



SUPERINTENDENCIA  
DE SALUD

supersalud.gob.cl

Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales  
Subdepartamento de Regulación

**CIRCULAR IF/N° 234**

**Santiago, 18 NOV. 2014**

## **IMPARTE INSTRUCCIONES SOBRE LA DECLARACIÓN DE SALUD**

Esta Intendencia, en ejercicio de las atribuciones que le confiere la ley, en especial, lo dispuesto en los artículos 110, N°2, y 114, ambos del DFL N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, ha estimado pertinente impartir las siguientes instrucciones.

### **I. OBJETIVO**

Ajustar el documento Declaración de Salud al propósito dispuesto por ley para su utilización, de manera que el afiliado registre aquellas enfermedades, patologías o condiciones de salud por él conocidas y que hayan sido diagnosticadas médicamente con anterioridad a la suscripción del contrato o a la incorporación del beneficiario, en su caso. Definir el formato único para todo el sistema isapre y precisar la oportunidad en que se llena y suscribe dicho instrumento.

### **II. MODIFICA LA CIRCULAR IF/N° 80, DEL 13 DE AGOSTO DE 2008, QUE CONTIENE EL COMPENDIO DE NORMAS ADMINISTRATIVAS EN MATERIA DE INSTRUMENTOS CONTRACTUALES**

1. Se reemplaza el número 14 "Declaración de Salud" del Capítulo I "Menciones mínimas del contrato de salud previsional", según se indica a continuación:

"La Declaración de Salud es un documento que forma parte del contrato, es independiente de los demás instrumentos del mismo y su contenido único y formato indivisible son obligatorios para las isapres.

En la Declaración de Salud se deben registrar fidedignamente por el afiliado las preexistencias, 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 de contrato o de la incorporación del beneficiario en su caso, como también los demás antecedentes de salud que solicite la isapre. Asimismo, sólo en este documento se podrán establecer las condiciones particulares pactadas respecto de cada beneficiario al momento de su incorporación a la isapre, dejando constancia expresa de lo dispuesto en el inciso 1° del artículo 190 del D.F.L. N° 1.

Dicho documento es único y exclusivo para fijar las condiciones particulares de otorgamiento de beneficios, cualquiera sea su naturaleza, debiendo utilizarse sólo con ocasión de la suscripción del contrato o de la incorporación del beneficiario si procediere.

La Declaración de Salud deberá ser escrita de modo claramente legible, con un tamaño de letra no inferior a 2,5 milímetros.

Se entiende que las isapres que no utilizan la Declaración de Salud renuncian a la posibilidad de restringir la cobertura o de poner término al contrato por la omisión de alguna enfermedad o condición de salud preexistente.

El formulario de la Declaración de Salud se encuentra establecido en el Anexo 5 del Capítulo III "Instrumentos contractuales" de este Compendio."

2. Se modifica el Título I "Instrucciones comunes para los instrumentos contractuales uniformes" del Capítulo III "Instrumentos contractuales", de acuerdo a lo siguiente:

a) Se elimina la palabra "uniforme" cada vez que se señala a continuación del documento "Declaración de Salud".

b) Se eliminan los párrafos primero y tercero, ambos de la letra b) del número 2 "Adhesión".

3. Se reemplaza el contenido del Anexo 5 del Capítulo III "Instrumentos contractuales" por el formato de la Declaración de Salud establecido en el Anexo de esta Circular.

### **III. MODIFICA Y/O AJUSTA LA CIRCULAR IF/Nº 131, DEL 30 DE JULIO DE 2010, QUE CONTIENE EL COMPENDIO DE NORMAS ADMINISTRATIVAS EN MATERIA DE PROCEDIMIENTOS**

1. A continuación del primer párrafo del número 2 "Etapas de la suscripción de documentos contractuales" del Título I "Instrucciones sobre procedimientos de suscripción de contratos de salud previsional" del Capítulo I "Procedimientos relativos al contrato de salud", se agrega lo siguiente:

"La isapre deberá entregar al potencial cotizante un comprobante que indique la fecha del llenado de la Declaración de Salud, la identificación del postulante y la fecha en que se va a pronunciar respecto a la aceptación o el rechazo de la incorporación.

