**PROPUESTA SALUD COMPLEMENTARIO FULL 50%**

**IMPORTANTE**

Con el fin que siempre te mantengas informado, es importante que conozcas los siguientes conceptos:

1. CONTRATANTE: Quién suscribe el este contrato con el Asegurador y asume las obligaciones que se deriven del mismo, excepto las que por disposiciones de este contrato o su naturaleza deben ser cumplidas por el Asegurado, que podrá ser una persona natural o jurídica dependiendo si la póliza se ha contratado de manera individual o colectiva. Tratándose de la contratación individual, el contratante podrá ser una persona diferente al asegurado titular, lo que deberá quedar especificado en las Condiciones Particulares.

2. ASEGURADO: Aquel a quien afecta el riesgo que se transfiere al asegurador. Se consideran asegurados de esta póliza a las personas que, habiendo solicitado su incorporación a la póliza y cumpliendo con los requisitos de asegurabilidad establecidos en las Condiciones Particulares, hayan sido aceptados por la compañía de seguros y se encuentren incluidos en las Condiciones Particulares de la póliza. Para los efectos de esta póliza se distinguen las siguientes categorías de asegurados:

    a. Asegurado titular: Aquel a quien afecta el riesgo que se transfiere al asegurador. Se considera asegurado titular para los efectos de este seguro a la persona que habiendo solicitado su incorporación a la póliza y cumpliendo con los requisitos de asegurabilidad establecidos en las Condiciones Particulares, hayan sido aceptados por la compañía de seguros y se encuentren incluidos en las Condiciones Particulares de la póliza. Asegurado Dependiente: Podrán ser parte de esta categoría aquellas personas que tengan alguno de los siguientes vínculos con un asegurado titular:
        i. Cónyuge o conviviente civil
        ii. Los hijos mayores de catorce (14) días de edad que sean solteros y que además cumplan uno de los siguientes requisitos:
            1. Ser menor de dieciocho (18) años de edad;
            2. Ser mayor de dieciocho (18) y menor de veinticuatro (24) años de edad y estudiantes regulares en un establecimiento educacional reconocido oficialmente por el Ministerio de Educación y que dependan económicamente de sus padres. Los hijos menores de quince (15) días de edad estarán cubiertos por la póliza desde su nacimiento sólo si se ha contratado el Beneficio de Maternidad y siempre y cuando el parto haya sido cubierto por esta póliza;
        iii. Otras personas dependientes del asegurado titular o de su cónyuge que se establezcan en las Condiciones Particulares de la póliza.

    Las referencias en esta póliza al asegurado, sin especificar si se trata de un asegurado titular o dependiente, se entenderán que se refieren a los asegurados titulares y asegurados dependientes, indistintamente.

3. INCAPACIDAD: Toda enfermedad o dolencia y, además, toda lesión corporal sufrida como resultado de un accidente, que afecte al organismo de un asegurado y que requiera tratamiento médico. Todas las lesiones sufridas por una persona en un mismo accidente, se consideran como una sola incapacidad. Todas las incapacidades que existan simultáneamente debidas a la misma causa o a otras relacionadas entre sí, serán consideradas como una misma incapacidad.

4. ENFERMEDAD: El conjunto de alteraciones morfológicas, estructurales o funcionales en un organismo debido a causas internas o externas que amerite tratamiento médico o quirúrgico. No se considera como enfermedad las afecciones corporales auto infringidas intencionalmente por el asegurado, excepto cuando el asegurado sea menor de catorce (14) años de edad al momento del diagnóstico.

   Las alteraciones o enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas en el numeral precedente, de su tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se consideran como una misma enfermedad.

5. ACCIDENTE: Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del asegurado ocasionándole una o más lesiones físicas.

6. ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC): Es el índice que relaciona el peso y estatura de una persona y mediante el cual se determina la condición de bajo peso, peso normal, sobrepeso, obesidad y corresponde al cuociente entre el peso expresado en kilos y la estatura en metros elevado al cuadrado.

7. SITUACIÓN, DOLENCIA O ENFERMEDAD PREEXISTENTE: aquellas enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata en su favor.

8. EVENTO: todo diagnostico por enfermedad o accidente y sus complicaciones directas o a consecuencia del mismo.

9. MÉDICO: Toda persona habilitada y autorizada legalmente para practicar la medicina humana y calificada para efectuar el tratamiento requerido, según el artículo 112 del Código Sanitario.

10. HOSPITAL: Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento médico de personas enfermas o lesionadas, que proporcionen asistencia de enfermeras las 24 horas y que cuenten con instalaciones y facilidades para efectuar diagnósticos. En ningún caso se interpretará que incluye a un hotel, terma, asilo, sanatorio particular, casa para convalecientes o un lugar usado principalmente para la internación o tratamiento de enfermos mentales, adictos a drogas o alcohólicos, con excepción del

beneficio de salud mental, en los que estos recintos se entenderán incluidos en la definición de hospital.

11. HOSPITALIZACIÓN: Se entenderá que una persona se encuentra hospitalizada cuando está registrada como paciente de un hospital, en los términos definidos por la presente póliza, por prescripción médica, utilizando el servicio de habitación y atención general de enfermería.

12. CIRUGÍA AMBULATORIA: Es aquella cirugía que requiera el asegurado si sufriera alguna incapacidad como consecuencia de un accidente o enfermedad, sin requerir ser hospitalizado.

13. GASTOS AMBULATORIOS: Son los gastos médicos incurridos por el asegurado a causa del tratamiento de una incapacidad que no requiere de su hospitalización, esto aun cuando el tratamiento se haya efectuado en un hospital.

