

CONDICIONES DE LA COBERTURA ADICIONAL PARA ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS EN CHILE

Por el presente acto e instrumento, el afiliado que suscribe, por sí y en representación de sus beneficiarios, los que se individualizan en el Formulario Único de Notificación (FUN) del contrato de salud previsual suscrito con la Isapre, pacta con ésta la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas, en adelante CAEC, y la cobertura especial GES-CAEC, que se detallan a continuación:

El Anexo N° 1, que se refiere a la petición del beneficio y derivación a la Red CAEC (procedimiento y formularios 1 y 2) y el Anexo N°2, relativo a los requisitos para acceder al financiamiento del deducible por la Isapre, se adjuntan a las presentes condiciones generales. Los restantes anexos mencionados en este instrumento se encuentran a disposición del afiliado y beneficiarios en todas las Agencias de la Isapre.

ARTICULO I: COBERTURA ADICIONAL PARA ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS, CAEC

Este beneficio tiene por finalidad aumentar la cobertura que otorga al afiliado y sus beneficiarios su Plan Complementario de Salud, en el ámbito de las prestaciones hospitalarias, así como en el de las ambulatorias que expresamente se indican en el presente instrumento, que sean otorgadas dentro del territorio nacional. Respecto de aquellas enfermedades, diagnósticos, condiciones de salud y tratamientos que estén comprendidos en el Régimen de Garantías Explícitas en Salud, en adelante GES, regirá lo dispuesto en el Artículo II de estas mismas Condiciones.

Para el otorgamiento de la CAEC, la Isapre pone a disposición de los beneficiarios un sistema conformado por una Red Cerrada de Atención y modalidad de atención médica cerrada, en adelante la "RED CAEC", que tiene como finalidad prestar atención de salud a dichas personas ante la eventualidad de presentar alguna de las enfermedades catastróficas cubiertas por el presente beneficio adicional. Para acceder a la Red CAEC, el beneficiario deberá solicitar previa y expresamente a la Isapre su ingreso y ésta efectuará la derivación al prestador médico y/o institucional correspondiente, de acuerdo con lo indicado en el anexo N°1 de las presentes Condiciones (Formularios 1 y 2).

Por regla general, este beneficio no aumenta la cobertura de las prestaciones ambulatorias, salvo aquéllas que expresa y explícitamente se indican y regulan en este instrumento. Las prestaciones ambulatorias, excepcionalmente cubiertas por este beneficio adicional, son las siguientes:

- a) las drogas inmunosupresoras en caso de trasplantes,
- b) radioterapia,
- c) drogas citotóxicas aplicadas en ciclos de quimioterapia para el tratamiento del cáncer, y

- d) los medicamentos definidos como coadyuvantes o biomoduladores que se usan antes, durante o después de los ciclos de quimioterapia que estén considerados en los programas del ministerio de salud.

1.- DEFINICIÓN DE CONCEPTOS Y COBERTURAS

a) RED CAEC: Conjunto de prestadores de salud, individuales e institucionales, y tipo de habitación que la conforman.

La Isapre derivará a cualquiera de los prestadores de la Red CAEC y, dentro de ésta, al o a los médicos que expresamente le indique al beneficiario. Los establecimientos de la Red deberán estar ubicados en el territorio nacional y cumplir con los requisitos establecidos en el Decreto N°161 (Reglamento de Hospitales y Clínicas Privadas) del Código Sanitario, y las normas sobre acreditación hospitalarias vigentes.

La Isapre podrá reemplazar cualquiera de los prestadores de la Red CAEC, informando de ello, previamente a la Superintendencia de Salud con 30 días de antelación a su incorporación formal a la Red CAEC, remitiéndole la información de capacidad de camas, pabellones quirúrgicos y especialidades del prestador. En todo caso, el prestador que se incorpore a la Red CAEC deberá mantener las condiciones de calidad médica e idoneidad técnica del prestador reemplazado.

La Red actualizada -esto es, los prestadores individuales e institucionales y, dentro de estos últimos, los prestadores individuales que forman parte del convenio- deberá estar permanentemente a disposición de los afiliados y beneficiarios en la página web y en las agencias de la Isapre.

Es responsabilidad del beneficiario informarse sobre los prestadores que conforman la RED y las condiciones de acceso a ella.

b) COBERTURA ADICIONAL PARA ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS: Es el financiamiento del 100% de los copagos originados por enfermedades Catastróficas que superen el deducible, calculado de acuerdo a lo establecido en la letra e) del presente artículo, sin perjuicio de las exclusiones señaladas en el Artículo I número 6, del presente instrumento.

c) COPAGO: Es la diferencia que se produce entre el valor cobrado por las prestaciones cubiertas por el plan de salud complementario y la bonificación efectiva que otorga dicho plan. Los pagos efectuados por los beneficiarios, por prestaciones y servicios no cubiertos por el plan complementario y pagos efectuados fuera de la RED, no se considerarán como copagos para efectos de la presente cobertura.

d) ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS: Todo diagnóstico, enfermedad o patología que cumpla con lo indicado en este artículo y que represente para el beneficiario copagos superiores al deducible establecido en la letra e) de este numerando 1 y en los números 2 y 3 del presente artículo y esté excluida en el numerando 6 de este artículo.

Se entenderá por diagnósticos aquellos indicados en el decreto que establezca la GES, esto sólo aplicable para efectos de GES-CAEC y por la Organización Mundial Salud en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) o la vigente a la época de la prestación.

e) DEDUCIBLE: Se define como deducible a la suma de los copagos correspondientes a un mismo diagnóstico, que habrán de ser acumulados para tener derecho a esta cobertura adicional para enfermedades catastróficas y que, en consecuencia, no son de cargo de este beneficio. Para efectos del cómputo del deducible, no se contabilizarán los copagos que tengan su origen en prestaciones no cubiertas por este beneficio o que estando cubiertas se hayan otorgado fuera de la RED.

2.- MONTO, ACUMULACIÓN Y DURACIÓN DEL DEDUCIBLE

El deducible es el equivalente a la cantidad de treinta veces la cotización pactada en el plan de salud, por cada beneficiario que lo utilice, con un mínimo de 60 UF y un máximo de 126 UF, para cada enfermedad catastrófica o diagnóstico.

El deducible es anual, esto es, se acumula durante un año contabilizado desde la fecha en que el beneficiario entere el copago por la primera prestación que tenga su origen en una enfermedad catastrófica en los términos establecidos en el número 3 del presente artículo. Al cabo de un año de esa fecha, se reiniciará el cómputo del deducible por otro año y así sucesivamente.

