

OFICIO CIRCULAR IF/N° 24

ANT.: Circular IF/N° 76, de 25 de julio de 2008 y
Circular IF/N° 80 de 13 de agosto de 2008.

MAT.: Reemplaza el Anexo N° 7 del Compendio de
Instrumentos Contractuales por el Anexo N° 2 de
la Circular IF/N° 76 que contiene el Reverso
Alternativo del FUN para uso de aquellas isapres
que adhieran a las Condiciones Tipo, que se
encuentra vigente.

SANTIAGO, 29 ABO 2008

DE: JEFA SUBDEPTO. DE REGULACIÓN INTENDENCIA DE FONDOS Y SEGUROS
PREVISIONALES DE SALUD
A: SEÑORES GERENTES GENERALES DE ISAPRE

Habiéndose advertido un error en la transcripción contenida en el Compendio de Instrumentos Contractuales del Reverso Alternativo del FUN para uso de aquellas isapres que adhieran a las Condiciones Tipo, por este acto se reemplaza el Anexo N° 7 del citado Compendio, aprobado mediante Circular IF/N° 80 de 13 de agosto de 2008, por el Anexo N° 2 de la Circular IF/N° 76 de 25 de julio de 2008 que imparte instrucciones sobre la adhesión, revocación y entrega de Condiciones Tipo para el otorgamiento de beneficios por parte de las isapres y modifica la Circular IF/N° 24 de 16 de junio 2006.

En consecuencia, el formato del Reverso del FUN que las isapres deberán emplear cuando adhieran a las Condiciones Tipo es el contenido en el Anexo 2 de la Circular IF/N° 76 que por este acto pasa a formar parte del Compendio de Instrumentos Contractuales, que se encuentra vigente y que se adjunta al presente documento.

Finalmente, se informa que el texto actualizado de la Circular IF/N° 80, que aprueba el Compendio de Normas Administrativas de la Superintendencia de Salud en materia de Instrumentos Contractuales, se encontrará disponible en el sitio web de la Superintendencia de Salud.



CDMP
CDLMP

Distribución:

- Gerentes Generales de Isapres
- Asociación de Isapres
- Intendente de Fondos
- Subdepartamento de Regulación
- Oficina de Partes

REVERSO FORMULARIO ÚNICO DE NOTIFICACIÓN (ADHERIDO A CONDICIONES TIPO)

Sección A: Constancia de contratación y entrega de documentos

Con fecha....., entre Don..... y la Isapre....., representado por....., se ha celebrado un contrato de salud previsual de plazo indefinido, conviniendo las prestaciones y beneficios incluidos, así como la forma, modalidad y condiciones para el otorgamiento conforme a lo establecido en el artículo 189 y demás disposiciones pertinentes del DFL N°1 de, 2005, de Salud y las instrucciones de la Superintendencia.

Son parte integrante del Contrato de Salud los documentos que a continuación se individualizan y respecto de los cuales se deja constancia a través de este documento, de su entrega y medio a través del cual ésta se efectuó.

A.1.- Las "Condiciones Tipo" comprenden los siguientes documentos uniformes regulados y/o aprobados por la Superintendencia:

- 1.- Condiciones Generales Uniformes del Contrato de Salud
- 2.- Condiciones de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas
- 3.- Condiciones Particulares Plan Preventivo de Isapres
- 4.- Condiciones para Acceder a la Cobertura de las Garantías Explícitas en Salud

Las partes dejan constancia que las "Condiciones Tipo" se han entregado al afiliado, en este acto, en la modalidad que se indica a continuación:

Tarje el casillero que corresponda: . CD Papel

Las "Condiciones Tipo" se encuentran disponibles para usted en cualquier oficina comercial de la Isapre y, además, se encuentran en la página web de la Isapre y en la pág. web de la Superintendencia de Salud.

