

## **SEGURO INDIVIDUAL OBLIGATORIO DE SALUD PARA TRABAJADORES DEPENDIENTES E INDEPENDIENTES POR GASTOS DE HOSPITALIZACIÓN ASOCIADOS A COVID – 19**

**Artículo 1º. Reglas aplicables al contrato.** Este contrato se rige por las disposiciones contempladas en la Ley que complementa las normas del Título VII de la Ley 16.744, y establece la necesidad de Protocolos de Seguridad Sanitaria Laboral para el retorno gradual y seguro al trabajo, en el marco del estado de excepción constitucional provocado por la crisis sanitaria derivada del brote del virus COVID-19 en el país, las normas legales de carácter imperativo establecidas en el Título VIII del Libro II del Código de Comercio que resulten aplicables y por las disposiciones contenidas en los artículos siguientes.

**Artículo 2º. Asegurados.** Serán asegurados los trabajadores dependientes del sector privado con contratos sujetos al Código del Trabajo y que estén desarrollando sus labores de manera presencial, total o parcial, que se encuentren en las siguientes situaciones:

A.- Los trabajadores que sean afiliados del Fondo Nacional de Salud, pertenecientes a los grupos de salud B, C y D a que se refiere el artículo 160 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, siempre que se atiendan en la modalidad institucional.

B.- Los trabajadores, de cualquier edad, cotizantes de una Institución de Salud Previsional, siempre que se atiendan en la Red de Prestadores para la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC), conforme a las normas que dicte la Superintendencia de Salud al efecto.

**Artículo 3º. Cobertura.** Este seguro cubre copulativamente los siguientes riesgos:

### **1.- Riesgos de salud:**

a) Tratándose de los trabajadores referidos en la letra A) del artículo anterior, el seguro indemnizará un monto equivalente al 100% del copago por los gastos de hospitalización realizados en la Red Asistencial a que se refiere el artículo 17 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, de acuerdo con la Modalidad de Atención Institucional.

b) Tratándose de los trabajadores señalados en la letra B) del artículo anterior, el seguro indemnizará el deducible de cargo de ellos, que corresponda a la aplicación de la

Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC) respecto de las atenciones hospitalarias y de rehabilitación realizadas en la red de prestadores de salud que cada Institución de Salud Previsional pone a disposición de sus afiliados, con el propósito de otorgarles dicha cobertura adicional o en un prestador distinto en aquellos casos en que la derivación se efectuó a través de la correspondiente unidad del Ministerio de Salud. Para estos efectos, cumplidos los requisitos aquí establecidos, la CAEC se activará en forma automática.

En ambos casos, la cobertura asegurada se aplicará respecto de los gastos relacionados con las prestaciones de salud recibidas durante la hospitalización y rehabilitación derivada de un diagnóstico confirmado de Covid – 19, siempre y cuando éste se haya producido dentro del período de vigencia de la póliza.

Asimismo, se otorgará cobertura por el copago de los gastos de rehabilitación hasta por un año después del término de la vigencia de la póliza.

## **2.- Riesgo de muerte:**

En caso de fallecimiento de un trabajador de aquellos indicados en las letras A y B del artículo anterior, cuya causa básica de defunción sea COVID-19, según la codificación oficial establecida por el Ministerio de Salud, se pagará un monto equivalente a 180 unidades de fomento.

**Artículo 4º. Contratante.** El empleador podrá contratar este seguro en forma individual o colectiva.

Las compañías de seguros que ofrezcan estas coberturas también podrán contratarlas para sus propios trabajadores.

**Artículo 5º. Prima del seguro.** La prima única del seguro se devengará y ganará íntegramente por el asegurador desde que asuma los riesgos y será de cargo del contratante.

**Artículo 6º. Exclusiones del seguro. Este seguro no cubre lo siguiente:**

1. Gastos de hospitalización, rehabilitación o el fallecimiento asociados a enfermedades distintas al Covid-19.

2. Gastos de hospitalización, rehabilitación o el fallecimiento asociado o derivados de lesiones sufridas en un accidente, de cualquier naturaleza o tipo, incluso si la víctima tiene Covid-19. Se entenderá por accidente todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento, que afecte el organismo del asegurado ocasionándole una o más lesiones, que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas, incluyéndose asimismo el ahogamiento y la asfixia, torcedura y desgarramientos producidos por esfuerzos repentinos, como también estados septicémicos e infecciones que sean la consecuencia de heridas externas e involuntarias y hayan penetrado por ellas en el organismo o bien se hayan desarrollado por efecto de contusiones, revelados por los exámenes correspondientes.

3. En el caso de personas aseguradas afiliadas al Fondo Nacional de Salud, los gastos de hospitalización y rehabilitación incurridos en prestadores que no pertenezcan a la Red Asistencial o bien fuera de la Modalidad de Atención Institucional.

