

**IMPARTE INSTRUCCIONES SOBRE PROCEDIMIENTOS DE SUSCRIPCIÓN, ADECUACIÓN, MODIFICACIÓN Y TERMINACIÓN DE CONTRATOS Y MODIFICA LOS COMPENDIOS DE BENEFICIOS E INSTRUMENTOS CONTRACTUALES**

Esta Intendencia, en ejercicio de sus atribuciones legales, en especial, las previstas en los artículos 110 N°2 y 114 y en atención a lo dispuesto en los artículos 184, 188, 189, 190, 193, 197, 199, 201, 202, 203 y 204 del DFL N°1, de 2005, de Salud, también más adelante, DFL N°1, y las demás pertinentes en el citado Decreto, viene en impartir las siguientes instrucciones:

**1.- SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO**

**1.1. Antecedentes de afiliación**

Antes de formalizar la afiliación, la Institución deberá exigir a sus futuros afiliados y afiliadas, la presentación de los antecedentes que se enumeran a continuación:

- Para verificar la identidad y contrastar la firma del o la potencial cotizante, una fotocopia de su Cédula de Identidad o de su Licencia de Conducir; y en el caso de personas extranjeras, el Pasaporte, o Cédula de Identidad para Extranjeros y Residentes Temporales. Para certificar la identidad y el R.U.N. de sus beneficiarios o beneficiarias, podrá utilizarse la Cédula de Identidad, Licencia de Conducir, una fotocopia de la Libreta de Familia o un Certificado de Nacimiento.
- Para verificar la renta o remuneración imponible de la persona trabajadora dependiente, pensionada o beneficiaria cotizante, en su caso, la isapre deberá solicitar la documentación que sirva para acreditar dicha condición, tal como una fotocopia de la última liquidación de remuneraciones o pensiones, una fotocopia del contrato de trabajo, una fotocopia de la última planilla de pago de cotizaciones a la AFP o IPS, un certificado de renta emitido por su empleador/a, o algún certificado legal que acredite la renta, etc.

---

<sup>1</sup> Modificada por las Resoluciones Exentas N°313, 314, 318 y 319 de junio de 2010.

Cuando exista algún indicio de que el futuro cotizante forma parte de una sociedad, no obstante la eventual escrituración de un contrato de trabajo, se requerirá la presentación de antecedentes que permitan confirmar o descartar su carácter de socio mayoritario con uso de la razón social, ya que en tal caso su calificación corresponderá a la de “trabajador o trabajadora independiente”, y así se consignará en el FUN que dé cuenta de la suscripción del contrato de salud.

- Por último, para verificar la Institución de Salud de origen y la desafiliación de ésta, tratándose de personas afiliadas a isapre, una copia de la carta de desafiliación debidamente cursada o una fotocopia del Formulario Único de Notificación (FUN) tipo 2. Si se invoca la calidad de cotizante del Fondo Nacional de Salud, dicha calidad deberá constar fehacientemente, al menos, en el certificado de afiliación o alguno de los documentos enumerados en el párrafo anteprecedente.

La información contenida en los antecedentes presentados por el o la cotizante, deberá ser traspasada al FUN tipo 1 que se emitirá al efecto. La institución podrá eximirse de la obligación de mantener dichos documentos en la carpeta del afiliado o afiliada, a excepción de la fotocopia del documento de identidad que corresponda, haciéndose responsable del correcto traspaso de la información al FUN.

En conformidad a la normativa vigente, la isapre deberá adoptar todas las medidas tendientes a evitar la doble afiliación, sea entre los regímenes regulados en los Libros II y III del D.F.L. N°1, o bien, entre dos o más isapres; garantizar la fidelidad de los datos que se consignen en el contrato de salud, en base a la documentación requerida a las personas afiliadas; y, desplegar una efectiva supervisión sobre el desempeño de sus Agentes de Ventas en el proceso de suscripción de contratos.

## **1.2. Etapas de la suscripción**

La isapre utilizará la Declaración de Salud para registrar las enfermedades, patologías o condiciones de salud preexistentes, en los términos señalados en el inciso segundo del N°6 del artículo 190 del DFL N°1 de sus potenciales cotizantes y personas beneficiarias. Para estos efectos, el o la cotizante deberá llenar la antedicha declaración, de acuerdo a la normativa vigente, y firmarla en señal de conformidad con el contenido de lo declarado en materia de enfermedades o condiciones de salud preexistentes.

El o la agente de ventas someterá a consideración de la Institución la referida declaración, a objeto que, en su caso, se consignen las restricciones correspondientes, las que deberán ajustarse a lo previsto en la normativa vigente. Una vez firmada la declaración de salud por quien la

isapre designe, ésta será puesta en conocimiento del afiliado o afiliada, quien, sólo en esta oportunidad y si está de acuerdo, la firmará nuevamente en la sección pertinente, conjuntamente con los restantes documentos contractuales. En caso de no haber patologías o condiciones de salud que declarar no será necesario que el afiliado o afiliada vuelva a firmar la declaración de salud.

Una vez aceptada la declaración de salud por las partes, se completarán los restantes documentos contractuales y se firmarán el plan de salud, la selección de prestaciones valorizadas, las condiciones generales del contrato, el FUN tipo 1, y la renuncia a los excedentes, cuando proceda. El FUN podrá ser emitido computacionalmente por la institución, caso en el cual dicho formulario deberá ceñirse a las especificaciones que para tal efecto están contenidas en las instrucciones vigentes. Una vez suscritos los referidos documentos, la isapre estará obligada a entregar a la persona afiliada, en ese mismo acto, una copia de ellos, debidamente firmados por las partes.

La isapre deberá estar siempre en condiciones de acreditar la entrega efectiva de los documentos mencionados en el párrafo precedente, además de las Condiciones de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC), el Procedimiento de Acceso a las Garantías Explícitas en Salud y los Mecanismos para el Otorgamiento de los Beneficios Mínimos, a través de una constancia firmada por la persona afiliada al reverso del ejemplar del FUN correspondiente a la institución. El formato de dicha constancia se contiene en el anexo N°6 del Capítulo III del Compendio de Contratos.

Aquellas isapres que hayan adherido a las Condiciones Tipo de acuerdo a lo señalado en la letra d) del N°2, del Título I, del Capítulo III del Compendio de Contratos, deberán acreditar la entrega de los documentos contractuales al afiliado o afiliada, mediante la constancia firmada al reverso alternativo del FUN regulado en la citada normativa.

Si el contrato contempla la incorporación de un beneficiario o beneficiaria cotizante, entendiéndose por tal a aquella persona que se incorpora a la isapre en calidad de carga -médica o legal- y que percibe una remuneración o pensión afecta a la cotización legal, esta persona también deberá suscribir un FUN tipo 1, para dar cuenta de ello a la entidad encargada del pago de la cotización, indicándose en el formulario su condición de tal.

Ninguna de las partes podrá unilateralmente agregar estipulaciones adicionales o enmendar en cualquier forma los documentos contractuales.

La isapre, para el caso de las trabajadoras o trabajadores dependientes o pensionados, deberá notificar personalmente, ya sea por medio de un

funcionario o funcionaria de la isapre o en quien ella delegue esta función o por vía electrónica de acuerdo a la normativa vigente, la suscripción del contrato al empleador/a y/o entidad encargada del pago de la pensión, según corresponda, antes del décimo día del mes siguiente a la fecha de la firma, entregando el ejemplar del FUN respectivo. A la vez, deberá requerir su firma en el ejemplar correspondiente a la isapre, en señal de recepción.

Cuando la notificación al empleador/a y/o entidad encargada del pago de la pensión, no pueda efectuarse ya sea porque éstos no son habidos o bien porque se niegan a recibirla, se dejará constancia al reverso del ejemplar del FUN correspondiente a la isapre, según formato contenido en el anexo N°6 del Capítulo III del Compendio de Contratos, de las causales que impidieron su notificación, de la fecha en que dicha situación se verificó y del nombre, RUT y la firma de la persona encargada de practicar la notificación. La isapre podrá entregar una copia del mencionado F.U.N a la Inspección del Trabajo del domicilio del empleador/a y/o a la entidad fiscalizadora que corresponda, para el caso de los trabajadores y trabajadoras dependientes y para personas pensionadas.

En el caso de las personas que trabajan en forma independiente o se afilian en forma voluntaria (Artículo 193, del DFL N°1), la copia del FUN que corresponde al empleador/a y/o entidad encargada del pago de la pensión deberá inutilizarse.

Cuando la cotización de una persona afiliada provenga de más de una entidad, deberán llenarse, suscribirse y notificarse tantos FUN como instituciones obligadas a la retención y pago existan.

En todo caso, la fecha de cierre de afiliación mensual siempre será el último día del mes calendario que corresponda.

### **1.3. Vigencia anticipada de beneficios**

La isapre podrá anticipar la vigencia de los beneficios del plan de salud, siempre que el interesado o interesada cumpla la condición de no tener, simultáneamente, beneficios vigentes en otra Isapre o en el FONASA. La Institución que utilice esta modalidad, para personas que ingresan a la fuerza laboral por primera vez o después de un período de cesantía, podrá cobrar las cotizaciones que financian los respectivos beneficios.

En estos casos, deberá consignarse en el FUN tipo 1, el mes efectivo de suscripción, anualidad, vigencia de beneficios contractuales y el mes a contar del cual la entidad encargada del pago deberá descontar la cotización de salud.

#### **1.4. Documento identificador de beneficiarios y beneficiarias**

La isapre deberá otorgar, antes de la entrada en vigencia de los beneficios, un documento identificador por contrato, o bien, uno independiente para cada beneficiario o beneficiaria. Las características físicas de dicho documento serán determinadas por la Institución, debiendo contemplar, a lo menos, la siguiente información:

- Nombre de la isapre,
- Nombre completo y RUN del o la cotizante titular y beneficiario(s) o beneficiaria(s), según corresponda.

Los documentos emitidos para personas beneficiarias, deberán contener su individualización y la del o la cotizante de que se trate.

No obstante lo anterior, la isapre que acepte que el carnet de identidad de una persona beneficiaria es suficiente antecedente para acreditar su identidad y para acceder a todos los beneficios del contrato, queda liberada de generar un documento identificador especial para ese efecto.<sup>2</sup>

## **2.- ADECUACIÓN DE CONTRATOS**

El procedimiento de adecuación anual del contrato de salud a que se refiere el inciso tercero del artículo 197 del DFL N°1, comprende la remisión de la carta de adecuación; el pronunciamiento del o la cotizante; y la formalización del acuerdo.

