

15

REF.: APRUEBA MODELOS DE POLIZAS DE
SEGUROS DE SALUD PLAN ESPECIAL
E INTERNACIONAL Y PLAN EJECUTI
VO.

CIRCULAR N° 278

Para todas las entidades aseguradoras inscritas en
I.S.A.P.R.E.

SANTIAGO, 31 de Diciembre de 1982.

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 entidad aseguradora, el Superintendente
infrascrito aprueba los modelos de pólizas Plan Especial e
Internacional y Plan Ejecutivo que se adjuntan.

Saluda atentamente a Ud.



Felipe Lamarca Claro
FELIPE LAMARCA CLARO
SUPERINTENDENTE
ADMINISTRADOR DELEGADO

La Circular N°277 fue enviada a todas
las Entidades del Mercado Asegurador.

000563

CONDICIONES GENERALES SEGURO DE SALUD ISAPRE
PLAN ESPECIAL Y PLAN INTERNACIONAL

En virtud del presente contrato la Compañía de Seguros _____, en adelante la compañía, se obliga a otorgar las prestaciones y beneficios de salud en la forma y modalidades descritas en los artículos siguientes, de acuerdo al D.F.L. Nº 3, de 1981. del Ministerio de Salud.

ARTICULO Nº 1 : BENEFICIARIOS

Serán beneficiarios de este contrato, el contratante que lo suscriba, sus cargas familiares por las cuales percibe asignación familiar a la fecha de celebración del contrato y en el momento de requerir la prestación y aquellas personas que expresamente la compañía acepte como tales, siempre que se hayan consignado en la declaración adjunta de cargas familiares.

ARTICULO Nº 2 : DEFINICIONES DEL PLAN DE SALUD

Los beneficiarios de este contrato tendrán derecho a solicitar el financiamiento de sus prestaciones de Salud de acuerdo con el plan de Seguro Contratado y siempre que se encuentren al día en el pago de sus cotizaciones.

a) Plan Especial

Los beneficiarios de este contrato podrán adquirir en las dependencias que la compañía, habilite para estos fines, órdenes de atención, cancelando sólo la parte no bonificada del valor de dichas órdenes, de acuerdo al porcentaje de bonificación estipulado en el Contrato de Salud y a los períodos de carencia consignados en el artículo 4.

Estas órdenes le permitirán financiar el valor total de la respectiva prestación de Salud, en virtud de los convenios vigentes al momento de la atención, entre la compañía y

000564

los profesionales e instituciones adscritas. No obstante cuando el beneficiario desee optar por una mayor privacidad en un establecimiento hospitalario o requerir una atención domiciliaria, podrá cancelar total o parcialmente la prestación con dichas órdenes, siendo de su cargo la diferencia.

La nómina de prestaciones y sus correspondientes valores se detallan en la nómina de prestaciones valorizadas para la emisión de ordenes de atención. Dependiendo de su naturaleza algunas órdenes de atención se emitirán previa indicación escrita de un médico adscrito a los convenios de la compañía.

Sin embargo, por cada beneficiario sólo se tendrá derecho a la bonificación pactada en este contrato, hasta un límite máximo de tres consultas anuales, más aquellas consultas adicionales que expresamente se haya convenido en el contrato de salud.

El contratante podrá disponer cualquier distribución del límite máximo de consulta, entre los beneficiarios de su contrato.

b) Plan Internacional

Los beneficiarios de este Plan, podrán financiar sus prestaciones de salud recibidas en el país o en el extranjero de la siguiente manera:

- Solicitando el reembolso de los gastos incurridos en atenciones que se realicen en forma hospitalizada. El monto a reembolsar por parte de la compañía corresponderá al porcentaje de bonificación estipulado en el contrato de salud, aplicado sobre lo que resulte menor entre el valor consignado en la Tabla de Montos Máximos de Reembolsos Internacional y el gasto incurrido en la prestación de salud.

