

REF.: APRUEBA CONDICIONES GENERALES
DE LA POLIZA DE SEGURO COLEC-
TIVO DE SALUD Y PLAN COMPLE-
MENTARIO PREVISIONAL DE SALUD

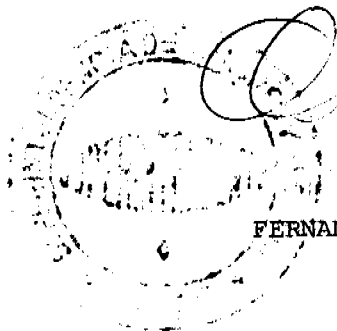
C I R C U L A R N° 436

A todas las entidades de seguros del segundo grupo.

SANTIAGO, Septiembre 4 de 1984.

Vista la facultad que me confiere la
letra e) del artículo 3º del D.F.L. 251 de 1931 y lo solicitado
por una entidad aseguradora el Superintendente infrascrito aprue-
ba las condiciones generales de la póliza de Seguro Colectivo de
Salud y el plan Complementario Previsional de Salud, que se ad-
juntan.

Saluda atentamente a Ud.,



FERNANDO ALVARADO ELISSETCHE
SUPERINTENDENTE

La circular N° 435 fue enviada a todas las entidades aseguradoras
nacionales y agencias extranjeras del 1º grupo.

030332

CONDICIONES GENERALES POLIZA DE SEGURO
COLECTIVO DE SALUD

En virtud del presente contrato,
la Compañía, en adelante la Compañía, financiará a los asegurados en los términos y condiciones que se establecen en los artículos siguientes, el costo que le signifique, las consultas y el tratamiento médico de un accidente o enfermedad cubierto bajo este contrato, de acuerdo al plan señalado en la póliza.

Artículo 1º : DEFINICION DEL PLAN

Artículo 2º : ASEGURADOS

Se considera que son asegurados de esta póliza, los miembros o empleados del grupo o de la empresa contratante, que habiendo solicitado su incorporación a la póliza, hayan sido aceptados por la Compañía y se encuentren detallados en la nómina de asegurados de la póliza.

Son también asegurados los hijos, la cónyuge y otras cargas familiares, de los asegurados empleados de la empresa contratante que habiendo solicitado su incorporación a la póliza, han sido aceptados por la Compañía y se encuentran detallados en la nómina de asegurados de la póliza.

Artículo 3º : COBERTURA

Los asegurados de esta póliza, siempre que cumplan con lo señalado en la cláusula 5ª respecto a pago de las primas, tendrán derecho a una bonificación para financiar las prestaciones de Salud ambulatorias y hospitalarias que requieran.

Los porcentajes de bonificación, las prestaciones cubiertas y la forma o modalidad para su otorgamiento, se detallan en las Condiciones Particulares del plan, las que los asegurados y el contratante declaran conocer.

Artículo 4º : DURACION

La póliza tendrá una duración de 12 meses contados, desde la fecha de la vigencia inicial y podrá ser renovada previa aceptación por parte de la Compañía de una nueva solicitud del contratante.

Artículo 5º : PAGO DE PRIMAS

Las primas se pagarán en moneda corriente de acuerdo al valor que tenga la Unidad de Fomento al día de pago. Deberá hacerse directamente en las oficinas de la Compañía o en el lugar que se designe al momento de contratar el Seguro.

Para que los asegurados tengan derecho a los beneficios de esta póliza el contratante deberá pagar las primas correspondientes en la época convenida.

000384

Artículo 6º : RESOLUCION DE LA PÓLIZA

El no pago de las primas en la época convenida será causal de suspensión automática de los beneficios pactados y de resolución de la póliza, sin que en tal caso proceda reembolsar los gastos médicos que desde entonces hayan efectuado los asegurados.

En caso de resolución de la póliza, la Compañía podrá hacer exigible la parte de la prima que resta hasta el término de la póliza, hasta un monto equivalente al de los beneficios otorgados.