### **2.1. Remisión de la carta de adecuación**

La isapre que opte por ejercer la facultad de adecuación que le confiere la ley, deberá remitir al o la cotizante que corresponda, una carta certificada al último domicilio registrado por dicha persona, que se ajuste al contenido señalado en el anexo N°1 de esta circular, incluyendo su título "Carta de Adecuación". En esta carta la isapre no deberá adjuntar información y/o documentos adicionales que no tengan relación con la adecuación propuesta, salvo que se trate de antecedentes directamente relacionados con la ejecución del contrato, tales como: los fundamentos técnicos de la adecuación, listado de prestadores, nuevos convenios o sucursales, lo que en ningún caso debe significar alterar el contenido de la carta de adecuación.

La carta certificada que comunica la adecuación deberá ser expedida a la persona afiliada, esto es, puesta en la oficina de Correos de Chile respectiva, con a lo menos tres meses de anticipación al vencimiento del período anual y, en ella, deberá ponerse en conocimiento del o la cotizante la adecuación de precio propuesta para el plan vigente. Asimismo, deberá ofrecer uno o

---

<sup>2</sup> Este párrafo fue agregado por la Resolución Exenta N°314, del 9 de junio de 2010

más planes alternativos, que cumplan con los requisitos del N°6 del artículo 198 del DFL N°1, de 2005, cuyo precio base sea equivalente al vigente, entre los cuales podrá optar la persona afiliada, si no está de acuerdo con la adecuación propuesta.

En consecuencia, la isapre estará obligada a identificar en la carta respectiva el o los plan(es) alternativos que deberá ofrecer a la persona afiliada, de entre los que comercializa, cuyo precio base sea equivalente o el que más se aproxime al que tenía el plan vigente antes de la adecuación, a menos que se trate del precio del plan mínimo que ella ofrezca, en cuyo caso deberá ofrecer el plan cuyo precio base más se acerque al precio del plan antes de la adecuación.<sup>3</sup>

Se deberán ofrecer idénticas alternativas de planes alternativos a los afiliados o afiliadas de un mismo plan, salvo para aquellos cotizantes cuyo precio base sea distinto del resto de las personas afiliadas al plan al momento de la adecuación, producto de situaciones excepcionales, tales como un sentencia judicial, resolución de esta Superintendencia, u otra razón justificada, a los que deberá ofrecerles un plan alternativo equivalente a su precio base diferenciado, es decir, el que esté realmente siendo cobrado.

Cuando el afiliado o afiliada no esté de acuerdo con la adecuación propuesta recurrirá a la isapre, la que deberá entregarle, en el mismo acto, los ejemplares de los planes de salud alternativos ofrecidos en la citada carta. Además, podrá poner a su disposición otros planes en comercialización que se ajusten a su cotización pactada.

La isapre deberá estar siempre en condiciones de acreditar la circunstancia de haber remitido las cartas de adecuación dentro del plazo previsto en el párrafo segundo de este punto. Para este efecto, deberá disponer de una nómina especial de correos, que se identifique con el título respectivo de cada carta de adecuación, debidamente timbrada en cada una de sus páginas, que certifique la remisión de las cartas, la que podrá almacenarse en medios digitales.

La contravención a los plazos y formalidades previstas en la ley y en la presente circular acarreará la ineficacia de la adecuación de que se trate.

## **2.2 Situaciones especiales de adecuación**

### **a) Adecuación por ajuste de excedentes superiores al 10% de la cotización legal.**

Cuando corresponda, la isapre deberá remitir una carta de adecuación

---

<sup>3</sup> Este párrafo fue modificado por la Resolución Exenta N°319, del 11 de junio de 2010

diferente que reemplace a la anterior, con el título “Carta de Adecuación por ajuste de Excedentes”, cuyo contenido se ajuste a lo señalado en el anexo N°2 de la presente circular, en la cual se comunique al afiliado o afiliada la circunstancia que los fondos que se destinan a su cuenta corriente individual de excedentes superan el 10% de su cotización legal, aún en la eventualidad que se aplicare la adecuación general del precio base del plan que rige para todos los cotizantes.

En este caso, la isapre estará obligada a ofrecer un plan alternativo cuyo precio más se aproxime al plan actualmente convenido y que permita absorber la diferencia señalada en el párrafo anterior.

En ningún caso el afiliado estará obligado a suscribir el plan propuesto por la isapre.

La carta mencionada en este numeral deberá indicar los efectos del silencio del afiliado o afiliada, esto es, que ante la falta de pronunciamiento sobre la adecuación propuesta, permanecerá en el plan vigente, con el ajuste de precio base, en caso que corresponda.

#### **b) Modificación o término del convenio con prestador cerrado o preferente**

La isapre que se vea enfrentada a la modificación o término del convenio con un prestador cerrado o preferente de sus planes de salud, podrá realizar los ajustes derivados de tal eventualidad conjuntamente con el proceso de adecuación de precios en curso, en caso que se esté efectuando, o bien hacerlo en el próximo proceso de adecuación.<sup>4</sup>

Para tales efectos, deberá informar en la carta de adecuación señalada en el punto 2.1 precedente, la modificación de los beneficios pactados con el prestador cuyo convenio ha sido modificado o terminado. En este caso, las modificaciones propuestas pueden estar referidas al otorgamiento de las prestaciones afectas en un prestador distinto del identificado en el plan vigente antes de la adecuación.

En la comunicación señalada precedentemente la Isapre deberá informar el o los planes alternativos en condiciones equivalentes.

Si la adecuación propuesta altera los beneficios en el prestador cuyo convenio se ha terminado o modificado, la isapre deberá ofrecer al o la cotizante un plan alternativo adicional al mencionado en el punto 2.1 precedente, con beneficios equivalentes al plan vigente, pudiendo contemplar el otorgamiento de dichos beneficios en un prestador

---

<sup>4</sup> Este párrafo fue modificado por la Resolución Exenta N°314, del 9 de junio de 2010.

distinto de aquél identificado en el plan antes de la adecuación.

<sup>5</sup> (párrafo eliminado)

Finalmente, en caso de producirse el término o modificación del convenio con prestadores preferentes, la isapre deberá informarlo por escrito a esta Superintendencia dentro de los diez días hábiles siguientes de ocurrido el hecho que la originó o una vez que las negociaciones con el prestador se encuentren concluidas, acompañando los antecedentes que lo acrediten.<sup>6</sup>

### **2.3. Pronunciamiento del afiliado o afiliada**

Una vez que la persona afiliada reciba la carta de adecuación de la isapre, podrá pronunciarse sobre su contenido, hasta el último día hábil del mes en que se cumple la anualidad de su contrato.

En conformidad a la ley, la aceptación del o la cotizante podrá ser expresa o tácita.

Será expresa cuando el o la cotizante manifieste formalmente su intención de aceptar el plan adecuado, alguno de los planes alternativos en condiciones equivalentes que se le ofrezcan u otro plan de los que comercialice la isapre, suscribiendo todos los instrumentos contractuales que correspondan, hasta el último día del mes en que se cumple la anualidad respectiva.

Será tácita, cuando transcurrido el plazo previsto por la ley, el o la cotizante no se manifieste respecto de la oferta formulada por la Institución, ya que en este caso se entenderá que acepta el plan adecuado, efecto que deberá ser informado en la respectiva carta de adecuación.

Si el o la cotizante no acepta la adecuación propuesta ni los planes alternativos ofrecidos por la Institución u otro plan de los que comercialice la isapre, podrá poner término al contrato, suscribiendo para ello una carta de desafiliación.

### **2.4. Formalización de la adecuación**

Una vez que se haya formalizado el consentimiento entre las partes según las reglas precedentes, la adecuación deberá perfeccionarse suscribiéndose o emitiéndose, según sea el caso, los documentos contractuales que correspondan.

---

<sup>5</sup> Este párrafo fue eliminado por la Resolución Exenta N°319, del 11 de junio de 2010

<sup>6</sup> Este párrafo fue modificado por la Resolución Exenta N°314, del 9 de junio de 2010.

Excepcionalmente, las partes podrán suscribir los documentos que den cuenta de la adecuación del contrato antes del mes de cumplimiento de la respectiva anualidad, siempre y cuando no se modifique el mes de cumplimiento del período anual, el mes a partir del cual rige la cotización de salud pactada y el correspondiente mes de inicio de vigencia de los beneficios. En todo caso, dichos documentos deberán dar cuenta de la fecha efectiva en que fueron suscritos.

Si la aceptación es expresa, las partes deberán suscribir el plan convenido y un FUN tipo 8, quedando en poder del o la cotizante una copia de cada documento.

Si la aceptación es tácita, la isapre deberá emitir un FUN tipo 8 y remitirlo por carta certificada a la persona afiliada, antes de la entrada en vigencia del plan adecuado.

En caso que se trate de la situación especial, contemplada en la letra b) del punto 2.2 precedente, se deberá reflejar el cambio en los beneficios a través de la notificación tipo 9.

Cualquiera sea el caso, tratándose de la modificación del precio del contrato de trabajadoras o trabajadores dependientes y/o pensionados, la copia del FUN correspondiente deberá ser notificada, personalmente, ya sea por funcionario o funcionaria de la isapre o en quien ella delegue la función o por vía electrónica de acuerdo a la normativa vigente, al empleador/a y/o entidad encargada del pago de la pensión, antes del día diez del mes siguiente a aquél en que se cumple el período anual, requiriendo su firma en el ejemplar de la isapre, en señal de recepción.

Cuando la notificación al empleador/a y/o entidad encargada del pago de la pensión, no pueda efectuarse ya sea porque éstos no son habidos o bien porque se niegan a recibirla, se dejará constancia al reverso del ejemplar del FUN correspondiente a la isapre, según formato contenido en el anexo N°6 del Capítulo III del Compendio de Contratos, de las causales que impidieron su notificación, de la fecha en que dicha situación se verificó y del nombre, RUT y la firma de la persona encargada de practicar la notificación. La isapre podrá entregar una copia del mencionado F.U.N a la Inspección del Trabajo del domicilio del empleador/a y/o a la entidad fiscalizadora que corresponda, para el caso de los trabajadores y trabajadoras dependientes y para personas pensionadas.<sup>7</sup>

En ningún caso, la formalización de la adecuación podrá contemplar la exigencia de una nueva declaración de salud respecto de los beneficiarios o beneficiarias vigentes del contrato.