A.2.- Otros documentos del contrato de salud que se entregan en este acto, en formato papel:

- 5.- Plan de Salud
- 6.- Selección de Prestaciones Valorizadas del Plan
- 7.- Formulario Único de Notificación (FUN)
- 8.- Declaración de Salud

FIRMA COTIZANTE

NOTA IMPORTANTE: Sr. Cotizante firme esta constancia solo si recibió los documentos contractuales de acuerdo la forma elegida por Ud.

Sección B: Constancia de Impedimento de notificación del FUN

CAUSAL QUE IMPIDE LA NOTIFICACIÓN	
A) RECHAZO POR EL EMPLEADOR	B) EMPLEADOR NO ES HABIDO
FECHA DE NOTIFICACIÓN.....	

Sección C: Notas Explicativas del llenado del FUN

- a) **Precio Base Plan:** Es el precio asignado a la Isapre a cada plan de salud complementario.
- b) **Factor Grupo Familiar:** Corresponde a la suma de factores asignado al afiliado y a sus beneficiarios, de conformidad a la respectiva tabla de factores del plan de salud.
- c) **Precio Plan Complementario (Monto y Modalidad):** Corresponde al precio total a pagar por el plan de salud complementario y se obtiene de la multiplicación del precio base del plan de salud por el factor del grupo familiar. En el caso de planes grupales cuyo precio sea un porcentaje equivalente a la cotización legal de salud, se deberá indicar el monto y su modalidad, esto es 7%.
- d) **Precio GES:** Precio que la Isapre cobra por las Garantías Explícitas en Salud correspondiente al valor total del grupo familiar.
- e) **Precio CAEC:** Corresponde al precio que cobra la Isapre por la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas otorgada al afiliado y sus beneficiarios. Este campo sólo deberá completarse cuando el precio de la CAEC no esté incluido en el precio base del plan de salud complementario.
- f) **Precio Beneficio Adicional:** Corresponde al precio del o los beneficios adicionales contratados por el afiliado.
- g) **Total Cotización Pactada:** Corresponde al monto total pactado y que está conformado por la suma del precio del plan de salud complementario, el precio GES, el precio CAEC y el precio de los Beneficios Adicionales. La expresión de este monto podrá combinar modalidades (7% + UF) y unidades monetarias (UF + \$). Lo anterior, cuando los precios asignados a la GES, CAEC y Beneficio Adicional, se encuentren en una expresión monetaria distinta al precio del plan de salud complementario.
- h) **Compensación Positiva:** Monto que aporta el cotizante que suscribe este FUN para financiar la cotización pactada por el Afiliado asociado a la Compensación.
- i) **Compensación Negativa:** Monto que recibe el cotizante que suscribe este FUN por parte del Afiliado asociado a la Compensación para financiar la cotización pactada.
- j) **Cotización otro (s) Empleador (es):** Refleja el monto por concepto de cotización que entera uno o más empleadores) distintos del identificado en este FUN. Este valor deberá presentarse siempre con signo negativo, dado que debe descontarse del total de la cotización pactada.
- k) **Cotización Total a Pagar:** Corresponde al monto que debe descontar el empleador o la entidad encargada del pago de la pensión, cotizante independiente o cotizante voluntario, registrado en este FUN. Este monto debe reflejar la compensación, si la hubiere, que se agrega o se descuenta para el pago de la cotización pactada. El monto a pagar puede ser menor al total de la cotización pactada, cuando existe más de una entidad encargada del pago de la cotización y/o se está recibiendo la compensación de otro afiliado; o mayor a la cotización pactada, cuando se está compensando otro contrato. La expresión de este total a pagar podrá combinar modalidades (7%+UF) y unidades monetarias (UF+ \$).
- l) **RUN Afiliado asociado a la Compensación:** Se debe indicar el RUN de la persona cuya cotización pactada se está compensado, o bien, que compensa la cotización pactada del afiliado que suscribe este FUN.
- m) **RUT otro Empleador asociado al pago de la cotización pactada:** Se debe indicar el RUT del otro empleador que entera parte de la cotización pactada por el afiliado.