

CIRCULAR IF/ N° **94 ***

Santiago, **23 abr 2009**

REEMPLAZA EL TÍTULO II “INSTRUCCIONES ESPECIALES PARA PLANES GRUPALES” DEL CAPÍTULO II “PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO” DEL COMPENDIO DE INSTRUMENTOS CONTRACTUALES POR EL QUE INDICA

Esta Intendencia, en ejercicio de las atribuciones que le confiere la ley, en especial, lo dispuesto en los números 2 y 8 del Artículo 110 del D.F.L. N° 1, de 2005, de Salud, en adelante DFL N° 1, y con la finalidad de reunir la normativa vigente relativa a planes grupales así como dictar nuevas normas que actualicen la regulación sobre la materia, viene en dictar las siguientes instrucciones de carácter general:

I. REEMPLAZA EL TÍTULO II DEL CAPÍTULO II DEL COMPENDIO DE INSTRUMENTOS CONTRACTUALES

Se reemplaza el Título II “Instrucciones Especiales para Planes Grupales” del Capítulo II “Plan de Salud Complementario” del Compendio de Instrumentos Contractuales por el que se acompaña en esta Circular, dictado mediante Circular IF/N° 80, de fecha 13 de agosto de 2008, de la Superintendencia de Salud.

Del mismo modo, se entiende modificado el Índice del Compendio de Instrumentos Contractuales, en lo pertinente, de acuerdo a la numeración del nuevo Título II del Capítulo II “Instrucciones Especiales para Planes Grupales”.

II. DISPOSICIONES TRANSITORIAS

La Institución de Salud Previsional que a la fecha de notificación de la presente Circular haya comercializado planes de salud grupales que no contemplen el beneficio de la CAEC, en razón de contar con un beneficio alternativo que la reemplace, deberá comunicar por escrito a la Superintendencia de Salud los antecedentes a que se refiere el punto 6.2 del Título II del Capítulo II del Compendio de Instrumentos Contractuales, a más tardar el último día hábil del mes subsiguiente al de la notificación de la presente circular.

* Texto actualizado al 27 de mayo de 2009, contiene modificaciones al punto 5 introducidas mediante Res. Exta. IF/N° 256 de 26 de mayo de 2009 y Res. Exta IF/N° 264, de 27 de mayo de 2009, ambas de la Superintendencia de Salud, que acogen parcialmente recurso de reposición de Isapres Colmena Golden Cross S.A., Fusat Ltda. , Fundación Ltda. y Río Blanco Ltda..

III. VIGENCIA

La presente Circular entrará en vigencia a partir de la fecha de su notificación, y tanto ésta como el texto actualizado del Compendio de Instrumentos Contractuales, estarán disponibles en la Web de la Superintendencia de Salud.



**MARIA CRISTINA MEDINA
INTENDENTA DE FONDOS Y
SEGUROS PREVISIONALES DE
SALUD (S)**

Incorpora Firma Electrónica Avanzada

UNA/FNP/AMAW/CDLMP

DISTRIBUCION:

- Gerentes Generales de Isapre
- Asociación de Isapres de Chile
- Superintendente
- Fiscal
- Intendentes
- Jefes de Departamento SIS
- Jefes Subdepartamentos SIS
- Agencias Regionales
- Oficina de Partes

Título II

INSTRUCCIONES ESPECIALES PARA PLANES GRUPALES⁴⁴

1. Definición

El contrato de salud previsional es siempre individual y nunca colectivo, ya que necesariamente y por mandato legal, se celebra entre alguna de las personas naturales a las que alude el artículo 184 del DFL N° 1^{44a}, individualmente considerada, y una Institución de Salud Previsional registrada ante la Superintendencia de Salud.

Sin embargo, el plan de salud complementario puede ser individual o grupal. Los planes grupales son aquellos planes que pueden comercializar las isapres con aquellos cotizantes que pertenecen a una determinada empresa o a un grupo de dos o más trabajadores o, en el caso de las denominadas isapres cerradas, dos o más pensionados, y cuya finalidad es el otorgamiento de beneficios distintos de los que podría obtener el trabajador con su sola cotización individual de no mediar dicha circunstancia, la que deberá constar expresamente en el plan de salud.

2. Contratación de un plan grupal

La contratación de un plan grupal no exime a la isapre de la obligación de obtener de los cotizantes que se le incorporen, la suscripción de todos los documentos que forman parte integrante del Contrato de Salud, ciñéndose, para estos efectos, a las instrucciones contenidas en la Circular N° 36, de 22 de julio de 1997, cuyo texto refundido y actualizado fue fijado por Resolución Exenta N° 546 de 12 de abril de 2002, de la Superintendencia de Salud, o la que la reemplace.