Los copagos a contabilizar en el deducible son sólo aquellos que tienen su origen en un gasto incurrido en la Red CAEC, salvo lo indicado en el número 4, por una misma enfermedad catastrófica y sus complicaciones.

El deducible no se podrá conformar con copagos efectuados por hospitalizaciones derivadas de enfermedades que no revistan el carácter de catastrófica, en los términos de esta cobertura adicional ni por la acumulación de copagos correspondientes a más de un beneficiario o que fueran atendidas fuera de la Red.

En caso que la cobertura adicional para enfermedades catastróficas sea utilizada por más de un beneficiario del contrato de salud, o en más de una enfermedad catastrófica para un mismo beneficiario, el deducible total será de 43 cotizaciones pactadas por cada período anual, el que no podrá exceder de 181 unidades de fomento. Una vez completado dicho deducible total, y en la eventualidad de producirse una tercera enfermedad catastrófica durante ese período anual, en que ya se han acumulado y pagado, ya sea directamente o financiado en conformidad a las reglas establecidas en el presente instrumento, un equivalente a 43 cotizaciones, con un mínimo de 60 UF y un máximo de 181 UF, no será necesario completar uno nuevo, hasta el próximo período anual, entendiéndose por tal aquél que se inicia con el copago de la primera prestación del beneficio.

3.- CÁLCULO DEL DEDUCIBLE

El deducible se determinará multiplicando por 30 el monto de la cotización vigente.

Para efectos del cálculo del deducible se entenderá que la Unidad de Fomento a utilizar, será el valor que esta unidad tenga al último día del mes anterior a aquél en que se efectúe la prestación que da origen al copago correspondiente. La determinación de la cotización vigente se realizará de acuerdo a las siguientes reglas, según corresponda:

a) PLANES INDIVIDUALES PACTADOS EN UNIDADES MONETARIAS: La cotización vigente corresponderá a la cotización total pactada de acuerdo al plan complementario vigente.

b) PLANES INDIVIDUALES Y GRUPALES PACTADOS EN EL PORCENTAJE DE LA COTIZACIÓN LEGAL: Tratándose de planes de salud pactados en el porcentaje de cotización legal y sólo para efectos de cálculo, la cotización vigente será determinada en base al promedio de las cotizaciones declaradas o pagadas en los últimos 6 meses y/o las equivalentes en el caso de pago de subsidio por incapacidad laboral. Dicho promedio debe calcularse retroactivamente a partir de la cotización declarada o pagada del mes inmediatamente anterior a la solicitud del presente beneficio.

Si en el referido período, se registraran menos de seis cotizaciones declaradas o pagadas, la cotización vigente se determinará en base al promedio del número de meses que registren información.

En el caso de no existir información dentro del aludido período de 6 meses, se considerará el 7% aplicado al último dato de la renta imponible que haya sido declarada o pagada.

c) PLANES INDIVIDUALES COMPENSADOS, GRUPALES O MATRIMONIALES: Para efectos de determinar la cotización vigente a utilizar para la definición del deducible, se calculará el monto en función del precio base del plan complementario contratado y los factores de riesgo de los beneficiarios vigentes, de acuerdo al procedimiento aplicado para la determinación de la cotización para un plan de salud individual.

4.- ATENCIONES DE URGENCIA

4.1.- Tratándose de una hospitalización, que requiera atención inmediata e impostergable en un prestador ajeno a la RED CAEC, el otorgamiento de este beneficio adicional estará supeditado al cumplimiento en forma copulativa a las siguientes condiciones:

- a) El beneficiario o su representante deberá solicitar el ingreso a la RED CAEC a la Isapre y
- b) El médico tratante deberá autorizar el traslado y
- c) La Isapre deberá derivar al paciente a un prestador de la RED CAEC, para lo cual dispondrá de un plazo de dos días hábiles contados desde la formulación de la solicitud respectiva; y
- d) El paciente debe ingresar al establecimiento de la RED CAEC que corresponda, bajo las condiciones indicadas en la derivación.

En tanto no se cumplan las condiciones señaladas precedentemente, el paciente gozará sólo de los beneficios de su plan complementario de salud, sin perjuicio de los derechos y beneficios respecto a las urgencias vitales o con secuela funcional grave que contempla la Ley 18.933 en su artículo 22.

Sólo en caso de urgencia con riesgo vital o de secuela funcional grave, el traslado del paciente será parte de la presente cobertura según las condiciones anteriormente señaladas y será la Isapre la que designará el prestador de la Red que realizará el traslado.

Una vez cumplidas las condiciones señaladas y desde la fecha en que el paciente ingrese al prestador de la Red CAEC, en el tipo de habitación definida por la Isapre, se iniciará la cobertura y el cómputo del deducible. Solo en este caso los copagos derivados de la atención de urgencia con riesgo vital o secuela funcional grave, en el prestador ajeno a la Red CAEC, se computarán para el cálculo del deducible de este beneficio.

4.2.- Tratándose de una hospitalización en un prestador de la RED CAEC originada por una urgencia con riesgo vital o secuela funcional grave, el beneficiario o su representante deberá dar aviso a la Isapre dentro de las primeras 48 horas contadas desde el ingreso al centro asistencial, con el objeto que la Institución pueda administrar el caso y controlar que las condiciones de atención del paciente en el prestador, se ajusten a los términos pactados para el otorgamiento de esta cobertura.

Practicado el aviso, el beneficio adicional operará desde el ingreso a la Red, siempre y cuando durante toda su estadía, el paciente se haya mantenido en el tipo de habitación a la que fue derivado por la Isapre para esta cobertura salvo que por su condición de salud haya requerido una habitación diferente en algún período, tales como, habitación de Cuidados Intensivos o Intermedios. En caso contrario, y no obstante que el establecimiento pertenezca a la Red CAEC, no operará esta cobertura. Excepcionalmente, en el evento que no se haya podido efectuar el aviso por razones no imputables al beneficiario o su representante, el beneficio adicional operará desde el ingreso a la Red, y siempre y cuando durante toda su estadía el paciente se haya mantenido en el tipo de habitación contemplada por la Isapre para esta cobertura, salvo que por su condición de salud haya requerido una habitación diferente en algún periodo, tales como, habitación de Cuidados Intensivos o Intermedios.

5.- CONDICIONES DE ACCESO A LA COBERTURA ADICIONAL PARA ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS.

El beneficiario o quien actúe en su representación en caso de menores de edad o de pacientes impedidos de efectuar el procedimiento por si mismos, deberá solicitar el ingreso a la Red de atención médica, a partir del momento en que presuma que la enfermedad que se le ha diagnosticado puede transformarse en una enfermedad catastrófica, para lo cual deberá solicitar a la isapre la designación y derivación al prestador correspondiente, lo anterior de acuerdo a lo descrito en el Anexo N°1.