En caso de rechazo de la afiliación en la fecha estipulada, la isapre deberá justificar fundadamente la causal de ésta en la Sección F "Resultado de la evaluación por parte de la isapre". Al momento de comunicar tal situación al postulante, deberá devolverle la Declaración de Salud con todas sus copias y antecedentes respectivos."

2. Las modificaciones de la presente circular deberán ser incorporadas al Modelo de Suscripción Electrónica de Contratos de Salud Previsional, contenido en el Título II "Suscripción electrónica de contratos de salud previsional del Capítulo I "Procedimientos relativos al contrato de salud".

### **IV. MODIFICA LA CIRCULAR IF/Nº124, DEL 30 DE JUNIO DE 2010, QUE CONTIENE EL COMPENDIO DE NORMAS ADMINISTRATIVAS EN MATERIA DE INFORMACIÓN**

Se elimina el tercer párrafo del punto 5.1.1.5.3, "Formulario de Declaración de Salud", del Anexo del Título V "Buscador de Planes", del Capítulo VII "Información que los seguros

deben proporcionar o mantener a disposición de los cotizantes, beneficiarios, empleadores, usuarios y público en general".

#### V. DISPOSICIÓN TRANSITORIA

Las isapres podrán emplear el formulario de la Declaración de Salud que se encuentren utilizando a la fecha de inicio de vigencia de esta Circular, hasta el 15 de diciembre de 2014.

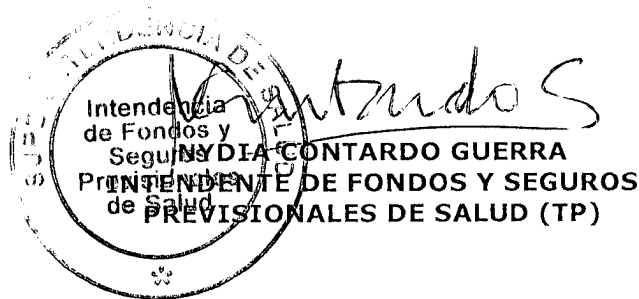
Conforme lo anterior, las instituciones deberán dar cumplimiento a la disposición transitoria contenida en la Circular que "Imparte instrucciones sobre la obligación de otorgar cobertura a las prestaciones asociadas al parto", y que se refiere al tachado que se deberá efectuar a la pregunta eliminada del ítem 17, de forma indeleble.

#### VI. DEROGACIÓN DE NORMATIVA

1. Se deroga la Circular IF/Nº 40, del 16 de mayo de 2007, que impartió instrucciones sobre el formulario de Declaración de Salud Uniforme para los contratos de salud previsional.
2. Se elimina el Anexo Nº 2 de la Circular Nº 25, del 3 de agosto de 1995.

#### VII. VIGENCIA DE LA CIRCULAR

Las disposiciones de la presente circular entrarán en vigencia a contar de la fecha de su notificación.



JJR/AMAW/KBDLM  
Distribución

- Gerentes Generales de Isapres
- Asociación de Isapres
- Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud
- Fiscalía
- Oficina de Partes



**ANEXO**

Identificación Isapre	<b>DECLARACIÓN DE SALUD</b>
	Nº Folio <input type="text"/>
<b>IMPORTANTE</b>	
ES DE SU EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD EL LLENADO COMPLETO, CORRECTO Y VERAZ DE ESTE DOCUMENTO.	
SI USTED NO DECLARA ALGUNA ENFERMEDAD, PATOLOGÍA O CONDICIÓN DE SALUD PREEXISTENTE LA ISAPRE PUEDE:	
<ol style="list-style-type: none"><li>1. <b>NEGAR LA COBERTURA</b> PARA DICHA ENFERMEDAD POR UN PLAZO MÁXIMO DE HASTA 5 AÑOS DESDE LA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO O DE LA INCORPORACIÓN DEL BENEFICIARIO, Y/O</li><li>2. <b>TERMINAR SU CONTRATO DE SALUD.</b></li></ol>	
ESTA DECLARACIÓN DEBE SER LLENADA, EN SU TOTALIDAD, POR USTED, AUNQUE SE LE INDIQUE LO CONTRARIO.	