- Concurriendo a la institución o clínica que la compañía haya convenido, en la ciudad en que se suscribe este contrato, para recibir las prestaciones de exámenes de laboratorio, radiológicos y/o procedimiento diagnóstico y terapéutico que el beneficiario requiera por indicación médica, en forma ambulatoria. Para estos efectos el beneficiario deberá adquirir órdenes de atención, pagando sólo la parte no bonificada de dichas órdenes, de acuerdo al porcentaje de bonificación pactado en el contrato de salud. Con ellos el beneficiario cancelará el valor total de la respectiva prestación solicitada.
- Solicitando el reembolso del gasto incurrido en consultas médicas. El monto a reembolsar por parte de la compañía corresponderá al porcentaje de bonificación estipulado en el contrato de salud, aplicado sobre lo que resulte menor entre el valor consignado en la Tabla de Montos Máximos de Reembolsos Internacional y el gasto incurrido en la consulta médica.

Sin embargo, por cada beneficiario sólo se tendrá derecho a la bonificación pactada en este contrato, hasta un límite máximo de tres consultas anuales, más aquellas consultas adicionales que expresamente se hayan convenido en el contrato de salud.

El contratante podrá disponer cualquier distribución del límite máximo de consulta, entre los beneficiarios de su contrato.

ARTICULO Nº 3 . BENEFICIOS ADICIONALES

a) Centros Médicos

Los beneficiarios del Plan Especial o Internacional podrán concurrir a los centros médicos adscritos, a recibir las prestaciones de fomento, protección y recuperación de la salud que se encuentren capacitados para otorgar, previa cancelación del cobro moderador que dependerá de la naturaleza de la prestación

000566

/.

b) Atención Oncológica

Los beneficiarios del Plan Especial o Internacional a quienes no se les haya previamente diagnosticado ni tratado por un cáncer, tendrán derecho a recibir la atención oncológica integral, entendiéndose por tal la confirmación del diagnóstico presuntivo y el tratamiento y control de la enfermedad.

Esta atención integral incluye la consulta médica especializada y honorarios profesionales; la hospitalización e intervención quirúrgica; los exámenes de laboratorio, radiológicos e histopatológicos; procedimientos diagnóstico, 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 U.F. Todas estas prestaciones que deben ser otorgadas a través del instituto que la compañía designe, serán sin cargo alguno para los beneficiarios.

- c) Los beneficiarios de los Planes Especial o Internacional, podrán utilizar el Sistema de Medicina Curativa, de la Ley Nº 16.781 solo en la forma y condiciones que se señalan en el D.F.L. Nº 4, de 1981, del Ministerio de Salud. En este caso, la compañía pagará al Fondo Nacional de Salud sólo la parte bonificada que contempla dicho sistema, sólo en caso que las prestaciones estén amparadas en este contrato.
- d) El contratante del Plan Especial o Internacional podrá recibir los beneficios básicos de Medicina Preventiva y regímenes de Subsidios, de acuerdo a lo dispuesto por la Ley 6.174 y el D.F.L. Nº 44, de 1978, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.
- e) Tratándose del Plan Especial, los beneficiarios podrán solicitar el reembolso de los gastos efectuados, al haber recibido prestaciones:

- Hospitalizadas o ambulatorias de parte de establecimientos o profesionales no adscritos, sólo en el caso que hayan sido otorgadas en aquellas provincias en las cuales no existen establecimientos o profesionales adscritos a los convenios de la compañía.
- De urgencia en una Unidad de Emergencia, a consecuencia de un suceso imprevisto, involuntario y repentino que haya afectado su organismo y de cuya causal no se tenga responsabilidad o culpa y siempre que a juicio de la compañía haya existido un real impedimento para adquirir previamente órdenes de atención y de que no exista una Unidad de Emergencia adscrita en la localidad.

La compañía le reembolsará el porcentaje de bonificación pactado en el contrato, aplicado sobre la cantidad que resulte menor entre el valor consignado en la nómina de prestaciones valorizadas para la emisión de órdenes de atención especial y el gasto incurrido en la respectiva prestación de salud y siempre que el contrato no se encuentre excedido en el número máximo de consultas.