La Compañía podrá exigir al contratante la restitución de los gastos que ella haya incurrido, cuando los asegurados hayan recibido beneficios fundamentados en documentos falsos o adulterados y otorgados a personas no cubiertas en el contrato. La no restitución de dichos gastos producirá la resolución de la póliza.

Artículo 7º : EXCLUSIONES

La presente póliza no cubre ninguno de los beneficios estipulados en ella, cuando el origen de las prestaciones sea :

- a) La Hospitalización para fines de reposo.
- b) Los tratamientos estéticos plásticos, dentales, ortopédicos y otros tratamientos que sean para fines de embellecimiento o para corregir malformaciones producidas por enfermedades o accidentes anteriores a la fecha de vigencia de este contrato.

- c) El suministro de anteojos y prótesis de cualquier naturaleza.
- d) La atención particular de Enfermería.
- e) Los gastos de farmacia y medicamentos, con excepción de aquellos que se otorguen durante una hospitalización.

Artículo 8º : ARBITRAJE

Todas las dificultades provenientes de la interpretación, aplicación o cumplimiento del presente contrato, serán sometidas a conocimiento de un árbitro arbitrador, nombrado por las partes de común acuerdo, quien resolverá sin forma de juicio, no siendo su fallo susceptible de recurso alguno. Lo anterior es sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 3º letra i) del D.F.L. 251 de 1931.

En caso de no haber acuerdo en la designación de la persona del árbitro éste será nombrado por la justicia ordinaria.

Artículo 9º : DOMICILIO

Para todos los efectos legales derivados del presente contrato, las partes fijan como domicilio la ciudad de

030326

DEFINICION DEL PLAN EN EL CUAL ES APLICABLE
LA POLIZA QUE SE ADJUNTA

PLAN COMPLEMENTARIO PREVISIONAL
DE SALUD

A. MODALIDAD DE BENEFICIOS

Los Asegurados de este Plan, podrán financiar en forma adicional, las prestaciones de Salud que reciban, siempre que dichas prestaciones hayan sido previamente bonificadas o financiadas por el Fondo Nacional de Salud o una Institución de Salud Previsional.

La Compañía reembolsará los porcentajes de bonificación estipulados en la póliza, aplicados sobre lo que resulte menor, entre el valor consignado en la Nómina de Prestaciones valorizada del Plan y el real gasto incurrido por el asegurado en la prestación de Salud.

Se entiende para todos los efectos, por "real gasto incurrido por el asegurado", al costo de la prestación menos el valor reembolsado, financiado o bonificado por el Fondo Nacional de Salud, o una Institución de Salud Previsional.

B. CARENCIAS

- a) La presente póliza tendrá un período de carencia (o espera) de cuatro meses a contar de la vigencia inicial, período durante el cual, los asegurados no tendrán derecho a bonificación para todas aquellas prestaciones que sean originadas en la atención de un parto o de un aborto espontáneo.

006337

- b) Los asegurados que habiendo pertenecido a la empresa o grupo contratante no hayan sido incorporados a la póliza al inicio de su vigencia, podrán hacerlo con posterioridad, pero tendrán un período de carencia (o espera) de tres meses a contar de su incorporación, durante el cual no tendrán derecho a bonificación para las prestaciones que reciban en forma hospitalizada. Este período de carencia será de diez meses, para las prestaciones originadas en la atención de un parto o un aborto espontáneo.

C. BENEFICIO ADICIONAL

Los asegurados de esta póliza a quienes no se les haya diagnosticado ni tratado previamente por cáncer, tendrán derecho a recibir una atención Oncológica integral, entendiéndose por tal el análisis de un diagnóstico presuntivo y el tratamiento y control de la enfermedad.

La atención integral incluye la consulta médica especializada y honorarios profesionales; la hospitalización e intervención quirúrgica; los exámenes de laboratorio, radiológicos e histopatológicos; procedimientos diagnósticos, tales como tomografía axial computarizada, ecotomografías, cintigrafías etc. terapia radiante; terapia con drogas específicas; y medicamentos que se empleen durante cada hospitalización con un tope de cuatro (4) U.F. Todas estas prestaciones, que deben ser otorgadas a través del Instituto de Radiomedicina, serán sin cargo alguno para los asegurados.