

EN LETRA

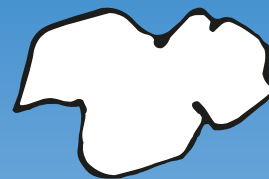
GRANDE

¡Y SIMPLE!



**Tu Seguro
Complementario
de Salud**





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

Contáctanos a través de nuestra mesa central
al teléfono 600 390 3000.

Recuerda que siempre estamos disponibles
para ti. En caso de cualquier requerimiento,
no dudes en contactarnos.



Una vez más, felicitaciones.

**Porque en MetLife
te ayudamos a proteger
a los que más amas
en la vida.**



Conectándonos con MetLife



1 ¿Cómo acceder al portal MetLife y disponer de servicios en línea?

1.1 Ingresa a www.metlife.cl y a sus servicios en línea.



1.2 Acceso clientes.

1.3 Ingresa tu RUT y clave de acceso.

Si es tu primer ingreso a la página y no cuentas con ningún otro seguro con nosotros, tu clave serán los últimos 4 dígitos de tu Cédula de Identidad antes del dígito verificador, de lo contrario usa la clave que tu mismo habilitaste.

2 Infórmanos tu correo electrónico.

Entrégnanos tu correo electrónico cuando te lo solicitemos, es importante porque:

- Recibirás tus reembolsos vía e-mail.
- Podrás recuperar tu clave de acceso al portal web.
- Podremos enviarte información importante respecto de tu seguro.

3 Servicios en línea.

Podrás acceder a:

3.1 Mis Productos.

Te mostraremos todas las Pólizas que tienes vigentes en MetLife.



3.2 Cambiar Clave.

En cualquier momento, si así lo deseas, puedes cambiar tu clave, la cual debe cumplir con las políticas de seguridad.



3.3 Información de tu Póliza.

- Datos Póliza: podrás conocer tu número de Póliza y su vigencia.
- Asegurados: podrás verificar tus asegurados adicionales y sus vigencias.
- Coberturas: podrás ver las coberturas de la Póliza.



3.4 Estado de Liquidaciones.

Aquí podrás consultar el estado de tus reembolsos y por cada asegurado adicional que tengas.



3.5 Formularios.

Aquí podrás descargar formularios de Solicitud de Reembolso.



4 ¿Qué hacer en caso de que olvides la clave?

- Pincha "¿Olvidó su clave?".
- Acceso clientes, ingresa tu RUT con dígito verificador.
- Si tienes tu correo registrado en nuestra Compañía, tu nueva clave será enviada directamente, de lo contrario llama al teléfono **600 390 3000**.

¿Cómo usar mi seguro para obtener los beneficios o reembolsos?



Podrás hacerlo por 4 vías.*

Reembolso inmediato:

1 I-MED

El seguro opera directamente en el prestador de salud a través de la compra electrónica de bonos vía I-MED, donde la Compañía aplicará los porcentajes de reembolsos, topes y deducibles del plan de tu Póliza en forma automática, sin necesidad que hagas ningún trámite posterior. De esta forma sólo pagarás el copago final una vez que haya operado tu sistema de Salud Previsional, y la cobertura de tu Seguro MetLife. Asegúrate que la transacción se completó satisfactoriamente, verificándolo en la sección: "MetLife" del bono.

I-MED es un servicio que no constituye cobertura, el criterio para su aplicación es de absoluta discreción de la Compañía.

Ejemplo Bono Electrónico

Cruz Blanca		BONO DE ATENCION AMBULATORIA			988556289				
Fecha Emisión	: 03/02/2011	Hora	: 11:37	Convenio	: 13,500 Integramedica Centro				
Afiliado	: [REDACTED]			Plan/Grupo Ingreso	: 3VT2600608				
Beneficiario	: [REDACTED]			Edad	: 23 SEXO : M				
DIRECCION	: [REDACTED]								
Prestación		H	I	Cant.	Valor Total	Bonificación Financiad	Aporte S.Complem.	Copago del Beneficiario	
0101820	GASTROENTEROLOGIA		N	1	17,688	12,382	4,245	1,061	
TOTALES					17,688	12,382	4,245	1,061	
MetLife	: 4,245								
Saldo copago del Beneficiario	: 1,061								
PROFESIONAL / INSTITUCION	: [REDACTED]			INTEGRAMEDICA CENTROS MEDICOS S.A.					
MEDICO TRATANTE	: [REDACTED]								
Firma Beneficiario				Firma Profesional/Institución					
EMISOR	: 2,001-K	HORA	: 11:37	VALIDO SOLO PARA LA FECHA DE EMISION				988556289	