---

<sup>7</sup> Este párrafo fue agregado por la Resolución Exenta N°314, del 9 de junio de 2010.

### **3.- MODIFICACIÓN DE CONTRATOS**

En conformidad a lo dispuesto en el artículo 197, inciso primero, del DFL N°1, durante la vigencia del contrato de salud la Institución deberá, a requerimiento de la persona afiliada, ofrecerle un nuevo plan de salud, en el evento que se encuentre en situación de cesantía, experimente una variación permanente en el monto de la cotización legal o en la composición de su grupo familiar.

#### **3.1. Situación de cesantía**

Para estos efectos, deberá entenderse que el o la cotizante tiene la calidad de cesante desde que se pone término a su relación laboral, cualquiera sea la causal que haya originado esta situación.

Para que el o la cotizante acredite su condición de cesante, bastará la presentación de cualquier instrumento auténtico que pruebe dicho carácter, como por ejemplo, un finiquito laboral, una carta de despido o renuncia que conste por escrito y notificada al empleador/a, una planilla de cotizaciones informada por el empleador con código de movimiento 2, u otro documento similar, por ejemplo, sentencia judicial. En caso de controversia acerca del mérito de los antecedentes presentados, deberá estarse a lo que resuelvan los Juzgados de Letras del Trabajo o Tribunales Laborales, según corresponda.<sup>8</sup>

En este evento, la Isapre deberá ofrecer a la persona cotizante, al menos, el plan de menor precio de entre aquéllos que comercialice. Sin perjuicio de que las partes mantengan el plan pactado u otro, en las condiciones de precio que correspondan, si así lo acordaren.

En la misma oportunidad la Isapre deberá informar al afiliado o afiliada el saldo disponible en su cuenta de excedentes de cotización, en caso que corresponda, señalando el derecho que le asiste de destinar tales excedentes para cubrir cotizaciones en caso de cesantía.

#### **3.2. Variación permanente de la cotización**

Por variación permanente de la cotización, se entenderá aquella modificación de la cotización previsional legal de salud, derivada de un aumento o disminución de la remuneración imponible, renta declarada o de la pensión de las trabajadoras y trabajadores dependientes, independientes o pensionados, según sea el caso, con pretensiones de permanecer en el tiempo y que, en tal caso, no corresponde a una situación excepcional o transitoria.

---

<sup>8</sup> Este párrafo fue modificado por la Resolución Exenta N°314, del 9 de junio de 2010.

Para acreditar esta circunstancia, bastará con que el afiliado o afiliada dependiente presente a la isapre el contrato de trabajo donde conste su nueva remuneración imponible, su última liquidación de remuneración o un certificado de su empleador/a. Tratándose de trabajadoras o trabajadores dependientes sujetos a régimen de remuneración variable, tal variación podrá acreditarse con la presentación de las tres últimas liquidaciones de remuneración.

En el caso de trabajadoras o trabajadores independientes, podrá probarse dicha modificación con la presentación de las tres últimas planillas de declaración y pago de cotizaciones previsionales ante la administradora correspondiente. Finalmente, los pensionados y pensionadas podrán presentar su última liquidación de pensión. Sin perjuicio de lo anterior, la isapre podrá aceptar otros antecedentes que den cuenta de la aludida variación, en reemplazo de los anteriormente mencionados.

En este evento, la isapre deberá ofrecer a la persona cotizante, al menos, un plan de salud, de entre aquellos que comercializa, cuyo precio más se ajuste a la nueva cotización legal acreditada.

### **3.3. Variación en la composición del grupo familiar**

La isapre deberá ofrecer un nuevo plan de salud, cada vez que el afiliado o afiliada lo solicite y se fundamente en la variación de la composición del grupo familiar; sin perjuicio que las partes mantengan el plan pactado u otro, en las condiciones de precio que correspondan, si así lo acordaren.

#### **a) Incorporación de beneficiarios y beneficiarias**

Para efectos de formalizar la incorporación de los familiares beneficiarios, la isapre podrá exigir a la persona cotizante la documentación que los acredite como tales.

Cuando se trate de la incorporación de una persona recién nacida, los beneficios se otorgarán desde el momento de su nacimiento, siempre que se inscriba en la isapre antes de cumplir un mes de vida o en una fecha posterior, si así lo acordaren las partes. La cotización que financia estos beneficios corresponderá, como máximo, a aquella que se descuenta de la remuneración devengada en el mes anterior al nacimiento.

Respecto del o la menor que se incorpora durante el primer mes de vida, no podrá exigirse una declaración de salud.

Tratándose de la incorporación de un nonato, la isapre deberá actualizar los datos de este beneficiario dentro de un plazo de 60 días, contado desde su nacimiento, en base a la información que dentro del mismo

plazo deberá aportar la persona cotizante.<sup>9</sup>

Si la inscripción del familiar beneficiario se realiza después de cumplido un mes de vida y antes de los 90 días posteriores a su nacimiento, y siempre que éste no se encuentre bajo el amparo de algún sistema previsional de salud, los beneficios se otorgarán desde el mes de su incorporación en la isapre y se financiarán con la cotización descontada de la remuneración devengada en el mes anterior a aquél en que se produzca la referida inscripción.

En los demás casos y tratándose de otros familiares beneficiarios y/o cargas médicas, los beneficios del contrato se harán exigibles a contar del primer día del mes subsiguiente al de su inscripción en la isapre. La cotización que financia dichos beneficios se descontará de la remuneración devengada en el mes anterior al de inicio de los mismos.

Ante cualquiera de las situaciones descritas anteriormente, la isapre deberá ofrecer a la persona cotizante un plan de salud, de entre aquellos que comercializa, cuyo precio más se ajuste al que pagaba antes de la incorporación de la nueva carga. No obstante ello, la persona cotizante podrá mantener su actual plan, en la medida que asuma la variación que experimente el precio del mismo por la incorporación de la nueva carga.

#### **b) Retiro de beneficiarios y beneficiarias**

Para que el cotizante pueda retirar a un familiar beneficiario, deberá acreditar fehacientemente la pérdida de la calidad de carga legal de éste

Lo anterior no obstará a que las partes acuerden expresamente la permanencia del beneficiario o beneficiaria como carga médica una vez extinguida su condición de familiar beneficiario.

En el evento que la Institución tome conocimiento de la pérdida de la antedicha condición, sin mediar una comunicación expresa de la persona cotizante en tal sentido, podrá hacer efectivo el retiro, desde ese momento y hasta el vencimiento de la próxima anualidad del contrato, emitiendo el FUN correspondiente y adjuntando una carta que explique la situación, ya que de lo contrario se entenderá que ha optado por mantener al beneficiario o beneficiaria como carga médica.

Por regla general, el contrato dejará de producir efectos, respecto de estas personas beneficiarias, al mes subsiguiente de formalizado el retiro. En consecuencia, la última cotización a enterar será la correspondiente a la remuneración devengada en el mes anterior al de término de beneficios.

---

<sup>9</sup> Este párrafo fue modificado por la Resolución Exenta N°318, del 9 de junio de 2010.

Sin perjuicio que la persona cotizante podrá mantener su plan de salud, rebajando de la cotización pactada la parte correspondiente al beneficiario o beneficiaria que se retira, la isapre deberá ofrecerle un plan de salud, de entre aquellos que comercializa, cuyo precio más se ajuste al que pagaba antes del retiro de la carga, de tal forma que el afiliado o afiliada pueda aumentar los beneficios de su plan de salud, sin que esté obligado a aceptar la modificación propuesta.

Esta obligación sólo será exigible a la Institución en los casos que el retiro del familiar beneficiario se fundamente en la pérdida de dicha calidad, tanto respecto del o la cotizante como de su cónyuge, en su caso.

Por otra parte, en caso que el beneficiario o beneficiaria que adquiere la calidad jurídica de cotizante opte por permanecer en la isapre, suscribiendo un nuevo contrato de salud, se entenderá que a su respecto, existe continuidad en los beneficios, hasta que entre en vigencia el plan suscrito. En este contexto, las cotizaciones que se generen en dicho período deben ser enteradas en la Isapre, o recuperadas por ésta, en caso que hayan sido erróneamente enteradas en Fonasa.

### **3.4. Modificación del mes de la Anualidad**

Las partes podrán modificar el mes de la anualidad de sus contratos de salud previsional, utilizando al efecto el Formulario Único de Notificación tipo 5, en el caso de planes grupales y compensados, con el objeto de hacer coincidir la anualidad de todos los que pertenecen al grupo. Lo anterior, será procedente también respecto de los planes individuales, siempre que dicha notificación vaya asociada a un cambio de plan de salud.

En todo caso, el cambio del mes de anualidad no alterará el cómputo de los meses de vigencia de los beneficios del contrato, resguardando así, el tratamiento legal de las preexistencias declaradas, no declaradas, el embarazo, la desafiliación, y en general, todos los plazos y períodos de espera que dependen de éstos.

### **3.5. Modificación de precio por cambio en el tramo de edad**

La Institución de Salud Previsional estará obligada a aplicar, desde el mes en que se cumpla la anualidad y, de conformidad con la respectiva tabla de factores del plan de salud, el aumento o la reducción de factor que corresponda a un beneficiario o beneficiaria en razón de su edad. La señalada modificación se deberá informar al cotizante respectivo, conjuntamente con el alza aplicada en el proceso de adecuación, siguiendo el procedimiento a que se refiere el punto 2.1 de esta circular. En dicha comunicación se explicará que la causa del cambio de precio se debe a la

adecuación aplicada y al cambio de tramo de edad.

En caso que el plan del o la cotizante no se vea afectado por el proceso de adecuación, la isapre deberá igualmente efectuar la comunicación en los términos señalados en el punto 2.1 precedente, indicando que la variación del precio del plan se debe al cambio del tramo de edad. En estos casos la Isapre no estará obligada a ofrecer un plan de salud alternativo en la referida comunicación.

Al vencimiento del plazo con que cuenta el afiliado o afiliada para pronunciarse, se remitirá el FUN de adecuación en los términos instruidos en el punto 2.4 precedente, el que deberá dar cuenta de la notificación Tipo 6.