Una vez solicitada la derivación por parte del beneficiario o su representante, la Isapre dispondrá de 2 días hábiles y 3 días hábiles según se trate de pacientes hospitalizados o no, respectivamente, para designar el prestador.

En el caso del paciente hospitalizado, el beneficiario o representante deberá contar con la autorización del médico tratante para su traslado. De no contarse con la autorización para el traslado por parte del médico tratante, no podrá gozar de los beneficios de esta cobertura.

Sólo desde el momento en que el beneficiario haya sido derivado a la Red, aceptado las condiciones de derivación y haya ingresado, comenzará el cómputo de los copagos para acumular el deducible. Una vez pagado el deducible correspondiente, de acuerdo a las normas que establece el presente instrumento, comenzará a operar la cobertura adicional pactada para enfermedades Catastróficas.

Cualquiera sea la enfermedad catastrófica, el beneficiario nunca verá alterada la cobertura de este beneficio adicional por no existir capacidad suficiente de atención, en el prestador que la Isapre ha designado para su tratamiento. En tal situación, el beneficiario o su representante, deberá informar a la Isapre, la cual se encargará de derivar al paciente a otro prestador de características similares al primero, ubicado en el territorio nacional, debiendo mantenerse las condiciones de calidad médica e idoneidad técnica de éste. No se entenderá por insuficiencia en la Red, la imposibilidad de realizar el tratamiento por parte de cualquier prestador ubicados en el territorio nacional.

Asimismo, transcurridos más de seis meses desde la última fecha de derivación, la Isapre tendrá la facultad de cambiar al prestador, dándole aviso oportuno al afiliado, invocando para ello modificaciones de la Red.

6.- PRESTACIONES NO CUBIERTAS POR LA COBERTURA ADICIONAL PARA ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS.

Las siguientes prestaciones se excluyen de esta Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas:

- Las prestaciones derivadas de problemas de salud que reúnan las condiciones exigidas para ser cubiertas por el Régimen General de Garantías en Salud-GES.
- Las exclusiones establecidas en el contrato de salud.
- Las patologías derivadas de complicaciones y secuelas de los tratamientos cosméticos o con fines de embellecimiento.
- Tratamientos hospitalarios de patologías psiquiátricas, adicciones a drogas o alcoholismo.
- Tratamientos de infertilidad o esterilidad
- Tratamiento quirúrgico de la Obesidad Mórbida, sus complicaciones y secuelas, salvo lo indicado en el numeral 9 de este artículo.
- Cualquier tratamiento posterior a un tratamiento de obesidad, tanto quirúrgico como no quirúrgico, que tenga el carácter de cosmético, tales como abdominoplastía u otra corrección derivada de la baja de peso.
- Tratamientos odontológicos.

- Prestaciones médicas, fármacos y técnicas que tengan el carácter de experimental para la patología en tratamiento o que no estén avaladas por las sociedades científicas chilenas correspondientes.
- Los medicamentos e insumos que no estén registrados por el Instituto de Salud Pública (ISP), de acuerdo a la normativa vigente en el país.
- La atención domiciliaria en todas sus formas
- La hospitalización domiciliaria, salvo lo indicado en el numeral 10 de este artículo.
- Todas aquellas prestaciones que no estén detalladas en el arancel del plan complementario.
- Cirugías programadas realizadas fuera de la Red y sus complicaciones, mientras no se incorpore a la Red CAEC.
- Prestaciones otorgadas en establecimientos o instituciones ubicadas fuera del territorio nacional y todas aquellas prestaciones que se realicen fuera de la Red.
- Las prestaciones y medicamentos de carácter ambulatorio no codificadas en el arancel del contrato de salud, salvo lo señalado en el párrafo tercero del Artículo I de este documento.
- Las prestaciones homologadas, entendiendo por homologación el reemplazo de prestaciones por otras no codificadas en el arancel del contrato de salud.

Este beneficio adicional para enfermedades catastróficas no se aplica durante los plazos señalados en los Artículos 33° letra f para el caso de enfermedades preexistentes declaradas y en el artículo 33 bis respecto de las patologías preexistentes no declaradas, ambos de la ley 18.933 de Isapre.

7.- DEL TÉRMINO DE LA COBERTURA ADICIONAL RESPECTO DE UNA DETERMINADA ENFERMEDAD CATASTRÓFICA.

La cobertura adicional para una determinada enfermedad catastrófica termina:

- a) Cuando el beneficiario complete el período anual, contabilizado desde el momento en que se empieza a acumular el deducible, esto es, desde el primer copago, la Institución deberá comunicar por correo certificado tal circunstancia. En tal caso, el beneficiario podrá solicitar la renovación del beneficio dentro de los 5 días hábiles siguientes a la fecha de envío de dicha comunicación y la Isapre evaluará, dentro del plazo de dos días hábiles, contado desde la solicitud, si corresponde o no modificar alguna circunstancia específica, como por ejemplo, el prestador designado. Una vez emitido el pronunciamiento de la Isapre y aceptada la derivación y sus condiciones dentro de los siguientes 5 días hábiles, se comenzará a acumular el deducible, el que, considerará los copagos generados durante el proceso de renovación. En caso de no observarse estos plazos por el beneficiario, no habrá lugar a la acumulación de deducible durante ese período.
- b) Cuando un médico de la Red otorga la orden de alta médica al paciente. En caso de existir complicaciones posteriores derivadas de la patología tratada como catastrófica, el beneficiario podrá reincorporarse nuevamente a la Red en las mismas condiciones originales, dentro del mismo período anual.
- c) Cuando el beneficiario decida voluntariamente retirarse del sistema de la Red.

- d) Cuando el beneficiario no cumpla la prescripción médica indicada por los prestadores de la Red.
- e) Cuando el contrato de salud previsional termine por cualquier causa.

8.- PAGO DEL DEDUCIBLE.-

El deducible que se menciona en la letra e) del número 1 de este artículo, será siempre de cargo del afiliado. Por lo tanto, éste será responsable de efectuar el pago del mismo en forma directa al prestador -médico o institucional-correspondiente.

Sin perjuicio de lo anterior, el afiliado podrá recurrir a la Isapre, previo cumplimiento de los requisitos a que se alude en el Anexo N°2, o a un tercero tales como Cajas de Compensación, Bancos e Instituciones Financieras, a fin de obtener el financiamiento del monto a pagar por concepto del deducible.

