

Seguro Catastrófico

Su salud y tu bolsillo, protegidos



**Más protección para tu familia.
Más tranquilidad para ti.**



MetLife Seguro Salud

Gracias por confiar en nosotros contratando **MetLife Seguro Salud**.

Desde hoy, tú y tu familia cuentan con respaldo económico para enfrentar enfermedades o accidentes de alto costo.

Este documento te recuerda “En Letra Grande y Simple” las principales características de MetLife Seguro Salud.

Si necesitas conocer más en detalle tu producto, revisa la Póliza adjunta a este folleto.

¡Bienvenido!



Como cliente MetLife, cuentas con diversos *convenios pensados especialmente para ti:



Asistencia LegalChile, que te orienta en línea o telefónicamente sobre temas como contratos, asuntos de familias, entre otros.



Descuento en Farmacias Ahumada y Cruz Verde.

Consulta sobre estos convenios en www.metlife.cl, accediendo como cliente con tu RUT y Clave Secreta.

Recuerda que siempre estamos disponibles para ti.
En caso de cualquier requerimiento, no dudes en contactar a tu Asesor.

También nos puedes contactar a través del Portal de Clientes, llamando a nuestro **Centro de Atención al Cliente**, al teléfono **600 390 3000**, o acercándote a cualquiera de nuestras sucursales a lo largo del país.

Eres parte de MetLife. Ahora disfruta la vida, nosotros nos encargamos del resto.

*Convenios y beneficios no constituyen cobertura de seguros.

¿Qué es MetLife Seguro Salud?

Es un **Seguro de Salud** que reembolsa los gastos médicos, hospitalarios y ambulatorios de **alto costo**, incurridos por enfermedad o accidente una vez que hayas hecho uso de tu sistema de salud previsional y hayas consumido el deducible. Este Seguro opera tanto en Chile como en el extranjero y te otorga cobertura hasta los 99 años de edad y 364 días, siempre y cuando la Póliza se haya renovado y la prima se encuentre pagada. No cubre gastos asociados a enfermedades o accidentes preexistentes a la fecha de vigencia de tu Póliza. La frecuencia con que pagarás este Seguro ya la definiste y está indicada a tu Póliza

Los que más quieres hoy están protegidos en:



Gastos médicos de alto costo

¿Qué protección te entrega tu Seguro?

Reembolso de gastos médicos de alto costo:

Reembolsa **gastos médicos de alto costo** originados por **enfermedad o accidente**, ocurridos en Chile o en el extranjero una vez que hayas hecho uso de tu sistema de salud previsional y hayas consumido el deducible. Estos gastos pueden ser **hospitalarios o ambulatorios**, y cubre tanto a personas afiliadas como no afiliadas a un sistema de salud previsional. Este Seguro considera un **monto máximo reembolsable** y un **deducible determinado**, dependiendo del plan contratado por ti y que está indicado en tu Póliza. Se entiende por gastos médicos de alto costo aquellos que superen el monto del deducible, y por deducible, el monto que siempre será de cargo del Asegurado.

Gastos incurridos en Chile:

- Los reembolsos de los gastos médicos, hospitalarios y ambulatorios, incurridos en Chile, se calcularán después que haya operado tu sistema de salud previsional, y la cobertura será de hasta un 100% de la diferencia no cubierta, dependiendo del plan que contrataste, de acuerdo al monto máximo reembolsable y al deducible, los que variarán a partir de los 70 años, tal como está estipulado en tu Póliza.
- En caso de tratarse de gastos médicos no cubiertos por tu sistema de salud previsional o de no contar con él, la cobertura será de hasta un 50% de los gastos no cubiertos una vez que hayas consumido el deducible.

