

REF.: APRUEBA SEGURO DE SALUD PRE-
VISIONAL.

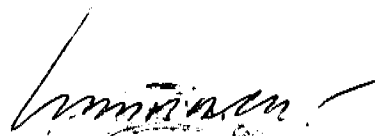
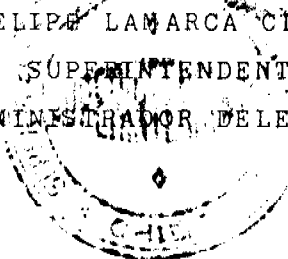
C I R C U L A R N°345

A todas las Entidades Aseguradoras del
Segundo Grupo.

SANTIAGO, Octubre 03 de 1983.

Vista la facultad que me confiere la
letra e) del artículo 3° del D.F.L. N°
251 de 1931 y lo solicitado por una enti-
dad aseguradora el Superintendente in-
frascrito aprueba las condiciones genera-
les del Seguro de Salud Previsional que
se adjuntan a esta Circular.

Saluda atentamente a Ud.,


FELIPE LAMARCA CLARO
SUPERINTENDENTE
ADMINISTRADOR DELEGADO


La Circular N° 344 fue enviada a todas las En-
tidades Aseguradoras Nacionales y Agencias Extranjeras del Pri-
mer Grupo.

000320

CONDICIONES GENERALES
CONTRATOS DE SALUD PREVISIONAL

Por el presente contrato, la "COMPAÑIA DE SEGUROS _____", en adelante "la Compañía", se obliga a otorgar, en la forma y modalidades descritas en esta póliza, las prestaciones y beneficios de salud establecidos en el D.F.L. 3 de 1981, del Ministerio de Salud Pública.

ARTICULO PRIMERO : Partes integrantes de la póliza

Forman parte integrante de este contrato de seguros las presentes condiciones generales; sus condiciones particulares, sus endosos o addendas; el listado de prestaciones y valores y la tabla de cotización; la solicitud del seguro o formulario único de notificación (FUN) y las declaraciones del asegurado, en su caso.

ARTICULO SEGUNDO : Beneficiarios

Además del propio asegurado, la Compañía cubre en virtud del presente contrato, contra los riesgos que más adelante se consignan, a las personas individualizadas en la "Relación de Cargas Familiares" del Formulario Unico de Notificación o solicitud de seguro, siempre que dichas personas reúnan las siguientes condiciones:

(a) Si el asegurado es TRABAJADOR DEPENDIENTE, serán beneficiarios sus cargas familiares por las cuales perciba asignación familiar a la fecha de celebración del contrato y en el momento de requerir la prestación.

Además, si el plan de seguros contratado así lo contempla, podrán ser beneficiarios las personas que, sin ser cargas en los términos antes señalados, sean familiares directos del asegurado, se les incluya en la "Relación de Cargas Familiares" del F.U.N. y la Compañía los hubiere expresamente aceptado en esa

calidad.

(b) Si el asegurado es TRABAJADOR INDEPENDIENTE, podrán ser beneficiarios aquellas personas que expresamente la Compañía acepte como tales, siempre que el asegurado las hubiere individualizado en la correspondiente "Relación de Cargas Familiares" y reúnan alguno de los siguientes requisitos:

(1) Ser el o la cónyuge del asegurado que no se encuentre divorciado temporal o perpetuamente;

(2) Ser la persona que se encuentre viviendo con el(la) asegurado(a) en una reconocida condición de marido y mujer;

(3) Ser hijo legítimo o natural, hijastro o hijo legalmente adoptado del asegurado, siempre que reúnan copulativamente las siguientes condiciones:

- Sean solteros;
- Dependan económicamente del asegurado para su sostenimiento;
- Sean menores de 19 años. Sin embargo, los mayores de 19 años y menores de 24 años de edad podrán continuar siendo beneficiarios si, reuniendo los requisitos anteriores, son estudiantes a tiempo completo de un acreditado establecimiento educacional secundario o superior.

Además, si el plan de seguros contratado así lo contempla, podrán ser beneficiarios de asegurados que sean trabajadores independientes las personas que, sin reunir los requisitos anteriores, sean familiares directos del asegurado, se les incluya como tales en la correspondiente "Relación de Cargas Familiares" y la Compañía los hubiere expresamente aceptado en esa calidad.