La Isapre no se podrá negar a otorgar el financiamiento solicitado si el afiliado cumple los requisitos indicados en el Anexo referido. En todo caso, para que la Isapre financie el deducible que debe pagar el afiliado, éste deberá suscribir, previamente, un pagaré (Anexo N°4) a favor de la Isapre y un mandato (Anexo N°3) que faculte a esta última a completar dicho documento por el saldo adeudado, a fin de garantizar el reembolso íntegro de dicho financiamiento.

Para los efectos del pago del crédito otorgado, las partes suscribirán un convenio (Anexo N°5) en el cual se convendrán las condiciones de otorgamiento y en el que el afiliado se comprometa a reembolsar a la Isapre el monto financiado por ésta, ya sea mediante pago contado, o el uso del saldo acumulado en su cuenta corriente de excedentes de cotización o a cuenta de sus excesos, descuento en cuotas por planilla de su remuneración o pensión mensual (Anexo N°6), descuento en cuotas de su cuenta corriente bancaria o tarjeta de crédito (Anexo N°7) o bien mediante cualquier otro medio de pago que consienta la Isapre.

Para el caso que el afiliado se negare a suscribir un convenio de pago, o si habiéndose suscrito dicho convenio, la Isapre no hubiere percibido pago durante dos meses consecutivos o tres meses en forma alternada, por causa imputable al cotizante, o bien si habiéndose efectuado todos los descuentos acordados en el convenio de pago aún persistiere un saldo insoluto del crédito, la Isapre estará facultada para perseguir el cobro de dicho saldo mediante la ejecución del pagaré mencionado.

9.- DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA OBESIDAD MÓRBIDA

Se otorgará la cobertura del beneficio descrito en este documento, cuando el diagnóstico corresponda a obesidad mórbida y en caso de un tratamiento quirúrgico excepto instalación de balón intragástrico, si se cumplen todos los requisitos descritos a continuación:

1. El beneficiario debe tener en la Isapre una vigencia superior a 18 meses.
2. El beneficiario deberá registrar un índice de masa corporal (IMC) igual o superior a 40

3. Certificar el haber fracasado en un tratamiento médico de la obesidad ejecutado por equipo multidisciplinario por lo menos un año.
4. Contar con una autorización dado por un psiquiatra designado por la Isapre que no contraindique este tipo de cirugía.
5. Sólo si la cirugía se realiza en el establecimiento hospitalario que la ISAPRE determine en la RED.

10.- DE LA HOSPITALIZACION DOMICILIARIA CAEC

Esta cobertura procederá respecto de la Hospitalización Domiciliaria, previa solicitud a la Isapre y derivación por parte de ésta a un prestador designado por ella. Para este efecto debe dar cumplimiento a todas las siguientes condiciones:

- Se debe tratar de un paciente que este hospitalizado, sometido a un tratamiento que requiera presencia del médico tratante.
- El médico tratante debe ser distinto del médico supervisor de la empresa que da el servicio de hospitalización domiciliaria.
- Debe tratarse de pacientes sin Alta, sólo se trata de traslado desde un prestador de la Red, con continuidad de prestaciones como una sustitución de una hospitalización de nivel intermedio y/o intensivo y que la hospitalización no se justifique exclusivamente por la administración de medicamentos.
- Debe tratarse de patologías que justifiquen la hospitalización domiciliaria.
- La indicación de la hospitalización domiciliaria y su duración debe ser efectuada por el médico tratante. La Isapre derivará a un servicio de hospitalización domiciliaria señalando la duración de la misma, y considerando para ello la indicación del médico tratante de la RED.
- Las empresas que preste el servicio de hospitalización domiciliaria, deberá estar acreditada y cumplir con las disposiciones legales y reglamentarias de orden sanitario que sean pertinentes, además de contar con dirección médica responsable y llevar ficha clínica del paciente.
- La Isapre está facultada para evaluar periódicamente el cumplimiento de las condiciones que ameritan la Hospitalización Domiciliaria, para efectos de reingreso al hospital, Alta o su término por no revestir ya las condiciones que requiere la Hospitalización Domiciliaria señaladas precedentemente.
- Se excluyen los tratamientos de enfermedades crónicas y tratamientos de antibióticos.

11.- DE LA VIGENCIA DE LA COBERTURA ADICIONAL.-

La presente cobertura adicional reemplaza en todas sus partes las condiciones de este beneficio contempladas en la Circular N° 59 del año 2000, de la Superintendencia de Isapres.

El afiliado y sus beneficiarios tendrán derecho a esta Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas – CAEC, a contar del 1 de julio de 2005 o desde el primer día del mes subsiguiente a la fecha de suscripción del contrato de salud, en su caso.

Excepcionalmente, el beneficiario que al 30 de Junio de 2005, se encuentre acumulando el deducible o gozando del beneficio contemplado en la cobertura contenida en la Circular Nro. 59 citada, la mantendrá hasta el cumplimiento de su período bienal y en adelante regirá la cobertura establecida en este documento.

ARTICULO II: COBERTURA ESPECIAL CATASTRÓFICA PARA LAS GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD, GES-CAEC

Las Garantías Explícitas en Salud – GES, contemplan un listado específico de prestaciones taxativo para cada problema de salud, condiciones y diagnósticos comprendidos en el Régimen de Garantías Explícitas en Salud, que estará a disposición del afiliado cuando éste los requiera. La garantía de cobertura financiera expresamente señalada en la ley 19.966 y sus reglamentos correspondientes, rige sólo para el listado antes referido.

La cobertura especial GES-CAEC se aplica sólo para las prestaciones no contenidas en el listado antes referido, pero considerados en los protocolos para la solución de los problemas de salud definidos por el Ministerio de Salud.

Tratándose de Problemas de Salud contemplados en dicha GES, el beneficiario podrá optar por atenderse bajo las condiciones de la GES o de su Plan Complementario de salud, según se indica a continuación:

1) Si opta por la atención en la GES

a) Cobertura

Si opta por la atención según las Garantías Explícitas en Salud – GES podrá acceder además a esta cobertura especial para aquellas prestaciones no cubiertas por la GES, incluidas en la solución del problema de salud según protocolos médicos definidos y publicados por el Ministerio de Salud y que cuentan con la cobertura del plan complementario de salud. Estos protocolos serán puestos a disposición del afiliado cuando este lo requiera. La Isapre integrara en sus convenios con los prestadores de la Red dichos protocolos. En todo caso, respecto de las prestaciones no ajustadas a protocolo, la Isapre otorgará sólo la cobertura prevista para ellas en el plan complementario pactado.

Esta cobertura especial de enfermedades catastróficas denominada GES-CAEC, rige con las mismas condiciones definidas para la CAEC, en lo que corresponda, y que se establecen en el Artículo I de este documento salvo lo siguiente:

- i. Toda referencia a enfermedad catastrófica, debe entenderse referida a los diagnósticos comprendidos en la GES.