Gastos incurridos en el extranjero:

- Los reembolsos de los gastos médicos, hospitalarios y ambulatorios, incurridos en el extranjero, se calcularán después que haya operado tu sistema de salud previsional y la cobertura será de hasta un 50% una vez que hayas consumido el deducible de la diferencia no cubierta dependiendo del plan que contrataste, de acuerdo al monto máximo reembolsable y al deducible, los que variarán a partir de los 70 años, tal como está estipulado en tu Póliza.
- En caso de tratarse de gastos médicos no cubiertos por tu sistema de salud previsional o de no contar con él, la cobertura será de hasta un 25% una vez que hayas consumido el deducible de los gastos no cubiertos, dependiendo del plan que contrataste, de acuerdo al monto máximo reembolsable y el deducible contratado por ti.

Reembolso de gastos de farmacia:

- El reembolso de gastos de farmacia o prestación de medicamentos ambulatorios, sólo considera aquellos fármacos directamente relacionados y necesarios para el tratamiento de la enfermedad o accidente que originó el pago del Seguro, que es cubierta por esta Póliza y diagnosticada por el médico tratante.
- Si los gastos de farmacia se originan en Chile y son ambulatorios, la cobertura será de hasta un 50% siempre que estén cubiertos por tu sistema de salud previsional. De lo contrario, la cobertura será de hasta un 25%.
- Si los gastos de farmacia se originan en el extranjero y son ambulatorios, la cobertura será de hasta un 25% siempre que los medicamentos estén cubiertos por tu sistema de salud previsional. De lo contrario, la cobertura será de hasta un 12,5%.

Reembolso de gastos médicos provenientes de hospitalizaciones domiciliarias:

- Se considera como una ampliación de la cobertura de hospitalización, cuando ésta sea prescrita por el médico tratante y otorgada por una institución reconocida por los servicios de salud, debidamente calificada por la contraloría médica del sistema de salud previsional respectivo. Cubre hasta el 100% de los gastos incurridos por una hospitalización domiciliaria en los porcentajes de reembolsos considerados una vez que hayas hecho uso de tu sistema de salud previsional y hayas consumido el deducible.

Cuadro resumen de cobertura de MetLife Seguro Salud

	Gastos de hospitalización y ambulatorios generados en Chile	Gastos de hospitalización y ambulatorios generados en el extranjero	Gastos de farmacias generados en Chile	Gastos de farmacias generados en el extranjero
Cubiertos por sistema de salud previsional	Hasta un 100%	Hasta un 50%	Hasta un 50%	Hasta un 25%
No cubiertos por sistema de salud previsional	Hasta un 50%	Hasta un 25%	Hasta un 25%	Hasta un 12,5%

Estos porcentajes se aplican sobre la diferencia no cubierta por el sistema de salud y otros reembolsos percibidos, de acuerdo al Monto Máximo Reembolsable y Deducible contratado por ti.

Otros beneficios considerados dentro de la protección básica:

- **Complicaciones del embarazo**

No obstante este Seguro no cubre los gastos propios del embarazo, sí reembolsa los gastos médicos generados a raíz de complicaciones del embarazo, siempre que la Asegurada tenga al menos 12 meses de vigencia en la Póliza. Esta cobertura no cubre a las hijas Aseguradas en la Póliza.

- **Incorporación de hijos**

Las Aseguradas que tengan al menos 12 meses de vigencia en la Póliza podrán asegurar al hijo que está por nacer, debiendo solicitar su incorporación a la Póliza a partir del séptimo mes de gestación. Con ello, tu hijo contará con la cobertura de esta Póliza a partir del día de su nacimiento, aún existiendo enfermedades diagnosticadas con anterioridad al parto. En caso de no solicitar la incorporación a la Póliza antes del nacimiento de tu hijo, solo podrás solicitarla a partir del día catorce desde su nacimiento, no existiendo cobertura para eventuales enfermedades diagnosticadas con anterioridad a su incorporación.

Es importante considerar que la Compañía se reserva el derecho de aceptar o rechazar la solicitud de incorporación, previa evaluación. La incorporación de esta cobertura solo operará para los hijos de la Asegurada titular o de la cónyuge, conviviente civil o pareja del Asegurado titular.