Las coberturas que el presente contrato otorga a los beneficiarios terminarán automáticamente cuando éstos no reúnan los requisitos para ser considerados como tales; y, asimismo, terminarán en caso que la cobertura del respectivo asegurado

termine por cualquier causa.

ARTICULO TERCERO : Inclusión de nuevos beneficiarios

Si durante la vigencia de esta póliza el asegurado adquiere nuevos beneficiarios, éstos sólo serán considerados como tales a contar de la fecha en que ello se comuniquen a la Compañía y ésta otorgue su aprobación. La cobertura respecto de los nuevos beneficiarios se iniciará a contar del día primero del mes subsiguiente a esa fecha y estarán afectos a los períodos de carencia señalados en el artículo sexto de esta póliza.

La comunicación a la Compañía deberá efectuarse dentro de los tres meses siguientes a la fecha en que el nuevo beneficiario reúna los requisitos para el efecto y, conjuntamente con ello, el asegurado deberá readecuar el plan al cual se encuentra adscrito, conforme a la "tabla de cotizaciones" de la Compañía, considerando al nuevo beneficiario.

En tanto no se readecúe el plan y hasta el plazo de tres meses antes señalado, la presente póliza amparará al nuevo beneficiario siempre que éste se trate de una carga familiar por la cual el asegurado trabajador dependiente perciba asignación familiar. Sin embargo, en estos casos los beneficios que otorgará la Compañía por el nuevo beneficiario sólo serán aquellos que el Fondo Nacional de Salud otorga a sus beneficiarios de conformidad a la ley 16.781, y sólo hasta los montos que éstos gozan.

ARTICULO CUARTO: Liberalidad de las condiciones

Esta póliza no impone a las personas que ampara ninguna restricción en cuanto a residencia, profesión, oficio, cargo o actividad lícita en general.

Asimismo, no tiene restricciones en cuanto al lugar donde se incurra el gasto, pudiendo ellos efectuarse dentro

o fuera del país.

ARTICULO QUINTO: Cobertura

En virtud del presente contrato, la Compañía otorgará al asegurado las siguientes prestaciones, siempre que se encuentre al día el pago de la cotización o prima del seguro:

A.- Beneficios de Medicina Curativa

1.- Recibir el porcentaje de bonificación por las reales, necesarias y razonables prestaciones de salud, sean con hospitalización o ambulatorias, que requiera el asegurado y sus beneficiarios durante la vigencia de la cobertura.

El porcentaje de bonificación de tales gastos será el estipulado para el plan al cual se encuentra acogido el asegurado, conforme a la "Descripción de Planes" consignado en las condiciones particulares del contrato, aplicado sobre el monto que resulte menor entre el valor indicado para la prestación en el "Listado de Prestaciones y Valores" de dicho plan y el gasto en que efectivamente incurrió el asegurado por la misma.

La bonificación antes referida la Compañía la otorgará en la forma, plazo y modalidades que se detallan en las condiciones particulares del contrato.

2.- Obtener de los centros de salud de la Compañía, las prestaciones de fomento, protección y recuperación de la salud que éstos otorguen, previa cancelación de la tarifa estipulada por la Compañía a sus asegurados por dichas prestaciones.

3.- Recibir préstamos de la Compañía en los eventos previstos en las condiciones particulares del contrato, hasta el monto máximo allí consignado. Los préstamos que se otorguen deberán ser reintegrados y se sujetarán a las demás condiciones que se establezcan en el respectivo contrato de mutuo.

La Compañía podrá rechazar cualquier solicitud de préstamo sin expresión de causa.

B.- Beneficios de Medicina Preventiva

Recibir, en cuanto fuere procedente en derecho, los beneficios básicos relacionados con la medicina preventiva establecidos en la Ley 6.174.

Para obtener tales beneficios, el asegurado deberá obtener de la Compañía las órdenes de atención correspondientes, sin costo adicional para él.

C.- Beneficios de Subsidios

Recibir los subsidios que correspondan conforme al régimen general de subsidios establecidos en el D.F.L. 44 de 1978, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, siempre que el asegurado reúna las características y se encuentre en las condiciones que el referido cuerpo legal señala para la procedencia de tales subsidios.

ARTUCULO SEXTO: Período de Cobertura

Los beneficios que otorga la presente póliza entrarán en vigencia a contar del día de iniciación de este seguro y hasta la fecha de su término.

