



OFORD.: N°31990
Antecedentes.: Respuesta a Oficio 28.854.
Materia.: Informa.
SGD.: N°
Santiago, 05 de Diciembre de 2014

De : Superintendencia de Valores y Seguros
A : Gerente General

Me refiero a su respuesta al Ord. de la referencia, mediante la cual informa su decisión de rechazo de pago de 2 cuotas del siniestro denunciado por don _____, quien reclama por la indemnización que estima procedente con cargo a la cobertura de incapacidad temporal del seguro contratado con _____, a través de la intermediación de _____.

Conforme fuera informado por su representada, el fundamento del rechazo es que las patologías que sustentan la incapacidad reclamada derivan de una patología principal que se encuentra excluida. No obstante aquello, de acuerdo a la presentación de su cliente, la patología que motivó su licencia médica se encuentra incorporada y es objeto expreso de cobertura, en razón de lo establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza contratada.

En lo pertinente, las estipulaciones contractuales señalan lo siguiente:

- Las Condiciones Particulares de la Póliza N° 11101580 de Incapacidad Temporal Créditos Comerciales Microempresas, en el artículo 6° disponen como sigue:

"ARTÍCULO N° 6: DEFINICIONES Y CONDICIONES DE INDEMNIZACIÓN

Se entiende por Incapacidad Temporal, la incapacidad que por causa de accidente o enfermedad sólo de origen infeccioso, impida al asegurado ejercer total o parcialmente su actividad u oficio independiente (realizados en forma autónoma, sin relación de dependencia). La póliza también cubre las siguientes 17 enfermedades de origen no infeccioso: Tendinitis, Lumbago, Túnel carpiano, Mioma Uterino, Apendicitis, Insuficiencias Cardíacas, Prolapso Genital, TVP (Trombosis venosa profunda), Enfisema Pulmonar, Glaucoma, Coledocolitiasis, Desprendimiento de retina, Enfermedad isquémica crónica, Enfermedad crónica del hígado, Epicondilitis, litiasis, Operación a la vesícula."

Al respecto, cabe hacer presente las siguientes consideraciones:

1.- De la disposición transcrita, contenida en las Condiciones Particulares, aparece claramente que se ha extendido la cobertura por incapacidad temporal más allá de aquellas incapacidades que se produzcan por enfermedades de origen infeccioso. Lo anterior al señalar en forma explícita que la cobertura abarca además 17 enfermedades de origen no infeccioso entre las cuales se señala expresamente la tendinitis, patología sufrida por la reclamante, no apareciendo restricción o requisito adicional. De esta forma las enfermedades señaladas, en beneficio de la asegurada, se han incluido manifiestamente dentro de la cobertura por el condicionado particular.

2.- Por otra parte, el párrafo inicial del artículo 6° de las Condiciones Particulares, utilizado como fundamento para el rechazo informado, es complementario al siguiente párrafo y en ningún caso exclusivo o alternativo de éste. Consiguientemente, la cobertura contratada incluye al mismo tiempo:

- enfermedades de origen infeccioso, que de acuerdo al Certificado de Cobertura son aquellas provocadas directamente por un agente infeccioso, esto es, microorganismos que invaden el cuerpo, como los virus, bacterias, hongos, parásitos etc., y que no corresponde en el caso analizado a la patología reclamada por la asegurada;

- 17 enfermedades de origen no infeccioso entre las que se cuentan las padecidas por su cliente, a saber tendinitis.

En otros términos, la cobertura se aplica sea que el asegurado sufra una patología infecciosa o una que no sea de esta clase siempre, en este último caso, que se trate de aquellas 17 expresamente enumeradas por la Póliza, independiente de otros requerimientos adicionales. De esta forma las disposiciones en cuestión son aplicadas en forma armónica y coordinadamente.

3.- En los hechos, la interpretación descrita y reclamada por la asegurada es perfectamente plausible a la luz de las disposiciones en análisis. A contrario sensu, entender las cláusulas previamente transcritas de acuerdo a la interpretación invocada por la compañía implicaría una aplicación restrictiva de las condiciones del contrato, significando en definitiva y para efectos prácticos la interpretación más perjudicial para la asegurada.

4.- Consiguientemente, lo argumentado en su respuesta no resulta consistente con el principio legal contenido en el DFL N° 251, que en su artículo 3° dispone expresamente "En caso de duda sobre el sentido de una disposición en el modelo de condición general de póliza o cláusula, prevalecerá la interpretación más favorable para el contratante, asegurado o beneficiario del seguro, según sea el caso." Dicho principio en la especie se traduce en aplicar la cobertura a las enfermedades señaladas, en beneficio de la asegurada, toda vez que éstas se han incluido expresamente por el condicionado particular, sin que se observe fundamento contractual o legal para justificar el rechazo o que impidan la aplicación en los términos recamados.

5.- A mayor abundamiento y para la correcta aplicación de la cláusula en disputa, se debe atender el criterio de interpretación establecido en el artículo 1566 del Código Civil conocido como "riesgo del redactor". En virtud de éste las cláusulas ambiguas redactadas por una de las partes se interpretan en su contra, por lo que existiendo una interpretación imprecisa de la cláusula en cuestión y entendiendo que la argumentación de la asegurada tiene mérito suficiente para ser plausible, ésta deberá entenderse en el sentido invocado por aquella parte que no tuvo oportunidad de intervenir en su redacción en forma alguna o en contra de quien la hubiese redactado.

Por las razones expuestas anteriormente, agradeceré ordenar la revisión del caso informando a esta Superintendencia de alternativas de solución que se adopten, o bien, de las gestiones que restarían para su resolución.

La respuesta al oficio debe ser realizada a más tardar el : 10/12/2014

Saluda atentamente a Usted.



FERNANDO PEREZ JIMENEZ
JEFE AREA DE PROTECCIÓN
AL INVERSIONISTA Y ASEGURADO
POR ORDEN DEL SUPERINTENDENTE