

OFORD.: N°14214
Antecedentes.: Su presentación.
Materia.: Informa.
SGD.: N°
Santiago, 06 de Julio de 2015

De : Superintendencia de Valores y Seguros
A :

Me refiero a su presentación del antecedente, por medio de la cual formuló reclamo debido al reembolso que estima incompleto de los gastos médicos presentados con cargo al seguro colectivo complementario de salud al que se encuentra incorporado.

Al respecto, cúpleme informar que, requerida por esta Superintendencia, la aseguradora comunicó, mediante carta que en copia se adjunta, que la liquidación y pago de la indemnización solicitada se habría ajustado a las condiciones del seguro, las cuales definen "*Hospitalización*", para efectos de la póliza, en los siguientes términos: "*Se entenderá que una persona se encuentra hospitalizada cuando está registrada como paciente de un hospital por prescripción médica, y que permanezca a lo menos, un día completo de servicio de habitación, alimentación y atención general de enfermería.*"

Considerando que, de acuerdo a la Epicrisis Médica, Ud. ingresó al hospital el día 03 de noviembre de 2014 a las 15:12 hrs. y se retiró de este al día siguiente a las 11:50 hrs., la aseguradora concluyó que no se cumplió el requisito de permanencia por un "Día completo" para acceder a la cobertura de gastos por hospitalización, toda vez que permaneció hospitalizado menos de 24 horas, correspondiendo, en consecuencia, liquidarse el siniestro con cargo a la cobertura ambulatoria de la póliza en cuestión.

Atendido lo expuesto por la aseguradora, esta Superintendencia, mediante Oficio Ord. N° _____, de ____ de junio del presente año, observó lo siguiente:

"Al respecto, cabe observar que el requisito de permanencia contenido en la definición de "hospitalización" no se encuentra referido a un "día completo" en forma pura y simple, como sostiene su representada en su respuesta a este Servicio, sino que se halla referido a "un día completo de servicio de habitación, alimentación y atención general de enfermería", concepto específico y que, en consecuencia, sería discutible de interpretar mediante la aplicación de la regla general contenida en el artículo 48 del Código Civil.

Considerando lo anterior y no encontrándose definido en la póliza el concepto de "día completo de servicio de habitación, alimentación y atención general de enfermería", cabe, para su interpretación, estarse a la regla contenida 1566 del Código Civil y reiterada en el párrafo 3° de la letra e) del artículo 3° del D.F.L. N° 251, de 1931, conforme a la cual, en caso de dudas sobre el sentido de una disposición, prevalecerá la interpretación más

favorable al contratante, asegurado o beneficiario del seguro, según sea el caso.

Por su parte, cabe observar que la interpretación realizada por su representada al requisito de permanencia de la definición de "hospitalización" del seguro, produce, además, una incongruencia en la operatoria del producto en cuestión, por cuanto, siendo el seguro complementario de salud un producto destinado a operar en complemento de la previsión de salud del asegurado y aun cuando sus beneficios no tiene que ser necesariamente equivalentes a los del seguro previsional, no resulta consistente que una prestación médica que ha sido definido por el establecimiento proveedor como atención "hospitalaria" y que, a su vez, ha sido reembolsada por la ISAPRE o FONASA del asegurado en el mismo sentido, sea definida por el asegurador para efectos de la indemnización de un seguro complementario de salud, como "ambulatoria".

Por otra parte y siendo estrictos con las definiciones contenidas en las condiciones generales del seguro en análisis, habría de concluir que la prestación médica efectuada al asegurado no se circunscribe en la definición de "ambulatorios" contenida en dichas condiciones. En efecto, las condiciones de la póliza definen "ambulatorios" como: "Son los gastos incurridos por el asegurado a causa de un tratamiento de una incapacidad que no requiere su internación en el hospital, aun cuando el tratamiento se haya efectuado en dicho establecimiento". Considerando que no se encuentra en discusión que el asegurado fue efectivamente internado en un hospital, las prestaciones por él reclamadas no cumplirían con la definición antes transcrita, las cuales exigen que el asegurado no sea internado para acceder al beneficio."

En respuesta al Oficio antes individualizado, la aseguradora informó, mediante carta que en copia se adjunta, que de manera excepcional liquidará los gastos como una prestación hospitalaria para lo cual deberá presentar nuevamente la documentación para su correcta evaluación.

En consecuencia, considerando la respuesta dada por la compañía de seguros, cúpleme informar los resultados de su presentación para los fines que estime pertinentes.

Saluda atentamente a Usted.