- **Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)**

Este Seguro cubrirá los gastos médicos hospitalarios incurridos a consecuencia de esta condición, no obstante, no cubrirá los gastos médicos ambulatorios. Es necesario añadir también que este Seguro no cubre preexistencias.

El monto máximo reembolsable y el deducible de tu Póliza son por evento, es decir, se aplican a los gastos médicos hospitalarios o ambulatorios asociados a un mismo diagnóstico, originado por enfermedad o accidente.

El monto máximo reembolsable y el deducible por evento de tu Póliza, tendrán una duración de 3 años para aplicar a los gastos hospitalarios o ambulatorios generados por el mismo diagnóstico.

Si después de cumplirse los 3 años, contados desde la fecha del primer reembolso asociado al diagnóstico (evento), sigue incurriéndose en gastos médicos a causa del mismo evento o diagnóstico, al inicio del 4to año, se reinstalará el monto máximo reembolsable y el Deducible contratado por ti, para poder continuar con el reembolso de dichos gastos médicos hasta consumir el monto máximo reembolsable o hasta completar los siguientes tres años, o lo que ocurra primero. Esta reinstalación del monto máximo reembolsable y del deducible operará una sola vez por cada evento.

¿Qué no cubre tu Seguro?

MetLife Seguro Salud no cubre los gastos médicos que se originen a causa de:

- a) Enfermedades psicológicas y psiquiátricas.
- b) Curas de reposo, cuidado sanitario, periodos de cuarentena o aislamientos.
- c) Los tratamientos o cirugías estéticas, cosméticos, plásticos, maxilofaciales, dentales, ortopédicos y otros tratamientos que sean para fines de embellecimiento o para corregir malformaciones.
- d) Tratamientos por: adicción a drogas, alcoholismo o tabaquismo.
- e) Lesión o enfermedad causada por:
 - Guerra civil o internacional.
 - Participación activa del Asegurado en rebelión, revolución, insurrección, poder militar, terrorismo, sabotaje, tumulto o conmoción contra el orden público, dentro o fuera del país.
 - Participación del Asegurado en actos que podrían ser calificados como delitos por la ley.
 - Negligencia, imprudencia o culpa grave por parte del Asegurado, incluyéndose toda lesión o enfermedad ocurrida a causa o con ocasión de su estado de ebriedad o efectos de las drogas.
 - Hechos deliberados que cometa el Asegurado como intento de suicidio, lesiones autoinflingidas y abortos provocados.
 - Fusión y fisión nuclear o cualquier accidente nuclear.
- f) Todo tipo de exámenes dentales, extracciones, empastes y tratamiento dental en general.
- g) Cualquier tipo de órtesis.
- h) Cirugía ocular correctiva, lentes o anteojos ópticos, aparatos auditivos, implante coclear y otras tecnologías que se desarrollen para corregir alguna alteración en los sentidos no producida por un accidente.
- i) Tratamientos, visitas médicas, exámenes, medicamentos, remedios o vacunas para el solo efecto preventivo, no inherente ni necesario para el diagnóstico de una enfermedad.

- j) La atención particular de enfermería fuera del hospital e intrahospitalaria.
- k) Gastos por acompañantes, mientras el Asegurado se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comida y similares.
- l) Lesión o enfermedad surgida de la ocupación del Asegurado, cubierta por la legislación de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.
- m) Maternidad, exceptuándose los gastos médicos asociados a complicaciones del embarazo, siempre y cuando la Asegurada tenga al menos 12 meses de vigencia ininterrumpida en la Póliza (esta cobertura es para Aseguradas titulares y cónyuges).
- n) Realización o participación en una actividad o deporte riesgoso. Práctica como deportista profesional de alto rendimiento.
- ñ) Epidemias y pandemias.
- o) Cirugía, tratamientos o gastos que se originan por:
 - Esterilidad, fertilidad e infertilidad
 - Tallas bajas (cualquiera sea su origen), delgadez no patológica, gigantismo, ginecomastia u otros similares
 - Tratamientos anticonceptivos
 - Cirugía de reducción o aumento mamario
 - Tratamientos efectuados a través de medios de medicina alternativa
- p) Adquisición o arriendo de equipos, tales como: sillas de ruedas, camas médicas, ventiladores mecánicos, etc.
- q) Criopreservación. Compra de células madre, sangre, hemoderivados y cualquier otro tejido u órgano.
- r) Tratamientos ambulatorios incurridos a consecuencia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida, SIDA.
- s) Enfermedades o accidentes preexistentes, es decir, que se hubiesen diagnosticado antes de la contratación de la Póliza.

