

OFORD .:

Antecedentes .:

Materia .: Informe.

SGD .:

Santiago, 26 de Marzo de 2014

De : Superintendencia de Valores y Seguros

A :

-----

En lo referente al oficio respuesta de la aseguradora, mediante el cual dio respuesta al requerimiento efectuado por este Servicio, con ocasión de la reclamación de don ----- cúmplame formular las siguientes observaciones.

1.- Según lo informado revisados los antecedentes el departamento médico y técnico de la compañía dictaminó rechazar el siniestro presentado, atendido que constató que la invalidez total y permanente 2/3 del asegurado es a consecuencia de la enfermedad hipertensión diabético crónico, que data del año 2003, según informe médico tratante doctora -----

Agregó que la cobertura de Invalidez Total y Permanente encontraría amparo en las condiciones generales de la póliza siempre que la invalidez total y permanente dos tercios sea causada por enfermedad originada o accidente ocurrido durante la vigencia del adicional contratado, de manera que al ser el diagnóstico de hipertensión arterial, diabetes mellitus, visión subnormal anterior a la vigencia de la póliza no es posible acceder a la cobertura según lo solicitado por el asegurado.

2.- Según se desprende de lo expuesto por don -----contrató con -----la póliza colectiva de desgravamen e invalidez permanente 2/3 con fecha de vigencia 27 de enero de 2010.

Al respecto se debe hacer presente que al tiempo de la celebración del contrato el asegurador profesional ha de conocer los riesgos cuya cobertura es asumida por la póliza que emite y, por lo tanto, es dable asumir que la compañía procedió a la evaluación del riesgo decidiendo suscribir el contrato de seguro, sabiendo o debiendo saber del diagnóstico referido, salvo omisión o reticencia del asegurado.

3.- Que atendido que la compañía suscribió el contrato de seguro y aceptó el riesgo, siendo de su cargo la verificación y cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad, y en el entendido que las coberturas de los seguros contratados deben ser ajustadas a las necesidades efectivas de aseguramiento del cliente, en la especie no se han aportado antecedentes plausibles que hagan explicable ni justifiquen la contratación y correspondiente pago de primas por una cobertura de invalidez, alegándose al momento del siniestro que la persona no cumplía con un requisito de asegurabilidad, por haber sido diagnosticada con anterioridad a la incorporación

de la póliza, de hipertensión arterial, diabetes mellitus, visión subnormal con anterior a la vigencia de la póliza

Conforme lo anterior, no habiéndose acompañado declaración de salud del asegurado u otros antecedentes que den cuenta de la suficiencia de los requisitos que su representada exige previo a la suscripción de la póliza, agradeceré instruir una nueva revisión de los antecedentes, pronunciándose amplia y detalladamente a las luz de la observaciones planteadas, sin perjuicio de evaluar posibles medidas de solución.