

EJEMPLAR GRATUITO

C I R C U L A R N° 095

Para todas las Entidades Aseguradoras del Primer Grupo.

SANTIAGO, 28 de Octubre de 1981.-

Visto lo solicitado por una Entidad del mercado Asegurador y la facultad que me confiere la letra e) del artículo 3° del D.F.L. 251, de 1931, el Superintendente infrascrito aprueba el modelo de póliza que se adjunta.

Saluda atentamente a Ud.


SUPERINTENDENTE

La Circular N° 094 fue enviada a todos los Cuerpos de Bomberos del país.

CONDICIONES GENERALES

POLIZA DE SEGURO MEDICO INTEGRAL SMI-I

ARTICULO 1 .- DEFINICION Y COBERTURA

En virtud de este contrato, la Institución de Salud Previsional, Compañía de Seguros en adelante la " Institución", se obliga a asegurar el financiamiento del costo de todos los beneficios de salud y las prestaciones de subsidio, según se describen en esta póliza; al asegurado y sus cargas familiares individualizadas en este contrato, en conformidad a las normas legales vigentes.

ARTICULO 2 .- PARTES INTEGRANTES DE LA POLIZA

Forman parte integrante de la Póliza, las presentes Condiciones Generales, las Condiciones Particulares y sus endosos o addendas, Tarjetas de indentificación Solicitud de Seguro y Declaración personal de salud y actividades.

ARTICULO 3 .- BENEFICIOS

Tendrán la calidad de beneficiarios, el Cotizante y las cargas por quienes aquel percibe asignación familiar y aquellos que hayan sido expresamente aceptados como tales por la institución. Los beneficios del contrato se extenderán por el sólo Ministerio de la Ley a todas las nuevas cargas que declare el cotizante y por las cuales perciba asignación familiar. Asimismo, estos beneficios se extinguirán respecto de quienes pierdan la condición de carga familiar.

ARTICULO 4 .- BENEFICIOS

I SUBSIDIOS

A) MATERNIDAD : La mujer cotizante recibirá de la Institución un subsidio equivalente a lo establecido en el D.F.L. N° 44 de 1978 del Ministerio del Trabajo, sujeto a las Condiciones de este Contrato.

- b) INCAPACIDAD LABORAL : Previo el cumplimiento de los requisitos legales por parte de los beneficiarios cotizantes, la Institución reconocerá el subsidio a que haya lugar en aplicación al DFL N° 44 de 1978, derivado de la Ley 6.174 de Medicina Preventiva o bien de la Ley 16.781 de Medicina Curativa, sujeto a las Condiciones de este Contrato.
- c) Para percibir estos beneficios, el cotizante deberá hacer llegar a la Institución la Certificación Médica pertinente debidamente visada por el Servicio de Salud correspondiente así como cualquier otro documento que para tal efecto solicite la Institución.

II PRESTACIONES DE SALUD

La Institución indemnizará, tanto las enfermedades y cuadros clínicos contemplados en la Ley 6.174 de 1938, como aquellas contempladas en la Ley 16.781 de 1968, que se señalan en los distintos códigos del arancel Ex-Sermena, según la modalidad del Plan establecido en las Condiciones Particulares y con arreglo a las disposiciones del presente Contrato.

ARTICULO 5.- INDEMNIZACIONES

La Institución para efectos de cumplir con sus obligaciones contractuales, establece las siguientes alternativas de indemnización que serán especificadas para cada beneficiario en particular en las Condiciones Particulares y/o en los documentos pertinentes, teniendo en cuenta la naturaleza de los riesgos contratados.

I. PLAN DE SEGURO MEDICO INTEGRAL - LIBRE ELECCION:

Significa que el beneficiario puede elegir libremente a las instituciones y profesionales de la salud; la indemnización pertinente se otorgará según el porcentaje y monto máximo a que tenga derecho de acuerdo con el Plan que le corresponda,

sujeto a las condiciones emanadas del presente contrato y sin perjuicio de las disposiciones particulares.

