0372: "Póliza de seguro de Fallecimiento Accidental con cuenta de capitalización y Ahorro".

Cobertura Contratada	Nombre en que se encuentra depositada la póliza CMF
Fallecimiento Accidental	PÓLIZA DE SEGURO DE FALLECIMIENTO ACCIDENTAL CON CUENTA DE CAPITALIZACIÓN Y AHORRO POL 3 2023 0372

El texto de las Condiciones Generales de la póliza y cláusulas se encuentran depositadas en la Comisión para el Mercado Financiero, y pueden ser consultados en el sitio web: www.cmfchile.cl/.

ARTÍCULO N°13 CARGOS

El cargo sobre Prima Ahorro¹ es cero.
El cargo sobre la Cuenta de Capitalización y Ahorro² es cero.
El cargo por Rescate Parcial³ es cero.

1.Cargo sobre la Cuenta de Capitalización y Ahorro: Es el monto que la compañía rebajará mensualmente de la cuenta de Capitalización y Ahorro para cubrir sus propios gastos. Estos gastos están expresados como un porcentaje de la Cuenta de Capitalización y Ahorro más un cargo fijo por Póliza, según se detalla en las Condiciones Particulares de la Póliza.

2.Cargo sobre Prima de Ahorro: es una cantidad que se descuenta del monto de las primas de ahorro pagadas que tiene por objeto financiar los gastos en que incurre la Compañía Aseguradora con ocasión de la póliza. El valor a descontar se expresa como un porcentaje variable de dichas primas y los valores de estos cargos aparecen detallados en las Condiciones Particulares de la póliza.

3.Cargo por Rescate Parcial: Es un monto que será rebajado de la Cuenta Capitalización y Ahorro, en el caso que el asegurado solicite el rescate parcial de la Cuenta de Capitalización y Ahorro. El monto del cargo, términos y condiciones de éste deberán quedar expresamente señalados en las Condiciones Particulares de la póliza.

Saldo de la cuenta de capitalización y ahorro en el día t = saldo de la cuenta de capitalización y ahorro al día $t-1$ + Primas de ahorro abonadas y de operación confirmada el día t + Intereses acreditados el día t – Monto de rescate parcial del día t .

Siendo t = día de cálculo del saldo de cuenta de capitalización y ahorro.

ARTÍCULO N°14 COSTOS DE LAS COBERTURAS

Para este seguro el costo de cobertura es la prima básica de fallecimiento accidental mensual indicada en el artículo n°9 PRIMA, FRECUENCIA Y FORMA DE PAGO. La Prima de Ahorro, que se indica de igual modo se mantendrá siempre en la cuenta de capitalización de ahorro individual del asegurado.

ARTÍCULO N°15 CUENTA DE CAPITALIZACIÓN Y AHORRO

Es el saldo de la cuenta que representa la obligación de la compañía aseguradora con el asegurado o con el beneficiario cuando corresponda. El Asegurado podrá realizar rescates parciales y también puede ejercer su derecho a través del rescate total de la Cuenta de Capitalización y Ahorro. La Cuenta de Capitalización y Ahorro se expresará en UF.

ARTÍCULO N°16 RENTABILIDAD DE LA CUENTA DE CAPITALIZACIÓN Y AHORRO

Rentabilidad Ofrecida: Tasa de interés garantizada anual fija de 1% sobre el ahorro en UF.

El porcentaje de la tasa de interés de mercado anual para este caso es cero.

Periodicidad: La periodicidad en que se devenga la rentabilidad es diaria. El valor de la cuota se determina diariamente en función de la Tasa de Rentabilidad de acuerdo a la fórmula descrita en el punto siguiente.

Fórmula de Aplicación:

$$VC_t = VC_{t-1} \times (1+1\%)^{1/365}$$

Donde:

VC_{t-1} = Valor de la Cuota en unidades de fomento al día t-1.

VC_t = Valor de la Cuota en unidades de fomento al día t.

ARTÍCULO N°17 RESCATE

Rescates Parciales: A partir del mes subsiguiente al inicio de vigencia de la póliza, el asegurado podrá realizar rescates parciales (menores al 100%) sobre su cuenta de capitalización y ahorro, sin la necesidad de dar de baja la póliza (término de vigencia).

