

REF.: APRUEBA PLAN ADICIONAL DE
ASISTENCIA MEDICA Y HOSPI-
TALARIA

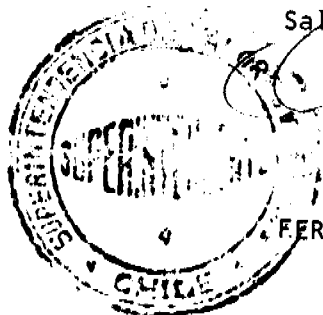
C I R C U L A R N° 455

A todas las entidades de seguros del segundo grupo.

Santiago, Noviembre 19 de 1984.

Vista la facultad que me con-
fiere el artículo 3º, letra e) del D.F.L. N° 251 de 1931, y lo soli-
citado por una entidad aseguradora, el Superintendente infrascrito
aprueba el plan adicional de asistencia médica y hospitalaria, que
se adjunta.

Saluda atentamente a Ud.,



Fernando Alvarado Elissetche
FERNANDO ALVARADO ELISSETCHE
SUPERINTENDENTE

La circular N° 454 fue enviada a todas las entidades de seguros del
2º grupo.

CCC464

A D I C I O N A L

DE ASISTENCIA MEDICA Y HOSPITALARIA

Aprobado por Superintendencia de Valores y Seguros según Circular N°
de fecha

ARTICULO PRIMERO : COBERTURA

Mediante este plan adicional, la compañía reembolsará los gastos incurridos por los asegurados a causa de una incapacidad resultante de una enfermedad o un accidente, de acuerdo al tipo de beneficios que aquí se indican, y de acuerdo a los límites que se señalan en el cuadro de beneficios de las condiciones particulares de este plan, y con la condición de que dichos gastos sean los acostumbrados y razonables. En caso que en el cuadro de beneficios no se indique un monto respecto a un determinado beneficio, se entenderá que no se encuentra cubierto bajo este plan.

ARTICULO SEGUNDO : DEFINICIONES

Para los efectos de este plan se entiende por :

1. ASEGURADO:

TITULAR

- a) Una persona que está asegurada bajo las condiciones particulares de este plan.

DEPENDIENTES

- b) Las personas definidas en el siguiente punto; si éstas son elegibles bajo las condiciones particulares de este plan.

2. DEPENDIENTES:

- a) El cónyuge del asegurado titular, o la persona que detente la calidad de tal, según los Artículos 310.312 y 313 del Código Civil.

000405

- b) Los hijos solteros de un asegurado titular, o de su cónyuge, mayores de 14 días y menores de 19 años, o bien, hasta los 23 años si son estudiantes a tiempo completo en un establecimiento educacional legalmente constituido y que dependan económicamente del asegurado.

3. ENFERMEDAD:

Es toda alteración de la salud de una persona, que sea consecuencia de agentes internos o externos de carácter patológico, que hacen necesario un tratamiento médico.

4. ACCIDENTE:

Significa la ocurrencia de un hecho externo y violento, visible y ocasional e independiente de la voluntad del asegurado y que le afecte a su organismo causándole lesiones físicas.

5. GASTOS ACOSTUMBRADOS Y RAZONABLES:

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 calidad y nivel de los tratamientos y servicios otorgados; y el prestigio, experiencia y calidad de las personas encargadas de la atención.

6. INCAPACIDAD:

Se considerará una incapacidad, toda enfermedad o dolencia y toda lesión corporal, sufrida como resultado de un accidente, que afecten al organismo de los asegurados y que requieran tratamiento médico. Todas las lesiones sufridas por una persona en un mis

000406

mo accidente, se considerarán como una sola incapacidad.

Todas las incapacidades que existan simultáneamente debidas a la misma causa o a otras relacionadas entre sí, serán consideradas una misma incapacidad; salvo que haya transcurrido un período de 90 días desde que se ha dado el alta y que no haya existido tratamiento o consulta médica, ni se hayan efectuado gastos por dicha causa; en cuyo caso se considerarán incapacidades separadas.

7. MEDICO :

Toda persona habilitada y autorizada legalmente para practicar la medicina y calificada para efectuar el tratamiento requerido, según el Artículo 112 del Código Sanitario.

