

OFORD : 22299
Antecedentes : Presentación adjunta.
Oficio N° [REDACTED]
Materia : Informe.
SGD : [REDACTED]

Santiago, 9 de Septiembre de 2016

DE : Superintendencia de valores y seguros
A : Gerente General
[REDACTED]

Con relación a la presentación de doña [REDACTED] mediante la cual formuló reclamo solicitando hacer efectiva la cobertura por hospitalización por siniestro, o, en su defecto, devolución de primas por incumplimiento contractual, cúpleme manifestar lo siguiente.

I.- Observaciones

Por Oficio N° [REDACTED] de 06 de septiembre de 2016, este Servicio formuló las siguientes observaciones:

1.- Del tenor de las disposiciones contractuales contenidas en las condiciones generales de la póliza inscrita bajo el código POL 320130053 establece textual:

Artículo 3°: Exclusiones.

" No habrá cobertura cuando la hospitalización se haya originado, sea consecuencia de: ...r) Enfermedades, dolencias o situación de salud preexistentes, entendiéndose por tales las definidas en el artículo 3° de estas condiciones generales, entendiéndose por tales aquellas diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata a su favor, antes de la contratación del seguro.

2.- Para los efectos de la aplicación de esta exclusión, se debe tener presente lo que a su respecto establece el artículo 6° de las condiciones generales de la póliza individualizada, referido a las obligaciones del asegurado, que rige lo dispuesto en el artículo 524 del código de Comercio.

A su turno el artículo 7°, prescribe que corresponde al asegurado declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para apreciar la extensión del riesgo, al momento de la oferta y aceptación de este seguro a través de sistemas de telefonía u otros análogos, y en otros formularios de contratación que disponga la compañía aseguradora para estos fines, constituyen elementos integrantes y esenciales de la cobertura y de este contrato de seguro. Para todos estos efectos, regirá lo dispuesto en el artículo 525 del Código de Comercio.

3.- En virtud a lo dispuesto en el artículo 525 del Código del Comercio, si el siniestro no se ha producido, y el contratante hubiere incurrido inexcusablemente en errores, reticencias o inexactitudes determinantes del riesgo asegurado en la información solicitada por la compañía aseguradora, ésta podrá rescindir el contrato.

Si el siniestro se ha producido, el asegurador quedará exonerado de su obligación de pagar la indemnización si proviene de un riesgo que hubiese dado lugar a la rescisión del contrato.

Si los errores, reticencias o inexactitudes sobre el contratante no fueron determinantes del riesgo asegurado, el asegurador podrá proponer una modificación a los términos del contrato para adecuar la prima o las condiciones de la cobertura a las circunstancias no informadas. Si el asegurado rechaza la proposición del asegurador o no le da contestación dentro del plazo de 10 días contado desde la fecha de envío de la misma, este último podrá rescindir el contrato. En este último caso, la rescisión se producirá a la expiración del plazo de 30 días contado desde la fecha de envío de la respectiva comunicación. Si el siniestro se ha producido, el asegurador tendrá derecho a rebajar la indemnización en proporción a la diferencia entre la prima pactada y la que se hubiese convenido en el caso de conocer el verdadero estado del riesgo.

4.- De esta manera, para los efectos de la aplicación de alguna exclusión, al momento de la contratación la compañía aseguradora deberá consultar al asegurable acerca de todas aquellas situaciones, dolencias o enfermedades preexistentes que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura, dejando establecido en el certificado de cobertura las restricciones y limitaciones de la cobertura en virtud de la declaración de salud efectuada por el asegurable, quien deberá entregar su consentimiento a las mismas.

De las estipulaciones contractuales transcritas, las cuales en armonía con las disposiciones legales contenidas en los artículos 524 y 525 del Código de Comercio aparece claramente, la obligación del asegurado de declarar sinceramente los riesgos a requerimiento de lo que el asegurador solicite o requiera que se le informe, esto es, la información a entregar para identificar la extensión del riesgo está condicionada o subordinada a lo que el asegurador solicite al momento de la oferta y aceptación de este seguro a través de sistema de telefonía u otros formularios de contratación que disponga la compañía aseguradora para dichos fines.

Por otra parte, es posible advertir que lo que se pretende es un señalamiento expreso de la enfermedad o situaciones de salud preexistentes, que pudieren importar una eventual privación de cobertura, ello en forma previa a la contratación y en virtud de las propias declaraciones del asegurado.