14. GASTOS MÉDICOS RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS: Es el monto que habitualmente se cobra por prestaciones de carácter similar en la localidad donde éstas son efectuadas a personas del mismo sexo y edad, considerando además que sean las prestaciones que generalmente se suministran para el tratamiento de la incapacidad; la característica y nivel de los tratamientos y servicios otorgados; el prestigio, experiencia y nivel de las personas encargadas de la atención.

15. DEDUCIBLE: La estipulación por la que el asegurador y asegurado acuerdan en que éste último soportará a todo evento hasta el monto de la pérdida que se hubiere pactado. Tratándose del presente seguro, el deducible corresponde al monto de los gastos médicos cubiertos por este seguro que serán siempre de cargo del asegurado o contratante, y cuyo monto, forma y período de acumulación se establece en las Condiciones Particulares de la póliza, pudiéndose establecer un deducible por asegurado, grupo familiar, u otro grupo de asegurados, así como también para cada una de las coberturas contratadas, prestaciones o grupos de prestaciones cubiertas, o prestadores médicos.

16. PERÍODO DE ACUMULACIÓN: Es el período de tiempo que se considera para contabilizar el monto del deducible y el monto máximo de reembolso, el cual deberá estar especificado en las Condiciones Particulares de la póliza.

17. DEDUCIBLE POR SOLICITUD DE REEMBOLSO: Corresponde al monto de cada solicitud de reembolso de gasto médico que será de cargo del asegurado y cuyo monto se deberá indicar en las Condiciones Particulares de la póliza. Este deducible por solicitud de reembolso sólo se aplicará una vez que el asegurado haya acumulado el monto total del deducible definido en el numeral 15) del presente artículo.

18. 18) MEDICAMENTO: Para efectos de esta póliza se entenderá por medicamento un fármaco, principio activo o conjunto de ambos, integrado en una forma farmacéutica alópata y

destinado para su utilización en las personas, formulado con propiedades para tratar, aliviar o curar una incapacidad, registrado como tal en el Instituto de Salud Pública y recetado por un médico.

No se considera medicamento aquellas sustancias indicadas para el reemplazo de alimentos, con propósito de cosmética o de higiene, ni aquel que sea catalogado como producto de tratamiento experimental, homeopatía, natural o alternativo.

19. SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTO MÉDICO: Corresponde a la petición de reembolso de gastos médicos por parte del asegurado mediante la entrega del formulario proporcionado por la Compañía Aseguradora. La solicitud de reembolso de gasto médico podrá comprender uno o varios gastos médicos incurridos por el asegurado.

20. INSUMOS: Para los efectos de esta póliza, son aquellos elementos utilizados para los procedimientos de diagnóstico o terapéutico, correspondiendo a todos aquellos inherentes o necesarios para el tratamiento médico. No se consideran dentro de esta definición: termómetros, productos de higiene personal, vendas elásticas si la cirugía no es de extremidades, fajas abdominales, medicamentos dermo-cosméticos en general, cortes de pelo, postura de aros, depilaciones, llamadas telefónicas, publicaciones de avisos en el diario, gastos del o los acompañantes, etc.

21. CIRUGÍA: Parte de la medicina que tiene por objeto curar una incapacidad por medio de la ejecución sobre el cuerpo humano, con ayuda de instrumentos adecuados, de diversos actos curativos, como extirpar, amputar, implantar, corregir, coser, etc., órganos, miembros o tejidos.

22. PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO O TERAPÉUTICOS: Aquellos procedimientos efectuados o supervisados directamente por un médico cirujano para identificar o tratar una incapacidad.

23. COMPLICACIONES DEL EMBARAZO: Corresponden a todas aquellas enfermedades o dolencias que estén directamente relacionadas o sean consecuencia directa del embarazo y cuya presencia u ocurrencia afecte gravemente el desarrollo normal de éste. Se considerarán bajo esta definición las siguientes enfermedades o dolencias: colestasia intrahepática del embarazo, placenta previa, placenta creta, preclampsia, eclampsia, hipertensión del embarazo, diabetes gestacional, incompetencia cervical, distosia del embarazo, infección huevo ovular, rotura prematura de membranas y amenaza de parto prematuro sin que haya terminado en parto, embarazo ectópico, entre otras.

24. COMPLICACIONES DEL PARTO: Corresponden a todas aquellas enfermedades o dolencias que estén directamente relacionadas o sean consecuencia directa del parto, tales como mala presentación del feto, desajustes del parto, corioamniontitis y endometritis, entre otras.

25. Sistema o régimen de prestaciones de salud: Los sistemas de salud público y privado actualmente regulados en el DFL N° 1 de 23 de septiembre de 2005, publicado el 24 de abril de 2006, que contempla y regula el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES). La existencia de este régimen de salud es esencial a los riesgos suscritos en este contrato.

EL ASEGURADO DECLARA:

1. Que está conforme con los términos del seguro propuesto.

2. Que ha recibido la información necesaria, clara y suficiente para garantizar su consentimiento efectivo de las condiciones básicas de la cobertura, y por consiguiente está conforme con la asesoría que ha recibido.

3. Que SEGUROS FALABELLA CORREDORES LTDA. y 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.

4. Que la propuesta contiene toda la información suficiente para garantizar el consentimiento efectivo del asegurado respecto de las condiciones básicas de cobertura, y con ello, toda la información que el asegurador requiera para evaluar la extensión y condiciones de admisibilidad del riesgo, incluyendo, las declaraciones necesarias para la evaluación del riesgo, cobertura ofrecida o solicitada, exclusiones, costos y gastos del seguro.

5. Que antes de la celebración del contrato, se han desplegado en pantalla o se han informado telefónicamente durante la venta las condiciones particulares y generales de la póliza, con sus respectivos códigos de depósito en la Comisión para el mercado financiero, de forma tal que permite su adecuada impresión (este sitio tiene un link con la página oficial de la CMF que le permite verificar que los códigos de estas pólizas corresponden a los textos oficiales registrados en la comisión para el mercado financiero ("CMF").