Rescate parcial 100%: A partir del mes subsiguiente al inicio de vigencia de la póliza, el asegurado podrá retirar el monto completo acumulado en la cuenta de capitalización y ahorro a una determinada fecha, sin la necesidad de dar de baja la póliza (término de vigencia).

Rescate Total: En cualquier momento durante la vigencia de la Póliza, el asegurado tendrá el derecho a efectuar el rescate total de la cuenta de Capitalización y Ahorro. Del valor de rescate total se descontará cualquier saldo adeudado por el contratante a la compañía aseguradora. Este tipo de retiro provocará el término de la vigencia del seguro.

Límite de rescates: El asegurado solo podrá efectuar un (1) rescate mensual con un tope de cuatro (4) al año calendario. Esto considera tanto rescates parciales como totales.

Plazo para pago de Rescates: El plazo para el pago de rescates es de 10 días hábiles desde la fecha de firma de la solicitud. Este plazo aplica tanto para rescates parciales como para rescates totales.

Procedimiento para realizar rescates:

Los rescates de la cuenta de capitalización y ahorro podrán ser solicitado a la compañía a través de del sitio web <https://portalservicios.metlife.cl/login/entel> en la ventana "Ahorros", donde tendrás la opción de realizar una solicitud de rescate o revisar el histórico de tus solicitudes. Además, podrá solicitarlo a través de **WhatsApp** al número **+56 9 9808 1155**.

"De acuerdo con la Circular 21 del SII, cuando usted realice un rescate, la compañía podría retener un 15% calculado sobre la diferencia entre el rescate total o parcial y la rentabilidad tributaria. Este impuesto será imputado a su declaración de impuestos del próximo año."

ARTÍCULO N°18 PROCEDIMIENTO DE DENUNCIO DE SINIESTRO

a) Aviso de la Ocurrencia del Siniestro:

Ocurrido un siniestro cubierto por estas condiciones particulares, los beneficiarios deberán dar aviso al correo siniestromasivo@metlife.cl, y **entregar todos los antecedentes que se relacionen con el siniestro dentro de 90 días contados desde la fecha del siniestro**.

Si el plazo aquí estipulado no fuere cumplido, cesará la obligación de la Compañía Aseguradora de pagar la indemnización del seguro, salvo que el Asegurado demuestre fehacientemente que le fue imposible hacerlo debido a fuerza mayor o caso fortuito, en cuyo caso el plazo se contará desde que cese el impedimento que se hubiere demostrado.

b) Antecedentes necesarios para la evaluación del Siniestro:

Los beneficiarios deberán informar tan pronto sea posible de este hecho, o bien dentro del plazo de 60 días corridos, a través de los canales mencionados anteriormente, y deberán presentar los documentos que se mencionan a continuación:

1. Certificado de Defunción del Asegurado, con causa de muerte.
2. Parte policial con el relato de los hechos.
3. Otros antecedentes destinados a probar la coexistencia de todas las circunstancias necesarios para establecer la responsabilidad de la Compañía Aseguradora

Es importante señalar que la Compañía se reserva el derecho de solicitar otros antecedentes adicionales, si así lo estimara conveniente, y que sean fundamentales para la correcta evaluación del siniestro. Se deja expresa constancia que los beneficiarios podrán prestar toda la ayuda

necesaria para que la Compañía obtenga estos antecedentes y de esta forma, se tramite la liquidación en el más breve plazo posible.

c) Pago de la indemnización:

La Compañía tendrá un plazo de 45 días corridos para liquidar el siniestro desde que el asegurado envía todos los antecedentes.

Durante el proceso de liquidación, la Compañía podrá solicitar antecedentes adicionales a fin de evaluar el siniestro denunciado.

A su turno, recibidos los antecedentes adicionales solicitados al Asegurado, o en caso de una resolución positiva por parte de la Compañía, regirá el plazo de 10 días hábiles para proceder con el pago de la indemnización respectiva, si corresponde.

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

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. Una copia del Compendio de Buenas Prácticas Corporativas de las Compañías de Seguros se encuentra a disposición de los interesados en cualquiera de las oficinas de MetLife Chile Seguros de Vida S.A. y en la página web 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 y comuna de Santiago.