<b>A. ANTECEDENTES DEL COTIZANTE</b>			
Nombres y Apellidos	<input type="text"/>		
RUN	<input type="text"/>	Fecha de Nacimiento	<input type="text"/> Día/Mes/Año
Nombre Institución de Salud Actual	<input type="text"/>		
Tiene pensión de invalidez	<input type="text"/>	S=Sí N=No	Causal <input type="text"/> 1= Enfermedad común 2= Enferm. profesional o accidente del trabajo
Diagnóstico que originó la pensión de invalidez	<input type="text"/>		
Estuvo antes en esta isapre	<input type="text"/>	S=Sí N=No	

<b>B. IDENTIFICACIÓN DE LOS FAMILIARES BENEFICIARIOS Y/O CARGAS MÉDICAS</b>
Debe individualizar a todas sus cargas legales y a aquellas personas que desea incorporar como cargas médicas.
Si usted omite alguna de sus cargas legales y se demuestra que la omisión tuvo por objeto perjudicar a la isapre, porque ésta no pudo evaluar el riesgo, la Institución puede poner término a su contrato de salud.

IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO (incluido el cotizante)							
Nombre y Apellidos	RUN	Relación Familiar con el cotizante 01. Cónyuge 02. Padre 03. Madre 04. Hijos 05. Otros	Fecha de Nacimiento	Sexo M=Masculino F=Femenino	Tipo de Carga L=Legal M=Médica	Peso	Talla

C. LISTADO DE PREGUNTAS				
<p>Debe registrar TODAS las enfermedades, patologías o condiciones de salud diagnosticadas médicamente a usted y a cada uno de sus beneficiarios, hayan o no requerido tratamiento, hospitalización o intervención quirúrgica, cualquiera sea la fecha de diagnóstico y su estado actual, incluso si se ha recuperado y ha sido dado de alta.</p> <p>El siguiente listado es sólo referencial, de modo que si usted ha tenido otra enfermedad, patología o condición de salud no indicada aquí, debe declararla.</p>				
NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO	DIAGNÓSTICO	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	FECHA APROX. DIAGNÓSTICO	DECLARA

1. **Enfermedades mentales o psiquiátricas o del comportamiento:** por ejemplo, trastornos del ánimo, depresión, neurosis, psicosis, esquizofrenia, problemas de dependencia (drogas, tabaco, alcohol, etc.).

SI

NO


2. **Enfermedades del sistema nervioso o que le afecten:** por ejemplo, accidentes cerebrovasculares (isquémicos o hemorrágicos), aneurismas cerebrales, tumores, quistes, hidrocefalia, TEC, fístulas del líquido céfalo raquídeo, tumor vertebral, tumor de médula o nervios periféricos, epilepsia, Parkinson, Alzheimer, esclerosis múltiple, neuropatías, jaqueca y/o migraña, meningitis, déficit atencional, o cualquier otra enfermedad del cráneo, cerebro, medular o nervios periféricos.

SI

NO


NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO	DIAGNÓSTICO	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	FECHA APROX. DIAGNÓSTICO	DECLARA
------------------------------------	-------------	-------------------------	--------------------------	---------

**3. Enfermedades del sistema respiratorio:** por ejemplo, asma, enfisema, neumonía, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, tuberculosis, alergias respiratorias, sinusitis, enfermedades de las vías respiratorias altas (faringe) o bajas (laringe, tráquea, bronquios, pulmones) o cualquier enfermedad de los pulmones, pleura o sistema respiratorio.

SI   
NO


**4. Enfermedades del corazón y sistema circulatorio:** por ejemplo, infarto del miocardio, enfermedad coronaria, angina de pecho, enfermedad reumática, hipertensión arterial, soplos al corazón, arritmias, accidentes cerebrovasculares, aneurismas, várices, flebitis, úlceras vasculares o cualquier otra enfermedad al corazón, arterias, venas o sistema circulatorio.

SI   
NO


**5. Enfermedades del sistema digestivo:** por ejemplo, úlcera al estómago o duodeno, tumores del estómago o del intestino, hemorragias digestivas, hemorroides, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, pancreatitis, cálculos biliares, hepatitis, cirrosis, o cualquier otra enfermedad de los componentes del sistema digestivo, como esófago, estómago, intestino, recto, ano, hígado, vesícula, vía biliar, páncreas.

SI   
NO


**6. Enfermedades ginecológicas y de las mamas:** por ejemplo, tumores, quistes, cáncer, miomas, endometriosis, endometritis o cualquier otra enfermedad de este sistema como enfermedades del útero, de la mama y ovarios.