Se exceptúa de lo anterior los siguientes beneficios:

(a) Los señalados en la letra a) del artículo anterior que provengan o se originen por prestaciones que se otorguen en forma hospitalizada al asegurado o a sus beneficiarios, los cuales tendrán un período de carencia de beneficios de 5 meses contados desde la fecha en que entre en vigencia el presente contrato.

Igual período de carencia tendrán los señalados específicos si provienen o se originan de cirugía menor practicada en forma ambulatoria al asegurado o beneficiario.

No obstante las excepciones de esta letra, si tales prestaciones son originadas por un accidente involuntario, repentino y traumático de causa externa que afecte el organismo del asegurado o beneficiario, debidamente calificado por la Compañía, ellas no tendrán período de carencia y los beneficios que originen entrarán en vigencia a contar del día primero del mes subsiguiente al de la fecha de suscripción del contrato.

(b) Los beneficios originados o provenientes de prestaciones derivadas de la atención obstétrica, incluyendo maternidad, las que tendrán un período de carencia de beneficios de 8 meses contados desde la fecha en que entre en vigencia el presente contrato.

No obstante los períodos de carencia antes señalados, la presente póliza amparará a los asegurados y beneficiarios durante ese lapso, otorgándoles la Compañía los mismos beneficios que respecto de tales prestaciones el Fondo Nacional de Salud otorga a sus beneficiarios de conformidad a la Ley 16.781, sólo hasta los montos que éstos gozan.

En caso de renovación del presente contrato, la vigencia de los beneficios será a contar del primer día del período renovado.

Sin embargo, los mayores beneficios provenientes de una modificación o renovación del contrato sólo entrarán en vigencia a contar del día primero del mes subsiguiente al de la fecha de modificación o renovación de la póliza. Pero, si tales nuevos beneficios se refieren a aquellos individualizados en las letras a) y b) de este artículo como afectos a períodos de carencia, ellos entrarán en vigencia sólo a contar del vencimiento del

plazo de 5 u 8 meses, respectivamente, contados desde el día primero del mes subsiguiente al de la modificación o renovación. En el intertanto, la Compañía otorgará respecto de esas prestaciones los mismos beneficios que el asegurado tenía conforme al contrato con anterioridad a su modificación o renovación.

ARTICULO SEPTIMO: Duplicación de beneficios

Las prestaciones que otorga la Compañía al asegurado y beneficiarios en conformidad a este contrato no se duplicarán con los beneficios o coberturas de cualquier otro plan, sistema o institución que otorgue beneficios médicos y al cual pertenezca el asegurado y/o los beneficiarios.

ARTICULO OCTAVO: Exclusiones

Se encuentran excluidas del presente contrato y la Compañía en ningún caso cubre prestaciones que provengan o sean consecuencia de:

(1) El tratamiento, consulta u hospitalización por:

(a) Adicción a drogas o alcoholismo;

(b) Lesión o enfermedad causada por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares;

(c) Lesión o enfermedad causada por insurrección o guerra, declarada o no; motín, huelga o conmoción civil; desórdenes populares o riñas; participación en actos califi-

cados como delitos por la ley; por negligencia o imprudencia grave por parte del lesionado o enfermo; o por un hecho deliberado del mismo, tal como los intentos de suicidio, lesiones autoinferidas, abortos provocados, etc.

(d) Epidemias oficialmente declaradas.

(2) El tratamiento, consulta y hospitalización por enfermedad congénita diagnosticada con anterioridad a la fecha de inicio del primer período de vigencia del contrato y aquellas para corregir malformaciones producidas por enfermedad o accidentes anteriores a dicha fecha. No obstante lo anterior, esta exclusión cesará después que el lesionado o enfermo hubiere estado amparado por esta póliza en forma continua durante ocho meses, sin que en ese período se le practicaren prestaciones médicas en razón de dicha incapacidad ni efectuado gasto alguno por dicha causa.

(3) Los exámenes odontológicos, la cirugía maxilofacial y atención dental en general.

(4) Las pruebas, consultas y hospitalización para el diagnóstico o tratamiento de esterilidad femenina y masculina; y la interrupción voluntaria del embarazo, en cualquiera de sus etapas.

(5) Los tratamientos médicos, quirúrgicos, dentales, ortopédicos o de cualquier otro tipo que sean para fines de embellecimiento.

(6) La hospitalización o el tratamiento para fines de reposo.

(7) Enfermedades o lesiones cubiertas por el Seguro de Accidentes del Trabajo o Enfermedades Profesionales.

(8) Los gastos de farmacia y medicamentos.