6. Que toda la información señalada se le ha comunicado de manera clara y comprensible ajustándose estrictamente a las condiciones de los seguros ofrecidos, evitando inducirlo a error o confusión para su aceptación o celebración y facilitando la cabal compresión de la cobertura que está siendo ofrecida o contratada.

7. Que ha podido manifestar su consentimiento a la celebración de este seguro, en los términos acordados en el sitio web www.segurosfalabella.cl o se han informado telefónicamente durante la venta, a través de los mecanismos que éste contemple y que se indican en los términos y condiciones de uso del sitio, que ha podido imprimir y almacenar y que acepta. La contratación de estos seguros es de carácter voluntario. usted puede retractarse si la contratación la efectuó por un medio a distancia. además, usted puede terminar los seguros voluntarios anticipadamente en cualquier momento, independiente del medio utilizado para su contratación

**NOTAS DE RE-IMPRESIÓN**

Esta re-impresión menciona las condiciones de la póliza para asegurados con vigencia a partir de la fecha de hoy. Infórmese sobre las condiciones de su seguro al momento en que éste comenzó a regir particularmente para usted. Las presentes condiciones particulares forman parte integrante de la póliza de seguros colectivos y junto con la propuesta, grabación telefónica o declaración se rigen por las condiciones generales depositadas en la CMF, bajo el código POL 3 2023 0461. Usted puede revisar este texto en el código de pólizas de www.cmfchile.cl .En ella encontrará copia de las condiciones generales y particulares, que sin perjuicio de lo anterior, están disponibles en las oficinas de Seguros Falabella Corredores Ltda., y pueden ser solicitadas también a la Compañía de Seguros METLIFE CHILE SEGUROS DE VIDA S.A

**COMISIONES**

A partir de primero de enero de 2023 todas las comisiones estarán afectas a IVA.

COMISIÓN DEL CORREDOR: 3% + IVA

SERVICIO DE ADMINISTRACIÓN DE BASE DE DATOS: 23% + IVA

Comisión del corredor: A FAVOR DE SEGUROS FALABELLA CORREDORES LTDA.

Servicio de administración de base de datos: A FAVOR DE SERVICIOS E INVERSIONES FALABELLA LTDA.

Se establece expresamente que, conforme al artículo 517 de Código de Comercio, el asegurador podrá modificar las condiciones del seguro, las cuales sólo podrán realizarse previa comunicación al asegurado.

De todas formas, las modificaciones sólo comenzarán a regir a contar de la siguiente renovación del contrato.

Recibida la comunicación, el asegurado podrá renunciar al contrato mediante comunicación escrita dirigida al asegurador, dentro de los diez (10) días siguientes de recibida la comunicación, siéndole restituida la prima que se hubiera abonado desde la modificación.

**OBLIGACIONES DEL ASEGURADO**

1. Pago de primas: Es obligación del asegurado pagar la prima convenida, según las condiciones establecidas en las Condiciones Particulares del seguro.

2. Declaraciones: La veracidad de las declaraciones hechas por el asegurado en la solicitud de seguro, en sus documentos accesorios y/o complementarios y en el reconocimiento médico, cuando éste corresponda, constituye condición de validez de este contrato de seguro.

**ASEGURADOS**

Serán asegurables bajo esta cobertura los Clientes del Grupo Falabella, su cónyuge o pareja e hijos menores de 24 años de edad, sean estos en común o de sólo uno de ellos, y siempre que cumplan con los requisitos de asegurabilidad descritos en estas Condiciones Particulares.

El asegurado titular es la persona que habiendo solicitado la contratación de la póliza, ha sido aceptada por la compañía. 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 o pareja y los hijos, tendrán la calidad de asegurados dependientes.

Los asegurables tendrán la calidad de asegurados de la póliza, sólo cuando la Compañía Aseguradora apruebe la Solicitud de Incorporación y acepte su incorporación al seguro, sin perjuicio de poder establecer restricciones o limitaciones especiales de cobertura.

**CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD**

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

i) Estar afiliado a un sistema de salud previsional (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.

iii) Pagar la prima convenida.

Este seguro opera en exceso del Sistema de Salud Previsional (Isapre o Fonasa)

Si el aporte de Isapre o Fonasa es menor al 50%, el reembolso de la Compañía será sobre el 50% del costo directo de la prestación, monto sobre el cual se aplicarán los porcentajes, topes y deducibles del plan contratado.

Se entiende como costo directo el costo de la prestación, antes de que opere el sistema de salud del asegurado (Isapre o Fonasa)

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 de cualquiera de ellos.

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

- Cristales, marcos y lentes de contacto.
- Prótesis y Órtesis.
- Cirugía Ocular Lasik para miopía, astigmatismo, hipermetropía y otras enfermedades oculares.
- Cirugía por Obesidad

1. 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.

2. 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.

3. 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.

4. 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.

5. Es condición necesaria para la contratación de este seguro encontrarse afiliado a ISAPRE o FONASA.
   <u>Tabla de edades para el ingreso y permanencia al seguro</u>

| **Asegurados** | **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, pareja, conviviente civil | 18 años de edad | 59 años y 364 días | 64 años y 364 días |
| Hijos y Nietos | 14 días (**) | 22 años 364 días | 23 años y 364 días |

(*) Los menores de 18 años podrán ser Asegurados Titulares siempre y cuando la compañía aseguradora apruebe la Solicitud de Incorporación y Declaración Personal de Salud (DPS) y acepte la incorporación al Seguro. Esto, siempre y cuando el pagador de la póliza tenga un vínculo de

parentesco o relación según lo que indica el Articulo correspondiente de las Condiciones Particulares de la póliza, y la solicitud sea efectuada por quien sea su representante legal.

