

PREGUNTAS FRECUENTES SOCOVID

El Empleador ¿A quién debe contratarle obligatoriamente este Seguro Covid?

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, menores de 60 años, 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.

¿Qué cubre este Seguro?

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 que corresponda a la aplicación de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC) respecto de las atenciones hospitalarias 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.

¿Este Seguro cubre en caso de Fallecimiento?

En caso de fallecimiento de un trabajador de aquellos indicados en las letras A y B del artículo anterior, de cualquiera edad, 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.

¿Quién debe contratar este Seguro?

Será obligación del empleador contratar este seguro; tratándose de trabajadores independientes, corresponderá su contratación a ellos mismos.

¿Quién paga la 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.

¿Qué excluye este Seguro? Este seguro no cubre lo siguiente:

1. Gastos de hospitalización o el fallecimiento asociados a enfermedades distintas al Covid-19.
2. Gastos de hospitalización 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 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 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 anterior, el seguro deberá financiar una suma equivalente al monto del deducible que le hubiere correspondido pagar si el beneficiario se hubiese atendido en la red de prestadores respectiva para gozar de la CAEC, el cual en ningún caso será superior al equivalente a 126 unidades de fomento. En este caso, el monto de dinero se imputará al copago que, de acuerdo al 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. 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.

¿Cómo se denuncia un siniestro de este Seguro?.

El asegurado, cualesquiera de sus beneficiarios, el empleador o el prestador de salud de la Red Asistencial o Modalidad de Atención Institucional, en el caso de trabajadores afiliados al Fondo Nacional de Salud; o el prestador de la Red CAEC en el caso de trabajadores afiliados a una Institución de Salud Previsional, deberá notificar a la aseguradora respectiva los hechos que puedan constituir o constituyan un siniestro tan pronto como sea posible.

Acciones para el pago de la indemnización. .

Las acciones para perseguir el pago de las indemnizaciones contempladas en esta ley 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 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 décimo octavo.

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.

¿Qué Antecedentes se deben adjuntar 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 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 pagar al trabajador afiliado a una Institución de Salud Previsional.

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.

¿Quién protege los datos de los colaboradores?

Para los efectos previstos en este Título, las entidades aseguradoras se entenderán autorizadas para tratar datos personales, con la única finalidad de otorgar la cobertura del seguro.

Asimismo, la respectiva 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.

¿Qué pasa si existe Término de la relación laboral, después de contratado el seguro al colaborador?

La cobertura del seguro se mantendrá en el evento de que la relación laboral concluya por cualquier causa y hasta el fin de vigencia de la póliza (un año).

Los empleadores no estarán obligados a contratar un nuevo seguro respecto de aquellos trabajadores que tengan vigente la cobertura del seguro de acuerdo con esta ley.

¿Qué pasa si la empresa tiene un seguro de Complementario de salud, es válido para reemplazar SOCOVID?

Es complementario, es obligación sacar SOCOVID

¿Cuál es la vigencia de este seguro?

El plazo de vigencia del contrato de seguro será de un año desde su contratación.

En todo caso, la obligación del empleador para contratarlo perdurará por los trabajadores bajo la modalidad presencial que tenga contratados hasta la fecha de término de la alerta sanitaria decretada con ocasión del brote del nuevo coronavirus COVID-19.

Si al término del plazo de vigencia de la póliza aún permanece vigente la alerta sanitaria decretada, el empleador deberá contratar un nuevo seguro o renovar el que se encuentre vigente.