- f) Los beneficiarios del Plan Internacional, tendrán derecho a solicitar el reembolso de los gastos efectuados al haber recibido prestaciones realizadas en forma ambulatoria en aquellas ciudades en las cuales no existen establecimientos adscritos a los convenios de la compañía. Asimismo podrán adquirir órdenes de atención para financiar las prestaciones de consulta y aquellas que se le realicen en forma hospitalizada.

ARTICULO Nº 4 : CARENCIAS

- a) Los contratantes del sexo femenino y aquellas mujeres beneficiarias por las cuales el contratante no perciba asignación familiar,

sean del Plan Especial o Internacional, no tendrán derecho a los beneficios estipulados en los artículos segundo y tercero para todas las prestaciones originadas en la atención de un parto o un aborto espontáneo.

- b) Tratándose del Plan Especial, el presente contrato tendrá un período de carencia (o espera) de tres meses a contar de la vigencia inicial, período durante el cual los beneficiarios sólo tendrán derecho a una bonificación del 20% por todas aquellas prestaciones que se les otorguen en forma hospitalizada. Dicho período se extenderá a los 10 meses cuando las prestaciones sean originadas por la atención de un parto o un aborto espontáneo.
- c) Tratándose del Plan Internacional, el presente contrato tendrá un período de carencia (o espera) de tres meses a contar de la vigencia inicial, período durante el cual los beneficiarios no tendrán derecho a ninguno de los beneficios por todas aquellas prestaciones que se les otorguen en forma hospitalizada, salvo que las prestaciones sean originadas por un accidente involuntario, repentino y traumático de causa externa que afecte el organismo de los beneficiarios. Dicho período se extenderá a diez meses cuando las prestaciones sean originadas por la atención de un parto o de un aborto espontáneo,
- d) Los mayores beneficios provenientes de una modificación o renovación de contrato, tendrán un período de carencia o espera de tres meses contados desde la vigencia inicial de la modificación o renovación, que se extenderá a diez meses, cuando las prestaciones sean originadas por la atención de un parto o de un aborto espontáneo. Se considera "mayores beneficios", aquellos incrementos en el porcentaje de bonificación o aquellos traspasos a planes de salud con mayor número y/o valor de prestaciones.

Para los beneficiarios incorporados en el transcurso de la vigencia del contrato, regirán las mismas normas de períodos de carencia a que se refieren las letras a), b) y c) precedentes.

000569

/.

- e) Para los efectos de subsidios de maternidad (pre-natal y post-natal) y cuando el parto ocurra dentro del período de carencia de 10 meses a que se refieren la letras b) y c) precedentes, la contratante deberá pagar durante un período de tres meses, a partir del séptimo mes de embarazo, una cotización adicional mensual equivalente a quince veces(15) la prima contratada.

ARTICULO Nº 5 : OBLIGACIONES DE LOS BENEFICIARIOS

- a) Será obligación del contratante declarar todas las nuevas cargas por las cuales comience a percibir asignación familiar (incluyendo entre ellas al hijo en gestación a partir del 5º mes de embarazo). Para que estas cargas tengan derecho a los beneficios mencionados en los artículos Nº 2 y 3, el contratante deberá aceptar las modificaciones en la tarifa que estipule la compañía.

Al incluir un beneficiario al contrato, durante el transcurso de su vigencia, éste tendrá derecho a un límite máximo de consultas bonificadas (artículo 2), proporcional a los meses de vigencia de beneficios que le correspondan. Las fracciones de consultas resultantes, iguales o superiores a $\frac{1}{2}$ serán aproximadas al número entero superior y las inferiores, serán aproximadas al entero menor.

- b) Para recibir aquellas prestaciones financiadas a través de órdenes de atención, los beneficiarios estarán obligados a concurrir a aquellas instituciones que la compañía les señale.