- ii. Toda referencia a Red CAEC debe entenderse referida a red GES-CAEC.
- iii. Las condiciones de acceso a este beneficio se establecen a continuación en la letra b).
- iv. Se abonará para la acumulación del deducible de la Cobertura Especial para las Garantías Explícitas en Salud, GES-CAEC, lo acumulado como copago en las atenciones GES, por un mismo diagnóstico y beneficiario.
- v. La atención debe haberse iniciado en la cobertura GES.

b) Condiciones de acceso al beneficio GES-CAEC

El beneficiario podrá acceder a la cobertura especial catastrófica GES-CAEC para aquellas condiciones de salud y enfermedades GES, de acuerdo a lo siguiente:

- i) Estar utilizando la modalidad de atención GES en la Isapre.
- ii) Las prestaciones GES-CAEC se entregarán a través de una red GES, conforme a lo señalado en la ley 19.966, Red que puede ser distinta a la de la CAEC;
- iii) Las prestaciones cubiertas por este beneficio son aquellas que aparecen en los protocolos referenciales del Ministerio de salud y forman parte de los aranceles de la Isapre;
- iv) Haber cumplido con el procedimiento de ingreso a la Red GES de acuerdo a los procedimientos y condiciones estipulados por la Isapre.

2) Si no opta por la atención en la GES

Sólo tendrá la cobertura de su Plan Complementario, quedando excluido de las coberturas adicional y especial definidas en los Artículos I y II de este documento.

3) Vigencia inicial de la cobertura adicional GES-CAEC

El afiliado y sus beneficiarios tendrán derecho a esta Cobertura Especial Catastrófica para las Garantías Explícitas en Salud, GES-CAEC, a contar del 1 de julio de 2005 o desde el primer día del mes subsiguiente a la fecha de suscripción del contrato de salud o de la incorporación del beneficiario, en su caso.

ARTÍCULO III: DE LA PERMANENCIA DE LAS COBERTURAS ADICIONALES

Aun cuando cualquiera de los documentos integrantes del contrato de salud se modifique a futuro por mutuo acuerdo de las partes o mediante la facultad de revisión de los mismos que regula el artículo 38° de la Ley N°18.933, la Isapre se compromete a mantener las coberturas adicionales indicadas en los Artículos I y II en los términos definidos, salvo que medie cambio en las normativas referidas a los beneficios mínimos legales, cambios en la cotización legal de salud, o cambios en el régimen de garantías en salud y las garantías explícitas en salud.

ARTÍCULO IV: FISCALIZACIÓN Y ARBITRAJE.-

La Cobertura adicional para Enfermedades de Catastrófica CAEC y la Cobertura Especial Catastrófica para las Garantías Explícitas en Salud GES-CAEC quedan sometidas a las mismas normas de fiscalización y arbitraje que se establecen en la Ley N° 18.933 y la ley N° 19.937.-

(FIRMA SOLO PARA VENTA)

NOMBRE RUT AFILIADO Y FIRMA FIRMA HABILITADO ISAPRE

LISTADO DE ANEXOS

N°1: PETICIÓN DEL BENEFICIO Y DERIVACIÓN A LA RED

N°2: REQUISITOS PARA ACCEDER AL FINANCIAMIENTO DEL DEDUCIBLE POR LA ISAPRE

N°3: MANDATO

N°4: PAGARÉ

N°5: CONVENIO DE PAGO

N°6: AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO

N°7: MANDATO AUTORIZACIÓN DE CARGO

ANEXO N°1

PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR EL INGRESO A LA RED CERRADA DE ATENCIÓN

- 1.- El afiliado o quien lo represente deberá concurrir a la Isapre.
- 2.- Deberá llenar y firmar el formulario N°1 (incluido en este anexo, el cual será elaborado por cada Isapre y contendrá como mínimo los antecedentes del formulario N°1 propuesto.) denominado SOLICITUD DE INCORPORACION A LA RED CERRADA DE COBERTURA ADICIONAL PARA ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS (CAEC). Y GES-CAEC
- 3.- Desde el momento que la Isapre recibe la solicitud, tendrá dos y tres días hábiles, según se trate de pacientes que se encuentren hospitalizados o aquellos que requieran atenciones programadas respectivamente, para definir si rechaza o acepta la solicitud, y en este último caso designar el prestador de la Red.

La Isapre pondrá a disposición del afiliado o su representante la derivación respectiva (Formulario N°2) en el lugar donde fue solicitado el beneficio, en los plazos establecidos en el punto 3.

El afiliado o su representante deberá formalizar la aceptación de la derivación estampando su firma en el Formulario 2. En consecuencia, ante la ausencia de dicha firma, se considerará rechazada la derivación, situación que será informada por carta certificada al Afiliado pasados 10 días hábiles contados desde los plazos establecidos en el punto 3.

FORMULARIO N° 1

Logo Isapre

N° Solicitud:

SOLICITUD DE INCORPORACION A LA RED CERRADA
DE LA COBERTURA ADICIONAL PARA ENFERMEDADES CATASTROFICAS
CAEC Y GES-CAEC

Antecedentes Afiliado o Beneficiario

Nombre del Afiliado	_____	RUT del Afiliado:	_____
Nombre del Paciente	_____	RUT del Paciente:	_____
Domicilio	_____	Ciudad :	_____
Teléfono Casa	_____	Teléfono Of.:	_____ Cel: _____
Diagnostico GES	_____		
Diagnostico CAEC	_____		
Tratamiento a seguir	_____		
Médico Tratante	_____	Especialidad	_____
Institución	_____		
Hospitalizado	SI _____	Desde	____/____/____ Hasta ____/____/____
	NO _____		
	Institución	_____	
Fue Traslado	SI _____	Desde / Hasta	_____
	NO _____		

Identificación del Representante

Nombre	_____		
Rut	_____	Relación	_____
Teléfono Casa	_____	Teléfono Of.:	_____ Cel: _____

IMPORTANTE:

Isapre YYYYYY, informa a usted que el beneficio solicitado comenzará a regir sólo cuando ingrese a la RED y firme la aceptación de la "Derivación a la Red Cerrada de Atenciones CAEC o GES-CAEC", documento que estará a su disposición o de su familiar responsable a mas tardar el día subsiguiente hábil a la fecha de esta solicitud, en cualquiera de nuestras sucursales.

El afiliado o su representante deberá formalizar la aceptación de la derivación mediante la firma estampada en el Formulario N°2, en consecuencia, ante la ausencia de dicha firma se considerará rechazada la derivación.

