



OFORD.: N°27344
Antecedentes.: Presentación que indica.
Materia.: Informe
SGD.: N°
Santiago, 20 de Noviembre de
2012

De : Superintendencia de Valores y Seguros
A : Gerente General

En relación al reclamo presentado por don(ña)_____, en relación a la cobertura de los seguros de desgravamen a que se incorporara don(ña) _____(Q.E.P.D.), la sociedad de su gerencia ha sostenido que la liquidación del siniestro se encuentra pendiente de evaluación por la contraloría por falta de información médica solicitada el día 16 de agosto (Informe Medico por Diabetes / Informe Medico por Cardiopatía y el Historial de Gastos médicos ambulatorios curativos, otorgados por la Institución de Salud Previsional).

Al respecto, cabe formular las siguientes observaciones a los planteamientos de la compañía:

- 1.- El artículo 61 del D.F.L. 351, de 1931, en su inciso 2 establece textualmente que "La liquidación de un siniestro tiene por fin básicamente determinar la ocurrencia del siniestro, si el riesgo está bajo cobertura de una compañía determinada, y el monto de la indemnización a pagar, todo ello de conformidad con el procedimiento que establezca el reglamento".
- 2.- El procedimiento de liquidación reglamentario no establece distinciones en cuanto a su aplicación, por lo que éste resulta aplicable a siniestros que se refiera a contratos de seguros del primer grupo como del segundo grupo, y tanto a los riesgos de salud como de accidentes personales.
- 3.- La plena aplicación del procedimiento de liquidación reglamentario a los seguros del segundo grupo ha sido objeto de jurisprudencia previa de este Servicio, pudiendo citarse de manera ejemplar el Oficio Ord. N° 4455 de 25.05.2004. (Dictámenes Contrato de Seguros, 2005).

4.- De conformidad a lo dispuesto en el artículo 22 del D.S. 863 de 1989 "El liquidador y la compañía en su caso, deberán emitir el informe de liquidación, no pudiendo éste exceder de 90 días corridos, contado desde la fecha del denuncia de siniestro, a excepción de los siniestros de vehículos motorizados en que el plazo no podrá exceder de 60 días corridos y de los siniestro marítimos que afecten a los cascos o en caso de avería gruesa en que el plazo será de 180 días", y añade: "Estos plazos podrán, en casos fundados, prorrogarse sucesivamente por iguales períodos, circunstancia que deberá comunicarse al asegurado y a esta Superintendencia, la que podrá dejar sin efecto la ampliación por causas calificadas por este Servicio, y fijar un plazo para entregar el informe".

De lo anterior se sigue que no es efectivo que el procedimiento de liquidación de siniestro del D.S. 863 está diseñado para los casos de seguros generales. Ello, por cuanto de conformidad a las normas citadas, la liquidación de un siniestro, deberá efectuarse en el más breve plazo, y en término generales no exceder de 60 días, salvo en caso de prórrogas justificadas, las que habrían de comunicarse al asegurado y a esta Superintendencia.

En este sentido, cabe además hacer presente que de conformidad a lo dispuesto en los artículos 16 y 22 del D.S. 863, de 1989, el impulso de la liquidación corresponde a la compañía o al liquidador designado, en término tales que no resulta admisible la argumentación en orden a que podría dilatarse sin límite de tiempo la liquidación del siniestro so pretexto de haberse solicitado al asegurado determinados antecedentes médicos, cuando los mismos deberían o podría haber sido gestionados u obtenidos por el liquidador, o la compañía en su caso, requiriendo la autorización previa del paciente.

5.- Siendo que la liquidación del siniestro es extensión de la obligación principal del asegurador de indemnizar, no habiéndose justificado el rechazo del siniestro en alguna disposición del contrato, la demora en el pago constituiría al asegurador en responsable frente a su cliente por su eventual incumplimiento o incumplimiento tardío.

6.- Se opone a la buena fe que debe regular las relaciones entre asegurador y asegurado, poner de cargo de éste último perseguir judicialmente, a través del procedimiento arbitral previsto en la póliza el pago de la indemnización, cuando el asegurador no ha cumplido con el procedimiento de liquidación previsto en la ley, ni ha mediado el rechazo del siniestro.

7. En el caso en comento, la requirente ha manifestado en numerosas oportunidad, inclusive la presente reclamación, que no dispone de aquéllos antecedentes médicos que le han sido solicitados. Cabe hacer presente que se ha impuesto a la viuda del asegurado la carga de entregar antecedentes, respecto de los cuales no tendría más u otra información que le previamente entregada a esa aseguradora, sin que se hubiere detallado antecedente alguno que sugiera la existencia de otros antecedentes en poder de la peticionaria.

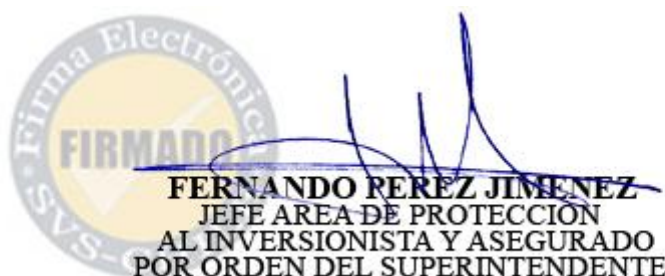
En consecuencia, sin perjuicio de reiterar las instrucciones impartidas, se

instruye el cumplimiento de las normas del procedimiento de liquidación de siniestros previstas en el DFL 251, de 1931, en relación al D.S. N° 863, de 1989, y adoptar las medidas necesarias que permitan dar solución al presente reclamo.

Asimismo, considerando que la asegurada señala además haber requerido copia de las pólizas suscritas por el asegurado, las que no le habrían sido remitidas, deberá además justificar tal situación teniendo presente las instrucciones impartidas mediante Circular N° 1457 de 1999.

La respuesta al oficio debe ser realizada a más tardar el :
23/11/2012

Saluda atentamente a Usted.



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