Constituye requisito indispensable para requerir cualquier reembolso de gastos a la compañía, la presentación de los recibos originales, boletas, facturas comprobatorias de los gastos efectuados por el beneficiario y que estén emitidas a su nombre. Todos estos antecedentes deberán ser acompañados por una declaración del profesional que otorgó la prestación, donde

se especifique el nombre del paciente, el diagnóstico, las eventuales complicaciones y la fecha en que se otorgó la prestación. Los documentos comprobatorios de los gastos deben presentarse dentro de los 30 días de otorgadas las prestaciones, después de este plazo la compañía no tendrá ninguna obligación de reembolsar.

- c) El contratante debe dar aviso, dentro del mes de ocurrido, del cambio del empleador o domicilio.

ARTICULO Nº 6 : VIGENCIA DEL CONTRATO

El presente contrato tendrá una duración de 12 meses, a partir de la vigencia, salvo que el beneficiario incurra en incumplimiento contractual de acuerdo al artículo Nº 8.

En todo caso el contratante podrá desahuciar el contrato en cualquier momento, avisando personalmente su decisión, en las oficinas que la compañía designe.

ARTICULO Nº 7 : PAGO DE LA COTIZACION

El contratante deberá pagar a la compañía, a través de su empleador, la cotización mensual pactada en el contrato respectivo, la que en todo caso no podrá ser inferior al 4% de la renta imponible.

Las cotizaciones provenientes de las remuneraciones de un mes, financian los beneficios del mes siguiente. Estas deberán ser enteradas a la compañía dentro de los 10 primeros días del mes siguiente a aquel en que fueran descontadas de la remuneración del contratante. El valor de la Unidad de Fomento a considerar, será el vigente al momento del pago efectivo de las mismas.

000571

ARTICULO Nº 8 : TERMINACION DEL CONTRATO

Se considera incumplimiento por parte del contra-
tante de sus obligaciones contractuales y por lo tanto se producirá
la terminación del contrato, cuando ocurra una de las siguientes si-
tuaciones:

- a) Cuando de acuerdo a lo estipulado en el artículo 7 no sean cance-
ladas oportunamente a la compañía, el total de la cotización de
salud pactada en este contrato.
- b) Cuando el o los beneficiarios soliciten o reciban beneficios fun-
damentados en documentos falsos o adulterados u otorgados a perso-
nas no cubiertas en este contrato.
- c) Cuando haya existido omisión o falsedad en la información propor-
cionada por el contratante en el contrato de salud, o en la decla-
ración de cargas familiares anexa.

ARTICULO Nº 9 : EXCLUSIONES

El presente contrato no cubre ninguno de los be-
neficios estipulados en los artículos 2 y 3 cuando el origen de las
prestaciones sean:

- a) La hospitalización para fines de reposo.
- b) Las lesiones o enfermedades causadas por ingestión voluntaria de
somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos
análogos o similares.
- c) El tratamiento, consulta y hospitalización por enfermedades o de-
ficiencias mentales o nerviosas, desórdenes o reacciones psicopá-
ticas; alcoholismo y/o afición a drogas.
- d) La hospitalización, cirugía y/o tratamiento a causa de lesiones o
enfermedades producidas por acto de guerra, desórdenes populares,

000572

/.

riñas, intentos de suicidio, aborto autoprovocado y la que se originan en razón del estado de ebriedad del beneficiario.

- e) El tratamiento consulta y hospitalización por enfermedades o malformaciones congénitas diagnosticadas con anterioridad a la suscripción del contrato.
- f) Los tratamientos estéticos plásticos, dentales y/u 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.
- g) El suministro de audífonos, anteojos y prótesis de cualquier naturaleza.
- h) Los exámenes odontológicos y atención dental en general.
- i) La atención particular de Enfermería.
- j) Las lesiones causadas deliberadamente por el beneficiario a sí mismo.
- k) Las lesiones o enfermedades del beneficiario debidas a su participación en actos calificados como delitos por la ley.
- l) Pruebas, consultas y hospitalización para el diagnóstico o tratamiento de esterilidad femenina y masculina.
- m) Las epidemias oficialmente declaradas.
- n) El tratamiento, consulta y hospitalización por cáncer salvo que dichas prestaciones se otorguen a través del instituto que la compañía designe conforme a la letra b) del artículo Nº 3.
- o) Los exámenes de tomografía axial computarizada (scanner).
- p) Los accidentes del trabajo o enfermedades profesionales.