2 Farmacia en Línea.

Directamente en Farmacias Cruz Verde, presentando tu credencial y receta médica original, podrás obtener el beneficio en línea aplicando los porcentajes de cobertura, topes y deducibles del plan de tu póliza en forma automática, de esta forma sólo pagarás el copago final una vez que haya operado el seguro. No necesitas hacer ningún otro trámite posterior. Asegúrate que la transacción fue exitosa, revisa tu boleta y comprobante. Ejemplo de boleta y comprobante Cruz Verde:



LOCAL CENTRAL CERTIFICACION
 R.U.T.: 89.807.200-2
 Casa Matriz: LORD COCHRANE N326, SANTIAGO
 Giro: FARMACIAS Y PERFUMERIAS, SERVICIOS DE ENFERMERIA,
 VENTA DE PRODUCTOS ALIMENTICIOS
 Boleta Electronica N°: 156251 Caja: 25
 Fecha: 04-09-2012 Hora: 13:40:29
 Sucursal: 201 Lord Cochrane N326 SANTIAGO
 METLIFE CHILE SEGUROS DE VIDA S.A.
 Venta Por Convenio Conv.: 6891/102

ARTICULO	CANT	PRECIO	VALOR
DURAPROX COM.60MG.20	2	10.555	21.110
***Bonificacion			-13.277
ATORVASTATINA COM.10MG30	2	1.045	2.090
***Bonificacion			-1.505
***CNV_MetLife			-418
PARACETA.COM. 60MG. 6(25	8	200	1.600
***Bonificacion			-1.440
COOLIPS COM.10MG.30	2	3.990	7.980
***Bonificacion			-8.384
SUBTOTAL BOLETA \$			9.756
TOTAL ERENTO \$			0
TOTAL \$			9.756

DDCC
 DDCC - VOUCHER
 CLIENTE
 06201-02208

Local : 201 Vend : 7 04/09/2012 13:40
 Cliente : METLIFE CHILE SEGUROS DE VIDA S.
 Rut: 89.512.160-3 Conv.:6891/102

Codigo Autorizacion : 474011
 Numero Operacion : 561730172

19094	2.DURAPROX COM.60MG.20	21.110
	Reembolso	(816.888)
	Deducible	\$ 3.611
	Dcto.Bonif.CNV(Aporte Seguro)8	13.277
19948	2.ATORVASTATINA COM.10G	2.090
	Reembolso	(81.505)
	Deducible	\$ 0
	Dcto.Bonif.CNV(Aporte Seguro)8	1.505
2248	8.OPARACETA.COM. 60MG. \$	1.600
	Reembolso	(81.440)
	Deducible	\$ 0
	Dcto.Bonif.CNV(Aporte Seguro)8	1.440
19309	2.COOLIPS COM.10MG.30 \$	7.980
	Reembolso	(88.384)
	Deducible	\$ 0
	Dcto.Bonif.CNV(Aporte Seguro)8	8.384
Sub Total	\$	32.780
Total Aporte Seguro	\$	22.608
Co-Pago al Contado	\$	9.756

3**Ventanilla única en clínicas.**

En caso de hospitalización en alguna clínica en convenio, podrás acceder al convenio ventanilla única. Este consiste en la bonificación del seguro después de haber aplicado la cobertura de tu Isapre, gestionándose internamente la aplicación del seguro, según los porcentajes, topes y deducibles del plan de tu póliza, quedando sólo tu copago final el cual pagas directamente al prestador.

Importante: Para acceder a este beneficio no podrán ser hospitalizaciones o tratamientos preexistentes no cubiertos por la Póliza. Este convenio se aplica sólo para afiliados a Isapre y sólo cuando ésta tramita en forma directa la emisión de bonos con la clínica.

Para mayor información puedes revisar en la sección “Servicios y Convenios MetLife”.

4**Flujo normal de Reembolso.**

Si tu póliza no contempla estos servicios adicionales o no pudiste hacer uso de ellos por algún motivo, podrás presentar tu Solicitud de Reembolsos a la Compañía a través de tu empleador o según el procedimiento que se establezca para dicho proceso.



* Convenios no constituyen cobertura de Seguros y son de responsabilidad exclusiva de quien los otorga.

Conoce tu seguro

1 ¿En qué consiste el Seguro Complementario de Salud MetLife?

Este seguro tiene como finalidad reembolsar, según el plan contratado por tu empresa, los gastos médicos incurridos una vez que hayas hecho uso de tu Sistema de Salud Previsional (Isapre o Fonasa). Este seguro podrá cubrir prestaciones ambulatorias, hospitalarias, maternidad, salud mental y otros gastos, con un capital máximo de reembolso anual según el plan contratado.

2 ¿Qué cobertura ofrece el Seguro Complementario de Salud MetLife?

Las coberturas que podrá otorgar la Compañía de Seguros en virtud de esta póliza son las que fueron contratadas por la empresa y que se indican en el documento adjunto. Esta información está expresamente señalada en las Condiciones Particulares de la Póliza, en las cuales se establecen los deducibles, porcentajes, límites de reembolso o pago correspondiente a cada una de ellas.