(**) Los recién nacidos podrán ingresar al Seguro Complementario bajo las siguientes condiciones:

| Periodo de Vigencia de la madre en la póliza | Inscripción del Hijo | | Suscripción y Evaluación | |
|---|---|---|---|---|
| | **Desde** | **Hasta** | **Carencia** | **DPS** |
| | Desde 7 meses de gestación | Nacimiento | No | No |
| Mayor o igual a 12 meses | Después de 14 días de nacido | En adelante | No | Si |
| Menor a 12 meses | Día 14 de nacido | En adelante | No | Si |

(***) Siempre que la póliza colectiva se encuentre vigente y al día con el pago de las primas correspondientes al Seguro Complementario.

**Beneficios especiales**

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

**CARENCIA**

Esta cobertura no tiene carencia.

**COBERTURAS**

La compañía de seguros, conviene en reembolsar al(los) asegurado(s), los gastos médicos en que éste(os) haya(n) incurrido, en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional, y sólo en la medida que el asegurado se encuentre adscrito a ISAPRE o FONASA.

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

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

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

## Definición de Evento:

Todo diagnostico por enfermedad o accidente y sus complicaciones directas o a consecuencia del mismo.

a) Tope por Evento

Se establece para efectos de la aplicación de los cuadros de cobertura, un tope de UF 50 (cincuenta unidades de fomento) por evento con el límite del capital asegurado. El tope es combinado, vale decir considera todos los gastos derivados de un mismo evento.

b) Cuadro de Coberturas Salud Complementario Plan 1 – Tope 50% de Reembolso

### Gastos Ambulatorios

| Prestaciones | Porcentaje de Reembolso (%) | Tope Por Prestación | Tope Máximo Anual por Beneficiario |
|---|---|---|---|
| Consulta Médica | 50% | UF 1 | Tope Combinado |
| Cirugía Ambulatoria | 50% | - | Tope Combinado |
| Exámenes Imagenología Amb | 50% | - | Tope Combinado |
| Exámenes Laboratorio Amb. | 50% | - | Tope Combinado |
| Exámenes Imagen Amb.Alto Costo | 50% | - | Tope Combinado |
| Procedimientos de Diagnóstico | 50% | - | Tope Combinado |
| Procedimientos Quirúrgicos | 50% | - | Tope Combinado |

### Gastos Hospitalarios

| Prestaciones | Porcentaje de Reembolso (%) | Tope Por Prestación | Tope Máximo Anual por Beneficiario |
|---|---|---|---|
| Día Cama Medicina | 50% | UF 3 diario | Tope Combinado |
| Servicios Hospitalarios | 50% | - | Tope Combinado |
| Honorarios Médicos | 50% | - | Tope Combinado |
| Ambulancia Terrestre | 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.

Nota: Se establece para efectos de Gastos Hospitalarios del cuadro de cobertura, un tope de UF 10 (diez unidades de fomento) por evento de la prestación "Ambulancia Terrestre" con el límite del capital asegurado.

## Maternidad

| Prestaciones | Porcentaje de Reembolso (%) | Tope Por Prestación | Tope Máximo Anual por Beneficiario |
|---|---|---|---|
| Parto Normal | 50% | UF 20 | Tope Combinado |
| Cesárea | 50% | UF 30 | Tope Combinado |
| Aborto no Provocado | 50% | UF 10 | Tope Combinado |

Nota: Para que el asegurado titular o cónyuge asegurado 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 | Porcentaje de Reembolso (%) | Tope Por Prestación | Tope Máximo Anual por Beneficiario |
|---|---|---|---|
| Consultas (psiquiatría/psicología) | 50% | UF 0,8 | UF 8 |

Nota: El reembolso de la prestación Salud Mental no se efectúa por medio de I-MED.

## Beneficios Adicionales

| Prestaciones | Porcentaje de Reembolso (%) | Tope Por Prestación | Tope Máximo Anual por Beneficiario |
|---|---|---|---|
| Cristales, Marcos y Lentes de Contacto | 50% | - | UF 3 |
| Prótesis y Órtesis | 50% | - | UF 20 |
| Cirugía Láser Ocular | 50% | - | UF 10 |
| Cirugía por Obesidad | 50% | UF 10 | UF 10 |

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

## Cobertura a través de IMED

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

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

**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 en encuentre adherido el o los afiliados del grupo 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 grupo de asegurados 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.

**PLAN Y PRIMA BRUTA MENSUAL**

Cuadro de Primas Salud Complementario Plan 1 – Tope 50% de Reembolso

La prima mensual y vencida por la cobertura del asegurado, para el tramo expresada en UF (Unidades de Fomento) es la siguiente:

| | **Prima Neta anual UF** | **IVA anual** | **Prima Bruta Anual** | **Prima bruta mensual** |
|---|---|---|---|---|
| Solo Titular | 7,08 | 1,345 | 8,425 | 0,702 |
| Titular +1 | 12,72 | 2,417 | 15,137 | 1,261 |
| Titular +2 | 18,48 | 3,511 | 21,991 | 1,832 |
| Titular +3 | 23,64 | 4,492 | 28,132 | 2,343 |

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

**MONTO MÁXIMO DE REEMBOLSO Y DEDUCIBLE**

| **Plan** | **Capital Asegurado** | **Deducible Asegurado** | **Tope por evento** |
|---|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| Plan 1 | UF 200 | UF 0,5 | UF 50 |

Tanto los topes máximos anuales como el deducible son por asegurado.

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 el cuadro de Coberturas de Salud y en las condiciones de cobertura de este seguro del presente instrumento, según plan contratado.