(9) El suministro de audífonos, lentes y prótesis de cualquiera naturaleza.

(10) La atención particular de enfermería; los traslados y transporte de pacientes; y los gastos producidos por acompañantes durante la hospitalización.

Sin perjuicio de las exclusiones a que se refieren las letras precedentes, la Compañía cubrirá uno o más de los riesgos mencionados si así lo hace constar en las condiciones particulares y/o en el Formulario Unico de Notificación, en los términos y modalidades que allí se consignen.

Además, la Compañía cubrirá los mencionados riesgos si el Fondo Nacional de Salud los cubre a sus beneficiarios conforme a la Ley 16.781, pero sólo hasta los límites y en las condiciones de la cobertura del referido Fondo.

ARTICULO NOVENO : Obligaciones del asegurado

Además de las obligaciones que la ley o esta póliza le impone, el asegurado deberá:

(a) Declarar sinceramente a la Compañía todas las circunstancias -necesarias para que ésta identifique y aprecie debidamente la extensión de los riesgos que asume en virtud de esta póliza.

(b) Usar debida y correctamente las tarjetas de identificación que les proporcione la Compañía, y que acredita que el asegurado y sus beneficiarios están amparados por esta cobertura.

(c) Declarar oportunamente todas las nuevas cargas por las cuales comience a percibir asignación familiar (incluyendo entre ellas a los hijos en gestación a partir del quinto mes de embarazo) si se tratare de trabajador dependiente.

(d) Dar aviso, dentro del mes de ocurrido, del cambio de empleador o de domicilio.

(e) Presentar a la Compañía, dentro de los 30 días de otorgadas las prestaciones, los originales de los recibos, boletas o facturas comprobatorias de los gastos amparados por esta póliza, cuando requiera el reembolso de los mismos a la Compañía.

Tales documentos deben ser emitidos a nombre del asegurado o beneficiario que recibió la prestación, y deben ser acompañados por una declaración del profesional que la otorgó, donde se especifique el nombre del paciente, el diagnóstico, las eventuales complicaciones y la fecha en que se otorgó el servicio. La no presentación de tales antecedentes dentro de los 30 días de otorgada la prestación exime de toda responsabilidad a la Compañía respecto de los gastos que ésta hubiere originado, y no tendrá obligación alguna de reembolsarlos.

(f) Acompañar a la Compañía los documentos adicionales que ésta le solicite para aclarar satisfactoriamente la ocurrencia de un siniestro y determinar su monto. La Compañía queda facultada para solicitar, incluso a los profesionales que otorgaron la prestación, todas las declaraciones, antecedentes y consultas que estime necesarias a tales fines, y para practicar a su costa los exámenes médicos al asegurado o beneficiario respecto del cual se refiera la solicitud de indemnización, debiendo éstos otorgar las facilidades necesarias al efecto.

ARTICULO DECIMO : Monto y pago de la prima

El asegurado se obliga a pagar a la Compañía la prima mensual señalada en la solicitud del seguro o Formulario

000330

Unico de Notificación, en la forma y dentro de los plazos consignados en las condiciones particulares del contrato o en la ley.

No obstante cualquier disposición contraria en la presente póliza, la prima en caso alguno podrá ser inferior a la cotización de salud que el asegurado debe efectuar conforme lo dispuesto en el artículo 84° del D.L. 3.500 y sus modificaciones posteriores.

En caso que el asegurado fuere trabajador dependiente, la prima podrá ser enterada directamente por el empleador a la Compañía, caso en el cual ésta no tendrá ninguna responsabilidad de cualquier omisión o falta de diligencia de parte del empleador que produzca atraso en el pago de las primas, aún en el caso que él las hubiere recibido del asegurado.

Las primas se pagarán en las oficinas principales de la Compañía o en cualquiera de los lugares que ésta comunique al asegurado.

Las letras de cambio, pagarés y demás documentos bancarios o mercantiles que el asegurado y/o su empleador acepte, suscriba o entregue a la Compañía por las primas, no producirán novación de la obligación del pago de las mismas, y se entenderá que se reciben para el sólo efecto de facilitar su cobro.

ARTICULO DECIMO PRIMERO : Duración del contrato

El presente contrato entrará en vigencia a contar del día primero del mes subsiguiente al de la fecha de su suscripción y tendrá una duración de doce meses contados desde esa fecha.