ARTÍCULO N°21 CLAUSULA DE MENSAJERÍA

El asegurado autoriza a Entel PCS Telecomunicaciones S.A. y a MetLife Chile Seguros de Vida S.A. para que le envíen información a su domicilio particular y comercial, correo electrónico, teléfono y/o teléfono celular.

ARTÍCULO N°22 SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE Y SELLO SERNAC

Ante cualquier consulta, estará disponible una plataforma de contacto con la Compañía a través de [WhatsApp](#) al número **+56 9 9808 1155**.

En relación a los emails, éstos tendrán un plazo de respuesta de 48 horas como máximo.

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



Andrés Adell Nakashima
Director de Negocios Masivos Chile
MetLife Chile Seguros de Vida S.A

ANEXO I

INFORMACIÓN SOBRE EL DERECHO DE RETRACTACIÓN

Este seguro cuenta con una Garantía de Satisfacción en virtud de la cual se devuelve el total de las primas pagadas en caso de que usted se retracte de su contratación. El plazo para hacer efectiva esta garantía es de 35 días contados desde la **recepción de la póliza**. Este derecho deberá manifestarse a través escribiendo vía [WhatsApp](#) de MetLife Chile Seguros de Vida S.A escribiendo a través del número **+56 9 9808 1155** para este propósito.

ANEXO II

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 atienda público, presencialmente, por correo postal, medios electrónicos, o telefónicamente, sin formalidades, en el horario normal de atención.

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

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

ANEXO III

(Circular N°2106 Comisión para el Mercado Financiero)

PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS

1) OBJETO DE LA LIQUIDACIÓN:

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

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

2) FORMA DE EFECTUAR LA LIQUIDACIÓN:

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

3) DERECHO DE OPOSICION A LA LIQUIDACIÓN DIRECTA:

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

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

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

5) PRE-INFORME DE LIQUIDACIÓN:

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

6) PLAZO DE LIQUIDACIÓN:

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

- a) Sinistros que correspondan a seguros individuales sobre riesgos del Primer Grupo cuya prima anual sea superior a UF 100: **90 días** corridos desde fecha denuncia;
- b) Sinistros marítimos que afecten a los cascos o en caso de Avería Gruesa: **180 días** corridos desde fecha denuncia;

7) PRÓRROGA DEL PLAZO DE LIQUIDACIÓN:

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

8) INFORME FINAL DE LIQUIDACIÓN:

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

9) IMPUGNACION INFORME DE LIQUIDACIÓN:

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

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

ANEXO IV

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 a través de la plataforma de contacto con la Compañía a través de [WhatsApp](#) al número **+56 9 9808 1155**.

ANEXO V

COMISIONES

COMISION POR RECAUDACIÓN: MetLife Chile Seguros de Vida S.A. pagará a Entel PCS Telecomunicaciones S.A., RUT N° 96.806.980-2, por concepto de recaudación de primas, el 20% + IVA, sobre la prima básica recaudada neta de impuestos. No se pagará comisión por las primas que se hayan devuelto al asegurado.

COMISION POR USO DE CANAL: MetLife Chile Seguros de Vida S.A. pagará a Entel PCS Telecomunicaciones S.A., RUT N° 96.806.980-2, por concepto de uso de canal, el 5% + IVA., sobre la prima básica recaudada neta de impuestos. No se pagará comisión por las primas que se hayan devuelto al asegurado.

ANEXO VI

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 para dispositivos iOS y Android.

HORARIOS

- Asesoría virtual 24/7.
- Chat de soporte 24/7.

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.
- Amplia variedad de solicitudes de exámenes preventivos.
- Atención de veterinario con valores preferenciales y muchas más.
- Video-consultas para asesorías legales.
- Licencias médicas de todo tipo.

EVENTOS

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

EXCLUSIONES

- No se entregan recetas médicas retenidas.

CONTACTO

- En caso de necesitar ayuda o requerir más información, escribir al siguiente correo: soporte@mediclic.cl o utilizar chat de soporte en tiempo real, directamente en la página web, en la esquina inferior derecha.

Importante: El convenio TELEMEDICINA 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 IGS, sin participación de MetLife Chile Seguros de Vida S.A.

MetLife Chile Seguros de Vida S.A. en conjunto con Entel PCS Telecomunicaciones S.A. se reservan el derecho de modificar o dejar sin efecto la asistencia, en cualquier momento y sin expresión de causa.