El periodo de acumulación del deducible es anual, dentro de la vigencia anual de la póliza.

**FORMA DE PAGO DE PRIMA**

El importe de las primas será cargado automáticamente en el estado de cuenta del Titular de la Tarjeta CMR Falabella o a través de PAC o PAT o Efectivo y el monto a pagar será de acuerdo al valor del plan contratado.

Si el pago de la prima se efectúa a través de la Tarjeta CMR Falabella, y ésta fuera CERRADA o REEMPLAZADA el Asegurado deberá dar aviso por escrito a Seguros Falabella Corredores Ltda. o a la Compañía Aseguradora, en un plazo no mayor de 30 días.

La periodicidad del pago será mensual y la fecha será la que tenga como fecha de pago la Tarjeta CMR Falabella, correspondiente al titular de la misma que hubiere contratado la presente póliza.

Para los cargos PAC o PAT y el pago mensual en efectivo, la fecha de cargo será la estipulada al momento de la contratación del seguro.

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

Para el pago de la prima se concede un plazo de gracia, que será de sesenta (60) días, contado a partir del primer día del mes de cobertura no pagado, 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 total vencida y no pagada.

La falta de pago de la prima una vez transcurrido el periodo de gracia, producirá la terminación de la cobertura de un asegurado a la expiración del plazo de 15 días contado desde el envío de la carta o correo electrónico, según corresponda, que, con ese objeto, dirija el asegurador al asegurado.

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

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

**PAGO DE BENEFICIOS**

Efectuado un gasto médico reembolsable en virtud de la presente póliza, el asegurado deberá informarlo a la compañía de seguros, directamente o a través del contratante, dentro de un plazo de setenta (70) días contados desde la fecha de emisión del documento que da cuenta del gasto médico de cargo del asegurado cuyo reembolso se solicita a través del portal de clientes de MetLife en la siguiente ruta **portaldeclientes.metlife.cl**. Con todo, en caso de no renovación de la póliza el plazo de aviso de siniestro no podrá ser superior a treinta (30) días contados desde la fecha de término de la vigencia de la póliza.

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.

<u>Antecedentes para la liquidación de reembolsos médicos</u>

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

a) Formulario de Reembolso de Gastos Médicos proporcionado por la Compañía Aseguradora, debidamente llenando.

b) Informe Médico Tratante llenado de manera completa.

c) Bonos y/o reembolsos originales emitidos por la institución de salud, ya sea Isapre o Fonasa.

d) 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 original, con timbre “No Bonificable” otorgado por la institución de salud.

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 Nº 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 N°I relativo a Procedimiento de Liquidación de Siniestros.

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.

**VIGENCIA DE LA COBERTURA**

La presente póliza colectiva tendrá una vigencia de un (1) año, comenzando a las 00:00 horas del día 1 de noviembre de 2023 y terminando a las 24:00 horas del día 31 de octubre de 2024.

Para los efectos de la renovación de la póliza, la compañía de seguros deberá enviar al contratante las condiciones de coberturas y primas para el nuevo período de vigencia con una anticipación de al menos treinta (30) días a la fecha de término de la vigencia. Si la compañía aseguradora no enviase al contratante de la póliza las condiciones de renovación con la anticipación señalada, se entenderá renovada la póliza en las mismas condiciones vigentes, sólo por el número de días que la compañía aseguradora se hubiere retardado en el envío de las condiciones de renovación.

Se entenderá renovada la póliza por un nuevo período de igual duración, si ninguna de las partes avisase a la otra de su decisión de no renovar con una anticipación de a lo menos 30 días, a la fecha de término de cada período mediante una carta certificada a la dirección de la otra parte involucrada.

No obstante lo anterior, tanto el Contratante como MetLife Chile Seguros de Vida S.A. podrán ponerle termino anticipado a la presente póliza, previa notificación por escrito a la otra parte con a lo menos 30 días de anticipación.

**Vigencia de la cobertura individual**

La vigencia individual del asegurado en la póliza comenzará transcurridos 10 días corridos, contados desde la fecha en que el Asegurado haya firmado la Propuesta de Seguro siempre que la compañía aseguradora haya aceptado el riesgo propuesto. La cobertura individual se mantendrá vigente mientras sea pagada la prima mensual siempre y cuando la póliza colectiva que da origen a estas condiciones particulares se encuentre vigente.

No obstante lo anterior, tanto el Asegurado como MetLife Chile Seguros de Vida S.A. podrán ponerle término anticipado a la presente póliza, previa notificación por escrito a la otra parte con a lo menos 30 días de anticipación.

Terminación Anticipada de la Cobertura Individual

Encontrándose la póliza colectiva vigente, la cobertura individual terminará anticipadamente respecto de un asegurado en particular en las siguientes circunstancias:

- A partir de la fecha en que el asegurado titular cum¬pla sesenta y cinco (65) años de edad.
- A partir de la fecha en que el cónyuge asegurado cumpla sesenta y cinco (65) años de edad.
- A partir de la fecha en que el hijo cumpla los veinticuatro (24) años de edad.
- Fallecimiento del asegurado titular, oportunidad en la que también terminarán las coberturas individuales de los asegurados dependientes de él.
- La falta de pago de la prima una vez transcurrido el periodo de gracia, 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.
- Cuando el asegurado titular hubiere omitido, retenido o falseado información en cualquiera de las declaraciones efectuadas a la compañía de seguros sobre sí o sus dependientes o cuando presentare reclamaciones fraudulentas, o engañosas, o apoyadas en declaraciones falsas.