Párrafo 1° del punto 6.1 de la Circular N° 36

En el Plan de Salud se registrará en el casillero "Tipo de Plan", que se trata de un "PLAN GRUPAL".

Párrafo 2° del punto 6.1 de la Circular N° 36

Paralelamente, el plan grupal deberá enumerar las condiciones de vigencia del mismo, esto es, aquellos hechos o circunstancias cuya variación o alteración podrá dar lugar a la modificación del plan, como asimismo, indicar los requisitos que, en forma individual, deben reunir los cotizantes para ingresar y mantenerse en el plan grupal.

Párrafo 3° punto 6.1 de la Circular N° 36

Dado que el contrato de salud es siempre individual, se deberá dejar constancia expresa, en el plan grupal que se convenga, del otorgamiento de los beneficios que sean distintos a los que podría obtener el afiliado con la sola cotización individual. Para tales efectos, se deberá indicar el tipo de plan que se contrate, estipulándose todos los beneficios

Segunda frase del punto 2.2.2 de la Circular N° 25

⁴⁴ **Artículo 200.-** Para la celebración de un contrato de salud, las partes no podrán considerar como condición el hecho de pertenecer el cotizante a una determinada empresa o grupo de dos o más trabajadores. En tales situaciones, se podrá convenir solo el otorgamiento de beneficios distintos de los que podría obtener con la sola cotización individual de no mediar dicha circunstancia, que deberá constar expresamente en el contrato. En los casos anteriores, todos los beneficios a que tengan derecho los cotizantes y demás beneficiarios deberán estipularse en forma expresa en los respectivos contratos individuales, señalándose, además, si existen otras condiciones para el otorgamiento y mantención de dichos beneficios. En el evento de que, por cualquier causa, se eliminen los beneficios adicionales por el cese de las condiciones bajo las cuales se otorgaron, ello solo podrá dar origen a modificaciones contractuales relativas al monto de la cotización pactada o a los beneficios convenidos, pudiendo siempre el afiliado desahuciar el contrato. Con todo, la Institución deberá ofrecer al cotizante un nuevo plan de salud, el cual, en caso alguno, podrá contemplar el otorgamiento de beneficios menores a los que podría obtener de acuerdo a la cotización legal a que dé origen la remuneración del trabajador en el momento de adecuarse su contrato. Lo dispuesto en este artículo no será aplicable a aquellos contratos de salud que celebren las personas con Instituciones de Salud Previsional cuyo objeto sea otorgar prestaciones únicamente a trabajadores de una determinada empresa o institución, caso en el cual, la pérdida de la relación laboral podrá constituir causal de término anticipado del mismo, salvo que ella se origine por el hecho de acogerse a pensión. Tal circunstancia deberá dejarse expresamente establecida en el contrato.

^{44a} Se refiere a los afiliados al Régimen de Prestaciones de Salud que establece el Libro II del DFL N° 1

convenidos, así como las condiciones para el otorgamiento y mantención de dichos beneficios.

2.1.- Tabla de Factores

En la configuración de un plan grupal, la isapre no estará obligada a incorporar una Tabla de Factores para la determinación del precio.

Inciso 1° punto 3.1.3.2
Circular IF/N°9, 09.08.2005

Si la isapre opta por considerar una Tabla de Factores, ésta deberá estructurarse conforme a lo dispuesto en el Título II del Capítulo III del presente Compendio de Instrumentos Contractuales.

Inciso 2° punto 3.1.3.2
Circular IF/N°9, 09.08.2005

Los planes grupales cuyo precio se estructura sobre la base de una tabla de precios no asociada a factores de riesgo por sexo y edad podrán continuar incorporando afiliados. Sin embargo, en el evento que deje de operar alguna condición de vigencia del plan grupal y las partes acuerden la suscripción de un nuevo plan grupal que contemple una Tabla de Factores, ésta deberá ajustarse a las disposiciones de la ley, sobre la materia.

Inciso final punto 3.1.3.2
Circular IF/N°9, 09.08.2005

3. Cese de las condiciones de vigencia del plan grupal

Los planes grupales no son susceptibles de ser revisados conforme el procedimiento contemplado en el inciso tercero del artículo 197 del DFL N° 1⁴⁵, pues dichas prescripciones legales, por su sentido y alcance, se aplican sólo a la revisión de planes individuales de salud.

Párrafo 2° punto 6.2 de la
Circular N° 36

Sin perjuicio de ello, si cesan todas o algunas de las condiciones previstas para la vigencia del plan grupal, la isapre podrá acordar con los cotizantes modificaciones al monto de la cotización pactada o a los beneficios convenidos, en conformidad a las instrucciones que siguen, sin perjuicio del derecho del afiliado a desahuciar el contrato.