Además, antes del día 10 del mes siguiente a la anualidad y sólo para el caso de personas que sean cotizantes dependientes o pensionadas, la isapre deberá notificar el FUN que refleja el cambio en el precio, al empleador/a o entidad encargada del pago de la pensión, según corresponda.

Cuando la notificación al empleador/a y/o entidad encargada del pago de la pensión, no pueda efectuarse ya sea porque éstos no son habidos o bien porque se niegan a recibirla, se dejará constancia al reverso del ejemplar del FUN correspondiente a la isapre, según formato contenido en el anexo N°6 del Capítulo III del Compendio de Contratos, de las causales que impidieron su notificación, de la fecha en que dicha situación se verificó y del nombre, RUT y la firma de la persona encargada de practicar la notificación. La isapre podrá entregar una copia del mencionado F.U.N a la Inspección del Trabajo del domicilio del empleador/a y/o a la entidad fiscalizadora que corresponda, para el caso de los trabajadores y trabajadoras dependientes y para personas pensionadas.<sup>10</sup>

### **3.6. Casos especiales de modificación de contratos**

#### **3.6.1. Planes cerrados y con prestadores preferentes**

En conformidad a lo dispuesto en el punto 7 del Título III, del Capítulo II del Compendio de Instrumentos Contractuales, la isapre deberá ofrecer un nuevo plan de salud, siempre que el afiliado o afiliada así lo solicite y se fundamente en algunas de las siguientes causales:

- a) Si se modifica el domicilio consignado por el afiliado al incorporarse al plan y se acredita que dicho cambio dificulta significativamente el acceso de los beneficiarios a los prestadores individualizados en el plan. Se presumirá que se configura esa dificultad, cuando el cambio de domicilio

---

<sup>10</sup> Este párrafo fue agregado por la Resolución Exenta N°314, del 9 de junio de 2010.

importe el traslado del cotizante a otra región del país.

b) Si la institución incurre en alguno de los siguientes incumplimientos:

- Falta de atención continua y oportuna por parte del médico de cabecera o negativa de la isapre a reemplazar al profesional asignado por ésta o elegido por el cotizante.
- Falta de derivación en caso de insuficiencia del prestador, derivación a un prestador o prestadores distintos de los indicados en el plan o falta de atención efectiva y oportuna por parte del prestador derivado.
- En general, la falta de otorgamiento de la atención de salud al cotizante o beneficiario que se ha ceñido a los procedimientos de acceso y derivación definidos en el plan, sin perjuicio de la obligación de la isapre prevista en el número 2, letra C, del artículo 189 del D.F.L. N° 1. La facultad regulada en este punto no priva al cotizante de la opción de solicitar el término del contrato de salud por el incumplimiento de las obligaciones por parte de la isapre, en conformidad a las reglas generales.

### **3.6.2. Planes de salud compensados**

Tratándose de planes de salud compensados, cualquiera de los cotizantes podrá solicitar a la Institución el término de la referida compensación, con un mes de antelación.

En tal caso, y no existiendo la concurrencia simultánea de ambos contratantes, la Institución comunicará por escrito al otro contratante el término de la compensación, así como las opciones que le asisten de mantener el plan al cual estaba adscrito, pagando la cotización que corresponda, de suscribir un Plan de Salud Complementario que se encuentre comercializando la isapre y que tenga el precio que más se ajuste al monto de su cotización legal al momento de terminarse la compensación, o bien, de desafiliarse, si ha transcurrido más de un año de vigencia del contrato.<sup>11</sup>

La persona que recibe la compensación deberá optar por alguna de las alternativas que le propone la Isapre, dentro del plazo que ésta le informe en la comunicación, y que no podrá extenderse más allá del último día hábil del mes siguiente al de la expedición de la comunicación, si se remite por correo, o de su entrega si es personal.

Ante el silencio del afiliado o afiliada que recibe la compensación, se entenderá que acepta el plan ofrecido por la isapre que más se ajusta a su

---

<sup>11</sup> Este párrafo fue modificado por la Resolución Exenta N°319, del 11 de junio de 2010.

cotización legal, en cuyo caso la Isapre emitirá el FUN respectivo, firmado sólo por ésta, y lo remitirá por carta certificada a la persona cotizante antes de la entrada en vigencia de los beneficios del nuevo plan. El plan de salud compensado se mantendrá vigente hasta el último día del mes siguiente a aquél en que expire el plazo concedido al o la cotizante para pronunciarse sobre el Plan de salud propuesto por la isapre.<sup>12</sup>

Si la aceptación es expresa, las partes suscribirán el plan convenido y el respectivo FUN, quedando en poder del o la cotizante una copia de cada documento.

En el caso del afiliado o afiliada que efectúa la compensación, podrá mantener su actual plan de salud o suscribir un plan, de entre aquellos que la isapre comercializa, cuyo precio más se ajuste al monto de la cotización legal al momento de terminarse la compensación.

### **3.7. Formalización de las modificaciones**

Todas las modificaciones de contrato descritas en este punto, se formalizarán mediante la suscripción de un Formulario Único de Notificación y del Plan de Salud, en los casos que procedan. El FUN deberá contemplar todos los tipos de notificación que correspondan, según sean las modificaciones contractuales que se suscriban.

Para el caso de las trabajadoras y trabajadores dependientes o pensionados, la copia del FUN correspondiente deberá ser notificada personalmente, ya sea por funcionario o funcionaria de la isapre o en quien ella delegue la función o por vía electrónica de acuerdo a la normativa vigente, al empleador/a y/o entidad encargada del pago de la pensión, antes del día diez del mes siguiente a la fecha en que se pactaron las modificaciones, requiriendo su firma en el ejemplar de la isapre en señal de recepción o, en su caso, proceder de acuerdo a lo establecido en el párrafo noveno del punto 1.2 de la presente Circular. Excepcionalmente, si la modificación no afecta el monto de la cotización a enterar, la isapre podrá omitir la notificación antedicha.

Para la incorporación de un beneficiario o beneficiaria cotizante, esta persona deberá suscribir un FUN tipo 1, a fin de dar cuenta de ello a la entidad encargada del pago de la cotización, indicando en el formulario su condición de tal. Asimismo, cuando se elimine a un beneficiario o beneficiaria cotizante, la isapre deberá emitir un FUN tipo 2, con el objeto de informar a la entidad encargada del pago de la cotización. En ambos casos, el o la cotizante titular deberá suscribir el FUN tipo 7 que corresponda.

---

<sup>12</sup> Este párrafo fue modificado por las Resoluciones Exentas N°313 y 314, ambas del 9 de junio de 2010 y la Resolución Exenta N°318, del 11 de junio de 2010.

En ningún caso, la formalización de una modificación del contrato podrá contemplar la exigencia de una nueva declaración de salud respecto de sus beneficiarios o beneficiarias vigentes, ni podrá importar el establecimiento de restricciones de ninguna especie.

### **3.8. Emisión Computacional del FUN**

A objeto de flexibilizar los procesos operacionales, la isapre podrá confeccionar computacionalmente todos los FUN que emita y suscriba, debiendo adoptar todos los resguardos tendientes a que los datos consignados en los respectivos ejemplares computacionales sean el fiel y fidedigno reflejo de lo expresado en el documento original. La confección de estos formularios deberá ceñirse a lo instruido en el Título III del Capítulo III del Compendio de Contratos.

## **4.- CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO**

### **4.1. Otorgamiento de Beneficios**

Para el efecto de solicitar reembolso de prestaciones o requerir órdenes de atención, la isapre sólo podrá exigir la presentación del documento identificatorio señalado en el punto 1.4, la cédula de identidad y los documentos que acrediten el otorgamiento de la prestación (tales como el original de boleta o factura y la orden médica, u otro documento auténtico, en caso de exámenes o procedimientos), cuando éstos sean requeridos por el o la titular o un beneficiario o beneficiaria.

Lo anterior, es sin perjuicio de la facultad de la Institución de requerir antecedentes médicos adicionales a terceros -o requerir la revisión de la ficha clínica por parte de un médico cirujano independiente- para resolver sobre la solicitud de beneficios presentada, en conformidad a lo pactado en los respectivos contratos de salud.

Si el reembolso o compra de órdenes de atención es realizado por una persona mandataria del o la titular no beneficiaria del contrato, la isapre sólo podrá exigir, además de los requisitos enunciados en el párrafo anterior, una copia de la cédula de identidad del o la titular, un poder simple del o la titular autorizando al portador o portadora, y la cédula de identidad de esta última persona.

En el caso que la atención de salud sea entregada a menores de edad que están bajo el cuidado de una tercera persona que no sea titular del contrato de salud, la isapre deberá implementar los procedimientos que sean necesarios para facilitar el acceso a los beneficios del contrato a estos beneficiarios y beneficiarias.

### **4.2. Negativa de cobertura**

Si requerida la isapre para el otorgamiento de los beneficios pactados, estima que no corresponde otorgar la cobertura solicitada, deberá manifestárselo al interesado o interesada expresamente y por escrito.

La comunicación que al efecto elabore la Institución, deberá invocar claramente los fundamentos que expliquen la determinación de la isapre, haciendo referencia específica a la o las cláusulas que justifican la no cobertura, así como alusión pormenorizada a los antecedentes médicos y de otra índole que obren en su poder y que le hayan permitido tener por establecidos los hechos en que se funda su proceder.

En el mismo documento, deberá informarse a la persona afectada de su derecho a recurrir a la isapre, en primera instancia y, en caso de disconformidad con lo resuelto por la institución, solicitar la intervención de la Superintendencia de Salud, de acuerdo a las instrucciones vigentes.

La referida comunicación deberá entregarse personalmente al interesado o interesada a través de un formulario llenado al efecto, o bien, remitirse por carta certificada, al último domicilio registrado en la isapre, dentro del plazo de 20 días hábiles contado desde la presentación de la solicitud, conservando una copia en el archivo correspondiente.

No obstante lo anterior, en aquellos casos excepcionales en que la isapre no cuente con los antecedentes necesarios para resolver dentro del plazo, podrá hacer uso de 10 días hábiles adicionales, para lo cual deberá notificar por escrito al beneficiario o beneficiaria afectado, antes del vencimiento del plazo original de 20 días hábiles, informado que éste se ha extendido en 10 días hábiles más para resolver respecto de la procedencia de la cobertura solicitada, transcurrido el cual la Institución deberá pronunciarse con los antecedentes que disponga.<sup>13</sup>

Excepcionalmente, en el evento que la institución deba requerir antecedentes en el extranjero que estime determinantes para pronunciarse sobre la procedencia de la cobertura, el plazo para responder será de 60 días hábiles, transcurrido el cual la entidad deberá pronunciarse con los antecedentes que disponga.