II NIVEL FONASA

Bajo esta alternativa, manteniéndose la libre elección, la indemnización se hará en una modalidad de financiamiento - equivalente a la que utiliza el Fondo Nacional de Salud - para los beneficiarios de la Ley 16.781.

III ESPECIAL

Significa que el beneficiario recibirá los beneficios propios de este contrato en la forma y condiciones que expresamente se convengan.

ARTICULO 6.- LIMITACIONES

Con el fin de otorgar una cobertura adecuada a la naturaleza de este seguro y a las diversas situaciones y condiciones de salud de los asegurados, la institución, cuando lo considere necesario, limitará la cobertura bajo los siguientes conceptos.

A) CARENCIA : Se refiere a aquel período de meses durante el cual sólo se indemnizará en la forma y condiciones que se indiquen expresamente.

B) TOPES : Se refiere al total de Unidades de Fomento indemnizadas a partir del cual y hasta el término del contrato cesará toda indemnización, a menos que en documento pertinente se acuerde una alternativa diferente.

Se pueden establecer los siguientes topes:

I FAMILIAR : Significa un TOPE general, sin especificar enfermedades y/o beneficiarios o cargas.

II INDIVIDUAL : Significa un TOPE por beneficiario.

III PARTICULAR : Significa un TOPE por enfermedad o cuadro clínico.

ARTICULO 7 EXCLUSIONES

Las situaciones siguientes se entenderán siempre excluidas:

- a) Las exclusiones inherentes de la Ley 16.781 de 1968 y la Ley N° 6.174 de 1938.
- b) Epidemias oficialmente declaradas.
- c) Fenómenos de la naturaleza, tales como Terromoto, Maremoto, Erupción Volcánica, Huracán, etc. que sean declarados ca-tástrofe nacional.
- d) Accidentes ocasionados por experimentos de enegía atómica o nuclear.
- e) La atención de lesiones o enfermedades que sean consecuencia de guerra internacional, sea que Chile tenga o no in-tervención en ella, guerra civil dentro o fuera del país, motín o com-oción contra el orden público en cualquier lugar, o actos o atentados terroristas de cualquier naturaleza.
- f) Enfermedades o lesiones cuyo origen sea la participación en actos calificados como delitos por la Ley.
- g) Negligencia o imprudencia grave por parte del asegurado de acuerdo con lo establecido en el artículo 44 del Código Civil.
- h) Lesiones causadas deliberadamente por el beneficiario a sí mismo.
- i) Enfermedades o lesiones cubiertas por el seguro de accidentes de la locomoción colectiva, de la Ley 15.582 o el texto legal que la reemplace o com-plemente, o por el seguro de accidentes y enfermedades profesionales previsto en la Ley 16.744 o el texto legal que la reemplace, o por cualquier otro seguro que cubra gastos de salud.
- j) Atención particular de enfermería.
- k) Atención odontológica en general incluyendo cirugia máxilo facial.
- l) Pruebas y Tratamientos de la esterilidad masculina y femenina y las esterilizaciones voluntarias.
- m) Suministro de audífonos, anteojos y prótesis de cualquier naturaleza y la adquisición de aparatos de ortesis y ortopedia.

- n) Cirugía plástica a menos que sea necesaria como consecuencia de una lesión cubierta.
- o) Exámenes, tratamientos y atención en general con fines de reposo o que no tengan una relación directa con una enfermedad o accidente, sin perjuicio de lo establecido en los Regímenes Especiales en relación con la Medicina Preventiva.
- p) Las enfermedades o accidentes derivados de la práctica profesional de un deporte, así como también la atención de salud requerida para su ejercicio.

ARTICULO 8.- REGIMENES ESPECIALES

Sin perjuicio de lo que expresamente se convenga y estipule en endosos pertinentes, se acuerdan los siguientes regímenes especiales:

- A) MATERNIDAD: Durante el primer año de vigencia de este contrato, queda convenido un período de carencia de 9 meses a partir de la vigencia de la Póliza con las siguientes características:
 - a) Se excluyen durante este período las indemnizaciones de los gastos provenientes de la maternidad.
 - b) Si la beneficiaria embarazada es cotizante, deberá cancelar una extra-prima equivalente a 120 días de su renta imponible.
 - c) Si con posterioridad a la vigencia de este contrato, a la beneficiaria cotizante le consta que está embarazada o presume que el parto ocurrirá dentro de los primeros 9 meses de vigencia de esta Póliza, deberá comunicarlo a la Institución con el objeto de cancelar la extra-prima mencionada en la letra b) anterior.

