



SUPERINTENDENCIA  
VALORES Y SEGUROS

OFORD.: N°17164  
Antecedentes.: Presentación que indica  
Materia.: Informe.  
SGD.:

Santiago, 22 de Junio de 2011

De : Superintendencia de Valores y Seguros  
A : Gerente General

Me refiero a su carta 19 de mayo último, referente al reclamo presentado por \_\_\_\_\_ en relación al reembolso de gastos médicos que entiende cubiertos por el seguro contratado, señalando que debido a errores administrativos de la clínica, quienes no entregaron dentro del plazo establecido de 60 días las facturas correspondientes, no se dio aviso oportuno del siniestro.

Su representada informó que se negó el reembolso de los gastos médicos reclamados, puesto que aquéllos fueron presentado a la compañía casi 3 meses después de realizada la prestación médica; ello de conformidad a lo dispuesto en el artículo 12 de las Condiciones Generales de la póliza. En tal sentido, agrega, que la póliza sólo exige para hacer efectiva la cobertura que se de aviso del siniestro dentro del plazo de 60 días contados desde la fecha de prestación, sin que se requiera para dar aviso del siniestro la presentación de los bonos o boletas que reflejen los gastos incurridos.

En relación a lo informado cabe no obstante señalar que la asegurada manifiesta que se encontraba impedida de denunciar el siniestro, puesto que la Clínica respectiva no habría emitido las boletas en el plazo contractual invocado por esa compañía.

Conforme lo anterior, en relación a lo informado por esa compañía se observa lo siguiente:

1. De acuerdo a las condiciones de la póliza contratada, las estipulaciones relevantes en la especie, son las siguientes:

a) El artículo N° 12 de las Condiciones Generales de la Póliza establece: "Efectuado un gasto médico ambulatorio reembolsable en virtud de la presente póliza, el asegurado deberá informarlo a la Compañía Aseguradora en un plazo máximo desde la fecha de la prestación y la fecha de presentación a la Compañía Aseguradora, no superior a los (60) Sesenta días. Lo anterior no aplica para aquellos reembolsos efectuados a través del sistema I-MED", y agrega "El cumplimiento extemporáneo de estas obligaciones, salvo caso fortuito o fuerza mayor, hará perder los derechos del asegurado, liberando a la

Compañía Aseguradora del pago de la indemnización que habría correspondido".

b) El artículo N° 4 de las Condiciones Generales en relación a la duplicación de los beneficios señala: "Se reconocerán como gastos incurridos para los efectos de este seguro, el costo efectivo de las prestaciones, servicios o tratamientos, descontadas las sumas reembolsadas por iguales beneficios contratados con otras instituciones, sin perjuicio de los límites máximos contratados en las Condiciones Particulares de la póliza" y "Los beneficios de este seguro no se duplicarán con los beneficios o coberturas de cualquier otro seguro, sistema o institución que otorgue beneficios médicos, y al cual pertenezca el asegurado, de manera que este seguro no cubrirá los gastos que deban pagar o reintegrar las empresas, bienestar, el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales establecido en la Ley N° 18.490, instituciones médicas o similares que otorguen tales beneficios o coberturas".

d) Por otra parte, el artículo N° 15 establece que "Constituye requisito para cualquier reembolso de gasto por parte de la compañía aseguradora: La entrega a la compañía aseguradora de los originales extendidos a nombre del asegurado de los recibos, boletas y facturas cuando corresponda, copia de bonos, copia de ordenes de atención, copia de programas médicos u otros documentos que acrediten el gasto incurrido y su cancelación; como asimismo, en su caso, los que acrediten el pago o el reembolso de parte de ellos por la entidad aseguradora, institución o entidad referidos en la letra anterior.".

2. Conforme las disposiciones citadas, constituye una condición del reembolso de gastos médicos el que previamente hubieren operado otros seguros, sistemas o instituciones a las que pertenezcan los asegurados y que otorguen a éstos beneficios médicos, y que el asegurado entregue a la compañía los originales extendidos a nombre del asegurado de los recibos, boletas y facturas que acreditan el gasto incurrido y su cancelación.

Así, la prestación cubierta por el seguro está indisolublemente vinculada o asociada a la determinación del copago del asegurado y la acreditación de los gastos efectivamente incurridos por éste. En tal sentido, encontrándose pendiente la emisión de las boletas no ha sido posible al asegurado acreditar el gasto efectivo en que el asegurado hubiere incurrido.

En cuanto al plazo previsto en el artículo 12° de la póliza, que de acuerdo a los términos de esta condición debe contarse "desde la fecha de la prestación", acorde a lo establecido en las disposiciones antes citadas y lo concluido precedentemente, no resulta lógico prescindir para efectos de la correcta aplicación del plazo en cuestión de la circunstancia de no haberse efectuado por parte del asegurado un gasto médico reembolsable, o que no se hallare determinada la existencia de tales gastos; ello mediante la respectivo programa médico, boleta o factura. De lo contrario, resultaría que se restringiría el sentido y alcance del concepto "prestación", en perjuicio del asegurado, al privársele o negarse la posibilidad de hacer efectiva la cobertura del seguro por no haber notificado "la ocurrencia del siniestro" en el plazo señalado en el artículo 12; ello pese a que en rigor el siniestro estaría constituido o configurado por el monto del gasto efectivamente incurrido y cubierto, lo que dará lugar a la indemnización conforme a los términos y condiciones de la póliza respectiva.

Por lo tanto, mientras no se hubiere aún efectuado o determinado un gasto médico

reembolsable, habría que estarse a la interpretación que permita atribuir efectos a los términos del articulado en cuanto a la determinación y realización de dichos gastos, y al aviso del siniestro. Si el asegurado se ha visto materialmente impedido de denunciar el siniestro o presentar los documentos requeridos, porque ignora la existencia de gastos médicos reembolsables o no dispone de los documentos que los acreditan, lo que en rigor obstaría a entender que el siniestro se hubiere configurado, debe considerarse que el cumplimiento de la carga contractual sólo es posible cuando se ha efectuado la prestación y determinado el correspondiente copago.

Por otra parte, cabe destacar que su cliente afirma se le impidió el ingreso de los antecedentes médicos, y la denuncia del siniestro, al no haberse reembolsado previamente los gastos por la Isapre correspondiente.

En consecuencia, se servirá evaluar alternativas de solución, considerando la hipótesis que por motivos que no serían imputables al asegurado éste se habría visto impedido de presentar oportunamente las boletas, ello atendido que sólo se determinó el copago por la Isapre respectiva con posterioridad al plazo invocado por esa compañía, lo que habría respondido - según indica su asegurado- a expresas instrucciones del personal a cargo en la ciudad de Calama.

La respuesta al oficio debe ser realizada a más tardar el : 30/06/2011