Párrafo 1° punto 6.2 de la
Circular N° 36 ajustado al
texto del Artículo 200 del
DFL N° 1

En todo caso, los contratos de tipo grupal deberán estipular que ante la eliminación de los beneficios convenidos, la isapre ofrecerá al cotizante un nuevo plan de los que estuviere comercializando a esa época, el cual no podrá contemplar el otorgamiento de beneficios menores a los que podría obtener el afiliado de acuerdo a la cotización legal a que da origen la remuneración del trabajador en el momento de la modificación propuesta.

3.1.- Procedimiento para modificar el plan grupal

Para que las modificaciones del plan surtan efectos, éstas deberán ser aceptadas por cada uno de los cotizantes, mediante la suscripción del nuevo Plan Grupal propuesto, así como del FUN respectivo.

Esta suscripción individual no será necesaria si en la contratación del plan o en forma posterior, se ha mandatado a uno o más representantes o mandatarios comunes, para negociar las antedichas modificaciones, ajustar las condiciones de vigencia, en su caso, y suscribir los instrumentos correspondientes. La antedicha representación o mandato podrá recaer indeterminadamente en la persona que detente algún cargo o calidad en la empresa o grupo de dos o más trabajadores que, en todo caso, deberá especificarse.

Segunda parte párrafo 1° y
párrafo 2° punto 6.2.2
Circular N° 36

La isapre deberá estar siempre en condiciones de acreditar tanto la personería de quienes hayan actuado en nombre y representación de los cotizantes como la remisión del nuevo Plan de Salud y el FUN respectivo, antes de la entrada en vigencia de sus beneficios.

Párrafo 3° punto 6.2.1
Circular N° 36

En todo caso, los beneficios pactados no sufrirán alteración alguna en tanto no se convenga en la modificación del plan, a través de alguna de las alternativas instruidas precedentemente.

Párrafo 4° punto 6.2.1
Circular N° 36

⁴⁵ Ver nota N° 29

3.2.- Procedimiento para ofrecer un nuevo plan de salud individual

Si cesan todas o algunas de las condiciones de vigencia del plan grupal, y no se llega a un acuerdo con los cotizantes o sus representantes o mandatarios comunes sobre las modificaciones contractuales del mismo, la isapre podrá poner término al plan grupal y deberá ofrecerles un nuevo plan individual de salud.

Párrafo 1° punto 6.2.2
Circular N° 36

Para estos efectos, la institución comunicará directamente a cada uno de los afectados y por escrito, el término del plan grupal -indicando expresamente la condición de vigencia invocada y la circunstancia descrita en el párrafo anterior- y las alternativas de planes individuales de que dispone para él. Dicha oferta, como mínimo, deberá contemplar el plan de salud que tenga el precio que más se ajuste al monto de la cotización legal que corresponda a la remuneración del trabajador al momento de terminarse el plan. Asimismo, se le deberá informar su derecho a desahuciar el contrato de salud y desafiliarse de la isapre.

Párrafo 2° punto 6.2.2
Circular N° 36

La carta deberá señalar claramente el plazo de que dispone el afiliado para optar por alguna de las alternativas propuestas, el que al menos se deberá extender hasta el último día hábil mes siguiente al de la expedición de la comunicación, si se remite por correo, o de su entrega, si ésta es personal. Adicionalmente, deberá informar que ante el silencio del cotizante, se entenderá que acepta el plan individual ofrecido por la isapre que más se ajuste a su cotización legal. Bajo ninguna circunstancia la isapre podrá aplicar automáticamente un plan diferente; ni tampoco estipular que para el evento del término del plan grupal, operará un plan básico predefinido por la institución.

Párrafo 3° punto 6.2.2
Circular N° 36

En todo caso, el plan grupal se mantendrá vigente hasta el último día del mes siguiente a aquél en que expire el plazo concedido al cotizante para pronunciarse sobre el plan propuesto por la institución.

Párrafo 4° punto 6.2.2
Circular N° 36

4. Retiro de un afiliado del plan grupal

En el Contrato de Salud se deberá contemplar como obligación del cotizante, la de informar toda variación de su situación personal que afecte su permanencia en el plan, como por ejemplo, la pérdida de la relación laboral.

Párrafo 1° punto 6.3 de la
Circular N° 36

En el caso que un cotizante deje de cumplir con los requisitos establecidos para su permanencia en el plan grupal, la institución tendrá la obligación de ofrecerle, al menos, un plan de salud que tenga el precio que más se ajuste al monto de su cotización legal vigente en ese momento, a menos que se trate de la situación descrita en el inciso final del artículo 200 del D.F.L. N° 1⁴⁶, de 2005, de Salud.

