



Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales  
Subdepartamento de Regulación

## **CIRCULAR IF/N° 262<sup>1</sup>**

**Santiago,**

### **OBLIGACIÓN DE INFORMAR LOS MONTOS ACUMULADOS DE EXCESOS Y EXCEDENTES DE COTIZACIÓN EN LA CARTA DE DESAFILIACIÓN**

Esta Intendencia, en ejercicio de sus facultades legales, en especial, las previstas en los artículos N° 110 y N° 172 del DFL N° 1, de Salud, de 2005, viene en impartir las siguientes instrucciones.

#### **I.- OBJETIVO**

Procurar mayor información al afiliado en relación a sus excesos y excedentes de cotización, al momento de solicitar su desafiliación de la isapre.

#### **II.- MODIFICA LA CIRCULAR IF/N° 131, DEL 30 DE JULIO DE 2010, QUE CONTIENE EL COMPENDIO DE NORMAS ADMINISTRATIVAS EN MATERIA DE PROCEDIMIENTOS**

1.- Modifícase el párrafo cuarto de la letra c) "Visación de la carta de desafiliación por la isapre", del punto N° 4 "Desahucio o desafiliación", del Título VI "Reglas en materia de terminación de contratos", del Capítulo I "Procedimientos relativos al contrato de salud", quedando como sigue:

"La isapre deberá consignar en la carta de desafiliación el mes y el año al que corresponderá la última remuneración o pensión que estará afecta a descuento. Además, deberá indicar si el afiliado o afiliada mantiene excesos y cuenta de

---

<sup>1</sup> Actualizada de acuerdo a Resolución Exenta IF/N°136 de 15 de abril de 2016.

excedentes y señalar el monto acumulado de excedentes<sup>2</sup>, cuando corresponda. En el caso de rechazo de la desafiliación, la isapre deberá registrar la concurrencia de la causal de rechazo antes señalada.”

2.- Reemplázase el formato de la “Carta de Desafiliación” contenido en el Anexo único del Título VI “Reglas en materia de terminación de contratos”, del Capítulo I “Procedimientos relativos al contrato de salud”, por el formato de carta que se indica en el anexo de la presente Circular.

3.- Modificase la letra e), del N°2 “Obligaciones para las isapres”, del Título II “Suscripción electrónica de contratos de salud previsional”, del Capítulo I “Procedimientos relativos al contrato de salud”, quedando como sigue:

“e) La isapre actual que reciba una carta de desafiliación, deberá aceptarla o rechazarla instantáneamente, indicando mes y año al que corresponderá la última remuneración o pensión que estará afecta a descuento y si la persona cotizante mantiene excesos de cotización y cuenta de excedentes, señalando el monto acumulado por los excedentes<sup>3</sup>, cuando corresponda.”

#### **IV. VIGENCIA**

La presente circular entrará en vigencia a contar de la fecha de su notificación.

**NYDIA CONTARDO GUERRA  
INTENDENTA DE FONDOS Y SEGUROS  
PREVISIONALES DE SALUD**

AMAW/CPF

##### Distribución

- Gerentes Generales Isapre
- Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de Salud
- Depto. de Fiscalización
- Subdepto. Fiscalización de Beneficios
- Agentes Regionales
- Oficina de Partes
- Asociación de Isapres

---

<sup>2</sup> Párrafo modificado de acuerdo al punto N°4 de la Resolución Exenta N°136, de 15 de abril de 2016.

<sup>3</sup> Párrafo modificado de acuerdo al punto N°4 de la Resolución Exenta N°136, de 15 de abril de 2016.

## Anexo

### CARTA DE DESAFILIACIÓN<sup>4</sup>

Fecha: .....

DE: NOMBRE DEL O LA COTIZANTE: ..... R.U.T.: .....

DOMICILIO:.....N° TELÉFONO.....

A ISAPRE: .....

IMPORTANTE:

*Antes de firmar esta carta, el afiliado o afiliada debe tener presente que la isapre a la que desee incorporarse:*



*le hará llenar una nueva Declaración de Salud por usted y sus beneficiarios y beneficiarias,*



*puede rechazar su afiliación, o*



*puede imponerle restricciones a la cobertura respecto de embarazos en curso y/o enfermedades y condiciones preexistentes.*

Comunico a ustedes que, habiendo transcurrido el plazo mínimo de permanencia que establece la ley o el contrato, procedo a desahuciar el contrato de salud que he suscrito con esa Institución, en los términos que establece el artículo 197 del DFL N° 1.

Por otra parte, informo a ustedes que me incorporaré al siguiente organismo de salud previsual: (indicar nombre de la isapre o FONASA).....

.....

FIRMA COTIZANTE

HUELLA DIGITAL COTIZANTE

(Si la carta es presentada por agente de ventas)

La última cotización a enterar en la isapre corresponde a la remuneración o pensión de: ( indicar mes y año ).....

Excesos de cotización Si.... No....

Excedentes de Cotización Si..... No....

Monto por Concepto de Excedentes \$.....

(Información de carácter provisoria)

.....

.....

FIRMA AGENTE DE VENTAS

R.U.T. AGENTE DE VENTAS

1. Esta carta -con las copias que corresponda- podrá presentarse en cualquier oficina de la isapre en que se atienda público, durante su horario habitual de funcionamiento.

2. No se podrá exigir que esta carta contenga información adicional a la establecida en este formato para ser aceptada por la isapre receptora.

3. La isapre deberá pronunciarse sobre la carta en forma inmediata .

<sup>4</sup> Formato de carta de desafiliación modificado de acuerdo a Resolución Exenta IF/N°136 de 15 de abril de 2016.