4. En el caso de personas aseguradas afiliadas a una Institución de Salud Previsional, los gastos de hospitalización y rehabilitación incurridos en prestadores que no pertenezcan a la red de prestadores de salud individuales e institucionales que cada Institución pone a disposición de sus afiliados, con el propósito de otorgarles la CAEC.

Sin perjuicio de lo señalado en los números 3 y 4 anteriores, el seguro deberá financiar una suma equivalente al monto del copago o del deducible que le hubiere correspondido pagar si el beneficiario se hubiese atendido en Modalidad de Atención Institucional o en la red de prestadores respectiva para gozar de la CAEC, según corresponda. En este último caso, el deducible nunca será superior al equivalente a 126 unidades de fomento. En este caso, el monto de dinero se imputará al copago que, de acuerdo con el plan de salud, sea de cargo del afiliado; si el copago fuere inferior al monto equivalente al deducible, el asegurador solo estará obligado a enterar el monto del copago efectivo. El Fondo Nacional de Salud y la Institución de Salud Previsional estará facultada para ejercer, en representación de los asegurados que sean sus beneficiarios, directamente las acciones para perseguir el pago del monto equivalente al financiamiento señalado e imputarlo al copago de cargo de sus afiliados.

**Artículo 7º. Denuncio del siniestro.** Tratándose de la cobertura de salud, el asegurado, el Fondo Nacional de Salud y las instituciones de salud previsional, podrán notificar a la aseguradora respectiva los hechos que puedan constituir o constituyan un siniestro tan pronto como sea posible.

Tratándose de la cobertura de muerte, el fallecimiento del asegurado deberá ser notificado a la Compañía, tan pronto sea posible una vez tomado conocimiento de su ocurrencia, de acuerdo con los procedimientos y a través de los medios que esta última disponga para dichos efectos.

**Artículo 8°. Acciones para el pago de la indemnización.** Las acciones para perseguir el pago de las indemnizaciones contempladas en estas condiciones generales prescribirán en el plazo de un año contado a partir de la muerte de la víctima o, en su caso, desde la fecha de emisión de la liquidación final del copago o del monto del deducible de la CAEC cuyo reembolso se requiera, independiente de la fecha de la prestación que lo origina. La misma disposición se aplicará para los gastos de rehabilitación.

La recepción por parte del asegurador de los antecedentes justificativos del pago de cualquiera de las indemnizaciones previstas en el seguro producirá la interrupción de la prescripción, aunque en su presentación se hubieren omitido algunos de los antecedentes a que se refiere el artículo noveno de estas condiciones generales.

Facúltase al Fondo Nacional de Salud para ejercer, en representación de los asegurados que sean sus beneficiarios, directamente las acciones para perseguir el pago de las indemnizaciones que corresponda por la cobertura de salud. Igual facultad tendrán las Instituciones de Salud Previsional respecto de sus asegurados en los términos establecidos en el artículo 6° de esta condiciones generales.

**Artículo 9°. Antecedentes para el pago.** Las indemnizaciones provenientes de gastos médicos cubiertos por el seguro se pagarán por el asegurador una vez que se le hayan presentado por el asegurado, el Fondo Nacional de Salud o la Institución de Salud Previsional, según corresponda, los siguientes antecedentes:

1. Epicrisis del paciente, otorgada por el médico tratante, que indique el diagnóstico de COVID-19.
2. Recibos, comprobantes de pago, boletas o facturas que den cuenta de los gastos amparados por la póliza; en dichos documentos deberá individualizarse el nombre de la persona que recibió las prestaciones o incurrió en el gasto y la naturaleza de una u otro.
3. Liquidación final del copago de cargo del trabajador, en el caso de los afiliados al Fondo Nacional de Salud; o del monto del deducible de la CAEC que le corresponde o le hubiera

correspondido pagar al trabajador afiliado a una Institución de Salud Previsional, si éste eligiera una atención en un lugar distinto de los establecidos por la Isapre para optar a la CAEC.

4. En caso de fallecimiento, certificado de defunción de la víctima, emitido por el Servicio de Registro Civil e Identificación, que señale como causa de la muerte la enfermedad COVID-19. Este requisito se dará por cumplido por el hecho de que su causa básica de defunción sea COVID-19, según la clasificación y codificación establecida por el Ministerio de Salud. En el mismo evento, libreta de familia o certificado de nacimiento, certificado de matrimonio o certificado de acuerdo de unión civil, según corresponda, que acrediten legalmente la calidad de beneficiario del seguro. De no existir beneficiarios de aquellos señalados en los números 1 a 4 del artículo 11, se deberán presentar los antecedentes legales que acrediten la calidad de herederos conforme a la legislación vigente.

**Artículo 10. Tratamiento de datos.** La compañía aseguradora se entenderá autorizada para tratar datos personales, con la única finalidad de otorgar la cobertura del seguro.