En todos estos casos, cesará toda responsabilidad de la compañía de seguros y, a contar de la fecha de término, ésta no tendrá obligación alguna respecto de los riesgos acaecidos al asegurado respecto del cual ha terminado anticipadamente su cobertura individual. Del mismo modo, en tales casos y a contar de la misma fecha, cesará toda responsabilidad de la compañía de seguros respecto de los riesgos que amparaba esta póliza a los dependientes del asegurado titular cuya cobertura individual ha terminado.

**EXCLUSIONES**

La presente póliza no cubre 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.

i. Se establece además de forma expresa, que no se otorgará cobertura alguna a las Enfermedades, Dolencias o Situaciones de Salud Preexistentes, es decir, aquellas diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata a su favor, antes de la contratación del seguro.

ii. Se excluyen expresamente los gastos dermocosméticos, tanto ambulatorios como hospitalarios y que no incorporen un principio activo.

iii. Se excluyen las coberturas de parto normal, cesárea, aborto involuntario, complicaciones del embarazo y complicaciones en el parto, cuando la fecha probable de inicio del embarazo haya ocurrido con fecha anterior a la vigencia del seguro. Para los efectos de la cobertura de esta póliza, la fecha probable de inicio del embarazo será aquella que se determine en base al informe del examen de imagenología obstétrico practicado a la asegurada.

iv. El seguro tampoco cubrirá ninguna prestación o gasto que se origine por los siguientes motivos:

a. Efectos de guerra, declarada o no declarada, invasión, acción de un enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas, ya sea con o sin declaración de guerra.

b. Epidemias y Pandemias declaradas por la autoridad competente.

c. Tratamientos por adicción a las drogas, alcoholismo o tabaquismo.

d. 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.

e. Tratamientos de fertilidad e infertilidad y esterilidad.

f. Hospitalizaciones domiciliarias y prestación de servicios de enfermería, fuera de un recinto hospitalario, así como hospitalizaciones para fines de reposo o a causa de enfermedades psiquiátricas y/o psicológicas.

g. Cirugía por obesidad u otras similares, consecuencias y complicaciones excepto cuando el índice de masa corporal (IMC) sea mayor a cuarenta (40).

g. 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 solo las exclusiones establecidas en dicho condicionado particular la cual se rige bajo las Condiciones Generales registradas en el Depósito de Pólizas de la Comisión para el Mercado Financiero bajo el código POL 3 2023 0461.

**TERMINACIÓN ANTICIPADA POR NO PAGO DE PRIMA**

La Compañía podrá en el evento de mora o simple retardo en el pago de todo o parte de la prima, dar termino al contrato, previo envío de comunicación al asegurado. La resolución del contrato operará al vencimiento del plazo de quince días corridos, contados desde la fecha de envío de la comunicación, a menos que antes de producirse el vencimiento de ese plazo, sea pagada toda la parte de la prima, que estén atrasados, incluidos los correspondientes para el caso de mora o simple retardo. Si el vencimiento del plazo de quince días recién señalado recayera en día sábado, domingo o festivo, se entenderá para el primer día hábil inmediatamente siguiente que no sea sábado. (Ref. Artículo 528, Código de Comercio)

**TERMINO ANTICIPADO DEL SEGURO**

El asegurado podrá poner término al seguro en cualquier momento mediante comunicación al asegurador o Seguros Falabella en cuyo caso tendrá derecho sólo a la proporción de la prima contratada que comprende al período efectivamente no cubierto por el seguro. El Asegurador, podrá poner término al contrato en caso de concurrir una cualquiera de las causales establecidas en las condiciones generales del seguro, previo envío de comunicación al domicilio o correo electrónico del asegurado. Este aviso deberá enviarse al menos 60 días de antes de la fecha de terminación.

**DERECHO A RETRACTO**

El Asegurado o Contratante, según corresponda, tendrá la facultad de retractarse de este seguro, sin expresión de causa ni cargo alguno, en el plazo de treinta y cinco (35) días contados desde que reciba la póliza, siempre que no haya hecho uso del seguro, teniendo el derecho a la devolución de la prima que hubiere pagado. Este derecho deberá manifestarse por escrito en cualquier sucursal de Falabella o telefónicamente llamando al 600-3901000.

Si la retractación se produce con posterioridad al pago de la prima respectiva, deberá restituirse su importe íntegro al interesado, con independencia del medio de pago respectivo y dentro de los 10 días hábiles siguientes a la recepción del documento en la Compañía.

**NOTA DE AUTORREGULACIÓN**

La compañía de seguros METLIFE CHILE SEGUROS DE VIDA S.A. se encuentra adherida voluntariamente al Código de Autorregulación y al Compendio de Buenas Prácticas de las

Compañías de Seguros, cuyo propósito es propender al desarrollo del mercado de los seguros, en consonancia con los principios de libre competencia y buena fe que debe existir entre las empresas, y entre éstas y sus clientes.

Copia del Compendio de Buenas Prácticas Corporativas de las Compañías de Seguros se encuentra a disposición de los interesados en cualquiera de las oficinas de METLIFE CHILE SEGUROS DE VIDA S.A. y en www.aach.cl. Asimismo, 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 METLIFE CHILE SEGUROS DE VIDA S.A. o a través de la página www.ddachile.cl.

**NOTA DE AUTORREGULACIÓN COMITÉ DE RETAIL FINANCIERO**

Seguros Falabella Corredores Limitada. Se encuentra adherida voluntariamente al grupo retail seguros y sujeta a su acuerdo de autorregulación publicado en dicha página web, cuyo propósito es mejorar el estándar de calidad en la promoción, venta y atención de seguros en el retail.

**AUTORIZACIÓN DE DATOS PERSONALES**

Para Seguros Falabella Corredores, ofrecerte una experiencia de compra que se acomode a tus intereses y necesidades particulares, simplificándote la contratación y ejecución de los productos y servicios del ecosistema de Falabella que sean relevantes para ti y que forman parte de nuestra oferta de valor, es tan importante como cuidar los datos personales que requerimos tratar para ello.