Para mayor información sobre la extensión y exclusiones de tu Seguro, revisa tu Póliza.

¿Qué planes de MetLife Seguro Salud existen?

MetLife Seguro Salud ofrece tres alternativas de planes, según el número de Asegurados:

Plan A



Titular solo

Plan B



Titular + 1 carga

Plan C



**Titular + 2 cargas o más
(sin máximo de cargas)**

El plan elegido por ti está indicado en tu Póliza.

¿Cuáles son las alternativas de monto máximo reembolsable y deducible de MetLife Seguro Salud?

Hay diferentes alternativas en lo que se refiere al monto máximo reembolsable y al deducible por evento. La alternativa elegida por ti está indicada en tu Póliza. Los montos máximos reembolsables disponibles y sus correspondientes deducibles, son los siguientes:

	Monto máximo reembolsable por evento	Deducible por evento
Alternativa 1	UF 5.000	UF 50
Alternativa 2	UF 10.000	UF 100
Alternativa 3	UF 30.000	UF 100

¿Qué ocurre con el monto del deducible cuando hay más de un Asegurado involucrado en un mismo evento?

Para aquellos planes que incluyan cargas, cuando un evento involucre al grupo familiar Asegurado, el deducible de cargo del Asegurado titular de la **Póliza** no será la suma de cada deducible individual. En ese caso, el deducible final que se aplicará será 1,5 veces el monto correspondiente al deducible de un solo Asegurado, independiente del número de Asegurados involucrados. Por ejemplo, si en un evento se vieran involucrados 3 Asegurados del mismo grupo familiar y el deducible de **cada uno es de UF 50**, en vez de hacer efectivo un deducible de **UF 150 (3 x UF 50)**, se considerará un deducible por el grupo familiar afectado de **1,5 veces UF 50, es decir de UF 75**.

¿Hasta qué edad cuentas con la cobertura de MetLife Seguro Salud?

- La cobertura regirá hasta los 99 años de edad y 364 días, siempre y cuando la Póliza se haya renovado y se encuentre vigente cuando el Asegurado cumpla dicha edad. También protege a tu cónyuge, conviviente civil o pareja, dependiendo del plan contratado.
- En caso que tu plan incorpore a tus hijos, ellos podrán contar con la protección de esta Póliza hasta cumplir los 24 años de edad, fecha en la cual podrán optar a contratar su propia Póliza de **MetLife Seguro Salud**. Si lo hacen antes que pasen 6 meses, cualquier enfermedad o accidente cubierto en la Póliza original, continuará con cobertura en la nueva Póliza.

¿Cómo cambia el plan después de los 70 años de edad?