Si el parto ocurre fuera del período de carencia habiéndose pagado la extra-prima mencionada en la letra b) anterior, la Institución devolverá el monto total de la extra-prima cancelada reajustada por I.P.C. correspondiente.

- d) Ocurrido el parto durante o fuera del período de carencia y cualquier sea la condición de la beneficiaria (cotizante o familiar) podrá optar a un préstamo bajo condiciones de mercado imperante en el momento, para solventar los gastos del mismo, total o parcialmente.
- B) ENFERMEDADES CRONICAS Y CONDICIONES PREEXISTENTES. Queda convenido el siguiente régimen de coberturas para los gastos de Salud Ambulatorios y/o de Hospitalización y Cirugía Mayor o Menor de las enfermedades crónicas y situaciones de Salud, congénitas o adquiridas que han sido identificadas, diagnosticadas u ocurridos sus primeros síntomas con anterioridad a la vigencia de este contrato:
- a) Una carencia de 6 meses sin lugar a indemnización durante este período.
 - b) Transcurrida esta carencia de seis meses, la Institución indemnizará dichos gastos de acuerdo a lo establecido en la modalidad nivel Fonasa establecida en estas Condiciones Generales.
 - c) Se consideran condiciones crónicas, y preexistentes, a las cuales le son aplicables las cláusulas anteriores, los problemas de salud congénitos o adquiridos en que exista fundamentada evidencia de su iniciación previa a la contratación de la Póliza, que afecten cualquier sistema, órgano o tejido sean ellos de origen infeccioso, tumoral, nutricional, inmunológico, genético, o accidental.
- C) TRANSTORNOS NERVIOSOS Y MENTALES Y/O DROGADICCION: La atención en general derivada de éstos problemas de salud, incluyendo el alcoholismo, se indemnizará:
- a) Si estos problemas han sido identificados, diagnosticados u ocurridos sus primeros síntomas con anterioridad a la firma de este Contrato, su indemnización se regirá de acuerdo al numeral B) anterior, correspondiente a enfermedades crónicas.
 - b) Si estos problemas no tuvieren la condición anteriormente referida, no habrá período de carencia sin indemnización; su reembolso se hará de acuerdo a la modalidad Nivel Fonasa establecida en el artículo 5° de estas Condiciones Generales.

D) MEDICINA PREVENTIVA: Para fines del financiamiento de los beneficios médicos de la Ley N° 6.174 de Medicina Preventiva se entenderá que los exámenes que demanda el ejercicio del derecho de examen de salud anual serán indemnizados según la Modalidad Nivel Fonasa establecida en estas Condiciones Generales. De ser el cotizante acogido a reposo preventivo podrá ejercer su derecho de gratuidad de atención con cargo al seguro médico sólo a través de dicha alternativa.

El cotizante podrá optar por atenderse de acuerdo a la modalidad del Plan establecido en las Condiciones Particulares, en cuyo caso no le es aplicable la condición de gratuidad. Se entiende que la cláusula de gratuidad le es aplicable en tanto el cotizante acogido a reposo preventivo tiene la condición de recuperable.

ARTICULO 9.- DURACION DEL CONTRATO

VIGENCIA DEL CONTRATO: Este contrato tendrá una duración mínima de doce meses, a contar del día 1° del mes indicado en la Póliza y por el período establecido en la misma. La Institución no podrá desahuciarlo unilateralmente durante su vigencia, salvo en el caso de incumplimiento de las obligaciones contractuales por parte del cotizante.

PRORROGA AUTOMATICA: Se entenderá automáticamente prorrogado el presente contrato, en el evento que ninguna de las partes manifieste por escrito su intención de ponerle término con a lo menos 30 días de anticipación a la fecha de vencimiento.