Esto significa que trataremos tus datos personales para gestionar y ejecutar el o los contratos que celebres con Seguros Falabella Corredores, así como con las entidades de las Empresas Falabella con las que construimos y complementamos nuestra oferta de valor (estas entidades son: Falabella S.A., Servicios e Inversiones Falabella Limitada, Servicios Falabella SpA, Banco Falabella S.A., CF Seguros de Vida S.A., Seguros Falabella Corredores Limitada, Digital Payments SpA y Digital Payments Prepago S.A.).

Esta finalidad incluye, entre otros, vincular medios de pago, los procesos de cotización y contratación de productos y servicios; gestión de declaraciones personales de salud; realizar la recaudación de las primas asociadas a tus contratos de seguros, gestionar la denuncia de tus siniestros; gestiones de cobranza, extrajudicial o judicial, sea directamente o encargada a un tercero; verificación de identidad a través de dispositivos o mecanismos electrónicos basados en datos biométricos o identidades y certificados digitales; servicios de postventa, el envío de información comercial, legal, de seguridad, y de características de los productos contratados, incluyendo los beneficios asociados a los mismos; la oferta de productos y servicios que no tengas contratados, pero que has manifestado interés en obtener o cotizar, o que entendemos podrían ser de tu interés; realizar encuestas de satisfacción; desarrollar campañas de marketing y estudios de mercado propios o de terceros; analizar el comportamiento financiero, comercial y crediticio, y el cumplimiento de obligaciones legales y regulatorias; realizar la gestión de riesgo crediticio, financiero u operacional; realizar gestiones preventivas y propias de cumplimiento, y la comunicación de los datos a autoridades o reguladores; remitirte invitaciones a eventos y permitirte

participar en promociones, ofertas y concursos o sorteos, conforme con los términos que apliquen para dichas acciones e iniciativas.,

Siempre trataremos tu información personal con una base de legalidad adecuada y en conformidad con la Política de Privacidad de Seguros Falabella Corredores.

Te invitamos a revisar este documento, que explica para qué tratamos y cómo protegemos tus datos personales. Además, te entrega toda la información que es necesaria que conozcas para ejercer tus derechos como titular de tus datos personales. Esta política se encuentra disponible en https://sfestaticos.blob.core.windows.net/regional/assets/Politica_de_Privacidad_Seguros_9d38edc903.pdf?updated_at=2023-08-16T14:41:49.859Z

**RESUMEN CONDICIONES DEL SEGURO**

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

Este seguro:

NO contempla renovación garantizada.
SI podrá aumentar la prima (precio) en caso de renovación de la póliza.
SI podrá realizar cambio de condiciones de cobertura
NO considera la siniestralidad individual para el aumento de la prima en caso de renovación.
NO cubre preexistencias.

**SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE**

Ante cualquier consulta no dude en llamar al centro de atención al cliente de "Seguros Falabella Corredores" al teléfono 600-3901000 o desde celulares al 02-2390 6570, donde un ejecutivo especializado lo atenderá de lunes a sábado de 9:00 a 21:00 horas o bien por medio del sitio web www.segurosfalabella.cl durante las 24 horas todos los días del año.

Este servicio no corresponde al servicio de atención al cliente (SAC) que regulará el art. 55 n°2 de la ley 19.496. Este contrato no cuenta con la certificación voluntaria regulada en el art. 55 de la ley 19.496.

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 del 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 una 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.

**DOMICILIO**

Para todos los efectos de esta póliza, las partes fijan como domicilio especial la comuna y ciudad de Santiago de Chile.

**COMUNICACIONES**

El Asegurado, Beneficiario o Pagador de esta póliza podrá comunicarse con la Compañía Aseguradora, Seguros Falabella o Contratante a través de cualquier medio que permita la expresión fehaciente y duradera de voluntad. La Compañía Aseguradora, Seguros Falabella y el Contratante de esta póliza deberán realizar cualquier comunicación, declaración o notificación al Asegurado, Beneficiario o Pagador mediante correo electrónico o carta, a la dirección o domicilio registrado en la póliza. Adicionalmente la Compañía Aseguradora, Seguros Falabella o el Contratante de la póliza, podrán, en caso de no contar con correo electrónico o domicilio registrado en la póliza, notificar al Asegurado, Beneficiario o Pagador, al último correo electrónico o domicilio entregado a alguna de las Empresas del Grupo Falabella.

El proponente y el titular de la cuenta CMR autorizan a Seguros Falabella Corredores Ltda. y a sus sociedades relacionadas para que les envíen información a su domicilio particular y comercial, correo electrónico, teléfono y/o teléfono celular.

**CLAUSULA DE DIVERSIFICACIÓN**

La información sobre la diversificación de los negocios de esta Corredora y de las Entidades aseguradoras con que haya trabajado, así como la información de las pólizas de seguros contratadas para responder del cumplimiento de sus obligaciones como intermediaria se encuentran a su disposición en www.segurosfalabella.com, bajo la sección "Diversificación por Compañías".

**INFORMACION SOBRE PRESENTACION DE CONSULTAS Y RECLAMOS**

En virtud de la Circular Nº1.487 de 17 de Julio de 2000, las compañías de seguros deberán recibir, registrar y responder todas las presentaciones, consultas o reclamos que se les presenten directamente por el contratante, asegurado o beneficiarios o aquellos que la Comisión para el Mercado Financiero les derive. Las presentaciones pueden ser efectuadas en la casa matriz y en todas las agencias, oficinas o sucursales de la compañía en que se atienda público, personalmente, por correo o fax, sin formalidades, en el horario normal de atención y sin restricción de días u horarios especiales. El interesado, en caso de disconformidad respecto de lo informado por la compañía de seguros, o bien cuando exista demora injustificada en su respuesta, podrá recurrir a la

Comisión para el Mercado Financiero, División de Atención y Educación al Asegurado, cuyas oficinas se encuentran ubicadas en Av. Libertador Bernardo O"Higgins 1449, piso 1°.

