

OFORD.: N°7018

Antecedentes.: 1. Presentación de [REDACTED]  
2. Of. Ord. N° [REDACTED]  
3. Su respuesta de fecha [REDACTED] de enero, [REDACTED] de febrero de 2017.

Materia.: Informe.

SGD.: N° [REDACTED]

Santiago, 14 de Marzo de 2017

De:Superintendencia de Valores y Seguros

A : Gerente General

Me refiero a la respuesta de la compañía al Ord. de la referencia, mediante la cual reitera el rechazo al reembolso de los gastos médicos reclamados por su cliente, doña [REDACTED] con cargo al seguro colectivo de salud al cual se ha incorporado junto a su hija.

Conforme fuera informado por su representada, el seguro habría sido contratado en octubre de 2015, sin dar cuenta en la Declaración Personal de Salud suscrita de la existencia de enfermedad alguna, por lo que atendido el diagnóstico de su hija menor de hipertrofia mamaria desde agosto de 2015 aplicó la cláusula de exclusión por preexistencia contenida en el Condicionado General de la Póliza contratada.

Sobre el particular, cúpleme manifestar lo siguiente:

1. Del análisis de los antecedentes acompañados, particularmente la Declaración Personal de Salud, cabe advertir que ésta no da cuenta de declaración alguna en el ítem 6, que expresamente indica:

**"6. Declaración Simple de Salud (Datos obligatorios)**

a) ¿Usted o alguien de su grupo familiar padece o ha padecido alguna de las enfermedades, situaciones o condiciones de salud que se detallan en el Listado siguiente, está embarazada, o actualmente se encuentra sometido a un diagnóstico en estudio para alguna patología? \_\_\_\_\_ SI  
\_\_\_\_\_ NO

*b) Usted ha tenido un cambio o malestar físico en los últimos tres meses sin consulta médica o diagnóstico? \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO"*

Al respecto, la disposición aplicable contenida en las Condiciones Generales de la Póliza, esto es el artículo N° 8 letra a), se desprende que es requisito indispensable para la aplicación de la exclusión en comento que al tiempo de la contratación la compañía consulte al asegurable sobre las situaciones o enfermedades preexistentes que puedan significar restricciones a la cobertura. Ahora bien, atendido que el documento acompañado no fue debidamente suscrito por la asegurada sin que se indicara o llenara el casillero con la declaración SI ni tampoco con la declaración NO, no obstante disponer este mismo documento su carácter obligatorio, y sin poder entender que el silencio constituye o tiene el valor de manifestación de voluntad en uno u otro sentido, es posible concluir que la compañía no dio aplicación cabal a lo dispuesto en el Condicionado General al respecto.

2. Por otra parte, dicha declaración en su parte final contempla la que sería la firma de la asegurada, y que por ende, según lo afirmado por la compañía habría sido suscrita por su cliente omitiendo información sobre diagnóstico previo. No obstante lo anterior, y más allá de los términos de la redacción utilizada, no se observa que dicho documento permita identificar si la firma puesta en dicho documento implica la declaración afirmativa o negativa, es decir si asiente o disiente de lo allí declarado, o sólo es la identificación de la asegurada y suscripción de la solicitud de incorporación respectiva. Más aún, dado el epígrafe de la misma, que indica "datos obligatorios" se advierte que no hubo en el caso un debido análisis de la aseguradora respecto del estado del riesgo, toda vez que no exigió a la asegurada el llenado suficiente e íntegro de dicha declaración.

De aquello se desprende que no es posible advertir el fundamento para establecer que exista o se configure una omisión o declaración reticente de la asegurada, al no contener dicho documento, suscripción de la opción SI o NO.

3.- A mayor abundamiento, en circunstancias que la evaluación de los riesgos en los contratos de seguros corresponde a la compañía que los asume y no al contratante o asegurado del mismo, determinar si una persona reúne o no las condiciones exigidas por la Póliza es una obligación del asegurador, quien debe tomar todas las medidas posibles para aquello antes de asumir los riesgos, ya que una vez celebrado el contrato éstos correrán de su cargo. Aquello adquiere mayor relevancia tratándose de un seguro colectivo, y más aún si la suscripción del seguro se verifica sobre una base no médica, es decir, con prescindencia de un examen médico.

4.- De esta forma, considerando que el asegurador no solicitó a la asegurada una declaración de salud en términos suficientes para determinar su manifestación de voluntad en sentido afirmativo o negativo, al tiempo de la incorporación al contrato, independientemente de los motivos que tuvo en consideración para ello, dicha decisión, por aplicación del principio de buena fe del seguro, no parece compatible con el hecho de hacer valer las enfermedades preexistentes que ésta pudo tener.

Por consiguiente, en atención lo precedentemente expuesto, se solicita revisar los antecedentes pertinentes a objeto de referirse al tenor de las observaciones planteadas e informar las medidas que esa entidad adoptará para solucionar esta reclamación o, en su defecto, indicar las razones contractuales y de hecho que lo impedirían.

A su respuesta se deberá acompañar copia de toda la documentación que resulte relevante para justificar cada uno de los aspectos que se nos debe informar en cumplimiento de este requerimiento.

La respuesta al oficio debe ser realizada a más tardar el : 17/03/2017

Saluda atentamente a Usted.



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

**Lista de archivos anexos**

 [REDACTED]	 [REDACTED]
 [REDACTED]	 [REDACTED] [REDACTED]
 [REDACTED]	 [REDACTED] [REDACTED]
 [REDACTED]	 [REDACTED] [REDACTED]
 [REDACTED]	 [REDACTED] [REDACTED]
 [REDACTED]	 [REDACTED] [REDACTED]
 [REDACTED]	 [REDACTED] [REDACTED]

[REDACTED]  
[REDACTED]