8. HOSPITAL O CLINICA :

Instituciones legalmente autorizadas, instaladas para el cuidado de personas enfermas o lesionadas, que proporcionen asistencia de enfermedades profesionales las 24 horas y que cuenten con instalaciones y facilidades para diagnóstico y cirugía mayor, salvo esto último para el caso de instituciones dedicadas específicamente al tratamiento de enfermedades crónicas. En ningún caso se interpretará que incluye a un hotel, terma, asilo sanitario particular, casa para convalecientes, o un lugar principalmente para la reclusión o tratamiento de enfermos mentales, adictos a drogas o alcohólicos.

9. INTERNACION EN UN HOSPITAL O CLINICA :

Una persona que está registrada como paciente de un hospital por prescripción médica, y que utilice a lo menos, un día completo de servicio de habitación, alimentación y atención general de enfermería.

000407

10. GASTOS HOSPITALARIOS:

Son los gastos incurridos por el asegurado a causa del tratamiento de una incapacidad que requiere de su internación en un hospital o clínica.

11. GASTOS AMBULATORIOS:

Son los gastos incurridos por el asegurado a causa del tratamiento de una incapacidad que no requiere de su internación en un hospital o clínica, esto aún cuando el tratamiento se haya efectuado en dichos establecimientos.

12. DEDUCIBLE:

Es la parte de los gastos incurrido que no son reconocidos por la Compañía, y cuyo monto y período de acumulación se establece en el cuadro de beneficios de las condiciones particulares, y que se aplica en forma separada a cada persona asegurada.

13. MONTO MAXIMO DE REEMBOLSO:

Es el monto hasta el cual la compañía reconoce los gastos incurridos por un asegurado a causa de una o más incapacidades, y cuyo monto y período de acumulación se establece en el cuadro de beneficios de las condiciones particulares. En caso que la compañía hubiere reembolsado a un asegurado el 75% o más de dicho límite, este podrá ser reestablecido en su totalidad siempre y cuando el asegurado acredite a su propio costo evidencias de asegurabilidad satisfactoria para la compañía.

ARTICULO TERCERO : BENEFICIOS

Los beneficios que se otorgan en virtud del presente plan son los que se detallan a continuación; siempre y cuando figuren cubierto en el cuadro de beneficios; en la forma y hasta los límites señalados en dicho cuadro de las condiciones particulares de este plan; y siempre y cuando el asegurado figure incluido en la nómina de asegurados y con su cobertura vigente en la fecha en que se produjo la incapacidad.

1. CUARTO Y ALIMENTO:

Es el gasto incurrido por concepto de servicios de habitación, alimentación y atención general de enfermería, que proporciona el hospital o clínica.

2. SERVICIOS HOSPITALARIOS:

Es el gasto incurrido por concepto de los servicios generales o abastecimientos suministrados por el hospital o clínica para uso del asegurado durante su internación en dicho establecimiento, tales como; sala de operaciones; unidades de tratamiento intensivo; exámenes de laboratorio o radiológicos; medicamentos; sangre y plasma sanguíneo; oxígeno; anestesia; alquiler de equipos para parálisis respiratoria, camas especiales, sillas de ruedas; vendajes, enyesados, entablillados; y en general cualquier insumo o equipos médicos especiales que hayan sido debidamente prescritos por el médico tratante como elementos necesarios para el tratamiento de la incapacidad.

3. Servicio privado de enfermera profesional y de fisioterapeuta y kinesioterapeuta profesional, que no sea miembro de la familia o resida en la casa del asegurado y haya sido prescrito por el médico tratante.

000409

4. Servicio de arsenalera profesional.
5. Servicio de ambulancia terrestre, dentro de un radio de 50 Kms., para conducir al asegurado al hospital.
6. Exámenes de laboratorio o radiológicos; medicamentos; vendajes quirúrgicos, enyesado, entablillado; siempre que hayan sido prescritos por el médico tratante como elemento necesario para el tratamiento de una incapacidad que no requiere de internación en un hospital o clínica.
7. HONORARIOS MEDICOS:

Es el gasto incurrido por concepto de honorarios de los médicos que efectúan o participan en el tratamiento de una incapacidad.