II.- Respuesta de la compañía

Su representada reiteró su determinación de rechazo, precisando que el seguro en comento corresponde a un Seguro de Renta Diaria por Hospitalización ofertado por medio de sistemas de telefonía u otros análogos, y que se rigen por las condiciones establecidas bajo la POL 3 2013 0053.

Sirven de argumento a esa compañía, que la póliza individualizada no contempla Declaración Personal de Salud (DPS), toda vez que la venta del seguro es realizado vía telefónica.

Consta en la grabación, que la asegurada es informada durante la contratación telefónica del seguro, que cualquier enfermedad o situación preexistente está excluida de cobertura.

Agregó que queda claramente establecido que una vez recepcionado y revisada la póliza, en el caso de no estar de acuerdo con las condiciones del seguro, el asegurado podrá retractarse de la contratación del seguro, lo que no ocurre en este caso.

III. Observaciones a la respuesta de la compañía

Al respecto, analizados los antecedentes recopilados y lo informado por la compañía, junto con reiterar las argumentaciones citadas en el punto I, se formulan las observaciones que pasamos a exponer.

Conforme lo señalado en el Artículo N°7 del condicionado general del la póliza contratada, bajo el título Declaraciones del Asegurado, se señala que:

"Corresponde al asegurado declarar sinceramente todas las circunstancias que **solicite el asegurador** para identificar la extensión de los riesgos, al momento de la oferta y aceptación de este seguro a través de sistemas de telefonía u otros análogos, y en otros formularios de contratación que disponga la Compañía Aseguradora para estos fines, constituyen elementos integrantes y esenciales de la cobertura y de este contrato de seguro.

Para todos estos efectos, registrá lo dispuesto en el artículo 525 del Código de Comercio."(Lo destacado es nuestro).

De la disposición contractual transcrita, que forma parte de las Condiciones Generales de la póliza, aparece claramente que corresponde y es de cargo del asegurador identificar la extensión del riesgo, ello según lo que el mismo asegurador solicite al asegurable, lo que naturalmente habrá de efectuarse al momento de la oferta y aceptación de este seguro, ya sea que se trate de contratación directa y presencial, o bien a través de sistemas de telefonía u otros medios análogos, por los medios, sistemas o formularios que se disponga al efecto. En tal sentido, huelga destacar que el mismo artículo hace referencia a otros formularios de contratación de que la compañía disponga para estos fines.

Conforme lo anterior, estando reconocido por la compañía que la póliza no contempla Declaración Personal de Salud (DPS), toda vez que la venta del seguro es realizado vía telefónica, la misma estipulación del condicionado se remite y hace regir para estos efectos lo dispuesto en el artículo 525 del Código Comercio.

El inciso segundo del artículo 525 del Código de Comercio, cuya aplicación es imperativa para las partes del contrato, según el artículo 542 de este mismo cuerpo legal, establece que: "Convenido el contrato de seguro **sin que el asegurador solicite la declaración sobre el estado del riesgo**, este no podrá alegar los errores, reticencias o inexactitudes del contrato, como tampoco aquellos hechos o circunstancias que no estén comprendidos en tal solicitud." (Lo destacado es nuestro).

En razón de lo expuesto, si tal como ha quedado establecido, su representada no solicitó al asegurable la información sobre los hechos o circunstancias que conozca y sirvan para identificar el riesgo asegurado y apreciar la extensión de los riesgos. Por tanto, quedando de este modo convenido el contrato de seguro, no resultaría ajustado a derecho hacer valer al momento del siniestro como causal de rechazo el padecimiento de una enfermedad (trombosis Safena menor del año 2012), ello considerando la inejecución por parte del asegurador de la carga de preguntar impuesta por la ley, según lo previsto en el N° 1 del artículo 524 y 525 ambos del Código de Comercio.

En los términos expuestos, atendido que esa compañía ofertó y suscribió por vía telefónica el contrato de seguro, aceptando el riesgo en las condiciones ya descritas sin prever por medio alguno la declaración



En defecto de lo anterior, su representada deberá explicar y justificar la consistencia de su decisión de rechazo del siniestro, a la luz de lo previsto en las normas legales citadas.

Saluda atentamente a Usted.

CON COPIA

1.- :

Group	U.S. should take action	U.S. should not take action
Total	84%	16%
Men	82%	18%
Women	86%	14%
18-29	88%	12%