### **4.3. Otorgamiento de presupuestos**

A solicitud de la persona afiliada o un mandatario de ésta que cuente con un poder simple, la isapre deberá elaborar un presupuesto por escrito en el que se le informe la bonificación que le correspondería de acuerdo a su plan, por futuras prestaciones, sobre la base de los antecedentes que ésta aporte y que conozca o deba conocer la Institución y será vinculante para ella en todo

---

<sup>13</sup> Este párrafo fue agregado por la Resolución Exenta N°319, del 11 de junio de 2010.

aquello que le conste o le deba constar.

Asimismo, la isapre deberá informar al o la cotizante, en el mismo presupuesto, las patologías o diagnósticos que -de conformidad a su plan y contrato- no tendrán cobertura, señalando claramente en el documento el fundamento de ello, esto es, por tratarse de una preexistencia declarada, una exclusión legal o contractual u otra causa que la ley permita.

En el caso que ninguna de las prestaciones tenga derecho a cobertura, la isapre deberá confeccionar una carta que indique en forma destacada que no corresponde cobertura, señalando además de los fundamentos de dicha determinación, la posibilidad de reclamar ante la isapre.

En ningún caso la isapre podrá condicionar la entrega del presupuesto a la presentación de antecedentes médicos complementarios a aquéllos en los que consta la identificación del o la paciente y prestador/a y las prestaciones que se van a realizar con su respectiva codificación. Excepcionalmente, tratándose de un presupuesto para parto, la isapre deberá requerir la presentación de un documento médico que certifique la fecha probable de dicho evento.

Las estimaciones de cobertura deberán ser preparadas por un funcionario o funcionaria autorizado por la isapre, quién tendrá la obligación de detallar en dicho documento, los porcentajes de cobertura, topes expresados en pesos y la vigencia del presupuesto, estampando, además, su nombre, firma y la fecha de elaboración del documento.

La isapre deberá señalar en forma destacada en el documento respectivo, que la cobertura informada quedará sujeta a la evaluación de eventuales preexistencias no declaradas que tome conocimiento con posterioridad a la elaboración del presupuesto u otras exclusiones dispuestas en la normativa vigente. No obstante lo anterior, tratándose de un presupuesto para cobertura de parto, las isapres deberán verificar la fecha de incorporación de la beneficiaria, a fin que, en ese acto y previo conocimiento de la fecha probable del parto, se establezca la cobertura a que tendrá derecho.

La isapre deberá consignar en el documento, que el presupuesto representa un valor referencial y tendrá un carácter vinculante, siempre que en él se consignen los mismos códigos de las prestaciones que efectivamente se otorgaron y que éstas se hayan efectuado en las condiciones de atención presupuestadas, por ejemplo, tipo de habitación, prestadores convenidos, etc.<sup>14</sup>

Para la entrega de dicho presupuesto, la isapre tendrá un plazo máximo de 5 días hábiles contado desde la fecha de solicitud del mismo.

---

<sup>14</sup> Este párrafo fue modificado por la Resolución Exenta N°319, del 11 de junio de 2010.

#### **4.4. Mantención de los beneficios por muerte del o la titular**

En el evento que el o la cotizante fallezca una vez transcurrido un año de vigencia ininterrumpida de los beneficios contractuales, la isapre estará obligada a mantener, por un período no inferior a un año contado desde el fallecimiento, todos los beneficios del contrato de salud vigente respecto de todos los beneficiarios y beneficiarias del contrato, incluidas las cargas médicas y el hijo o hija que está por nacer y que habría sido su beneficiario o beneficiaria legal de vivir la persona causante a la época de su nacimiento.

Para efectos de lo anterior, la isapre deberá poner término al contrato original a través de la notificación de un FUN tipo 2, y simultáneamente activar los beneficios del plan a través de la confección de un FUN tipo 1 que registre a alguna persona beneficiaria como titular del contrato, únicamente para efectos administrativos.

Se confeccionarán y notificarán tantos FUN 1 como entidades encargadas del pago de la o las pensiones que correspondan a los beneficiarios y beneficiarias, registrando en ellos la obligación de dichas entidades de enterar la cotización mínima legal para salud proveniente de las pensiones o remuneraciones devengadas por las personas beneficiarias del contrato, en caso que proceda.

En caso que el beneficiario o beneficiaria, o quien lo represente, decida renunciar al beneficio deberá así manifestarlo por escrito, debiendo la isapre mantener el documento respectivo en el archivo del o la cotizante. En ese caso la isapre debe ofrecer al beneficiario o beneficiaria un plan en actual comercialización cuyo precio se ajuste al monto que por él o ella se enteraba en la institución, de acuerdo a la tabla de factores vigente en el plan de salud del cotizante fallecido, o uno menor, si así lo solicita expresamente el beneficiario.<sup>15</sup>

Asimismo, la isapre deberá enviar a las personas beneficiarias, o a sus representantes legales, con una anticipación de a lo menos tres meses al término de la vigencia del beneficio señalado precedentemente, una carta en la que se informe el derecho a permanecer en la isapre, debiendo ofrecer, a lo menos lo siguiente:

- El mismo plan de salud que el beneficiario o beneficiaria tiene actualmente contratado, debiendo pagar el valor que resulte de multiplicar el precio base del plan por el factor que corresponda a su sexo y edad o, en el caso de planes cuyo precio esté expresado al 7%, las cotizaciones para salud provenientes de las pensiones o

---

<sup>15</sup> Este párrafo fue modificado por la Resolución Exenta N°318 del 11 de junio de 2010.

remuneraciones devengadas por el o la beneficiaria.<sup>16</sup>

- La posibilidad de suscribir otro plan de salud -en actual comercialización- cuyo precio final más se ajuste al monto que se enteraba por el o los beneficiarios y beneficiarias, de acuerdo a la tabla de factores vigente en el plan del o la cotizante que ha fallecido y al precio base actual del mismo.<sup>17</sup>
- Un plan cuyo precio final sea menor a las alternativas anteriores, si así lo solicita expresamente el beneficiario o beneficiaria.

En los contratos de salud que se suscriban en virtud de esta disposición no podrán pactarse otras restricciones o exclusiones que las que se encontraban vigentes en el contrato que mantenía el o la cotizante que ha fallecido con la isapre, ni exigirse una nueva declaración de salud.

El beneficiario o beneficiaria tendrá plazo para ejercer su opción expresamente, hasta el último día del mes anterior al término del beneficio. El silencio de los beneficiarios ante la propuesta de la isapre debe interpretarse como manifestación de su voluntad de perseverar en el contrato, en el plan en el que se encuentran actualmente vigente, pagando el precio que corresponda al citado plan.

#### **4.5. Uso de Excedentes**

El afiliado o afiliada podrá hacer uso de sus excedentes de cotización para los fines previstos en el artículo 188 del DFL N°1, en cualquier momento. Para tales efectos, deberá efectuar una solicitud a la isapre, la que resolverá a más tardar dentro de los 2 días hábiles siguientes, de acuerdo al saldo disponible que tenga el o la cotizante en su cuenta corriente individual.

### **5.- TERMINACIÓN DE CONTRATOS**

#### **5.1. Por incumplimiento de las obligaciones contractuales**

La Institución podrá poner término al contrato de salud cuando el o la cotizante incurra en alguno de los incumplimientos contractuales señalados en el artículo 201, del DFL N°1.

##### **5.1.1 Procedimiento general.**

Para efectos de ejercer las facultades de término de contrato contempladas en la ley, la isapre deberá cursar un FUN tipo 2, cuya copia respectiva será

---

<sup>16</sup> Este párrafo fue modificado por la Resolución Exenta N°313 del 9 de junio de 2010.

<sup>17</sup> Este párrafo fue modificado por la Resolución Exenta N°319 del 11 de junio de 2010.

remitida al o la cotizante, adjunta a una carta certificada que indique claramente la causal de término de contrato, lo que implica que la isapre no podrá referirse a la sola mención de cláusulas contractuales y/o legales; en caso de preexistencia, se deberá indicar la o las enfermedades, patologías o condiciones de salud que le sirven de fundamento. En dicha carta, la isapre deberá señalar que los beneficios, con excepción de las prestaciones derivadas de enfermedades preexistentes no declaradas, seguirán siendo de cargo de la isapre, hasta el término del mes siguiente a la fecha de su comunicación o hasta el término de la incapacidad laboral en su caso. Finalmente, se deberá informar de la existencia de la cuenta de excedentes, el monto acumulado, en caso que corresponda y también la posibilidad que le asiste a la persona afectada de reclamar a la Superintendencia de esta decisión, dentro del plazo de vigencia de los beneficios indicados precedentemente.

Si el o la cotizante reclama en contra del término de contrato dentro del plazo indicado precedentemente, éste se mantendrá vigente hasta la resolución del reclamo con excepción de las prestaciones derivadas de enfermedades preexistentes no declaradas. En este caso, la isapre dispondrá de diez días hábiles, contados desde que se le notifique el reclamo respectivo, para comunicar esta situación, por carta certificada, a las entidades encargadas del pago de la cotización, para efectos del correcto entero de las cotizaciones y el acceso a los beneficios pactados.

En caso que la Superintendencia considere que el término del contrato de salud dispuesto por la Isapre se ajustó a la normativa vigente, la Institución deberá, dentro del plazo de 10 días hábiles, contado desde la notificación de la resolución respectiva, comunicar al empleador que el contrato de salud ya no está vigente, con el objeto que no siga enterando las cotización de salud en la isapre.<sup>18</sup>

Para el caso de trabajadoras y trabajadores dependientes o pensionados, la copia del FUN tipo 2 correspondiente deberá ser notificada al empleador/a y/o entidad encargada del pago de la pensión, personalmente, por correo certificado o por vía electrónica de acuerdo a la normativa vigente, antes del día diez del mes siguiente a la fecha de comunicación del término de contrato.

En el caso de trabajadoras y trabajadores independientes y afiliadas y afiliados voluntarios (artículo 193 del DFL N°1 antes citado), la copia del FUN que corresponde al empleador/a y/o entidad encargada del pago de la pensión, deberá inutilizarse.