En el caso de una operación quirúrgica, el honorario de los médicos y anestesiistas incluye los honorarios por el total del procedimiento operatorio; pre-operatorio y post-operatorio, tanto mientras el paciente se encuentra dentro como fuera del hospital o clínica.

Para los tratamientos de incapacidades que no requieren intervención quirúrgica, se reconocerán los honorarios provenientes del tratamiento total realizado por el médico tratante.

Para los casos de consultas médicas, se reconocerán los honorarios médicos correspondientes a la entrevista personal en la cual el médico vea y examine al asegurado.

8. BENEFICIO DE MATERNIDAD:

Se reconocerán los gastos incurridos por todo concepto como consecuencia de un embarazo, al igual que las complicaciones del mismo, sea que resulten en un parto normal, prematuro, aborto según el Artículo 119 del Código Sanitario, operación cesárea, embarazo eutópico o extrauterino, y en la medida que :

- a) La mujer embarazada fuere una asegurada titular, o bien, una asegurada dependiente, según se define en el N° 2, a) del Artículo 2.
- b) El momento de la concepción fuere posterior a la fecha de inicio de la vigencia de la cobertura de este beneficio para el asegurado que se aplica.

Dentro de este beneficio se reconocen los gastos habituales que provienen del cuidado normal y crianza del recién nacido mientras la madre se encuentra internada en el hospital o clínica.

9. TRATAMIENTO SIQUIATRICO:

Se reconocerán los gastos incurridos como consecuencia de un tratamiento siquiátrico.

10. BENEFICIO DE VISITAS SICOLOGICAS:

Se reconocerán los gastos incurridos como consecuencia de un tratamiento sicológico debidamente recomendado por un médico; siempre y cuando dicho tratamiento se realice con un fin terapéutico determinado.

000471

11. EXTENSION DE BENEFICIOS:

Los beneficios otorgados por la presente cobertura no tienen restricciones en cuanto al lugar donde se incurra el gasto, como tampoco en cuanto al lugar o profesional que preste los servicios al asegurado.

Adicionalmente se reconocerán los gastos incurridos a causa de :

- a) Tratamientos de cirugía plástica debido a lesiones ocasionadas como consecuencia directa de un accidente, y que sea realizado por un médico dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la ocurrencia del accidente.
- b) Servicios dentales, prestados por un odontólogo para el tratamiento de lesiones a los dientes naturales, que provengan como consecuencia directa de un accidente, y que el tratamiento se realice dentro de los 180 (ciento ochenta) días siguientes a la ocurrencia del accidente (el tratamiento incluye el reemplazo de los dientes naturales).

ARTICULO CUARTO : EXCLUSIONES

Mediante este plan no se reconocerán los gastos incurridos por o como consecuencia de :

- 1. Visitas médicas, exámenes, tratamientos u operaciones que no sean necesarios para el diagnóstico, cura o alivio de una incapacidad.
- 2. Aparatos auditivos; anteojos o lentes de contacto; miembros artificiales y suministro de aparato o equipos ortopédicos.
- 3. Cuidados y arreglos dentales en general, salvo lo estipulado en "Extensión de Beneficios".

4. Cirugía plástica o estética, salvo lo estipulado en "Extensión de Beneficios".
5. Tratamiento suministrado a un recién nacido, menor de 14 días.
6. Tratamientos por adicción a drogas o alcoholismo, al igual que las incapacidades debidas a los mismos.
7. Curas de reposo y gastos por reclusión permanente en sanatorios o clínicas dedicadas exclusivamente a enfermos mentales.
8. Epidemias oficialmente declaradas, cuidados sanitarios, o períodos de cuarentena.
9. Gastos por acompañantes, (mientras el asegurado se encuentre hospitalizado), incluyendo alojamiento, comida y similares.
10. Incapacidades surgidas de la ocupación del asegurado y que se encuentran cubiertas por la legislación de Accidentes del trabajo y Enfermedades profesionales.
11. Cualquier incapacidad que se originó con anterioridad a la fecha de vigencia de la cobertura que se otorga para amparar un determinado beneficio. Sin embargo, esta exclusión cesará después de transcurrido 90 (noventa) días de cobertura contínua desde la fecha que se ha dado el alta, sin que se hubiese requerido tratamiento o consulta médica por dicha incapacidad, ni que se hubiese efectuado gasto alguno por dicha causa.
12. Lesión inflingida a sí mismo, estando o no en uso de sus facultades mentales.
13. Lesión o enfermedad causada por insurrección, rebelión, guerra declarada o no, conmoción civil, participación voluntaria en motines, tumultos, huelgas, desordenes populares y riñas.