ARTICULO Nº 10 : ARBITRAJE

Todas las dificultades provenientes de la interpretación, aplicación o cumplimiento del presente contrato, serán sometidas a la resolución de un árbitro-arbitrador, nombrado por las partes de común acuerdo, quien resolverá sin forma de juicio y sin

000573

/.

ulterior recurso. Sin perjuicio de lo dispuesto en la letra i) del artículo Nº 3 del D.F.L. Nº 251, de 1931, y sus modificaciones,

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

ARTICULO Nº 11 : DOMICILIO

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

000574

CONDICIONES GENERALES SEGURO DE SALUD ISAPRE
PLAN EJECUTIVO (HOSPITALIZACION INTEGRAL)

En virtud del presente contrato la Compañía de Seguros _____, en adelante la compañía se obliga a otorgar las prestaciones y beneficios de salud en la forma y modalidades descritas en los artículos siguientes, de acuerdo al D.F.L. Nº 3 de 1981, del Ministerio de Salud.

ARTICULO Nº 1 : BENEFICIARIOS

Serán beneficiarios de este contrato, el contratante que lo suscriba, sus cargas familiares por las cuales perciba asignación familiar a la fecha de celebración del contrato y en el momento de requerir la prestación y aquellas personas que expresamente la compañía acepte como tales, siempre que se hayan consignado en la declaración adjunta de cargas familiares.

ARTICULO Nº 2 : DEFINICION DEL PLAN DE SALUD

Los beneficiarios de este plan siempre que se encuentren al día en el pago de sus cotizaciones, tendrán derecho a solicitar el financiamiento de los gastos incurridos por prestaciones de salud recibidas durante su internación continua y necesaria en un hospital o clínica. No obstante lo anterior, se consideran incluidas en esta cobertura aquellos gastos por intervenciones quirúrgicas ambulatorias que requieren uso de pabellón y de anestesia general o regional.

a) Plan Hospitalización, Modalidad "Especial"

Previo presentación de un programa médico, los beneficiarios podrán adquirir órdenes de atención cancelando la parte no bonificada de su valor, de acuerdo al porcentaje de bonificación estipulado en el contrato de salud y a los períodos de carencia consignados en el Artículo Nº 4.

Estas órdenes le permitirán financiar el valor total de la respectiva prestación hospitalizada de salud, en virtud de los convenios, vigentes al momento de la atención, entre la compañía y los profesionales e instituciones adscritas. No obstante cuando el beneficiario desee optar por una mayor privacidad en un establecimiento hospitalario, podrá cancelar total o parcialmente la prestación con dichas órdenes, siendo de su cargo la diferencia.

La nómina de prestaciones y sus correspondientes valores se detallan en la nómina de prestaciones valorizadas para emisión de órdenes de atención. Dependiendo de su naturaleza algunas órdenes de atención se emitirán previa indicación escrita de un médico adscrito a los convenios de la compañía.

b) Plan Hospitalización, Modalidad Internacional

Los beneficiarios de este plan, podrán financiar sus prestaciones hospitalizadas de salud solicitando el reembolso de sus gastos médicos incurridos en el país o en el extranjero, en cualquiera de las dependencias que la compañía habilite para estos fines.

El monto a reembolsar por parte de la compañía corresponderá al porcentaje de bonificación estipulado en el contrato de salud, aplicado sobre lo que resulte menor entre el valor consignado en la Tabla de Montos Máximos de Reembolsos Internacional y el gasto incurrido en la prestación de salud.

Al suscribir este contrato, el contratante declara conocer la nómina de prestaciones valorizadas para la emisión de órdenes de atención y/o tabla de montos máximos de reembolsos del Plan Internacional, todo lo cual se considera parte integrante de este Contrato de Salud Previsional.