---

<sup>18</sup> Este párrafo fue agregado por la Resolución Exenta N°313 del 9 de junio de 2010.

En caso que el contrato tenga incorporado a un beneficiario o beneficiaria cotizante, éste y su respectivo empleador/a deberán ser notificados mediante la emisión de un segundo FUN tipo 2, conforme al procedimiento y plazo señalados precedentemente.

El derecho de la Institución de Salud Previsional a poner término al contrato caducará después de noventa días contados desde que tome conocimiento del hecho constitutivo de la causal de terminación. Para estos efectos, en el caso de las enfermedades preexistentes, el plazo se contará desde el momento que la isapre haya recibido los antecedentes clínicos que demuestren el carácter de preexistente de la enfermedad, patología o condición de salud. En el caso de no pago de la cotización, dicho plazo se contará desde los treinta días siguientes a la fecha en que comunicó la deuda en los términos del inciso undécimo del artículo 197; en cuanto a la obtención indebida de beneficios, desde que a la isapre le conste dicho acto, y la omisión de un familiar beneficiario, desde que la institución tome conocimiento de ella.

#### **5.1.2 Procedimiento en caso de incumplimiento en el pago de cotizaciones.**

En el caso del incumplimiento en el pago de las cotizaciones de salud por parte de las trabajadoras y trabajadores independientes, cotizantes voluntarios y voluntarias, o afiliados y afiliadas en situación de cesantía, tanto aquellos que revistan tal calidad al afiliarse como los que la adquieran posteriormente por un cambio en su situación laboral, la isapre estará facultada para:

- a) Poner término al contrato de salud, siempre que haya comunicado al afiliado el no pago de cotizaciones, dentro de los tres meses siguientes contados desde aquél en que no se haya pagado la cotización. Esta facultad deberá ejercerse una vez vencido el plazo otorgado por la isapre en dicha comunicación para pagar las obligaciones pendientes- sin que ello haya ocurrido- y hasta los noventa días posteriores al vencimiento del citado plazo.
- b) Ejercer las acciones ordinarias de cobro, respecto de las cotizaciones adeudadas. Esta facultad se puede ejercer en forma independiente de la señalada en la letra precedente.

Cabe señalar, que dentro de los procedimientos de cobro, queda expresamente prohibido emplear el que contempla la Ley N°17.322.

- c) Condonar parcial o totalmente las cotizaciones adeudadas, o establecer algún tipo de acuerdo respecto a la deuda. Dicho acuerdo, en ningún caso, podrá condicionarse a la renuncia de beneficios de salud o a la desafiliación previa del afiliado o afiliada o al retiro de alguno de sus beneficiarios o beneficiarias.

## **5.2. Por muerte del afiliado o afiliada**

La isapre pondrá término al contrato por muerte del afiliado o afiliada, debiendo cursar el correspondiente FUN tipo 2, en los siguientes casos:

- a) Cuando el o la titular no tenga beneficiarios o beneficiarias.
- b) Cuando la muerte se produzca antes de transcurrido el primer año de vigencia de los beneficios contractuales
- c) Cuando teniendo derecho al beneficio dispuesto en el artículo 203 del DFL N°1 el o los beneficiarios o beneficiarias renuncian expresamente a la extensión del contrato.
- d) En el evento que habiéndose extendido el contrato, en virtud del citado artículo 203, dicho beneficio hubiera cumplido su vigencia y la persona beneficiaria o su representante legal, cuando corresponda, hubiera renunciado al derecho de permanecer en la isapre.

## **5.3. Por pérdida de la relación laboral con una empresa**

La isapre también utilizará el FUN tipo 2, a fin de regularizar la pérdida de la relación laboral con una determinada empresa y, en este último caso, siempre que se trate de instituciones a las que alude el inciso final del artículo 200, del DFL N°1.

Para el caso que el término del contrato de salud entre un afiliado o afiliada y una isapre cerrada se origine en la pérdida de la relación laboral del o la cotizante con una determinada empresa, los beneficios del plan de salud se extenderán hasta el último día del mes siguiente a la fecha de dicho término, a menos que a ese día se encuentre en situación de incapacidad laboral, caso en el cual el contrato se mantendrá vigente hasta el último día del mes en que finalice la incapacidad y mientras no se declare su invalidez.

## **5.4. Desahucio o desafiliación**

Transcurrido el primer año de vigencia de los beneficios contractuales, el afiliado o afiliada podrá poner término al contrato de salud, en cualquier época, bastando para ello con una comunicación escrita dirigida a la isapre, dada con una antelación de, a lo menos, un mes al cumplimiento del primer año de vigencia de beneficios contractuales o de la fecha posterior en que se hará efectiva la desafiliación.

### **a) Contenido de la carta de desafiliación**

La intención de desafiliarse de la isapre podrá ser manifestada a través de cualquier documento que exprese inequívocamente la voluntad de la

persona afiliada de desahuciar el contrato de salud. Esta comunicación deberá contener, además, el nombre completo del o la cotizante, el número de su cédula de identidad, su número de teléfono, su domicilio actual y la Institución de Salud a la que se trasladará, la fecha y su firma. Para el caso que la carta sea presentada por un agente de ventas, ésta deberá contener la huella digital del afiliado o afiliada y el RUN y firma del o la agente de ventas. En el evento que la carta no contenga toda la información relativa al o la cotizante o no se acompañen las copias que correspondan, ésta deberá ser devuelta a la persona interesada para que proceda a completarla.

En todo caso, las isapres deberán mantener permanentemente en todas las oficinas de atención de público y a disposición inmediata de los afiliados y afiliadas, formularios de la carta de desafiliación, cuyo formato se define en el Anexo N°3 de la presente Circular, el que deberá constar en tres ejemplares.

#### **b) Procedimiento de desafiliación**

La carta de desafiliación y sus respectivas copias, podrán presentarse en cualquiera de las oficinas de atención de público de la isapre, durante su horario habitual de funcionamiento. La carta podrá ser presentada personalmente por el afiliado o afiliada, por un agente de ventas de isapre, remitirse por correo certificado o a través de otros medios que la isapre disponga para ello.

Cuando la carta de desafiliación sea tramitada por un agente de ventas, ésta deberá ajustarse al formato definido en el Anexo N°3 de la presente Circular. Asimismo, para que la isapre receptora certifique la firma puesta en el original de la carta, se deberá adjuntar fotocopia por ambos lados de la cédula de identidad del afiliado o afiliada, la que puede ser obtenida por cualquier medio que el avance tecnológico permita.

Cuando la carta de desafiliación haya sido enviada por correo certificado, se entenderá como fecha de presentación de la misma, aquélla en que es recibida en las oficinas de la isapre.

#### **c) Visación de la carta de desafiliación por la Isapre**

Las isapres deberán aceptar o rechazar todas las cartas de desafiliación que se le presenten al momento de su recepción, entregando en ese mismo acto una copia de la carta al afiliado o afiliada o al agente de ventas, debidamente fechada y timbrada.

Si el envío de la carta es por correo, la isapre deberá timbrarla y fecharla al momento de su recepción, debiendo notificar su aceptación o rechazo, por este mismo medio, al día hábil siguiente de la presentación de la misma,

entendiéndose para estos efectos el sábado como día inhábil. En este caso, la fecha del desahucio corresponderá a la fecha de recepción de la carta en las oficinas de la isapre.

La única causal de rechazo de una carta de desafiliación es el Incumplimiento de un año de vigencia de beneficios contractuales.

La isapre deberá consignar en la carta el mes y el año al que corresponderá la última remuneración o pensión que estará afecta a descuento; indicar si el afiliado o afiliada mantiene cuenta de excedentes y, en su caso, registrar la concurrencia de la causal de rechazo antes señalada.

#### **d) Notificación de las desafiliaciones cursadas**

La isapre deberá notificar personalmente o por correo certificado, la desafiliación del o la cotizante a las entidades encargadas del pago de la cotización, antes del décimo día del mes siguiente a aquél en que recibieron la respectiva carta.

#### **e) Extensión del contrato con desafiliación visada**

Si a la fecha de término de los beneficios, el o la cotizante se encuentra en situación de incapacidad laboral, el contrato se extenderá de pleno derecho hasta el último día del mes en que finalice la incapacidad.

En todo caso, de haberse suscrito contrato con una nueva isapre, el cumplimiento del período anual con ésta, seguirá siendo el mes en que se haya firmado el contrato de salud, independientemente de la fecha en que se comenzarán a percibir los beneficios.

### **5.5. Desafiliación en caso de cesantía**

El o la cotizante que se encuentre en situación de cesantía, debidamente acreditada ante la Institución en conformidad a lo instruido en el numerando 3.1 de esta Circular, podrá solicitar su desafiliación. En ese evento, la desafiliación surtirá efecto el primer día del mes siguiente de suscrita la carta de desafiliación ante la isapre o, cuando corresponda, el primer día del mes siguiente a aquél en que se encuentren financiados los beneficios del contrato por efecto de cotizaciones devengadas.

### **5.6. Desafiliación con ocasión de la entrada en vigencia de las Garantías Explícitas en Salud.**

Aún cuando no se haya cumplido el año de vigencia de beneficios, el

afiliado o afiliada podrá desahuciar el contrato de salud dentro de los sesenta días siguientes a la entrada en vigencia de las Garantías Explicitas en Salud o de sus posteriores modificaciones. Si nada dice dentro del referido plazo, la persona afiliada sólo podrá desahuciar el contrato sujetándose a las reglas generales contenidas en el punto 5.4 precedente.

### **5.7. Por mutuo acuerdo**

La terminación del contrato por acuerdo de las partes se materializará mediante la suscripción de un documento donde conste inequívocamente la intención de ponerle término al contrato. Para tal efecto, las partes podrán utilizar la carta de desafiliación debidamente autorizada por la isapre. El empleador/a y/o entidad encargada del pago de la pensión, deberá ser notificado conforme al procedimiento y plazo instruidos en la letra d) del número precedente.

En todo caso, la terminación del contrato por mutuo acuerdo, producirá plenos efectos el primer día del mes subsiguiente de suscrita la carta correspondiente, salvo acuerdo expreso en contrario.

### **5.8. Por Mutuo Acuerdo con efecto retroactivo**

A petición expresa del o la cotizante y para regularizar su situación ante el Fondo Nacional de Salud, las partes podrán poner término al contrato por mutuo acuerdo, con efecto retroactivo, a contar del primer día del mes siguiente a aquél en que la isapre recibió la última cotización de salud.