3 ¿Qué no cubre?

Este seguro no cubrirá gastos médicos originados por exclusiones contempladas en las condiciones generales de la póliza POL 3 2013 0223 disponible en www.svs.cl. **¡No dejes de informarte!**



4 ¿Qué pasa cuando no existe cobertura de Isapre o Fonasa?

Tratándose de gastos médicos no bonificados por tu Sistema de Salud Previsional, se considerarán como gastos efectivamente incurridos el 50%, a los cuales se les aplicarán los porcentajes y topes del plan contratado.

5 ¿Qué es el deducible?

El deducible es una parte de los gastos efectivamente incurridos que son cargo del asegurado, es decir, si existe un evento cubierto por el seguro, el reembolso a favor del asegurado comenzará a regir una vez superado el monto correspondiente al deducible.

Podrás encontrar el detalle del mismo en las Condiciones Particulares de tu Póliza o en el documento adjunto.

El deducible se aplica sobre los gastos efectivamente incurridos ya aplicado el porcentaje de cobertura del Seguro. El período de acumulación del deducible es anual según el aniversario de la Póliza.

6 ¿Qué familiares se benefician con este seguro?

Los beneficios de este seguro los tendrás tú, como trabajador activo que mantiene un contrato de trabajo con la empresa contratante, pudiendo incorporar a tu cónyuge hasta los 65 años e hijos menores de 18 años, extendible para éstos hasta los 23 años y 364 días, siempre que se encuentren estudiando y sean dependientes económicamente.

7 ¿Hasta cuándo cubre este seguro?

La cobertura termina cuando cumplas la edad establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza, o pierdas el vínculo contractual con la empresa, lo que ocurra primero. Infórmate en el documento adjunto.



8 ¿Cuál es el plazo para presentar los siniestros?

Efectuado un gasto médico reembolsable, el asegurado deberá informar a la compañía de seguros, directamente o a través del contratante, dentro de un plazo de treinta (30) días contados desde la fecha de emisión del documento que da cuenta del gasto médico cuyo reembolso se solicita.

9 ¿Cómo se solicita el reembolso de gastos médicos?

Este seguro opera una vez que hayas hecho uso de tu Sistema de Salud Previsional (Isapre o Fonasa) y de algún otro seguro existente. Debes completar en forma detallada la "Solicitud de Reembolso de Gastos Médicos", preocupándose de individualizar al asegurado, diagnóstico, firma y timbre del médico tratante.

Posteriormente, y dentro del plazo establecido, cada asegurado deberá enviar al Departamento de Recursos Humanos o a la persona designada por la empresa contratante, la "Solicitud de Reembolso de Gastos Médicos" adjuntando los respectivos documentos originales (boletas, bonos de reembolso, etc.).

En el caso de los medicamentos ambulatorios, se deberá enviar la receta médica original (con el diagnóstico, nombre completo del paciente, firma y timbre del médico tratante), adjuntando la boleta o detalle timbrado por la farmacia.

Tratándose de medicamentos con recetas de uso permanente, deberás fotocopiar las mismas para ser presentadas en futuras solicitudes que hagas a la Compañía. Los gastos con receta retenida, podrán ser presentadas con fotocopia de la receta debidamente timbrada por la farmacia.

Este informativo no constituye Póliza.

Para más detalles consulta las Condiciones Particulares.

La cobertura del Seguro Complementario de Salud se rige según lo dispuesto en las Condiciones Generales incorporadas al depósito de Pólizas de la Superintendencia de Valores y Seguros, bajo el código POL 3 2013 0223. Las Condiciones Generales están disponibles en www.svs.cl



Conoce tu solicitud de reembolso aquí.

MetLife® 61817181

SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS

Los beneficios otorgados por el Seguro de Salud son complementarios a los otorgados por el Sistema de Salud Previsional (FDIASA) o por las Instituciones de Salud Previsional (IASAPRA), en consecuencia en caso de prestaciones no cubiertas por los sistemas previsionales antes descritos, deberá incluir el comprobante del gasto con el nombre de la institución que indique no bonificado o sin cobertura.

IMPORTANTE: El reembolso debe usarse con FONASA los antecedentes médicos. En esos casos estará sujeto a devoluciones automáticas.