Con todo, el presente contrato se entenderá renovado automáticamente por períodos iguales y sucesivos de 12 meses

000331

cada uno, si ninguna de las partes manifiesta a la otra su voluntad de no renovarlo al vencimiento del plazo inicial o de la prórroga en vigencia. La intención de no renovarlo deberá manifestarse mediante aviso otorgado a la otra parte con, a lo menos, 30 días de anticipación a la fecha del vencimiento del plazo inicial o de la correspondiente prórroga.

Sin embargo, el asegurado podrá desahuciar el contrato en cualquier momento, con una antelación no inferior a 30 días, avisando su decisión a la Compañía en las oficinas que ésta designe, y cumpliendo con las demás exigencias que para el efecto establece el artículo 18° del D.F.L. 3, de 1981, del Ministerio de Salud.

Asimismo, la compañía podrá poner término unilateral al contrato durante su vigencia, en la forma prescrita en el artículo 19° del mencionado cuerpo legal, en caso de incumplimiento del asegurado de sus obligaciones contractuales. Se considerará incumplimiento de las obligaciones que asume el asegurado y habilita a la Compañía para poner término al contrato, entre otras, las siguientes:

- (a) El no pago oportuno de las primas;
- (b) La solicitud o percepción de beneficios fundados en documentos falsos o adulterados u otorgados a personas no cubiertas por este contrato;
- (c) Cualquier omisión o falsedad en la información proporcionada por el asegurado, sea en la solicitud del seguro o en declaraciones anexas a ella o al presente contrato;
- (d) Cualquier reticencia del asegurado y/o sus beneficiarios a recibir el tratamiento y/o seguir las indicaciones que le señalen los profesionales que laboran en las instituciones de salud que otorguen las prestaciones bonificadas en virtud de este contrato.

ARTICULO DECIMO SEGUNDO : Responsabilidad posterior del asegurado.

Terminada la vigencia del contrato, sea anticipada o no, cesará toda responsabilidad de la Compañía por los riesgos que asume en virtud de esta póliza y, por ende, no tendrá responsabilidad alguna respecto de los siniestros que ocurran con posterioridad a esa fecha.

Asimismo, cesará toda responsabilidad de la Compañía y ésta no tendrá obligación alguna respecto de los riesgos que cubre a los beneficiarios que no reúnan las condiciones para ser considerados como tales, a contar de la fecha en que ello ocurra.

ARTICULO DECIMO TERCERO : Comunicaciones

Para su eficacia dentro de este contrato, las comunicaciones entre la Compañía y el asegurado y/o sus beneficiarios deberán hacerse por escrito, de acuerdo con las normas que sobre el particular señale el Fondo Nacional de Salud.

Las dirigidas a la Compañía deberán efectuarse al domicilio de ésta, mediante procedimientos que acrediten fehacientemente su recepción. Las de la Compañía serán dirigidas al último domicilio del asegurado que ella tenga registrado, sea que las dirija al asegurado o a sus beneficiarios.

ARTICULO DECIMO CUARTO : Arbitraje

Todas las dudas y dificultades que se susciten entre la Compañía y el asegurado y/o sus beneficiarios, con motivo de las estipulaciones del presente contrato, ya sea que ellas se refieran a la apreciación de su existencia o inexistencia, validez

000333

o nulidad, cumplimiento o incumplimiento, aplicación, resolución, ejecución, interpretación o a cualquier otra materia relacionada directa o indirectamente con la presente póliza, serán resueltas por un árbitro arbitrador y amigable componedor que estará premunido de las más amplias facultades, será designado de común acuerdo por las partes en conflicto, actuara sin forma de juicio y en contra de sus resoluciones no procederá recurso alguno. A falta de acuerdo en la designación del árbitro, éste será nombrado por cualquiera de los juzgados civiles de mayor cuantía con jurisdicción en el domicilio indicado en el artículo siguiente que esté de turno al pedirse el nombramiento, pero en este último caso el árbitro que se designe será arbitrador en el procedimiento pero deberá resolver conforme a derecho y en contra de sus resoluciones procederán los recursos que la ley establece.

El arbitraje establecido en este artículo es sin perjuicio de la facultad de las partes de recurrir a la Superintendencia de Valores y Seguros en conformidad al artículo 3º, letra i), del D.F.L. 251 de 1931.

ARTICULO DECIMO QUINTO : Domicilio

Para todos los efectos legales derivados del presente contrato, la Compañía, el asegurado y sus beneficiarios constituyen domicilio especial en la ciudad y comuna de-

000334