

## NUEVAS CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO DEL SALUD

El 1º de julio del 2005, entraron en vigencia la Ley N° 19.966, que establece un Régimen General de Garantías en Salud y la Ley N° 20.015, que introduce modificaciones a la Ley N° 18.933 que rige a las instituciones de salud provisional. El presente instrumento contiene las modificaciones más relevantes a las Condiciones Generales del Contrato de Salud introducidas por la indicada legislación, por consiguiente, dichas condiciones de entenderán modificadas en todo aquello que se oponga a lo señalado a este anexo, sin perjuicio de serles aplicables en lo pertinente las nuevas disposiciones legales que aquí no se reproducen. En todo lo demás, queda vigente lo establecido en las actuales Condiciones Generales del Contrato de Salud.

### **II.- BENEFICIARIOS**

#### **ARTICULO 4º**

4.5.- Los beneficiarios que adquieran la calidad jurídica de cotizantes y que opten por permanecer en la Isapre celebrando un contrato de salud, de acuerdo a lo establecido en el artículo 41 inciso final de la Ley N° 18.933.

4.6.- Todos los beneficiarios declarados por el cotizante que fallezca, siempre que a la fecha del fallecimiento haya transcurrido a lo menos un año de vigencia ininterrumpida de los beneficios contractuales. En tal evento, la Isapre mantendrá todos los beneficios del contrato de salud vigente a la fecha del fallecimiento, por un período no inferior a un año contado desde dicha fecha, todo ello en los términos del artículo 41 bis de la Ley N° 18.933.

### **III. PRESTACIONES Y BENEFICIOS**

#### **ARTICULO 8º: Beneficios mínimos.**

Las prestaciones que en carácter de beneficios mínimos la Ley impone a la Isapre respecto del Cotizante y sus beneficiarios son las siguientes:

8.1.- El Cotizante y sus Beneficiarios tendrán derecho a recibir las prestaciones a que se refiere la letra a) del Artículo 8º y los incisos primero y segundo del Artículo 9º de la Ley N° 18.469 y normas reglamentarias que correspondan y artículo 33 de la Ley N° 18.933, y todo ello mientras subsista la obligación establecida en el Artículo 25 de la Ley N° 18.469.

Tales prestaciones son las siguientes:

- a) **El Examen de Medicina Preventiva**, constituido por un plan periódico de monitoreo y evaluación de la salud a lo largo del ciclo vital con el propósito de reducir la morbimortalidad o sufrimiento, debido a aquellas enfermedades o condiciones prevenibles o controlables que formen parte de las prioridades sanitarias, según lo determinado por el Ministerio de Salud, el que estableció las metas de cobertura de dicho examen, obligatorias para la Isapre, así como el procedimiento, las prestaciones, población objetivo y condiciones para su otorgamiento.
- b) **Las Garantías Explícitas en Salud (“GES”)**, relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad contempladas en el Régimen General de Garantías en Salud, en conformidad a lo dispuesto en la Ley N° 19.966 que establece el citado Régimen.
- c) **El Plan de Salud Complementario a las GES**, que contempla como prestaciones y cobertura financiera mínima o básica, aquella que se fije como mínimo para la modalidad de libre elección que debe otorgar el Fondo Nacional de Salud (“Fonasa”), de acuerdo a lo dispuesto en el Régimen General de Garantías en Salud establecido por la Ley N° 19.966. Acorde con el artículo 33 bis de la Ley N° 18.933, dicha cobertura no podrá ser inferior al 25% de la prevista en el mismo plan para la prestación genérica correspondiente, debiendo la Isapre otorgar la cobertura mínima que resulte mayor de entre el Plan de Salud Complementario y la aludida modalidad de libre elección. Para efectos del otorgamiento de las prestaciones o beneficios, el Plan de Salud Complementario puede contener una o más de las modalidades denominadas “Plan Libre Elección”, “Plan Cerrado” y “Plan con Prestadores Preferentes”, que se establecen en el artículo 33 de la Ley N° 18.933.