Párrafo 2° punto 6.3 de la
Circular N° 36

Para dar cumplimiento a dicha obligación, la Institución deberá sujetarse al procedimiento descrito en el punto 3.2 precedente.

5. Caso del cotizante que fallece

En el evento del fallecimiento del cotizante de un plan de salud grupal pactado en el porcentaje equivalente a la cotización legal, y terminada la vigencia del beneficio contenido en el artículo 203 del DFL N° 1^{46a}, la isapre estará obligada a ofrecer al/la beneficiario/a, el mismo plan de salud grupal, debiendo éste/a pagar el precio real del plan, previamente informado por la isapre, teniendo ésta el derecho a percibir las

⁴⁶ Ver nota N° 44

^{46a} Ver nota N° 19

cotizaciones para salud provenientes de las pensiones o remuneraciones devengadas por el/la beneficiario/a.*

Las modificaciones al plan grupal de salud y su eventual término, también afectarán a los beneficiarios que se encuentren en la situación descrita en el párrafo precedente, en cuyo caso, la isapre deberá proceder conforme lo establecido en el punto 3.2 precedente.

6. No incorporación o suspensión de la CAEC en los planes grupales^{46b}

6.1.- Requisitos y procedimiento para no incorporar o suspender la CAEC

La isapre podrá no incorporar o suspender la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas en Chile, CAEC, si todas las personas afiliadas a un plan grupal, ya sea cada cotizante en forma individual o a través de su representante o mandatario común, solicitan no incorporarla o suspenderla, siempre y cuando se den todas y cada una de las siguientes condiciones:

- a) Que todos los beneficiarios del plan grupal dispongan de un beneficio alternativo que reemplace a la CAEC y que sea considerada equivalente a ella por los cotizantes del respectivo plan. La isapre deberá contar, en cada caso, con los documentos que acrediten aquella circunstancia.
- b) Que los afiliados o su representante o mandatario común comuniquen por escrito su voluntad de no incorporar o suspender la CAEC.

En su caso, el representante o mandatario deberá acreditar ante la isapre que la antedicha determinación se ha adoptado conforme el procedimiento y demás requisitos pactados con sus representados.

En caso de ponerse término, por cualquier causa, al beneficio alternativo del plan grupal respectivo, la isapre estará obligada a entregar la CAEC a todos los afiliados adscritos a ese plan grupal, a partir del momento en que tome conocimiento de dicha situación, pudiendo cobrar por ella a cada cotizante del mismo.

Para dar cumplimiento a la obligación instruida en el párrafo precedente, la isapre, al momento de acordar la no incorporación o la suspensión de la CAEC, deberá informar a los afiliados al plan grupal o a sus representantes o mandatarios comunes, el deber que les corresponde de comunicar oportunamente a la Institución de Salud el término del beneficio alternativo que reemplazará a la CAEC y los efectos derivados de dicha comunicación. La isapre deberá contar con los documentos que acrediten el cumplimiento de esta obligación.

6.2.- Información a la Superintendencia

La isapre que suscriba planes grupales sin la incorporación de la CAEC o que habiéndola incorporado decide suspender su otorgamiento por darse las condiciones previstas en el párrafo primero del punto anterior, deberá comunicar por escrito a la Superintendencia de Salud, en un plazo no superior a 15 días hábiles de suscrito el plan o de la suspensión de la CAEC, los siguientes antecedentes:

- a) Nombre del plan grupal;
- b) Número de afiliados y beneficiarios adscritos al mismo;
- c) Identificación del beneficio que reemplaza la CAEC;

* Párrafo modificado en virtud de Res. Exta. IF/N° 256 de 26 de mayo de 2009 y Res. Exta IF/N° 264, de 27 de mayo de 2009, ambas de la Superintendencia de Salud, que acogen parcialmente recurso de reposición de Isapre Colmena Golden Cross S.A. y de Isapres Fusat Ltda. , Fundación Ltda. y Río Blanco Ltda..

^{46b} El procedimiento de incorporación de la CAEC a los planes grupales, está regulado en el N° 2 del Título IV del Capítulo IV del Compendio de Beneficios.

- d) Características de la cobertura adicional que otorga el beneficio;
- e) Fecha de suscripción del beneficio.

6.3.- Ámbito de Aplicación

Las instrucciones del presente punto sólo serán aplicables a las isapres que tengan incorporado en sus contratos de salud previsional las “Condiciones de la Cobertura Adicional para enfermedades Catastróficas en Chile”, de conformidad con las instrucciones vigentes sobre la materia.