- Cuando el titular o alguno de los Asegurados cumpla 70 años de edad, se mantendrá un único **monto máximo reembolsable** de **UF 5.000** por evento.
 - Con lo anterior, el valor de la prima también se reajustará cada 5 años, hasta cumplir los 90 años de edad, según se indica en la Póliza.
- 1) Aquellos Asegurados que ingresaron a la Póliza **antes de cumplir los 60 años de edad** y que tenían un **deducible de UF 50**, verán modificada esa cantidad según se describe a continuación:

Edad	Nuevo deducible por evento
Al cumplir 70 años, hasta los 75 años.	UF 50
Desde los 75 años y 1 día, hasta los 80 años.	UF 100
Desde los 80 años y 1 día, hasta los 99 años.	UF 150

- 2) Aquellos Asegurados que ingresaron a la Póliza **antes de cumplir los 60 años de edad** y que tenían un **deducible de UF 100**, verán modificada esa cantidad según se describe a continuación:

Edad	Nuevo deducible por evento
Al cumplir 70 años, hasta los 75 años.	UF 100
Desde los 75 años y 1 día, hasta los 99 años.	UF 150

- 3) Aquellos Asegurados que ingresaron a la Póliza **después de cumplir los 60 años de edad** y que tenían un **deducible de UF 50**, verán modificada esa cantidad según se describe a continuación:

Edad	Nuevo deducible por evento
Desde los 70 años y 1 día, hasta los 75 años.	UF 100
Desde los 75 años y 1 día, hasta los 99 años.	UF 150

- 4) Para aquellos Asegurados que ingresaron a la Póliza **después de cumplir los 60 años de edad** y que al inicio de la Póliza tenían un **deducible de UF 100**, éste irá aumentando según se describe a continuación:

Edad	Nuevo deducible por evento
Al cumplir 70 años, hasta los 99 años.	UF 150

¿Cuándo termina el Seguro?

La Póliza tiene una vigencia de 1 año y se renueva automáticamente, salvo que el titular de la Póliza o la Compañía manifiesten lo contrario.

Adicionalmente, el titular podrá terminarla en cualquier momento, notificando por escrito a la Compañía.

En caso que la Compañía decida no renovar la Póliza, se mantiene la obligación de reintegrar los gastos reembolsables originados por un evento ocurrido con anterioridad a la fecha de término de la Póliza, hasta alcanzar el Monto Máximo Reembolsable o cumplirse el plazo máximo de duración del evento, lo que ocurra primero.

En cada renovación de la Póliza, la Compañía puede establecer nuevas primas y condiciones de cobertura para el siguiente periodo previo aviso, con una anticipación no menor a 60 días.

La Póliza podrá ser terminada anticipadamente en las siguientes situaciones:

- No se realice el pago de las primas a la fecha de su respectivo vencimiento.
- Si el Asegurado omitiera o falseara información que altere el concepto del riesgo de la Póliza.

¿Qué pasa si no pagas tus primas?

En caso de vivir situaciones que no te permitan pagar la prima de tu Póliza, tendrás un **plazo de gracia de 90 días** para regularizar tu situación. En caso de no hacerlo, el contrato del Seguro terminará anticipadamente. Durante el plazo de gracia, seguirás contando con la protección de tu Seguro.

¿Quién recibe el pago de tu Seguro?

El pago de los reembolsos de gastos médicos de **MetLife Seguro Salud**, se realizará directamente al Asegurado titular.

¿Qué hacer en caso de reembolsos médicos por accidente o enfermedad?

- En caso que alguno de los Asegurados de la Póliza sufriera un accidente o enfermedad durante la vigencia de ésta, el Asegurado dispondrá de 60 días corridos desde la fecha de emisión del documento que da cuenta del gasto para presentar la solicitud del reembolso a la Compañía.
- No obstante esto, los gastos médicos realizados con anterioridad a la primera presentación de reembolso que supere el deducible, tienen un plazo de ciento ochenta (180) días corridos para ser presentados.

El presente documento solo aplica para Pólizas emitidas a partir del 29 de octubre de 2013 y constituye solo un informativo que resume las condiciones que rigen este Seguro. Para mayor información, consulta las Condiciones Generales y Cláusulas Adicionales depositadas en la Comisión para el Mercado Financiero, bajo el código POL 3 2017 0171 y las Condiciones Particulares de la Póliza.



Contáctanos en:
www.metlife.cl
600 390 3000