#### **IV. EXCLUSIONES Y OTRAS RESTRICCIONES.**

**ARTICULO 9º:** Exclusiones de la cobertura por gastos de recuperación de la salud.

De acuerdo con lo prescrito en el artículo 33 bis inciso 2º de la Ley N° 18.933, del Plan de Salud Complementario se excluirán las prestaciones que pasan a indicarse, las que no serán cubiertas por el presente contrato:

9.1.- Cirugía plástica con fines de embellecimiento u otras prestaciones con el mismo fin. Para estos efectos, no se considerará que tienen fines de embellecimiento la cirugía plástica destinada a corregir malformaciones o deformaciones sufridas por la criatura durante el embarazo o el nacimiento, ni la destinada a reparar deformaciones sufridas en un accidente, ni la que tenga una finalidad estrictamente curativa o reparadora.

9.2.- Atención particular de enfermería, salvo que se trate de prestaciones que se encuentren en el arancel Fonasa modalidad libre elección.

9.3.- Hospitalización con fines de reposo.

9.4.- Prestaciones cubiertas por otras leyes, hasta el monto de lo cubierto. A solicitud del afiliado, la Isapre deberá cobrar el seguro obligatorio de accidentes del tránsito a que se refiere la Ley N° 18.490 directamente en la Compañía de Seguros correspondiente.

9.5.- Las que requiera un beneficiario como consecuencia de su participación en actos de guerra.

9.6.- Enfermedades o condiciones de salud preexistentes no declaradas, entendiéndose por tales aquellas enfermedades, patologías o condiciones de salud que hayan sido conocidas por el afiliado y diagnosticadas médicamente con anterioridad a la suscripción del contrato o a la incorporación del beneficiario, en su caso, y que no hayan sido registradas o informadas fidedignamente por el afiliado en el documento denominado "Declaración de Salud" que requiera la Isapre. La falta de esta declaración no invalidará el presente contrato, pero hará presumir de Derecho que la Isapre renunció a la posibilidad de restringir la cobertura o de poner término al contrato por la omisión de alguna enfermedad o condición de salud preexistente.

Sin perjuicio de lo anterior, la Isapre estará obligada a concurrir al pago de prestaciones por enfermedades o condiciones de salud preexistentes no declaradas, en los mismos términos estipulados en el contrato para prestaciones originadas por enfermedades o condiciones de salud no preexistentes cubiertas por el plan, si se acredita que la omisión se debió a justa causa de error o cuando haya transcurrido un plazo de 5 años, contados desde la suscripción del contrato o desde la incorporación del beneficiario, en su caso, sin que el beneficiario haya requerido atención médica por la patología o condición de salud preexistente. En estos casos, no procederá la terminación del contrato de salud.

Se presumirá la mala fe si la Isapre probare que la patología o condición de salud preexistente requirió atención médica durante los antedichos cinco años y el afiliado a sabiendas la ocultó a fin de favorecerse de esta disposición legal.

9.7.- Prestaciones otorgadas fuera del territorio nacional.

9.8.- Todas aquellas prestaciones y medicamentos, en este último caso de carácter ambulatorio, no contemplados en el arancel de la Isapre. Sin el consentimiento de la Isapre no procederá la homologación de prestaciones, salvo que la Superintendencia la ordene en casos excepcionales conforme a la Ley N° 20.015.

Las exclusiones de cobertura antes enumeradas no se aplican a los beneficios de las Garantías Explícitas en Salud, cuyo otorgamiento se rige por las modalidades y condiciones establecidas en la Ley N° 19.966.

**ARTICULO 10º:** Restricciones a la Cobertura.

La cobertura prevista en el presente contrato sólo podrá restringirse para las siguientes prestaciones:

10.1.- La atención del embarazo, en que la cobertura será proporcional al período que reste para que ocurra el nacimiento.

10.2.- La atención de enfermedades preexistentes declaradas, por un plazo máximo de 18 meses, contado desde la suscripción del contrato o desde la incorporación del beneficiario, en su caso. La restricción que se estipule en el Plan Complementario de Salud no podrá significar el otorgamiento de beneficios por valores inferiores al 25% de la cobertura prevista en el mismo plan para la prestación genérica correspondiente, ni inferior a la cobertura financiera que, como mínimo, otorga el Fonasa en su modalidad de libre elección.

No obstante lo anterior, con la finalidad de ser aceptado en la Isapre, tratándose de enfermedades preexistentes declaradas, en casos calificados, y conforme con las instrucciones que dicte al efecto la Superintendencia de Salud, el futuro afiliado podrá solicitar por escrito, con copia a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, que la Isapre le otorgue para dichas patologías, por 18 meses más, la cobertura que el Fonasa ofrece en la modalidad de libre elección de la Ley N° 18.469.

Las restricciones de cobertura antes indicadas no se aplican a los beneficios de las Garantías Explícitas de Salud.