Si al día de expiración de este Contrato o de cualquiera de sus prórrogas o renovaciones, el cotizante se encuentra en situación de incapacidad laboral, su vigencia se prorroga automáticamente hasta el término de la incapacidad o hasta que se declare la invalidéz del Trabajador. El cotizante no podrá, mientras dura la situación anterior, poner término a este Contrato. La Institución podrá en casos calificados solicitar a las comisiones que establece el artículo 11° del Decreto Ley N° 3.500 de 1980, la declaración de invalidéz del cotizante.

DESAHUCIO DEL CONTRATO: Este contrato, excepto en los casos de prórroga automática que da cuenta el artículo anterior, podrá ser desahuciado en todo momento por el cotizante con a lo menos 30 días de anticipación, mediante comunicación escrita a la Institución, con copias al Empleador, al Fondo Nacional de Salud, a la Caja de Previsión respectiva y a la Administradora de Fondos de Pensiones correspondiente, según sea el caso.

REHABILITACION: Se entiende por rehabilitación, la reactualización del seguro al cabo de un período no mayor de 3 meses durante el cual dejó de estar vigente a causa de anulación solicitada por el cotizante o desahucio del mismo por incumplimiento de las obligaciones contractuales por parte del cotizante.

Esta reactualización no exige la expedición de un nuevo Contrato, pero la Institución podrá hacer uso de todos los derechos emanados de la suscripción de un nuevo Contrato.

ARTICULO 10.- PRIMAS

- a) Las primas y su forma de pago se establecerán en las Condiciones Particulares y/o endosos pertinentes de conformidad con el Sistema y condiciones que determine la Institución. En todo caso, el cotizante está obligado a enterar el 4% de su renta imponible y el complemento necesario para que exista una correspondencia entre la modalidad del Plan de Seguro Médico Integral y la prima correspondiente.
- b) Las contribuciones o impuestos que en el futuro se establezcan sobre las primas, serán de cargo del cotizante, salvo que por Ley lo fueren de la Institución.

ARTICULO 11.- OBLIGACIONES DEL COTIZANTE

El cotizante está obligado:

- 1.- A declarar sinceramente todas las circunstancias necesarias para identificar y apreciar la extensión de los riesgos, de todos los beneficiarios.
- 2.- A pagar la prima en la forma y época convenidas.
- 3.- A usar debida y correctamente la Tarjeta que la Institución provee al cotizante y a cada uno de los beneficiarios a ob-

jeto de su identificación. En el evento de uso fraudulento de esta tarjeta, ya sea por el cotizante y/o alguno de sus beneficiarios, la Institución podrá, además de solicitar la nulidad o rescisión del contrato de seguro, retener la prima pagada, sin perjuicio de ejercitar las acciones civiles o criminales que procedan.

- 4.- A entregar a la Institución las certificaciones médicas pertinentes debidamente visadas por el Servicio de Salud del área de la Jurisdicción en la cual se encuentre el lugar de trabajo del cotizante, que sirven de antecedentes para el ejercicio de los derechos y/o beneficios legales que emanan de este contrato de seguro. Las certificaciones anteriores, deberán otorgarse en los formularios que al efecto confeccionen los Servicios de Salud.
- 5.- Al no contratar seguros que complementen el porcentaje de reembolso otorgado por la Institución, así como a no hacer uso de otros beneficios que tengan igual fin, salvo aceptación expresa por la Institución que constará en el endoso pertinente.
- 6.- A entregar el carnet de Medicina Curativa del Fondo Nacional de Salud del cotizante y sus cargas. Si no existieren alguno o todos los carnets el cotizante deberá entregar una declaración jurada en que conste expresamente la inexistencia de los referidos documentos, individualizando cada situación.
- 7.- A comunicar a la institución cualquier cambio de empleador, o de Administradora de Fondos de Pensiones en que cotice, o de su remuneración imponible, o de los integrantes de su grupo familiar por los que percibe asignación.