SI   
NO


**7. Enfermedades renales o del sistema genitourinario:** por ejemplo, nefritis, cistitis, cálculo al riñón, hiperplasia, adenoma o cáncer de la próstata, varicocele, tumores renales, vesicales o testiculares o cualquier otra enfermedad de los componentes de este sistema como riñón, uréter, vejiga, uretra, próstata y genitales.

SI   
NO


NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO	DIAGNÓSTICO	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	FECHA APROX. DIAGNÓSTICO	DECLARA
------------------------------------	-------------	-------------------------	--------------------------	---------

**8. Enfermedades reumatológicas o del sistema osteomuscular:** por ejemplo, lumbago, lumbociática, gota, artritis, artrosis, reumatismo, fracturas, hernia del núcleo pulposo, síndrome del túnel carpiano, enfermedades inmunitarias o autoinmunes como lupus o cualquier otra enfermedad de los componentes del sistema osteomuscular como columna, huesos, músculos y articulaciones.

SI

NO


**9. Enfermedades de la sangre o del sistema hematopoyético:** por ejemplo, anemia, hemofilia, alteraciones de la coagulación, linfoma, leucemia o cualquier otra enfermedad de la sangre o componentes del sistema hematopoyético como los ganglios, vasos linfáticos y el bazo.

SI

NO


**10. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas:** por ejemplo, hipotiroidismo e hipertiroidismo, bocio, dislipidemia, obesidad, bulimia, anorexia, diabetes, resistencia insulínica, enfermedad de Addison, tumor de la hipófisis o tiroides, o cualquier otra enfermedad de las glándulas endocrinas, enfermedades nutricionales o metabólicas.

SI

NO


**11. Malformaciones y/o enfermedades congénitas:** por ejemplo, labio leporino, pie bot, displasia de cadera, cardiopatías congénitas, síndrome de Down, o cualquier anomalía, patología congénita.

SI

NO


**12. Tumores y/o enfermedades oncológicas:** por ejemplo, cáncer, quistes, tumores, nódulos, pólipos de cualquier localización.

SI

NO




NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO	DIAGNÓSTICO	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	FECHA APROX. DIAGNÓSTICO	DECLARA
------------------------------------	-------------	-------------------------	--------------------------	---------

**13. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo:** por ejemplo, melanoma, hemangiomas, psoriasis, eczemas, secuela de quemaduras, úlceras, dermatitis, acné severo, rosácea u otras enfermedades dermatológicas.

SI

NO


**14. Enfermedades del oído, nariz y garganta:** por ejemplo, sordera, otitis, adenoides, pólipos nasales, desviación del tabique nasal, o cualquier otra enfermedad de los oídos, nariz y garganta.

SI

NO


**15. Enfermedades oculares:** por ejemplo, miopía, astigmatismo, hipermetropía, estrabismo, presbicia, cataratas, glaucoma, retinopatías o cualquier otra enfermedad de los ojos.

SI

NO


**16. Enfermedades infecciosas y parasitarias:** por ejemplo, sífilis, gonorrea, rubéola, citomegalovirus, toxoplasmosis, tuberculosis, cisticercosis, enfermedad de Chagas, Hidatidosis, VIH positivo, SIDA o cualquier otra enfermedad infecciosa.

SI

NO


**17. Enfermedades del embarazo, parto o puerperio:** por ejemplo, embarazo molar, preclampsia o eclampsia, diabetes gestacional, aborto, asfixia neonatal, parto prematuro.

SI

NO


NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO	DIAGNÓSTICO	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	FECHA APROX. DIAGNÓSTICO	DECLARA
------------------------------------	-------------	-------------------------	--------------------------	---------

**18. Traumatismos, accidentes y quemaduras:** Indique cualquier accidente, con o sin secuelas, detallando si es de origen laboral o no, deformidad adquirida, TEC, fracturas.

SI

NO


**19. Cirugías estéticas:** por ejemplo, rinoplastia, lipoaspiración, implantes mamarios, abdominoplastia o cualquier otra cirugía con fines de embellecimiento.

SI

NO


**20. Infertilidad o Esterilidad:** indique si Ud. o alguno de sus beneficiarios ha recibido o está en tratamiento de fertilidad por infertilidad o esterilidad.