La Isapre bonificará en las condiciones que pasan a expresarse, las siguientes prestaciones:

## **V. PRECIO DEL PLAN.**

**ARTICULO 12°:** Modificación del precio.

12.1.- El precio de los beneficios de las Garantías Explícitas en Salud (“GES”) se expresa en unidades de fomento o moneda de curso legal en el país (pesos), está determinado en forma unitaria e igualitaria para todos los beneficiarios de la Isapre, y corresponde al informado por la misma Isapre a la Superintendencia de Salud y publicado por ésta en el Diario Oficial con anticipación a la entrada en vigencia del decreto que contenga las GES o su modificación. Este precio es independiente del precio del Plan de Salud Complementario, y podrá ser modificado cada 3 años, a menos que el decreto que establece las GES sea revisado en un período inferior.

12.2.- El precio del Plan de Salud Complementario se expresa en unidades de fomento o moneda de curso legal en el país. En el caso de planes grupales y los contratos a que se refiere el inciso final del artículo 39 de la Ley N° 18.933, el precio podrá expresarse en un porcentaje equivalente a la cotización legal de salud. El precio final del Plan de Salud Complementario se obtiene de la multiplicación del “precio base”, que corresponde al asignado por la Isapre al respectivo plan y que es idéntico para todas las personas que lo contraten, por los factores que correspondan al afiliado y a los beneficiarios, de conformidad a la tabla de factores por sexo, edad, y condición de cotizante o carga contenida en el plan, que el afiliado o beneficiario declara conocer y aceptar. Esta tabla no podrá variar para los beneficiarios mientras se encuentren adscritos al plan, ni podrá alterarse para quienes se incorporen a él, a menos que la modificación consista en disminuir de forma permanente los factores, total o parcialmente.

El precio del Plan de Salud Complementario podrá experimentar modificaciones en la anualidad del contrato, con ocasión del proceso de revisión anual de contratos de salud que efectúe la Isapre, y/o con ocasión del aumento o la reducción de factor que corresponda a un beneficiario en razón de su edad, de acuerdo con la respectiva tabla, que la Isapre se encuentra obligada a aplicar.

12.3.- Revisión anual del contrato. Anualmente, en el mes de suscripción del presente contrato de salud, la Isapre estará facultada para revisarlo, pudiendo sólo modificar el precio base del plan, con las limitaciones y exigencias referidas en el artículo 38 bis de la Ley N° 18.933, en condiciones generales que no importen discriminación entre los afiliados de un mismo plan. Las revisiones no podrán tener en consideración el estado de salud del afiliado y/o beneficiario. Dichas condiciones generales deberán ser las mismas que se estén ofreciendo a esa fecha a los nuevos contratantes en el respectivo plan.

La adecuación propuesta deberá ser comunicada al afectado mediante carta certificada expedida con a lo menos 3 meses de anticipación al vencimiento del período anual. En tales circunstancias, el afiliado podrá aceptar el contrato con la adecuación de precio propuesta por la Isapre, y en el evento que nada diga, se entenderá que acepta la propuesta. En la misma oportunidad y forma en que se comunique la adecuación, la Isapre deberá ofrecer uno o más planes alternativos cuyo precio base sea equivalente al vigente, a menos que el plan que se adecua corresponda al de menor precio que tenga la Isapre. Los planes alternativos que se ofrezcan deberán ser idénticos para todos los afiliados del plan cuyo precio se adecua, quienes, en caso de rechazar la adecuación, podrán aceptar alguno de los planes alternativos que se les ofrezcan o bien desafiliarse de la Isapre.

Si el afiliado estimare que los planes ofrecidos no reúnen las condiciones de equivalencia indicadas precedentemente, podrá recurrir ante la Superintendencia de Salud, acorde con lo dispuesto en el artículo 38 inciso 5° de la Ley N° 18.933.

Sin perjuicio de lo anterior, las modificaciones de los beneficios contractuales podrán efectuarse por mutuo acuerdo de las partes y darán origen a la suscripción de un nuevo plan de salud de entre los que se encuentre comercializando la Isapre.