ANEXO VII

BENEFICIO ADICIONAL

Los clientes MetLife podrán acceder a distintos beneficios durante la vigencia del seguro “Fallecimiento Accidental con Ahorro” contratado:

- Salud
- Wellness
- Tiempo Libre

Para poder revisar el detalle cómo hacer uso de ellos debe ingresar al siguiente link:

https://w3.metlife.cl/beneficios_adicionales/

Los beneficios adicionales otorgados en virtud del presente anexo no corresponden a coberturas de seguros, por lo que la responsabilidad en el otorgamiento de los mismos corresponde al respectivo prestador, sin responsabilidad para MetLife Chile Seguros de Vida S.A.

ANEXO VIII

CONVENIOS CLÍNICA INDISA

1. SERVICIOS ADICIONALES ENTREGADOS POR INDISA

Clínica Indisa pone a disposición exclusivos beneficios para los Asegurados de la presente póliza emitida por la compañía de seguros MetLife Chile Seguros de Vida S.A. y se aplicarán según el siguiente detalle:

- 5% descuento en copago de exámenes de laboratorio.
- 5% descuento en copago de exámenes de laboratorio.

Los siguientes servicios adicionales no constitutivos de cobertura.

Condiciones de los Beneficios

Estos beneficios estarán sujetos a que se cumplan todas las condiciones que a continuación se detallan:

- a) Póliza vigente.
- b) Asegurado con sistema previsional Fonasa o Isapre.
- c) Prestaciones bonificadas por el sistema previsional de salud del usuario, a través del sistema IMED (plataforma donde el asegurado registra huella dactilar de forma electrónica, para autorizar copago de la atención de salud).
- d) Que luego de la cobertura por aseguradora (Isapre o Fonasa) opere la cobertura del presente Seguro o póliza.
- e) Que el asegurado presente su cédula de identidad e indique al momento del pago mencione que es asegurado del presente Seguro o póliza.
- f) Estar operativo el sistema Imed.

Importante:

- Los descuentos estarán vigentes desde el primer día hábil del mes siguiente tomando como referencia la fecha de contratación de la póliza (30 días posteriores aprox.).
- Los descuentos antes señalados para cada seguro se calcularán y aplicará al copago, entendiéndose por este la diferencia existente entre el valor de la prestación efectuada, menos lo bonificado por Isapre o Fonasa, y/o seguros complementarios de los que el asegurado sea beneficiario siempre y cuando sea emitido por el sistema Imed.
- Los descuentos señalados en esta cláusula no son acumulables con otras promociones o beneficios que el asegurado pueda tener.
- En caso de no encontrarse operativo el sistema Imed, el cliente no podrá solicitar reembolso por los beneficios mencionados.
- El beneficio tendrá fecha de vigencia hasta el 31/12/2026

Para hacer válidos los descuentos, las prestaciones deben ser otorgadas en:

- **Clínica INDISA Maipú** Av. Américo Vespucio 1077, Maipú
- **Clínica INDISA Providencia** Av. Santa María 1810, Providencia
- **Centro Médico Los Españoles** Los Españoles 1855, Providencia
- **Centro Médico Los Conquistadores** Los Conquistadores 1926, Providencia

Estos servicios 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.

ANEXO IX

BENEFICIO DENTAL EVEREST

Nota: El presente beneficio adicional no constituye cobertura de seguros, siendo responsabilidad exclusiva su otorgamiento por parte de CLINICA EVEREST SPA, RUT 76.038.518-2.

PRIMERO: DESCRIPCIÓN DEL CONVENIO DENTAL

El presente convenio otorga a los asegurados y cargas vigentes del **Seguro Exámenes Médicos**, en adelante "Los usuarios", un beneficio sobre las prestaciones dentales que estos requieran, en un porcentaje de descuento sobre el Arancel Clínica Everest, y que se efectúen únicamente en los centros dentales de Clínica Everest donde éstos se encuentren a nivel nacional, según las condiciones detalladas en el presente documento.