SI

NO


**21. Licencias médicas anteriores:** ¿Ha tenido Ud. o alguno de sus beneficiarios licencias médicas en los últimos 24 meses? Si su respuesta es afirmativa indique diagnóstico y número de días de la(s) licencia(s).

SI

NO


**22. Indique Hospitalizaciones anteriores:** Indique si Ud. o alguno de sus beneficiarios ha estado hospitalizado y bajo qué diagnóstico.

SI

NO


**23. Prótesis, Órtesis:** señale si utiliza usted o cualquiera de sus beneficiarios algún tipo de prótesis u órtesis, tales como, audífonos, lentes ópticos, marcapaso, bastones ortopédicos o muletas, silla de ruedas.

SI

NO


**24. Otras enfermedades:** Consigne aquí si Ud. o alguno de sus beneficiarios padece o ha padecido alguna enfermedad o condición de salud, lesión o cualquier otra condición médica y/o enfermedad que no esté identificada anteriormente y que se le haya diagnosticado médicamente.

SI

NO


#### D. DECLARACIÓN

El interesado que suscribe autoriza a la Isapre para solicitar información médica exclusivamente relacionada con los datos declarados en este documento, respecto de sí mismo o de sus beneficiarios de quienes sea el representante legal, frente a dudas que pudieran surgir de esta declaración, con el único objeto de evaluar debidamente el riesgo de salud comprometido, para decidir la aceptación o el rechazo de la suscripción del contrato o eventualmente proponer determinadas restricciones de cobertura para la suscripción del mismo.

Para obtener información sobre los demás beneficiarios respecto de los cuales el interesado no es el representante legal, la Isapre deberá conseguir una autorización expresa de cada uno de ellos. De requerírsela, el interesado se obliga a obtener dicha autorización del respectivo beneficiario, declarando conocer que, de no contar con ella, la Isapre podrá rechazar la afiliación.

Declaro que he respondido en forma **EXACTA Y VERAZ** cada una de las preguntas que constan en este documento.

\_\_\_\_\_  
Firma / Huella digital del Interesado

\_\_\_\_\_  
Fecha

#### E. EVALUACIÓN CONTRALORÍA MÉDICA Y RESTRICCIONES TEMPORALES DE COBERTURA

La Isapre ha considerado las siguientes restricciones temporales de cobertura para las preexistencias que han sido declaradas en este documento. Estas restricciones no pueden ser superiores a 18 meses, los que se contarán desde la suscripción del contrato o de la incorporación del beneficiario, en su caso.

Nombre Beneficiario	Diagnóstico	Cobertura		Código Enfermedad	Observaciones
		Porcentaje	Plazo		

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma Médico de la Isapre

\_\_\_\_\_  
Fecha

**F. RESULTADO DE LA EVALUACIÓN POR PARTE DE LA ISAPRE**

Aceptado :  sin restricción  con restricción

Rechazado :  Motivo del rechazo:

(Si la isapre rechaza la afiliación deberá devolver al cotizante este formulario y los demás antecedentes acompañados)

**En caso de rechazo**, con la finalidad de ser aceptado en la Institución de Salud Previsional, **el interesado podrá solicitar** por escrito, con copia a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, que la Isapre le otorgue para las enfermedades preexistentes declaradas, por 18 meses más, la cobertura mínima legal. No obstante tal solicitud, la isapre igualmente puede mantener su negativa de aceptación.

La Isapre acepta la afiliación con restricción por un plazo adicional, según se indica en el recuadro establecido en la letra E.

Sí  No

**G. SUSCRIPCIÓN DE LA DECLARACIÓN DE SALUD**

El afiliado acepta las restricciones temporales de cobertura para las patologías declaradas. Sí  No

\_\_\_\_\_  
Firma Cotizante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma y RUN Agente de Ventas

\_\_\_\_\_  
Firma y RUN Supervisor del proceso de afiliación

Folio F.U.N. asociado

**COMPROBANTE PARA EL AFILIADO**

<b>N° Folio Declaración de Salud</b>	
<b>Nombre del postulante</b>	
<b>RUT del postulante</b>	
<b>Fecha del llenado de la declaración</b>	
<b>Fecha de respuesta a la solicitud</b>	

**Nombre y RUT del representante de la Isapre**

**Firma**