**ARTICULO 13°:** Determinación del precio del plan según Tabla de Factores.

13.1.- Concepto y aspectos generales sobre la Tabla de Factores. Se entiende por “Tabla de Factores” aquella tabla elaborada por la Isapre cuyos factores muestran la relación de precios del plan de salud para cada grupo de personas, según edad, sexo y condición de cotizante o carga, con respecto a un grupo de referencia definido por la Superintendencia de Salud que asumirá el valor unitario. Esta tabla constituye un mecanismo pactado de variación del precio del plan a lo largo del ciclo de vida, el que es conocido y aceptado por el afiliado o beneficiario al momento de suscribir este contrato o incorporarse a él, según corresponda, y que no podrá sufrir variaciones en tanto la persona permanezca adscrita a ese plan.

Para determinar el precio que el afiliado deberá pagar por el plan de salud a la Isapre, ésta deberá aplicar a los precios base que resulten de las modificaciones o adecuaciones previstas en el artículo precedente, el o los factores que correspondan a cada beneficiario, de acuerdo a la respectiva tabla de factores, cuya estructura será fijada por la Superintendencia de Salud, estableciendo los tipos de beneficiarios según sexo, condición de cotizante o carga y rango de edad.

13.2.- Alcances y reglas de aplicación de la Tabla de Factores. Cada plan de salud sólo podrá tener incorporada una Tabla de Factores. La Isapre no podrá establecer más de dos Tablas de Factores para la totalidad de los planes de salud que esté comercializando.

Sin perjuicio de lo señalado precedentemente, la Isapre podrá establecer nuevas tablas cada 5 años, contados desde las últimas informadas a la Superintendencia de Salud, manteniéndose vigentes las anteriores en los planes de salud que las hayan incorporado.

La tabla del plan de salud no podrá variar para los beneficiarios mientras se encuentren adscritos al mismo, ni podrá alterarse para quienes se incorporen a él, a menos que la modificación consista en disminuir de forma permanente los factores, total o parcialmente, lo que requerirá de autorización previa de la Superintendencia; y dicha disminución se hará aplicable a todos los planes de salud que utilicen esa tabla.

La Isapre estará obligada a aplicar, desde el mes en que se cumpla la anualidad y de conformidad con la respectiva tabla, el aumento o la reducción de factor que corresponda a un beneficiario en razón de su edad, y a informar al cotizante respectivo mediante carta certificada expedida con a lo menos 3 meses de anticipación al vencimiento de la anualidad del afiliado.

13.3.- Factores. Dentro de los marcos indicados precedentemente y sujetándose a las reglas que se expresarán a continuación, la Isapre es libre para determinar los factores de cada tabla que emplee.

El grupo de referencia que deberá asumir el valor igual a 1,0 es el cotizante masculino para el rango o grupo de edad comprendido entre los 30 y 34 años.

La relación máxima entre el factor más bajo y el más alto de cada tabla será de hasta 9 veces en el caso de las mujeres, y de hasta 14 veces tratándose de los hombres, para el período comprendido entre el 1° de Julio de 2005 y el 1° de Julio de 2015.

En cada tramo, el factor que corresponda a una carga no podrá ser superior al factor que corresponda a un cotizante del mismo sexo.

13.4.- Estructura de la Tabla de Factores. En el Plan Complementario de Salud que forma parte del presente contrato, se fija la estructura de la Tabla de Factores del mismo plan, en la que se determinan los tramos de edad que deberán considerarse.

## **VII. OBLIGACIONES DEL COTIZANTE**

**ARTICULO 17°**

Son obligaciones del Cotizante y/o de sus Beneficiarios las siguientes:

17.8.- Velar por que hagan uso de los derechos, servicios, beneficios y prestaciones, sólo y exclusivamente las personas en cuyo beneficio haya sido otorgada la orden de atención o para quienes se ha solicitado la prestación, que no serán otras que las señaladas en el FUN respectivo, amparados en documentos o antecedentes auténticos, verídicos y completos.

17.11.- Deberán solicitar los derechos, beneficios y prestaciones en las condiciones, montos y demás modalidades establecidas en este Contrato y en los instrumentos que forman parte integrante del mismo.

17.12.- Deberán enterar en la Isapre, previo a recibir una atención, el monto de la parte no bonificada cuando corresponda.

Para el evento que dentro del plazo de 60 días corridos, contados desde la fecha en que la Isapre pague al prestador la(s) respectiva(s) atención(es), el cotizante o beneficiario cotizante no hubiera enterado los valores que son de su cargo, se faculta expresamente a la Isapre para oficiar al empleador del cotizante o del beneficiario cotizante, en su caso, pudiendo ordenarle que descuente y retenga de sus remuneraciones los valores correspondientes que la propia Isapre determinará, los que enseguida serán pagados a la Isapre. Este mandato tendrá el carácter de irrevocable y subsistirá no obstante acaecer la muerte o incapacidad sobreviniente del cotizante o del beneficiario cotizante, según corresponda.