Tomé conocimiento _____
Firma

Agencia :	_____	Fecha Recepción :	____/____/____
Funcionario Receptor :	_____	Hora de Recepción :	____:____:____

**FORMULARIO N°2
DERIVACIÓN A LA RED CERRADA DE ATENCIONES PARA
ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS (CAEC)**

Isapre YYY comunica que el paciente debe presentarse con este documento en uno de los centros de la RED que se indican a continuación, establecimiento que le designará un Médico tratante si este no está expresamente señalado en el presente documento.

La presente derivación tendrá una duración de seis meses contados desde la fecha de aceptación de este documento, posterior a lo cual la Isapre efectuará una evaluación, cuyo resultado se comunicará al paciente, en caso de modificarla. Posteriormente la Isapre podrá modificar las condiciones de derivación, situación que deberá ser comunicada por correo certificado

Establecimiento	Dirección	Habitación	Médico
OBSERVACIONES :			

Nombre del Afiliado : Rut :

Nombre del Paciente : Rut :

Diagnóstico CIE 10

Tratamiento Indicado :

Fecha Solicitud CAEC : Monto Deducible :

Fecha V° B° : Fecha Inicio Beneficios :

PRESTACIONES NO INCLUIDAS EN LA COBERTURA ADICIONAL PARA ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS CAEC NI EN LA GES-CAEC:

- Las prestaciones derivadas de problemas de salud que reúnan las condiciones exigidas para ser cubiertas por el Régimen General de Garantías en Salud-GES.
- Las exclusiones establecidas en el contrato de salud.
- Las patologías derivadas de complicaciones y secuelas de los tratamientos cosméticos o con fines de embellecimiento.
- Tratamientos hospitalarios de patologías psiquiátricas, adicciones a drogas o alcoholismo.
- Tratamientos de infertilidad o esterilidad
- Tratamiento quirúrgico de la Obesidad Mórbida, sus complicaciones y secuelas, salvo lo indicado en el numeral 9 de este artículo.
- Cualquier tratamiento posterior a un tratamiento de obesidad, tanto quirúrgico como no quirúrgico, que tenga el carácter de cosmético, tales como abdominoplastia u otra corrección derivada de la baja de peso.
- Tratamientos odontológicos.
- Prestaciones médicas, fármacos y técnicas que tengan el carácter de experimental para la patología en tratamiento o que no estén avaladas por las sociedades científicas chilenas correspondientes.
- Los medicamentos e insumos que no estén registrados por el Instituto de Salud Pública (ISP), de acuerdo a la normativa vigente en el país.
- La atención domiciliaria en todas sus formas

- La hospitalización domiciliaria, salvo lo indicado en el numeral 10 de este artículo.
- Todas aquellas prestaciones que no estén detalladas en el arancel del plan complementario.
- Cirugías programadas realizadas fuera de la Red y sus complicaciones, mientras no se incorpore a la Red CAEC.
- Prestaciones otorgadas en establecimientos o instituciones ubicadas fuera del territorio nacional y todas aquellas prestaciones que se realicen fuera de la Red.
- Las prestaciones y medicamentos de carácter ambulatorio no codificadas en el arancel del contrato de salud, salvo lo señalado en el párrafo tercero del Artículo I de este documento.
- Las prestaciones homologadas, entendiendo por homologación el reemplazo de prestaciones por otras no codificadas en el arancel del contrato de salud.

Este beneficio adicional para enfermedades de Catastrófica no se aplica durante los plazos señalados en los Artículos 33° letra f y 33° bis de la Ley 18.933 para los casos de enfermedades preexistentes declaradas o en el período que le reste al beneficiario para cumplir dicho plazo, según la fecha de suscripción de su contrato.

Este documento de derivación acredita que el paciente individualizado es afiliado a Isapre YYYYYYYYYYYYYYYY. y se encuentra incorporado a la RED de enfermedades de Catastrófica, por lo que es de su responsabilidad el pago del monto de su deducible.

Constancia :

Con fecha _____ Hora _____, informé a _____ RUT _____, la derivación efectuada para las atenciones por la Cobertura Adicional para Enfermedades De Catastrófica del paciente individualizado, negándose a firmar tanto la aceptación como el rechazo del ingreso a ese beneficio.

<p>Timbre de Caja</p> <p>Firma.....</p>

ACEPTO INGRESO A LA RED
Firma de Familiar Responsable
Nombre :
Rut :
Fecha :

ANEXO N°2

REQUISITOS PARA ACCEDER AL FINANCIAMIENTO DEL DEDUCIBLE POR LA ISAPRE:

Para acceder al financiamiento por parte de la Isapre del deducible a que se alude en la letra e) del numerando 2°, artículo I del documento denominado “Condiciones de Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas”, el solicitante debe cumplir los siguientes requisitos copulativos, según sea el caso.

1) Trabajador Dependiente y Pensionado:

- a) Tener incorporada la cobertura adicional para enfermedades de Catastrófica.
- b) Encontrarse aquejado por una enfermedad catastrófica, conforme a la definición señalada en el numerando 2° letra d) de este condicionado.
- c) Tener contrato de salud vigente con la Isapre.
- d) Tener una antigüedad mayor de un año en el empleo, a la fecha de solicitud de financiamiento del deducible.
- e) No registrar anotaciones en el boletín comercial vigente ni en el boletín histórico del último año.
- f) Tener un aval o codeudor solidario que reúna los requisitos de tal, según parámetros exigidos por la Caja de Compensación que registra el mayor número de trabajadores afiliados.
- g) En el caso de trabajador dependiente y pensionado, la cuota mensual del servicio del crédito junto a sus restantes compromisos financieros, exceptuando el hipotecario, no podrá exceder del 25% de la remuneración o pensión líquida mensual. Tratándose de rentas variables, se considerará el promedio de las últimas 3 remuneraciones o pensiones líquidas mensuales.

2) Trabajador Independiente y Voluntarios:

- a) Estos deben cumplir con los mismos requisitos establecidos en las letras a), b), c), e) y f) precedentes.
- b) Acreditar renta o ingresos periódicos mediante declaración de impuestos u otros medios.
- c) Los trabajadores independientes y voluntarios deben estar al día en el pago de sus cotizaciones de salud.