ARTICULO QUINTO : COEXISTENCIA DE BENEFICIOS

El asegurado tendrá la obligación de informar a la Compañía de la existencia de otros planes médicos que cubran la totalidad o alguno de los beneficios otorgados por el presente plan, como asimismo, de su afiliación a alguna institución previsional. Se reconocerán como gastos incurridos para los efectos de este plan, el costo neto de las prestaciones, servicios o tratamientos, descontadas las sumas reembolsadas por iguales beneficios por otros planes. A fin de determinar el gasto incurrido que reconocerá la Compañía, deberá seguirse la siguiente regla:

En caso de tener el asegurado planes de salud distintos, que otorguen los mismos beneficios, se establecen las siguientes prioridades para el cobro de los gastos incurridos:

- a) 1º Debe utilizarse el plan que cubra al asegurado en su calidad de empleado, antes que el plan que lo cubra en su calidad de dependiente de un empleado;
- b) 2º Debe utilizarse el plan que cubra al asegurado en su calidad de dependiente de un empleado hombre antes que el plan que lo cubra como asegurado en su calidad de dependiente de un empleado mujer; y
- c) 3º En caso de no poder establecerse el orden en que deben concurrir los diferentes planes, debe utilizarse, en primer lugar, el plan que cubra al asegurado por un mayor período de tiempo.

ARTICULO SEXTO : RECLAMOS

1. Aviso de ocurrencia : El asegurado deberá informar a la compañía la ocurrencia del tratamiento de una incapacidad dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha en que se inicia el tratamiento en mención; siempre y cuando le sea posible.

2. Presentación y pago de reclamaciones: Cada vez que el asegurado incurra en gastos por el tratamiento de una incapacidad, deberá presentar a la Compañía dentro del plazo de 30 días, contados desde la fecha en que se efectuó el gasto, el formulario de reclamo debidamente completo junto con los antecedentes que acreditan dicho gasto.

Es discrecional por parte de la compañía, exigir documentos sustentatorios para aclarar suficientemente la ocurrencia del caso. Una vez presentados a la compañía, se efectuará el reembolso respectivo dentro de los 10 (diez) días siguientes a su presentación y aceptación en todas sus partes.

ARTICULO SEPTIMO : TERMINO DE LA COBERTURA

Para el asegurado titular terminará su cobertura individual según lo establecido en el Artículo 14 de las Condiciones Generales de la póliza de que este plan forma parte. Para los asegurados dependientes, la cobertura terminará automáticamente.

- a) Si el asegurado titular deja de serlo bajo este plan;
- b) Si deja de calificar como asegurado dependiente o es excluido por el asegurado titular de este plan;
- c) Si termina o caduca este plan;
- d) Si el asegurado titular deja de hacer algún pago de las primas requeridas.

Ningún gasto será reconocido por la compañía cuando los beneficios bajo el presente plan hayan expirado para un asegurado, excepto que el asegurado se encuentre en tratamiento, ya sea que requiera hospitalización o no, ya que la cobertura será extensiva hasta la fecha en que termine el tratamiento, y siempre que no hayan transcurrido más de 60 (sesenta) días contados a partir de la fecha de término de la cobertura otorgada al asegurado por el presente plan.

000475

Además, en caso de término de la cobertura del plan para un asegurado, el beneficio de maternidad se mantendrá vigente para los embarazos que se hayan producido con anterioridad de la fecha de término de la cobertura del asegurado, siempre y cuando este plan adicional se encuentre vigente.

000476