17.13.- Declarar todas las patologías, enfermedades o condiciones de salud preexistentes a la suscripción del contrato, tanto del Cotizante como de cada uno de los Beneficiarios.

El incumplimiento de las cláusulas estipuladas precedentemente facultará a la Isapre para cobrar los gastos en que haya incurrido con motivo de tal incumplimiento, en particular por el otorgamiento de beneficios o prestaciones a Beneficiarios que no lo sean realmente, así como para interponer las denuncias, demandas y acciones respectivas ante la Justicia Ordinaria.

## **IX. CAUSALES DE TÉRMINO DEL CONTRATO**

Los contratos de salud no podrán dejarse sin efecto durante su vigencia, salvo por alguna de las siguientes causales:

**ARTICULO 18°:** Por parte de la Isapre.

La Isapre sólo podrá poner término al presente contrato de salud cuando el cotizante incurra en alguno de las siguientes conductas o incumplimientos contractuales:

18.1.- Falsear o no entregar de manera fidedigna toda la información en la Declaración de Salud, en los términos del artículo 33 bis de la Ley N° 18.933, salvo que el afiliado o beneficiario demuestren justa causa de error.

18.2.- No pago de cotizaciones por parte de los cotizantes voluntarios o independientes, tanto aquellos que revistan tal calidad al afiliarse como los que la adquieran posteriormente por un cambio de su situación laboral.

18.3.- Impetrar formalmente u obtener indebidamente, para él o para alguno de sus beneficiarios, beneficios que no les correspondan o que sean mayores a los que procedan. Igual sanción se aplicará cuando se beneficie a un tercero ajeno al contrato.

18.4.- Omitir del contrato a algún familiar beneficiario de los indicados en las letras b) y c) del artículo 6° de la Ley N° 18.469, con el fin de perjudicar a la Isapre.

Para ejercer la facultad de poner término al contrato por cualquiera de las precitadas causales, la Isapre deberá comunicar por escrito tal decisión al cotizante, caso en el cual 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 caso de que el cotizante se encuentre en dicha situación y siempre que este plazo sea superior al antes indicado.

El cotizante podrá reclamar a la Superintendencia de Salud de la referida decisión de poner término al contrato, dentro del plazo de vigencia de los beneficios indicados precedentemente. Efectuado el reclamo, se mantendrá vigente el contrato hasta la resolución de esta reclamación, con excepción de las prestaciones derivadas de enfermedades preexistentes no declaradas.

El derecho de la Isapre a poner término al contrato caducará después de 90 días, contados desde que tome conocimiento del hecho constitutivo de la respectiva causal de terminación. Para estos efectos, en el caso de las enfermedades preexistentes dicho plazo se contará desde el momento en que la Isapre haya recibido los antecedentes clínicos que demuestren el carácter preexistente de la patología; en el caso del no pago de la cotización, desde los 30 días siguientes a la fecha en que se comunicó la deuda en los términos del inciso 11° del artículo 38 de la Ley N° 18.933; en cuanto a la obtención indebida de beneficios, desde que a la Isapre le conste su petición u obtención, según el caso; y en el caso de la omisión de un familiar beneficiario, desde que la Isapre tome conocimiento de ella.

El cotizante estará obligado a pagar a la Isapre todos los gastos, costos y/o perjuicios que esta última desembolse o sufra en razón de incurrir el cotizante en cualquiera de las causales o hipótesis señaladas en los numerales 18.1.-, 18.2.-, 18.3.- o 18.4.- que preceden.

**ARTICULO N° 19°:** Por parte del Afiliado

## **XI.- OTRAS ESTIPULACIONES**

### **ARTICULO 22ª**

Para todos los efectos legales derivados del presente contrato, las partes fijan su domicilio en la ciudad de El Salvador, prorrogando competencia ante sus Tribunales de Justicia, a excepción de las materias tratadas en el artículo 20 de este contrato.



[www.isapresanlorenzo.cl](http://www.isapresanlorenzo.cl)

[isl@odelco.cl](mailto:isl@odelco.cl)

Carlos Pardo Chandía  
Gerente (I)  
Isapre San Lorenzo Ltda.