**ANEXO N°3
MANDATO**

En _____, a _____ de _____ del _____, Don (a) _____ (en adelante el "Mandante"), Cédula Nacional de Identidad N° _____, domiciliado en esta ciudad en calle _____, N° _____, expone:

Que con el objeto de documentar en título ejecutivo y facilitar el cobro de la totalidad o el saldo del deducible que el Mandante adeude a _____ (en adelante, indistintamente, la "Isapre") en caso de ocurrencia de algunos de los eventos señalados en el párrafo quinto del artículo 6° de las Condiciones de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (en adelante la "Cobertura") que el Mandante contrató con la Isapre, el Mandante suscribe, sin ánimo de novar, un pagaré a la orden de la Isapre, con algunas menciones en blanco, otorgando por este acto el Mandante a la Isapre y a sus sucesores o endosatarios, un mandato especial para que en su nombre y representación, proceda a incorporar al pagaré mencionado, antes de su cobro, la fecha de expedición, el monto de capital adeudado y la fecha de vencimiento.

La Isapre, de conformidad a lo dispuesto en el Artículo 11° de la Ley N°18.092 sobre Letra de Cambio y Pagaré, deberá incorporar las menciones faltantes al citado pagaré, con arreglo a las siguientes instrucciones:

1. La Isapre podrá llenar el pagaré en uno cualquiera de los siguientes casos: (i) si el Mandante se negare a suscribir un convenio de pago una vez que la Isapre le hubiere financiado el pago del deducible de acuerdo a los términos del numerando 8° del Artículo I de la Cobertura; (ii) si habiéndose suscrito dicho convenio de pago, la Isapre, por causa imputable al cotizante, no hubiere percibido pago durante 2 meses consecutivos o 3 meses en forma alternada; o (iii) si habiéndose efectuado los descuentos acordados en el convenio de pago aún persistiere un saldo insoluto del deducible.
2. La fecha de expedición del pagaré corresponderá al día en que se complete el mismo, según lo señalado en el N°1.
3. La Isapre procederá a enterar el correspondiente impuesto de timbres y estampillas que grava el pagaré, dentro de los plazos establecidos en el DL 3475 de 1980. El costo del impuesto que deba pagarse con ocasión del llenado del pagaré será de cargo exclusivo del Mandante.
4. La fecha del vencimiento del pagaré será el día hábil siguiente al de su expedición.
5. El capital adeudado será el saldo del deducible mencionado que se adeude a la fecha de expedición, con su correspondiente reajuste, más los intereses corrientes, gastos de cobranza y el monto del impuesto de timbres y estampillas que corresponda, según liquidación que al efecto practique la Isapre.
6. La Isapre queda expresamente facultada para autorizar ante Notario Público la firma del suscriptor una vez completados los blancos del Pagaré.
7. El Mandante releva expresamente a la Isapre de la obligación de rendir cuenta.
8. Todos los gastos, derechos notariales, impuestos y desembolsos que tengan su origen en las presentes instrucciones y en el mencionado pagaré, serán de cargo exclusivo del Mandante.
- 9.- La Isapre no recibirá remuneración alguna por la ejecución de las gestiones encomendadas en el presente mandato.
- 10.- El presente mandato terminará al mismo tiempo que termine el Contrato de Salud Previsional existente entre el Mandante y la Isapre, a menos que a tal fecha el Mandante adeude a la Isapre todo o parte del deducible ya mencionado, en cuyo caso el presente mandato se extinguirá sólo una vez que el Mandante pague en forma íntegra a la Isapre el saldo del deducible adeudado.
- 11.- Las presentes instrucciones de llenado se otorgan con carácter de irrevocables en los términos del Artículo 241° del Código de Comercio.

Firma del Mandante

**ANEXO N°4
PAGARÉ**

(A la Vista – Pesos Reajustabilidad Unidad de Fomento)

Capital Adeudado: U.F. _____

-Vencimiento: A la vista.

Debo y prometo pagar incondicionalmente a la vista y a la orden de _____, (la Isapre), la suma equivalente en pesos, moneda corriente nacional de curso legal, de _____ **U.F. (_____ Unidades de Fomento).**

El capital adeudado se determinará y pagará en pesos, moneda corriente nacional de curso legal, según el valor que la Unidad de Fomento tenga al día del respectivo pago efectivo, salvo si el pago se hiciere después de la fecha estipulada y en ésta el valor de la Unidad de Fomento hubiese sido superior, pues en tal evento se utilizará este último valor.

Se entiende por Unidad de Fomento aquel sistema de reajuste autorizado por el Banco Central de Chile, de acuerdo a lo establecido en el N°9 del artículo 35° de la Ley 18.840 o la que en el futuro la reemplace y sea determinada sobre las mismas bases.

El pago de toda cantidad adeudada en virtud de este pagaré se efectuará antes de las 12:01 horas P.M. del día del pago correspondiente, en las oficinas de la Isapre ubicadas en _____ N° _____, comuna de _____, ciudad de _____.

En caso de mora o simple retardo en el pago de este pagaré, se devengará, desde la fecha de la mora o del simple retardo y hasta la fecha del pago íntegro y efectivo, un interés penal igual al máximo convencional que la ley permita estipular a la fecha de la mora o del simple retardo para operaciones de crédito de dinero en moneda nacional reajustables, interés que se calculará y pagará sobre el saldo adeudado, debidamente reajustado. Los intereses que no fueren pagados se capitalizarán cada 30 días y, sin necesidad de demanda judicial, devengarán nuevos intereses, los que se calcularán y pagarán a una tasa igual a la del interés penal antes referido. La obligación de pagar este documento es indivisible. SIN PROTESTO. Para todos los efectos de este pagaré, el suscriptor fija su domicilio en la ciudad y comuna de _____ y se somete a la competencia de sus Tribunales de Justicia. El Impuesto de Timbres y Estampillas que grava a este documento se entera en dinero en Tesorería según DL 3.475 Art. 15° N° 1.

En _____, a _____ de _____ del año _____.

Suscriptor

Nombre o Razón Social del Suscriptor :

R.U.T. _____ N° _____ :
Domicilio _____ :

AUTORIZACION NOTARIAL (uso exclusivo notario)

Autorizo la firma puesta en este documento por don(a) _____, C.I.

N° _____, como Suscriptor.

En _____, a _____ de _____ del año _____.

NOTARIO

**ANEXO N°5
CONVENIO DE PAGO**

En _____, a _____ de _____ del _____, entre Don (a) _____ (en adelante el "Cotizante"), Cédula Nacional de Identidad N° _____, por una parte y por la otra _____ (en adelante la "Isapre"), Rol Unico Tributario N° _____, representada por don(a) _____, Cédula Nacional de Identidad N° _____, se ha convenido lo siguiente:

PRIMERO: Con fecha _____, el Cotizante suscribió con la Isapre una Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (en adelante la "Cobertura"), según las condiciones establecidas para la misma en el contrato de salud.