ARTICULO 12.- SINIESTROS

PROCEDIMIENTO : a) Cuando el beneficiario recurra a profesionales y/o establecimientos de salud elegidos libremente por él deberá cancelar el total de los gastos y posteriormente solicitar a la Institución () el reembolso que le corresponda de acuerdo con lo establecido en el presente Contrato, en especial en las Condiciones Particulares. La institución tendrá en cuenta sólo aquellos gastos cubiertos, razonables, usuales y necesarios.

b) En aquellos casos en que existiere un Convenio entre la Institución y los prestadores de los Servicios de salud y por exigencia del Contrato o por libre decisión del beneficiario este hiciere uso de tales servicios, recibirá la atención del caso previa presentación de su Tarjeta de Identificación vigente, debiendo cancelar al profesional y/o establecimiento lo que le corresponde, de acuerdo con lo señalado en el presente Contrato.

c) En aquellos casos en que el beneficiario recurra al Sistema de Medicina Curativa del Fondo Nacional de Salud, deberá proceder de acuerdo a las normas legales vigentes del Ministerio de Salud. En este caso adquirirá bonos de atención Médica y/o programas, cancelando solo la parte que le corresponde y según las normas del Fondo Nacional de Salud.

SOLICITUD Y DOCUMENTOS: Para obtener el reembolso mencionado en el numeral a) anterior el beneficiario deberá presentar la solicitud de indemnización que para tal efecto haya confeccionado la Institución, el comprobante de pago adicional si existiere y los documentos originales del gasto respectivo, boletas y/o facturas, según corresponda, que acrediten fehacientemente el desembolso efectuado y las correspondientes ordenes médicas que justifiquen la prestación por la cual se solicita el reembolso; tales documentos no podrán tener una fecha de expedición mayor de 45 días. En el caso que se emitan facturas, éstas deben venir a nombre de la Institución.

EL ARANCEL : Para los efectos del presente contrato y en especial para la determinación del monto máximo de la indemnización a que tiene derecho el beneficiario se tomarán como base las cuantías que periódicamente fije la Institución para los distintos ítems contemplados en el arancel del Fondo Nacional de Salud para cubrir los beneficios de la Ley 16.781 de 1968. Esta lista o compendio se denominará "el arancel".

ARTICULO 13.- SELECCION

La institución se reserva el derecho de comprobar la veracidad de las declaraciones formuladas en cualquier momento que ella lo estime conveniente, antes o durante la vigen-cia de la Póliza, inclusive haciendo examinar médicamente al cotizante y/o beneficiarios.

Toda declaración falsa o errónea y reticencia del cotizante en la declaración de las características del riesgo o de cualquier otra circunstancia que conocida por la Institución pudiera retraerle de la celebración del contrato, o producir alguna modificación substancial en sus condiciones, faculta a ésta para pedir la rescisión de la Póliza, sin perjuicio de lo dispuesto en el ARTICULO 558 del Codigo de Comercio.

ARTICULO 14.- COBERTURA INTERNACIONAL

La libertad de escoger el Profesional o la Institución de salud por parte del beneficiario se extiende a nivel internacional para enfermedades agudas o accidentes que padezca el beneficiario en cualquier país, siempre y cuando dicha estadía no hubiere sido superior a un (1) mes y cuyo viaje haya sido realizado por motivos diferentes al del Tratamiento Médico.

Esta cobertura se explicitará en las Condiciones Particulares. Si se desea una cobertura más amplia deberá solicitarsse a la ISAPRE.

ARTICULO 15 ARBITRAJE Y DOMICILIO

a) Todas las dificultades provenientes de la interpretación aplicación o cumplimiento del presente contrato, serán sometidas a la resolución de un árbitro, nombrado por las partes de común acuerdo. En caso que no hubiere acuerdo en la designación de la persona del árbitro, éste será nombrado por la Justicia Ordinaria. Todo lo anterior, es sin perjuicio de las disposiciones legales vigentes.

ARTICULO 16 En todo lo no previsto por este contrato, se aplicaran las normas del D.F.L. N°3 de 1981, del Ministerio de Salud y sus modificaciones.