El señalado procedimiento de excepción, procederá respecto de aquellas personas que habiendo suscrito un contrato de salud con una isapre, han dejado, por un lado, de enterar cotizaciones en dicha institución, y por otro, de recibir beneficios de ella, sin haber puesto término a la relación contractual, dándose la circunstancia, además, que se encuentran cotizando en el Fondo Nacional de Salud.

Para formalizar la desafiliación por mutuo acuerdo con efecto retroactivo, las partes deberán suscribir un documento de desafiliación especial, el que deberá ser presentado ante el Fondo Nacional de Salud para requerir las prestaciones correspondientes.

En dicho documento se dejará claramente consignada la fecha a partir de la cual surtirá plenos efectos el término de contrato, y que será el primer día del mes siguiente al que corresponda la última cotización de salud enterada en la isapre.

La institución que adopte este procedimiento de regularización, deberá informar los casos relativos a los desahucios de contratos por mutuo acuerdo con efecto retroactivo, como tipo de movimiento 4: "Desahucio por mutuo

acuerdo”, según lo establecido en el Oficio Circular IF/N°42 de 2006, modificado por el Oficio Circular IF/N°55, de 05 de diciembre de 2007.

Las disposiciones anteriormente señaladas serán plenamente aplicables en el caso del retiro de un beneficiario o beneficiaria cuando de mutuo acuerdo se le quiera dar efecto retroactivo.

## **5.9. Reincorporación a la isapre**

Cuando un afiliado o afiliada se desafilie de su isapre por un período determinado, manifestando su voluntad de reincorporarse posteriormente a la misma, las Instituciones de Salud podrán comprometerse con la persona interesada, por un tiempo determinado, debiendo mantener las condiciones contractuales originalmente pactadas, es decir, sin la obligación de suscribir una nueva declaración de salud, manteniendo además la antigüedad de la afiliación del o la cotizante y los beneficiarios y beneficiarias consignados en el respectivo Formulario Único de Notificación.

El mecanismo operativo que se empleará para implementar esta opción, será necesariamente una desafiliación por mutuo acuerdo de las partes y la suscripción de una promesa, mediante la cual la Institución de Salud exprese su voluntad de reincorporar al o la cotizante, en las mismas condiciones. En consecuencia, la Isapre deberá ofrecer, como primera opción la posibilidad de contratar el mismo plan de salud vigente al momento de la promesa. En caso de no estar aquél disponible para la venta, la isapre deberá ofrecer, como mínimo, un plan equivalente en beneficios, otro en precio y uno que se ajuste a la cotización mínima legal del afiliado o afiliada que se reincorpora a la isapre.<sup>19</sup>

Dicha promesa deberá establecer claramente el tratamiento o condiciones particulares que se aplicarán a los nuevos familiares beneficiarios que el cotizante tenga al momento de la reincorporación a la isapre.<sup>20</sup>

## **6.- ARCHIVOS**

### **6.1. Archivo de cotizantes**

La isapre deberá mantener a disposición de la Superintendencia, un archivo de cotizantes en su casa matriz o en otro lugar, siempre que éste último haya sido previamente autorizado por este Organismo. La isapre deberá velar, en todo caso, por la expedita disponibilidad de los antecedentes para efectos del ejercicio de la facultad de esta Superintendencia.

---

<sup>19</sup> Este párrafo fue modificado por la Resolución Exenta N°319, del 11 de junio de 2010

<sup>20</sup> Este párrafo fue agregado por la Resolución Exenta N°314, del 9 de junio de 2010.

La institución quedará eximida de la obligación de mantener en la carpeta de la persona cotizante los antecedentes aportados por ésta para avalar su incorporación a la isapre, con la sola excepción de la fotocopia del documento identificador, en la medida que se haga responsable del correcto traspaso de dicha información al FUN.

En consecuencia, la carpeta de cada persona cotizante debe contener, al menos, la siguiente documentación:

- Fotocopia de la Cédula Nacional de Identidad del o la cotizante,
- Declaración de Salud del o la cotizante y sus beneficiarios y beneficiarias,
- Condiciones Generales suscritas, en caso que la Isapre no haya adherido a las Condiciones Tipo reguladas en la letra d) del N°2, del título I, del Capítulo III del Compendio de instrumentos Contractuales,
- Planes de Salud contratados,
- Aviso de cambio de domicilio,
- Todos los FUN emitidos en relación con el contrato del cotizante desde su incorporación a la isapre,
- Carta de renuncia a los excedentes, en caso que corresponda

Respecto de las personas que perdieron la calidad de cotizantes, se fija un plazo mínimo de 12 meses, contado desde el término de los beneficios, para que la isapre mantenga en su archivo la documentación contractual antedicha, agregando a los antecedentes anteriores, en los casos que corresponda, los siguientes:

- Copia de la liquidación de cierre de la cuenta de excedentes donde se detallen los rubros que componen su saldo, y (\*)
- Copia de la carta de desafiliación visada.

(\*) Podrán eximirse de esta obligación las isapres que cuenten con la posibilidad de emitir computacionalmente este antecedente.

## **6.2. Archivo de negativa de cobertura**

La Institución deberá mantener un archivo con las comunicaciones que instruye el N°4.2 “Negativa de cobertura” de la presente circular durante un plazo mínimo de doce meses, contado desde la fecha de su expedición, incluyendo los antecedentes que se tuvieron en consideración para adoptar la medida.

Este archivo deberá contener también, los presupuestos de prestaciones sin cobertura o con cobertura sólo a algunas de ellas y fotocopias de documentos que hubieran sido devueltos sin bonificación, además del formulario de negativa de cobertura, señalado en el punto 4.2 precedente.

## **7.- COMUNICACIONES**

## **7.1. Comunicaciones del afiliado o afiliada**

A fin de dejar constancia del cumplimiento por parte de las personas afiliadas de su obligación de informar los cambios de domicilio y/o de su empleador/a, la isapre debe ceñirse a los procedimientos que a continuación se indican:

### **a) Comunicación en las oficinas de la isapre**

Cuando el aviso de cambio de domicilio se efectúe en una oficina de la institución en que se atienda público y durante su horario habitual de funcionamiento, la isapre deberá tener a disposición de sus afiliados y afiliadas, un documento que les permita consignar los siguientes antecedentes: nombre y R.U.T. del o la cotizante, nuevo domicilio (del afiliado o afiliada y/o del empleador/a), fecha y firma del o la cotizante.

La isapre, a su vez, deberá entregar en el mismo acto una copia de la comunicación antes mencionada, debidamente timbrada y fechada, que acredite la gestión realizada, dejando una segunda copia en la carpeta del afiliado o afiliada.

### **b) Comunicación por medios tecnológicos**

La Isapre podrá implementar los medios que la tecnología actual permite (electrónicos, telefónicos u otros), para que el afiliado o afiliada pueda dar cumplimiento a su obligación de dar aviso del cambio de su domicilio y/o el de su empleador/a, de teléfono y/o de correo electrónico.

En el caso de habilitar los medios señalados en el párrafo anterior, la isapre deberá implementar los mecanismos de seguridad que correspondan y las medidas que permitan al afiliado o afiliada obtener un comprobante por el trámite efectuado, a más tardar al tercer día hábil siguiente de la recepción del aviso.

La isapre, empleando los mecanismos de difusión que estime convenientes, deberá poner en conocimiento de sus afiliados y afiliadas los medios dispuestos para cumplir con las obligaciones indicadas en el presente punto, esto es, señalar la existencia de los formularios a utilizar en las oficinas de atención de público de la institución como también, el número de fax y la dirección del correo electrónico y sitio WEB habilitados para recibir las comunicaciones en comento, en caso que corresponda.

La Isapre deberá registrar en su base de datos todas las comunicaciones que hubiere recibido por los conceptos indicados,

dentro del mismo plazo señalado en el párrafo segundo de esta letra b). Asimismo, deberá estar en condiciones de respaldar las antedichas comunicaciones, independientemente del medio utilizado.

## **7.2. Comunicación al afiliado o afiliada**

La isapre deberá informar al afiliado o afiliada de todas aquellas notificaciones de FUN que no haya podido efectuar al empleador/a.

Para tales efectos, la isapre deberá enviar una carta al domicilio vigente de la persona afiliada, explicando el motivo que impidió la notificación, a más tardar el último día del mes siguiente a aquél en que no se haya podido efectuar la respectiva notificación.

## **8. MODIFICACIONES AL CAPÍTULO I DEL “COMPENDIO DE BENEFICIOS”**

### **8.1 Modificaciones al Título II “Beneficios del Plan de Salud Complementario”**

Agrégase en el N° 3.1 del Título II “Beneficios del Plan de Salud Complementario”, el siguiente párrafo final nuevo:

“Por su parte, una vez agotados los Montos Máximos de Bonificación para determinadas prestaciones o grupo de prestaciones, o bien, extinguido el Tope General por Beneficiario o Beneficiaria, para el año-contrato, si lo hubiera, ambos contados desde la vigencia de beneficios, la Institución deberá concurrir al pago de la prestación o prestaciones de que se trate, en un porcentaje no inferior al 25% de la cobertura definida para esa misma prestación o prestaciones en el plan general correspondiente o con la cobertura financiera que asegura el Fonasa en la modalidad Libre Elección, la que sea mayor.”

### **8.2 Modificaciones al Título V “ Reglas Especiales de Cobertura y Bonificación”**

- a) Reemplázase en la letra a) “Facultades de las Isapres”, del N°1 “Disposiciones generales”, el párrafo segundo por el que sigue:

“Asimismo, están facultadas para requerir antecedentes médicos adicionales a terceros -o requerir la revisión de la ficha clínica por parte de un médico cirujano independiente- para resolver sobre la solicitud de beneficios presentada, en conformidad a lo pactado en los respectivos contratos de salud”.

- b) Sustitúyase el punto 3.1 “Regla general de otorgamiento de beneficios”, del N°3 “Normas sobre bonificación”, por el que sigue:

“Para el efecto de solicitar reembolso de prestaciones o requerir órdenes de atención, la isapre sólo podrá exigir la presentación del documento identificador que debe otorgar antes de la entrada en vigencia de los beneficios, la cédula de identidad y los documentos que acrediten el otorgamiento de la prestación (tales como el original de boleta o factura y la orden médica, u otro documento auténtico, en caso de exámenes o procedimientos), cuando éstos sean requeridos por el o la titular o un beneficiario o beneficiaria.