SEGUNDO: Como consecuencia del uso de la mencionada cobertura, el Cotizante adeuda actualmente a la Isapre, la cantidad de _____ Unidades de Fomento, correspondientes al deducible de su cargo y que fue financiado por la Isapre de conformidad a lo establecido en el numerando 8° del artículo I de las Condiciones de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas.

TERCERO: Por el presente instrumento y con el objeto de asegurar el total reembolso a la Isapre del monto indicado en la cláusula precedente, el Cotizante se compromete a pagar a la Isapre la mencionada suma mediante:

(a) El pago, en este mismo acto, de la suma de _____ Unidades de Fomento, en su equivalente en pesos al día de hoy, mediante el descuento de dicha suma del saldo acumulado en la Cuenta Corriente de Excedentes que el Cotizante mantiene en la Isapre en los términos del Artículo 32° bis de la Ley N°18.933; y

(b) El saldo, ascendente a _____ Unidades de Fomento, mediante la alternativa elegida por el Cotizante y que se indica a continuación:

* Descuento por planilla de su remuneración o de su pensión mensual en ____ cuotas mensuales de _____ Unidades de Fomento, para cuyos efectos el Cotizante suscribe la Autorización del Descuento correspondiente, por instrumento paralelo, con esta misma fecha.

* Descuento en Cuenta Corriente N° _____ del Banco _____, cuyo titular es el Cotizante, de ____ cuotas mensuales de _____ Unidades de Fomento, para cuyos efectos el Cotizante suscribe el Mandato de Autorización de Cargo correspondiente, por instrumento paralelo, con esta misma fecha, autorizando a la vez en forma irrevocable a la Isapre para informar a la institución bancaria señalada, en la oportunidad correspondiente, el monto de las cuotas a descontar.

* Cargo en Tarjeta de Crédito _____ N° _____, cuyo titular es el Cotizante, de ____ cuotas mensuales de _____ Unidades de Fomento, para cuyos efectos el Cotizante suscribe el Mandato de Autorización de Cargo correspondiente, por instrumento paralelo, con esta misma fecha, autorizando a la vez en forma

irrevocable a la Isapre para informar a la administradora de tarjeta de crédito, en la oportunidad correspondiente, el monto de las cuotas a descontar.

* Cualquiera otra que la Isapre estime conveniente.

CUARTO: En el evento que la Isapre, por causa imputable al cotizante, no hubiere percibido pago durante 2 meses consecutivos o 3 meses en forma alternada, o bien si habiéndose efectuado todos los descuentos acordados en este convenio aún persistiere un saldo insoluto del deducible, la Isapre estará facultada para perseguir el cobro de dicho saldo, mediante la ejecución del pagaré suscrito por el Cotizante y que se menciona en el numerando 8° del artículo I de las Condiciones para la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas.

QUINTO: Si una vez terminado el Contrato de Salud Previsional, se efectuara un pago con cargo al saldo adeudado mediante alguna de las alternativas indicadas en la cláusula tercera, se deja constancia que ello no implicará en caso alguno la rehabilitación de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas.

<hr/>	<hr/>
Cotizante	Isapre

ANEXO N°6
AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO

En _____, a _____ de _____ del _____, Don(a) _____, en adelante el "Trabajador" (Pensionado), Cédula Nacional de Identidad N° _____, declara:

Que por el presente instrumento vengo en autorizar a mi empleador (entidad pagadora de la pensión), para que de mi liquidación de remuneraciones (de la pensión) del mes de _____ del año _____, como también de la de los _____ meses siguientes, se descuente la cantidad de _____ Unidades de Fomento y pague dicha cantidad a _____, en adelante la "Isapre", por concepto de reembolso del deducible de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas que he contratado con dicha Isapre.

En caso de que la cantidad mensual a descontar arriba señalada, sumada a los otros descuentos previamente autorizados por mí (y que sean distintos a los mencionados en el inciso primero del artículo 58° del Código del trabajo), exceda del 15% de mi remuneración total, autorizo a que la suma a descontar se reduzca en el monto exacto en que exceda del referido límite y el saldo, se acumule en una o más fracciones que no excedan del referido 15% y se descuenten a partir del último mes indicado en el párrafo precedente hasta su total extinción.

En caso que el descuento se realice de mi pensión, el porcentaje a descontar no podrá exceder del límite señalado en la regulación del régimen previsional correspondiente.

Empleador	Trabajador
(Entidad Pagadora de la Pensión) (Pensionado)	

NOTA: Esta autorización se deberá completar con los datos que corresponda, según se trate de un afiliado dependiente o pensionado.

ANEXO N°7

MANDATO AUTORIZACIÓN DE CARGO (CUENTA CORRIENTE BANCARIA / TARJETA DE CRÉDITO)

En _____, a _____ de _____ del _____,
Don(a) _____, en adelante el "Mandante", Cédula
Nacional de Identidad N° _____ autoriza al
Banco/Administradora de Tarjetas de Crédito
en adelante el
"Mandatario", a pagar de su Cuenta Corriente/Tarjeta de Crédito
N° _____ a _____, en
adelante la "Isapre", las cuotas correspondientes al deducible de la
Cobertura Adicional para Enfermedades De Catastrófica, en adelante la
"Cobertura", de acuerdo a las condiciones que a continuación se indica:

PRIMERO: El pago de los montos que la Isapre informe mensualmente al Mandatario, se efectuará con cargo a la cuenta corriente individualizada, línea de crédito, de sobregiro o cuenta vista si la hubiere, que el Mandante posea en dicha institución y en la medida en que existan fondos suficientes y disponibles para cubrirlo.

SEGUNDO: El pago de las cuotas se efectuará dentro de los 5 primeros días hábiles de los meses en que corresponda pagarlas, según informará la Isapre al Mandatario. Si tales pagos no se pudieran efectuar por cualquier causa, el Mandatario queda liberado de toda responsabilidad, debiendo el Mandante pagarlas a la Isapre según lo dispuesto en la Cobertura. En el evento que alguna(s) cuota(s), por cualquier causa, no haya(n) sido cargada(s) por el Mandatario o habiendo sido cargada(s) haya(n) sido rechazada(s), el Mandante faculta a la Isapre para cargarla(s) en otra(s) fecha(s) durante el respectivo mes, o bien al mes siguiente con sus reajustes e intereses, junto con la cuota correspondiente a dicho mes.

TERCERO: Si alguna cuota, por cualquier razón, no fuera pagada, el Mandatario no tendrá responsabilidad alguna, aunque de dicha circunstancia resulte o pudiese resultar la terminación de la Cobertura.

CUARTO: Esta autorización regirá hasta que el Mandante la revoque por escrito a la Isapre, quien informará al Mandatario de esta revocación.

(Firma Titular Cuenta Corriente Bancaria/Tarjeta de Crédito)