**ANEXO N°1 Procedimiento de Liquidación de Siniestros (Circular N° 2.106 del 31.05.2013 de CMF)**

1) OBJETO DE LA LIQUIDACIÓN. La liquidación tiene por fin establecer la ocurrencia de un siniestro, determinar si el siniestro está cubierto en la póliza contratada en una compañía de seguros determinada, y cuantificar el monto de la pérdida y de la indemnización a pagar. El procedimiento de liquidación está sometido a los principios de celeridad y economía procedimental, de objetividad y carácter técnico y de transparencia y acceso.

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

3) DERECHO DE OPOSICIÓN A LA LIQUIDACIÓN DIRECTA. En caso de liquidación directa por la compañía, el Asegurado o beneficiario puede oponerse a ella, solicitándole por escrito que designe un Liquidador de Seguros, dentro del plazo de cinco días hábiles contados desde la notificación de la comunicación de la Compañía. La Compañía deberá designar al Liquidador en el 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, al correo electrónico (informado en la denuncia del siniestro) o por carta certificada (al domicilio señalado en la denuncia de 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 denuncio, 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 denuncio; b) siniestros marítimos que afecten a los cascos o en caso de Avería Gruesa: 180 días corridos desde fecha denuncio;

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 fundamenten e indicando las gestiones concretas y específicas que

se realizarán, lo que deberá comunicarse al Asegurado y a la Comisión Para el Mercado Financiero, pudiendo esta última dejar sin efecto la ampliación, en casos calificados, y fijar un plazo para entrega del Informe de Liquidación. No podrá ser motivo de prórroga la solicitud de nuevos antecedentes cuyo requerimiento pudo preverse con anterioridad, salvo que se indiquen las razones que justifiquen la falta de requerimiento, ni podrán prorrogarse los siniestros en que no haya existido gestión alguna del liquidador, registrado o directo.

8) INFORME FINAL DE LIQUIDACIÓN El informe final de liquidación deberá remitirse al Asegurado y simultáneamente al Asegurador, cuando corresponda, y deberá contener necesariamente la transcripción íntegra de los artículos 26 y 27 del Reglamento de Auxiliares del Comercio de Seguros (D.S. de Hacienda Nº 1.055, de 2012, Diario Oficial de 29 de diciembre de 2012).

9) IMPUGNACIÓN 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 II

## CONVENIO METLIFE ORIENTA

Los Asegurados de la póliza, podrán acceder MetLife Orienta, a través de la url: www.metlifeorienta.cl o llamando al 600 945 9800.

Si ingresan al sitio www.metlifeorienta.cl, podrán solicitar la atención inmediata de telemedicina general o agendar una hora de atención para las demás prestaciones disponibles.

Si desean hacer uso de alguna de las prestaciones a través del 600 945 9800, deberán escuchar atentamente las distintas opciones ofrecidas. Podrán hacer uso inmediato de la atención de consulta médica general o podrán agendar una hora de atención para las demás prestaciones disponibles.

A continuación podrá encontrar, a modo de referencia, las opciones de atención a través del canal telefónico.

## ASISTENCIA METLIFE ORIENTA

Prestaciones sin costo:

a. **Consultas médicas por videollamada web**
    a. Horario de atención: 24 horas los 365 días del año
        - Callcenter: 600 945 9800 Opción 7
        - WhatsApp: +56 9 9968 7935
        - Web: Médico General : www.metlifeorienta.cl

b. **Orientación Médica**:
   a. Horario de atención: Lunes a Viernes de 9:00-18:00 y Sábado 9:00-13:00
      - Callcenter: 600 945 9800 Opción 1
      - WhatsApp: +56 9 9968 7935
      - Web: www.metlifeorienta.cl

**c. Consultas Psicología:**
   a. Horario de atención: Lunes a Viernes de 8:00-22:00 y Sábado y Domingo de 8:00-22:00.
      - Callcenter: 600 945 9800 Opción 2
      - WhatsApp: +56 9 9968 7935
      - Web: www.metlifeorienta.cl

**d. Consultas Nutricionales**
   a. Horario de atención: Lunes a Viernes de 9:00-20:00 y Sábado 9:00-13:00
      - Callcenter: 600 945 9800 opción 3
      - WhatsApp: +56 9 9968 7935
      - Web: www.metlifeorienta.cl

**e. Consultas Deportivas:**
   a. Horario de atención: Lunes a Viernes de 9:00-20:00 y Sábado 9:00-13:00
      - Callcenter: 600 945 9800 opción 4
      - WhatsApp: +56 9 9968 7935
      - Web: www.metlifeorienta.cl

**f. Servicio Enfermería Pacientes Crónicos:**
   a. Horario de atención: Lunes a Viernes de 9:00-18:00 y Sábado 9:00-13:00
      - Callcenter: 600 945 9800 opción 5
      - WhatsApp: +56 9 9968 7935
      - Web: www.metlifeorienta.cl

**g. Clínica del Sueño:**
   a. Horario de atención: Lunes a Viernes de 9:00-18:00 y Sábado 9:00-13:00
      - Callcenter: 600 945 9800 opción 6
      - WhatsApp: +56 9 9968 7935
      - Web: www.metlifeorienta.cl

Cabe mencionar, que tanto los tipos de atención, como las opciones entregadas anteriormente o mencionadas a través del sitio www.metlifeorienta.cl, pueden sufrir cambios sin previo aviso.

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.