Si el reembolso o compra de órdenes de atención es realizado por una persona mandataria del o la titular no beneficiaria del contrato, la isapre sólo podrá exigir, además de los requisitos enunciados en el párrafo anterior, una copia de la cédula de identidad del o la titular, un poder simple del o la titular autorizando al portador o portadora, y la cédula de identidad de esta última persona.

En el caso que la atención de salud sea entregada a menores de edad que están bajo el cuidado de una tercera persona que no sea titular del contrato de salud, la isapre deberá implementar los procedimientos que sean necesarios para facilitar el acceso a los beneficios del contrato a estos beneficiarios y beneficiarias.”

## **9. MODIFICACIONES “COMPENDIO DE INSTRUMENTOS CONTRACTUALES”**

### **9.1 Modificaciones al Capítulo I “Menciones Mínimas del Contrato de Salud Previsional”**

**a)** Agrégase, en el N° 4 “Beneficiarios”, el siguiente párrafo final nuevo:

“La isapre podrá aceptar la incorporación de un beneficiario cotizante, entendiendo por tal a aquella persona que se incorpora a la isapre en calidad de carga -médica o legal- y que percibe una remuneración o pensión afecta a la cotización legal.”

**b)** Reemplázase, en el párrafo segundo de la letra a) “Cesantía” del punto 11.1.3 “Otras causales”, la expresión “último día del mes en que se presente” por “primer día del mes siguiente de suscrita”.

**c)** Agréganse, en el punto 11.1.3 “Otras causales”, las siguientes letras c), d) y e) nuevas:

“c) Muerte del afiliado o afiliada

En los contratos se deberá establecer que la isapre pondrá término al contrato por muerte del afiliado o afiliada, en los siguientes casos:

1. Cuando el o la titular no tenga beneficiarios o beneficiarias.

2. Cuando la muerte se produzca antes de transcurrido el primer año de vigencia de los beneficios contractuales
3. Cuando teniendo derecho al beneficio dispuesto en el artículo 203 del DFL N°1 el o los beneficiarios o beneficiarias renuncian expresamente a la extensión del contrato.
4. En el evento que habiéndose extendido el contrato, en virtud del citado artículo 203, dicho beneficio hubiera cumplido su vigencia y la persona beneficiaria o su representante legal, cuando corresponda, hubiera renunciado al derecho de permanecer en la isapre.

d) Pérdida de la relación laboral con una empresa

En los contratos se deberá establecer que la isapre podrá poner término al contrato en el caso de pérdida de la relación laboral entre el afiliado o afiliada y una determinada empresa, siempre que se trate de instituciones a las que alude el inciso final del artículo 200, del DFL N°1. Se establecerá que, en dicho caso, los beneficios del plan de salud se extenderán hasta el último día del mes siguiente a la fecha de dicho término, a menos que a ese día el afiliado o afiliada se encuentre en situación de incapacidad laboral, caso en el cual el contrato se mantendrá vigente hasta el último día del mes en que finalice la incapacidad y mientras no se declare su invalidez.

e) Desafiliación con ocasión de la entrada en vigencia de las Garantías Explícitas en salud.

En los contratos se deberá establecer que aún cuando no se haya cumplido el año de vigencia de beneficios, el afiliado o afiliada podrá desahuciar el contrato de salud dentro de los sesenta días siguientes a la entrada en vigencia de las Garantías Explícitas en Salud o de sus posteriores modificaciones. Además deberá señalarse que si el afiliado o afiliada nada dice dentro del referido plazo, sólo podrá desahuciar el contrato sujetándose a las reglas generales contenidas en la letra b) del punto 11.1.2 precedente.”

## 9.2 Modificaciones al Capítulo III “Instrumentos Contractuales”

- a) Agrégase en el artículo 17° del Anexo N°1, correspondiente a las Condiciones Generales Uniformes para el Contrato de Salud Previsional la siguiente letra h) nueva:

“h) Desafiliación con ocasión de la entrada en vigencia de las Garantías Explícitas en Salud.”

- b) Agrégase en el artículo 17° de las Condiciones Generales del Contrato de Salud Previsional Aprobadas por la Superintendencia de Salud,

contenidas en el Anexo N°8 correspondiente a las Condiciones Tipo para el Otorgamiento de Beneficios por parte de las Instituciones de Salud Previsional, la siguiente letra h) nueva:

“h) Desafiliación con ocasión de la entrada en vigencia de las Garantías Explícitas en Salud.”

## **10. VIGENCIA Y DEROGACIÓN DE NORMAS**

La presente circular entrará en vigencia a contar de su notificación, fecha a partir de la cual se deroga la Circular 36, cuyo texto definitivo fue fijado por la Resolución Exenta N°546 del 12 de abril de 2002.

La versión actualizada de los Compendios de Beneficios y de Instrumentos Contractuales, se encontrará a disposición de los usuarios y usuarias en la página Web de la Superintendencia.

## **11.- DISPOSICIÓN TRANSITORIA.**

Las isapres podrán seguir utilizando los textos de las Condiciones Generales Uniformes impresos y en CD, sin las modificaciones contenidas en la presente circular, hasta agotar stock.<sup>21</sup>

**ALBERTO MUÑOZ VERGARA  
INTENDENTE DE FONDOS Y SEGUROS  
PREVISIONALES DE SALUD**

**Incorpora Firma Electrónica Avanzada**

### **UNA/FNP/MSM/AMAW/SAQ**

#### **DISTRIBUCION:**

- Gerentes Generales Isapres
- Asociación de Isapres de Chile
- Superintendente
- Intendentes
- Fiscalía
- Jefaturas de Departamentos
- Jefaturas de Subdepartamentos
- Agencias Regionales
- Subdepto. de Regulación
- Oficina de Partes

---

<sup>21</sup> Este párrafo fue agregado por la Resolución Exenta N°314, del 9 de junio de 2010.

## **ANEXO N°1**

### **CONTENIDO DE LA CARTA DE ADECUACIÓN**

La carta de adecuación que se remita a los y las cotizantes deberá contener, a lo menos, la siguiente información, la que deberá ser clara y comprensible para la persona interesada.

Las materias mínimas son:

- 1.- Lugar y fecha de emisión de la carta
- 2.- Identificación del afiliado o afiliada
- 3.- Identificación del plan actual e indicación del precio vigente antes de la adecuación
- 4.- Porcentaje de variación del precio base por adecuación
- 5.- Precio final a pagar, indicando todas las variables que lo afectan. Por ejemplo, adecuación, variación del tramo de edad, precio Ges, etc.
- 6.- Oferta de planes alternativos de acuerdo a la normativa vigente, incluyendo su precio base y precio final a pagar
- 7.- En caso de modificación de los beneficios, producto del término o modificación del convenio con prestadores preferentes, información sobre esta situación y los cambios en los beneficios y/o del prestador preferente del plan
- 8.- Plazo para pronunciarse sobre la adecuación propuesta y efectos del silencio
- 9.- Opción de desafiliarse
- 10.- Identificación de quien representa a la isapre.
- 11.- La Isapre podrá agregar información sobre otros planes disponibles en la isapre
- 12.- La Isapre podrá agregar información sobre el fundamento del alza del precio base.

## **ANEXO N°2**

### **CONTENIDO DE LA CARTA DE ADECUACIÓN POR AJUSTE DE EXCEDENTES**

En aquellos casos en que, una vez aplicada la adecuación del precio, existan personas afiliadas que estén generando excedentes que superen el 10% de su cotización legal para salud, la isapre deberá remitir una carta de adecuación que contenga, a lo menos, la siguiente información:

- 1.- Lugar y fecha de emisión de la carta
- 2.- Identificación del afiliado o afiliada
- 3.- Identificación del plan actual e indicación del precio vigente antes de la adecuación
- 4.- Porcentaje de variación del precio base por adecuación
- 5.- Precio final a pagar, indicando todas las variables que lo afectan. Por ejemplo, adecuación, variación del tramo de edad, precio Ges, etc.
- 6.- Oferta de planes alternativos de acuerdo a la normativa vigente, incluyendo su precio base y precio final a pagar
- 7.- Explicación breve de la situación que afecta a su contrato respecto de la generación de excedentes que superan el 10% de su cotización mínima
- 8.- Oferta de plan propuesto, incluyendo el precio base y precio final
- 9.- Plazo para pronunciarse sobre la adecuación propuesta y efectos del silencio del o la cotizante
- 10.- Opción de desafiliarse
- 11.- Identificación de quien representa a la isapre.
- 12.- La Isapre podrá agregar información sobre otros planes disponibles en la isapre

## ANEXO N° 3

### CARTA DE DESAFILIACIÓN

Fecha .....

DE: NOMBRE DEL O LA COTIZANTE:.....  
R.U.T.:.....  
DOMICILIO:.....N° TELÉFONO.....

A: ISAPRE: .....

#### IMPORTANTE:

*Antes de firmar esta carta, el afiliado o afiliada debe tener presente que la isapre a la que desee incorporarse:*

- ☞ le hará llenar una nueva Declaración de Salud por usted y sus beneficiarios y beneficiarias,*
- ☞ puede rechazar su afiliación, o*
- ☞ puede imponerle restricciones a la cobertura respecto de embarazos en curso y/o enfermedades y condiciones preexistentes.*

Comunico a ustedes que, habiendo transcurrido el plazo mínimo de permanencia que establece la ley o el contrato procedo a desahuciar el contrato de salud que he suscrito con esa Institución, en los términos que establece el artículo 197 del D.F.L. N°1.

Por otra parte, informo a ustedes que me incorporaré al siguiente organismo de salud previsional:  
.....(indicar nombre de la isapre o FONASA)

La última cotización a enterar en esa isapre será la correspondiente a la remuneración o pensión de.....( indicar mes y año )

.....  
FIRMA COTIZANTE

HUELLA DIGITAL COTIZANTE

.....  
FIRMA AGENTE DE VENTAS

.....  
R.U.T. AGENTE DE VENTAS

1. Esta carta -con las copias que corresponda- podrá presentarse en cualquier oficina de la isapre en que se atiende público, durante su horario habitual de funcionamiento.
2. No se podrá exigir que esta carta contenga información adicional a la establecida en este formato para ser aceptada por la isapre receptora.
3. La isapre deberá pronunciarse sobre la carta en forma inmediata.