Asimismo, la entidad aseguradora podrá requerir de las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas, la información que fuera necesaria, especialmente a los prestadores de salud, para determinar el origen de las hospitalizaciones y defunciones, así como al Ministerio de Salud.

Toda persona que, en el ejercicio de su cargo, tenga acceso a esta información, deberá guardar reserva y confidencialidad respecto de la misma y abstenerse de usarla con una finalidad distinta de la que corresponda a sus funciones, debiendo dar cumplimiento a las normas establecidas en la ley N°19.628, sobre protección de la vida privada, en lo referente al tratamiento de datos personales.

**Artículo 11. Forma, plazo y condiciones para el pago.** Una vez presentados los antecedentes señalados en el artículo 9° que permitan evaluar la procedencia del pago de la indemnización, el asegurador deberá pagarla dentro de los 10 días hábiles siguientes. Mismo plazo tendrá para rechazarla en forma fundada.

Las indemnizaciones por la cobertura de salud se pagarán, dentro del mismo plazo establecido en el inciso anterior, por el asegurador en forma directa al asegurado o al Fondo Nacional de Salud o a la Institución de Salud Previsional, según corresponda. Con este pago, la entidad aseguradora cumplirá con la obligación de pago.



En caso de fallecimiento, serán beneficiarias del seguro las personas que a continuación se señalan, en el siguiente orden de precedencia:

- 1.- El o la cónyuge o conviviente civil sobreviviente.
- 2.- Los hijos menores de edad, los mayores de edad hasta los 24 años, solteros, que sigan cursos regulares en enseñanza media, normal, técnica, especializada o superior, en instituciones del Estado o reconocidos por éste, y los hijos con discapacidad, cualquiera sea su edad por partes iguales.
- 3.- Los hijos mayores de edad, por partes iguales.
- 4.- Los padres, por partes iguales.
- 5.- A falta de todas las personas indicadas, la indemnización corresponderá por partes iguales a quienes acrediten la calidad de herederos.

El asegurador pagará la indemnización a quienes demuestren su derecho conforme a los antecedentes presentados y en el caso de los hijos menores de edad el pago se efectuará a la persona que acredite ser el representante legal conforme a la legislación vigente.

**Artículo 12. Otros seguros de salud.** La cobertura de salud que establece este seguro operará con preferencia a cualquier contrato de seguro individual o colectivo de salud en el cual el trabajador sea asegurado, que contemple el reembolso de gastos médicos.

**Artículo 13. Término de la relación laboral.** La cobertura del seguro se mantendrá en el evento de que la relación laboral concluya por cualquier causa y hasta el plazo que señala el inciso primero del artículo 14.

Será responsabilidad del asegurado informar a la compañía de seguros en caso de cambiar de empleador o de cesantía, los cuales no son causales de término de este seguro.

**Artículo 14. Vigencia del seguro.** El plazo de vigencia del contrato de seguro será de un año desde su contratación.

**Artículo 15. Carencias y deducibles.** Este seguro no contempla carencias de ninguna especie ni deducibles.

**Artículo 16. Solución de controversias.** Cualquier dificultad que se suscite entre el asegurado, el contratante o el beneficiario, según corresponda, y el asegurador, sea en

relación con la validez o ineficacia del contrato de seguro, o con motivo de la interpretación o aplicación de sus condiciones generales o particulares, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre la procedencia o el monto de una indemnización reclamada al amparo del mismo, será resuelta por un árbitro arbitrador, nombrado de común acuerdo por las partes cuando surja la disputa. Si los interesados no se pusieren de acuerdo en la persona del árbitro, éste será designado por la justicia ordinaria y, en tal caso, el árbitro tendrá las facultades de arbitrador en cuanto al procedimiento, debiendo dictar sentencia conforme a derecho.

En las disputas entre el asegurado y el asegurador que surjan con motivo de un siniestro cuyo monto sea inferior a 10.000 unidades de fomento, el asegurado podrá optar por ejercer su acción ante la justicia ordinaria.

Lo anterior es sin perjuicio de lo dispuesto en la letra i) del artículo 3° y en el artículo 36 del Decreto con Fuerza de Ley N° 251 de 1931.

Será Tribunal competente para conocer de las causas a que diere lugar el contrato del seguro, el del domicilio del beneficiario.

**Artículo 17: Comunicaciones entre las partes.** Todas las notificaciones y comunicaciones que se realicen entre las partes podrán efectuarse a las direcciones de correo electrónico de que se deje constancia en las Condiciones Particulares o por envío de carta certificada dirigida al domicilio de la parte destinataria.

Las notificaciones efectuadas por medio de correo electrónico se entenderán realizadas el día en que fueron efectuadas, en tanto que las notificaciones hechas por carta certificada se entenderán realizadas al tercer día hábil siguiente al ingreso a correo de la carta, según el timbre que conste en el sobre respectivo. sanitaria decretada con ocasión del brote del nuevo coronavirus COVID-19.