ARTICULO Nº 3 : BENEFICIOS ADICIONALES

a) Centros Médicos

Los beneficiarios de las modalidades Especial o Internacional podrán concurrir a los centros médicos adscritos, a recibir las prestaciones de fomento, protección y recuperación de la salud, que se encuentren capacitados para otorgar, previa cancelación del cobro moderador que dependerá de la naturaleza de la prestación.

b) Atención Oncológica

Los beneficiarios de las modalidades Especial o Internacional a quienes no se les haya previamente diagnosticado ni tratado por un cáncer, tendrán derecho a recibir la atención Oncológica integral, entendiéndose por tal la confirmación del diagnóstico presuntivo y el tratamiento y control de la enfermedad.

Esta atención integral incluye la consulta médica especializada y honorarios profesionales; la hospitalización e intervenciones quirúrgicas; los exámenes de laboratorio, radiológicos e histopatológicos; procedimientos diagnóstico, 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 U.F. Todas estas prestaciones que deben ser otorgadas a través del instituto que la compañía designe serán sin cargo alguno para los beneficiarios.

- c) Los beneficiarios de las Modalidades Especial o Internacional, podrán utilizar el sistema de Medicina Curativa, de la Ley Nº 16.781

sólo en la forma y condiciones que se señalan en el D.F.L. Nº 4 de 1981 del Ministerio de Salud. En este caso, la compañía pagará al Fondo Nacional de Salud sólo la parte bonificada que contempla dicho sistema, sólo en caso que las prestaciones estén contempladas en este contrato.

- d) El contratante de la Modalidad Especial o Internacional podrá recibir los beneficios básicos de Medicina Preventiva y regímenes de subsidios, de acuerdo a lo dispuesto por la Ley Nº 6.174 y el D.F.L. Nº 44 de 1978, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.
- e) Tratándose de la Modalidad Especial los beneficiarios podrán solicitar el reembolso de los gastos efectuados, al haber recibido prestaciones hospitalizadas:
- De parte de establecimientos o profesionales no adscritos, sólo en el caso que hayan sido otorgadas en aquellas provincias en las cuales no existan establecimientos o profesionales adscritos a los convenios de la compañía.
 - De urgencia en una Unidad de Emergencia, a consecuencia de un suceso imprevisto, involuntario y repentino que haya afectado su organismo y de cuya causal no se tenga responsabilidad o culpa y siempre que a juicio de la compañía haya existido un real impedimento para adquirir previamente órdenes de atención y de que no exista una Unidad de Emergencia adscrita en la localidad.

La compañía le reembolsará el porcentaje de bonificación pactado en el contrato, aplicado sobre la cantidad que resulte menor entre el valor consignado en la nómina de prestaciones valorizadas para la emisión de órdenes de atención Especial y el gasto incurrido en la respectiva prestación de salud.

- f) Los beneficiarios de la Modalidad Internacional tendrán todos los beneficios, de la Modalidad Especial, es decir, podrán financiar sus gastos de hospitalización, haciendo uso de los convenios de la compañía, según lo dispuesto en el artículo Nº 2, letra a).
- g) Los beneficiarios de las Modalidades Especial o Internacional, podrán hacer uso, para sus atenciones ambulatorias, de los convenios vigentes entre la compañía y los profesionales e instituciones adscritas, para ello deberán adquirir en las dependencias que la compañía habilite para estos efectos órdenes de atención pagando el 100% de su valor.