1. DATOS DEL CONTRATANTE (De año y letra del Asegurado Titular)

R.U.T.	Nombre o Razón Social	N° de Firma
--------	-----------------------	-------------

2. DATOS DEL ASEGURADO TITULAR (De año y letra del Asegurado Titular)

R.U.T.	Nombre Completo	Sexo
--------	-----------------	------

Correo Electrónico:

3. ANTECEDENTES DEL ASEGURADO QUE INCURRE EN EL GASTO (PACIENTE)

Nombre del Paciente	Relación o parentesco con asegurado Titular (si es otro especificar)
	<input type="checkbox"/> El mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo (s) <input type="checkbox"/> Otro:
Sistema Previsional:	Otros seguros o beneficios de salud:
<input type="checkbox"/> FONASA <input type="checkbox"/> Sin previsión <input type="checkbox"/> Isapres / Cué? <input type="checkbox"/> No	
¿Ha sido derivado o tratado por este mismo diagnóstico por otro médico?	Nombre del médico:
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Especialidad del médico:	

CAUSA DEL REEMBOLSO

Enfermedad Embarazo Accidente Continuación de tratamiento

En caso de enfermedad o continuación de tratamiento indicar: Diagnóstico: _____ Fecha de diagnóstico: _____

En caso de embarazo indicar: FUR: _____ N° Semanas de gestación o embarazo: _____

En caso de accidente indicar: Lugar de ocurrencia: Casa Trabajo Trayecto Casa/Trabajo Vehículo particular Locomoción Colectiva Otro: _____

Detalle brevemente cómo ocurrió el accidente, indicando además fecha, hora del suceso y lugar de la primera atención de urgencia:

Confirmando la exactitud de mis declaraciones y faculto a la Compañía de Seguros a requerir o solicitar información de todos mis antecedentes médicos a los de mis asegurados dependientes, como también autorizo a los facultativos o instituciones a entregar a la misma todos los antecedentes a objeto de analizar esta solicitud de reembolso conforme a lo dispuesto en el Art. 187 del Código Sanitario, modificado por la ley 19.838.

Total de gastos	Total del monto bonificado	Monto reclamado	Fecha de la declaración	Firma del Asegurado Titular
-----------------	----------------------------	-----------------	-------------------------	-----------------------------

DECLARACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE (Estimado Doctor, le agradeceremos completar la siguiente declaración)

Nombre del paciente	Diagnóstico (en caso de embarazos indicar FUR y N° de semanas de gestación)		
Fecha de atención:	Fecha de los primeros síntomas:	Fecha de diagnóstico:	
¿Cómo se presentó el problema? ¿Por qué este diagnóstico?	¿Ha tratado anteriormente al paciente? ¿Cuándo y por qué?		
Síntomas que originaron las visitas al médico:			
TRATAMIENTO	Medicamentos	Exámenes	Otros específicos

Aquellos sinistros pagados o rechazados no constituyen precedente para futuros siniestros, por lo que cada siniestro será evaluado en forma independiente.

4. DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

R.U.T.	Nombre	Especialidad	
C.M.	Teléfono de la Consulta	Fecha de la declaración	Firma del médico

MetLife Chile Seguros de Vida S.A. • Agustinas 640, Piso 1, Santiago • 800 390 3000 • www.metlife.cl

Datos del asegurado.

Declaración del médico tratante.



■ ¿Quiénes somos?



En Chile ocupamos posiciones de liderazgo en nuestras líneas de negocios. En Seguros Colectivos proveemos productos y servicios financieros a diferentes empresas en el mercado nacional.



La primera Compañía de Seguros de Vida en prima total (FECU, Diciembre 2013).



Más de 3.000.000 de clientes confían en nosotros.



Entregamos seguridad en 18 ciudades del país.



Visita nuestro sitio web www.metlife.cl
Aquí podrás conocer nuestra empresa y los productos que tenemos para ti, además de información que te ayudará a tomar la mejor decisión.

SUCURSALES METLIFE

ARICA

Arturo Prat 391
of. 81

IQUIQUE

Serrano 692
of. 101, Edificio Alfredo

ANTOFAGASTA

Washington 2541

CALAMA

Ramírez 1858

LA SERENA

Los Carrera 370

VIÑA DEL MAR

Nueve Norte 695

RANCAGUA

Campos 423

CURICÓ

Merced 98

TALCA

2 Oriente 1182

CHILLÁN

Arauco 405

CONCEPCIÓN

Chacabuco 1085

LOS ÁNGELES

Almagro 191

TEMUCO

Andrés Bello 950

VALDIVIA

Independencia 630

OSORNO

Manuel Matta 620

PUERTO MONTT

Antonio Varas 216

PUNTA ARENAS

O'Higgins 1099

SANTIAGO

Agustinas 640, piso 1

Atención Región Metropolitana:

De lunes a jueves de 9:15 a 17:15 hrs. Viernes de 9:15 a 15:00 hrs.

Atención Regiones:

De lunes a jueves de 9:15 a 14:00 hrs. y de 15:00 a 17:15 hrs.
Viernes de 9:15 a 14:00 hrs.

600 390 3000

www.metlife.cl

MetLife®

MetLife Chile Seguros de Vida S.A.