SEGUNDO: DEFINICIONES

1. **Urgencia Dental:** Se entiende por Atención de Urgencia a cualquier situación inesperada y dolorosa que amerita atención odontológica paliativa urgente, las cuales requieren asistencia de un odontólogo en plazo inmediato y que pueden ser tratadas en clínicas Everest.
2. **Insumos Dentales:** todos los materiales o sustancias empleados en la atención dental.
3. **Laboratorio Dental:** toda prestación que involucre un trabajo de laboratorio, el cual es externo a los servicios prestados por Clínica Everest.
4. **Solución de dolor:** primera atención que se da para solucionar la urgencia dental, con medidas paliativas para la solución del síntoma causante de dolor.

TERCERO: VIGENCIA

Los usuarios, podrán hacer uso de los beneficios contenidos en el presente convenio solo **a contar del décimo día del mes siguiente a la fecha de contratación del seguro**, siempre y cuando a dicha fecha éste se encuentre vigente, supeditado siempre a la vigencia de la póliza a la que accede. Pese a lo anterior, Clínica Everest podrá en cualquier momento modificar los términos del presente convenio de beneficios, reemplazarlo o dejarlo sin efecto, sin necesidad de notificación previa.

CUARTO: DESCUENTOS

Los descuentos serán aplicables respecto a prestaciones dentales detalladas en este artículo, que se generen dentro del periodo de vigencia de la Póliza y de este acuerdo y que los gastos hayan sido incurridos en los centros dentales de Clínica Everest.

A. DESCUENTOS SEGÚN ESPECIALIDAD DENTAL:

Los siguientes descuentos aplican en prestaciones dentales sobre el Arancel Everest Dental:

ESPECIALIDAD	% Descuento en Prestaciones Dentales sobre Arancel
Diagnóstico Inicial + Rx (Panorámica)	Sin costo
Prestaciones Frecuentes	62% Dcto (Sin Tope)
Implantología	60% Dcto (Sin Tope)
Ortodoncia	
Rehabilitación	
Cirugía	
Odontología General	
Blanqueamiento / Estética	
Endodoncia	
Imagenología	
Odontopediatría	
Periodoncia	
Pack Higiene	UF 0,80 (\$29.990)
Llamada Bienvenida	Sin Costo
Valor Cápita Mes x Asegurado (Exento IVA)	\$0

Restauraciones anteriores simple, posterior simple y cervical con o sin cavidad, exodoncias simples y sellantes

La higiene incluye un Detartraje, Supragingival y Profilaxis, realizado por un Odontólogo y consiste en una limpieza que remueve el sarro que se acumula sobre los dientes. En caso de que el beneficiario presente Enfermedad Periodontal, no podrá acceder al tratamiento Limpieza Dental y deberá realizarse tratamiento periodontal previo.

Los descuentos indicados precedentemente NO son acumulables con otros convenios, promociones y/o ofertas existentes al momento de la atención.

Adicionalmente, se excluyen del descuento los laboratorios, insumos y pabellón.

B. REAJUSTABILIDAD DEL ARANCEL DENTAL:

Los valores de descuentos serán aplicados sobre el Arancel Everest Dental vigente al momento de la emisión del Presupuesto. Dicho arancel será reajustado anualmente por Clínica Everest, y según condiciones de mercado y/o IPC, sin responsabilidad alguna para la Compañía de Seguros.

QUINTO: FUNCIONAMIENTO

Para hacer uso de los descuentos contenidos en el presente convenio, el usuario deberá estar vigente en la póliza respectiva y vigente en la base de datos de Clínica Everest.

Los descuentos dentales serán otorgados cuando el usuario cumpla con las siguientes condiciones:

- a) Solicitud de hora a través de los distintos medios habilitados por Clínica Everest y dentro de los horarios de atención definidos para cada centro dental.
- b) El usuario deberá identificarse con su cédula de identidad y nombrar el convenio.
- c) En caso de urgencia, deberá acudir al centro dental más cercano e identificarse con su cédula de identidad y nombrar el Beneficiarios **Entel – MetLife**.

SEXTO: PRESTACIONES NO CONTEMPLADAS

Las siguientes prestaciones no tendrán cobertura, siendo del costo total y pago directo del paciente:

- Laboratorio Dental.
- Insumos Dentales.
- Pabellón.
- Prestaciones que no pertenezcan al Arancel Everest Dental.
- Prestaciones dentales que se realicen en prestadores dentales distintos a Clínica Everest.

Estos servicios 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.