ARTICULO Nº 4 : CARENCIAS

- a) Las contratantes del sexo femenino y aquellas mujeres beneficiarias por las cuales el contratante no perciba asignación familiar, sean del Plan Especial o Internacional, no tendrán derecho a los beneficios estipulados en los artículos segundo y tercero para todas las prestaciones originadas en la atención de un parto o un aborto espontáneo.
- b) Tratándose de la Modalidad Especial el presente contrato tendrá un período de carencia (o espera) de tres meses a contar de la vigencia inicial, período durante el cual los beneficiarios sólo tendrán derecho a una bonificación del 20% por todas aquellas prestaciones que se les otorguen. Dicho período se extenderá a 10 meses cuando las prestaciones sean originadas por la atención de un parto o un aborto espontáneo.
- c) Tratándose de la Modalidad Internacional el presente contrato tendrá un período de carencia (o espera) de tres meses a contar de la vigencia inicial, período durante el cual los beneficiarios no tendrán derecho a ninguno de los beneficios por todas aquellas prestaciones que se les otorguen en forma hospitalizada, salvo que las prestaciones sean originadas por un accidente involuntario, repentino y traumático de causa externa que afecte al organismo

000579

de los beneficiarios. Dicho período se extenderá a diez meses cuando las prestaciones sean originadas por la atención de un parto o de un aborto espontáneo.

- d) Los mayores beneficios provenientes de una modificación o renovación de contrato, tendrán un período de carencia o espera de tres meses contados desde la vigencia inicial de la modificación o renovación, que se extenderá a diez meses, cuando las prestaciones sean originadas por la atención de un parto o de un aborto espontáneo. Se considera "mayores beneficios", aquellos incrementos en el porcentaje de bonificación o aquellos traspasos a planes de salud con mayor número y/o valor de prestaciones.
- e) Para los beneficiarios incorporados en el transcurso de la vigencia del contrato, requirán las mismas normas de períodos de carencia a que se refieren las letras a), b) y c) precedentes.
- f) Para los efectos de subsidios de maternidad (pre-natal y post-natal) y cuando el parto ocurra dentro del período de carencia de diez meses a que se refieren las letras b) y c) precedentes, la contratante deberá pagar durante un período de tres meses, a partir del séptimo mes de embarazo, una cotización adicional mensual equivalente a quince (15) veces la prima contratada. Esta cotización adicional, no será cobrada por la compañía cuando el parto ocurra después de expirado el período de carencia de diez meses.

ARTICULO Nº 5 : OBLIGACIONES DE LOS BENEFICIARIOS

- a) Será obligación del contratante declarar todas las nuevas cargas por las cuales comience a percibir asignación familiar (incluyendo entre ellas al hijo en gestación a partir del 5º mes de embarazo). Para que estas cargas tengan derecho a los beneficios mencionados en los artículos Nº 2 y 3, el contratante deberá aceptar las modificaciones en la tarifa que estipula la compañía.

- b) Para recibir aquellas prestaciones financiadas a través de órdenes de atención, los beneficiarios estarán obligados a concurrir a aquellas instituciones que la compañía les señale.
- c) Constituye requisito indispensable para requerir cualquier reembolso de gastos a la compañía, la presentación de recibos originales, boletas, facturas comprobatorias de los gastos efectuados por el beneficiario y que estén emitidas a su nombre. Todos estos antecedentes deberán ser acompañados por una declaración del profesional que otorgó la prestación, donde se especifiquen el nombre del paciente, el diagnóstico, las eventuales complicaciones y la fecha en que se otorgó la prestación. Los documentos comprobatorios de los gastos deben presentarse dentro de los 30 días de otorgadas las prestaciones, después de este plazo la compañía no tendrá ninguna obligación de reembolsar.
- d) El contratante debe dar aviso, dentro del mes de ocurrido, del cambio del empleador o domicilio.

ARTICULO Nº 6 : VIGENCIA DEL CONTRATO

El presente contrato tendrá una duración de 12 meses, a partir de la vigencia, salvo que el beneficiario incurra en incumplimiento contractual de acuerdo al artículo Nº 8.

En todo caso el contratante podrá desahuciar el contrato en cualquier momento, avisando personalmente su decisión, en las oficinas que la compañía designe.

ARTICULO Nº 7: PAGO DE LA COTIZACION

El contratante deberá pagar a la compañía, a través de su empleador, la cotización mensual pactada en el contrato respectivo, la que en todo caso no podrá ser inferior al 4% de la renta imponible.

