



OFORD.: N°21157  
Antecedentes.: Su consulta WEB [REDACTED]  
Materia.: Información de cobertura específica  
previo al siniestro.  
SGD.: N° [REDACTED]  
Santiago, 04 de Agosto de 2017

De : Superintendencia de Valores y Seguros  
A [REDACTED]

Este Servicio ha recibido la consulta del antecedente, en la cual plantea lo siguiente:

*"Estimados(as), tengo un seguro hace 7 años con clínica las condes ( póliza N°201301473), seguro que nunca he utilizado. Pronto me someteré a una operación en la misma clínica y he tratado de consultar vía correo electrónico y vía telefónica si el "traslado de la córnea" desde EEUU es parte o no de los insumos que mi seguro cubre. Ellos me han contestado "copiando y pegando" parte de mi póliza pero ésta no es explícita; y evidentemente antes de decirme operar necesito saber si el seguro cubre o no dicho insumo. Hoy, después de varias peleas por la no información que me entregan, vía telefónica me han señalado que las ley los ampara a ellos en no señalar si el seguro cubre o no de manera previa, sino que después de la operación yo debo activar y recién ahí ellos señalarán si el insumo es o no cubierto por el seguro complementario que tengo contratado. Contacto que me ha contestado desde clínica las condes: [REDACTED] \**

*Internet: <http://www.clinicalascondes.cl>"*

Al respecto, cumplo con informar a usted que no existen normas legales o administrativas que obliguen a las compañías de seguros a efectuar liquidaciones previas o estimativas de posibles siniestros de sus asegurados.

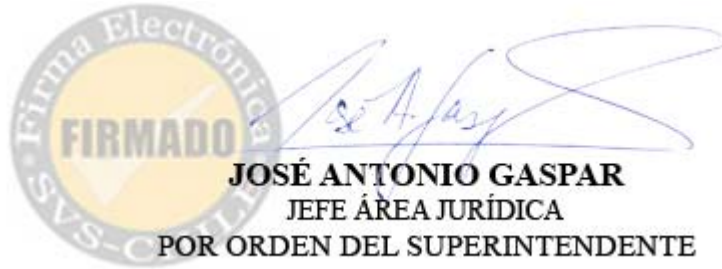
A través de los contratos de seguros, las compañías se obligan a pagar las indemnizaciones que éste establece, una vez materializado el riesgo y denunciado el siniestro. Para ello, el siniestro es liquidado de acuerdo a las reglas establecidas en el Decreto Supremo N° 1055, sobre liquidación de siniestros.

En dicha liquidación, la compañía debe determinar si existe cobertura, revisando si la prestación reclamada se encuentra cubierta por la póliza o bien se encuentra excluida, si aplica o no una posible preexistencia, si ha existido dolo o reticencia en la declaración personal de salud, si la póliza cuenta con un monto asegurado tope y si éste ya ha sido copado, si existen deducibles o franquicias, si la prestación fue efectivamente realizada, etc..

Por lo anteriormente expuesto, no es posible señalar a un asegurado que la prestación que requiere está cubierta sin que se haya llevado a cabo el análisis señalado precedentemente.

dgs / DRS / pgp wf [REDACTED]

Saluda atentamente a Usted.

  
**JOSÉ ANTONIO GASPAR**  
JEFE ÁREA JURÍDICA  
POR ORDEN DEL SUPERINTENDENTE

Oficio electrónico, puede revisarlo en [http://www.svs.cl/validar\\_oficio/](http://www.svs.cl/validar_oficio/)

Folio: [REDACTED]