000581

/.

Las cotizaciones provenientes de las remuneraciones de un mes, financian los beneficios del mes siguiente. Estas deberán ser enteradas a la compañía dentro de los diez primeros días del mes siguiente a aquel en que fueran descontadas de la remuneración del contratante. El valor de la Unidad de Fomento a considerar será el vigente al momento del pago efectivo de las mismas.

ARTICULO Nº 8 : TERMINACION DEL CONTRATO

Se considerará incumplimiento por parte del contratante de sus obligaciones contractuales y por lo tanto se producirá la terminación del contrato, cuando ocurra una de las siguientes situaciones:

- a) Cuando de acuerdo a lo estipulado en el artículo 7 no sea cancelada oportunamente a la compañía, el total de la cotización de salud pactada en este contrato.
- b) Cuando el o los beneficiarios soliciten o reciban beneficios fundamentados en documentos falsos o adulterados u otorgados a personas no cubiertas en este contrato.
- c) Cuando haya existido omisión o falsedad en la información proporcionada por el contratante en el contrato de salud, o en la declaración de cargas familiares anexa.

ARTICULO Nº 9 : EXCLUSIONES

El presente contrato no cubre ninguno de los beneficios estipulados en el artículo 2 y 3 cuando el origen de las prestaciones sea:

- a) Consultas médicas, exámenes de laboratorio, exámenes radiológicos, procedimientos y/o tratamientos que se realicen en forma ambulatoria, o que habiéndose realizado en forma hospitalizada, la patología de origen no justifique, a juicio de la compañía, su internación.

- b) La hospitalización con fines de chequeo y de reposo o bien con fines de tratamiento kinésico y/o rehabilitación.
- c) Las lesiones o enfermedades causadas por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares.
- d) El tratamiento, consulta y hospitalización por enfermedad o deficiencias mentales o nerviosas, desórdenes o reacciones psicopáticas, alcoholismo; y/o afección a drogas.
- e) La hospitalización, cirugía y/o tratamiento a causa de lesiones o enfermedades producidas por acto de guerra, desórdenes populares, riñas, intentos de suicidio, aborto autoprovocado, y las que se originen en razón del estado de ebriedad del beneficiario.
- f) El tratamiento, consulta y hospitalización por enfermedad o malformaciones congénitas diagnosticadas con anterioridad a la suscripción del contrato.
- g) Los tratamientos estéticos plásticos, dentales y/u 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,
- h) El suministro de audífonos, anteojos y prótesis de cualquier naturaleza.
- i) Los exámenes odontológicos y atención dental en general.
- j) La atención particular de enfermería.
- k) Las lesiones causadas deliberadamente por el beneficiario a sí mismo.
- l) Las lesiones o enfermedades del beneficiario debidas a su participación en actos calificados como delitos por la ley.
- m) Pruebas, consultas y hospitalización para el diagnóstico o tratamiento de esterilidad femenina y masculina.
- n) Las epidemias oficialmente declaradas.

- o) El tratamiento, consulta y hospitalización por cáncer salvo que dichas prestaciones se otorguen a través del instituto que la compañía designe conforme a la letra b) del artículo Nº 3.
- p) Los exámenes de tomografía axial computarizada (Scanner).
- q) Los accidentes de trabajo o enfermedades profesionales.
- r) Procedimientos ortopédicos y traumatológicos que no requieran de anestesia general, exclusión que comprende la colocación de yesos.

ARTICULO Nº 10: ARBITRAJE

Todas las dificultades provenientes de la interpretación, aplicación o cumplimiento del presente contrato serán sometidas a la resolución de un árbitro arbitrador, nombrado por las partes de común acuerdo, quien resolverá sin forma de juicio y sin ulterior recurso. Sin perjuicio de lo dispuesto en la letra i) del artículo 3º del D.F.L. Nº 251, de 1931, y sus modificaciones.

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

ARTICULO Nº 11 : DOMICILIO

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

000584