



OFORD.: N°21814
Antecedentes.: Reclamo por no pago de indemnización
que indica.
Materia.: Informa.
SGD.: N° [REDACTED]
Santiago, 07 de Octubre de 2015

De : Superintendencia de Valores y Seguros
A :

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

Se ha recibido en esta Superintendencia la presentación indicada en el antecedente, mediante la cual se ha formulado reclamo por el rechazo de la indemnización del Seguro Colectivo Vida y Salud contratado la entidad aseguradora cuya individualización consta en la reclamación.

Sobre el particular, teniendo presente los antecedentes recabados con motivo de la presentación, esta Superintendencia requirió informe a la entidad reclamada en los términos que se indica a continuación.

I.- Solicitud de Incorporación Seguro Colectivo de Vida y Salud.

Conforme consta en la solicitud de incorporación, en Diciembre del año 2011 se incorporó la reclamante al Seguro Colectivo contratado por la Caja de Compensación de Asignación Familiar Los Andes.

En cuanto a la declaración de salud, de fecha 26 de Diciembre de 2011, suscrita por la reclamante, que detalla una serie de patologías relacionadas a la columna, entre otras a saber: "...*Secuela traumática de columna, discopatía de columna, hernia de columna*"..., respecto de la cual la asegurable no habría indicado, según esgrime la compañía, padecer al momento de la incorporación enfermedad.

II.- Antecedentes del reclamo.

La compañía con fecha 29 de Diciembre de 2014, recibió denuncia de siniestro por el reembolso de gastos médicos, solicitándole la devolución de los gastos médicos originados

en una intervención médica a la cual debió ser sometida la reclamante por el motivo de artrodesis lumbar, con fecha 22 de Abril de 2012, el cual una vez realizado el análisis correspondiente, se concluyó su rechazo en atención que la causa directa de éste habría sido una enfermedad preexistente. No obstante aquello, la reclamante estima que dicha exclusión no puede ser aplicada, en el caso particular toda vez que no tuvo sino los síntomas de la enfermedad hasta el 12 de Diciembre de 2012.

III.- Condiciones Generales de la Póliza.

En lo pertinente, y en cuanto a la solicitud de incorporación del seguro colectivo las Condiciones Generales de la Póliza del Seguro Colectivo de Vida, depositadas en este Servicio bajo el código POL 310081, señalan lo siguiente:

"ARTICULO 7: EXCLUSIONES

Sin perjuicio de las exclusiones señaladas en el artículo precedente, esta póliza no cubrirá los gastos médicos cuando ellos provengan o se originen en situaciones o enfermedades preexistentes.

Para los efectos de la aplicación de esta exclusión, en el proceso de contratación del seguro o de incorporación de un asegurado, según sea el caso, *la compañía aseguradora estará obligada a preguntar al asegurable acerca de todas aquellas situaciones o enfermedades preexistentes que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura.* En las Condiciones particulares de la póliza o certificado de cobertura, según corresponda, se deberán establecer las restricciones y limitaciones de cobertura en virtud de la declaración efectuada por el asegurado, y haberlo consentido éste mediante declaración especial firmada, la que formará parte integrante de la póliza.

Con todo, la declaración especial del asegurable no será necesaria en el caso de los seguros contratados colectivamente a favor de los trabajadores o de afiliados a Servicios de Bienestar, por su empleador o el citado servicio, respectivamente, y siempre y cuando el pago de la prima sea íntegramente cubiertos por estos."

Al respecto, cabe hacer presente las siguientes consideraciones:

1.- De la disposición antes transcrita, contenida en las Condiciones Generales de la Póliza, se desprende que dicha solicitud que debía realizar la Compañía al momento de la contratación del seguro, en la especie no habría sido formulada a la asegurable en los términos previstos en el condicionado general, toda vez que de haber sido requerida, la reclamante habría tenido la posibilidad de responder la pregunta específica que el asegurador estaba obligado a formular en orden a establecer una exclusión o limitación de cobertura, sin que en la especie conste tal solicitud o requerimiento que permitiere fundar una alegación de preexistencia.

2.- Lo anterior, guarda relación con lo dispuesto en la Norma de Carácter General 255, en el Punto 1.3, capítulo III, lo siguiente: "Tratándose de seguros de salud, vida o invalidez, la

incorporación en las condiciones generales de la póliza, de cláusulas de exclusión de coberturas por enfermedades o condiciones de salud preexistentes a la fecha de contratación deberá sujetarse a lo siguiente: a) La exclusión de cobertura deberá corresponder a una situación o una enfermedad diagnosticada o conocida por el asegurado antes de la contratación de seguro. Para efectos de lo anterior, el modelo de condicionado deberá contemplar la obligación del asegurador de preguntar al asegurado acerca de todas aquellas situaciones o enfermedades que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura. b) En las condiciones particulares se deberán establecer las restricciones y limitaciones de la cobertura, en virtud de la declaración efectuada por el asegurado, y haberlo consentido éste, mediante declaración especial firmada la que formará parte integrante de la póliza". (lo subrayado es nuestro).

3.- En virtud de lo anterior, resulta que conforme a lo señalado, la evaluación de los riesgos corresponde a la propia Compañía de Seguros, que asume el riesgo, y no al contratante de esta, de tener que informar, ya que en tal sentido, el asegurado responderá basado en lo que el propio asegurador le requiera, ajustándose en consecuencia, a lo establecido en las Condiciones Generales de su contrato.

4.- No obstante lo anterior, ha fundado el reclamo y su rechazo, en una patología cuya data, es fecha 14 de Septiembre de 2011, oportunidad en la cual la asegurable habría padecido de "Transtorno del Disco Lumbar y Otros", sin que la misma compañía haya requerido y fundado los antecedentes médicos que permitan establecer el conocimiento de la enfermedad o acreditado el padecimiento de la patología con anterioridad, que habría tenido la asegurada con anterioridad a la fecha de incorporación del seguro, conforme los cuales le haya sido diagnosticada la artrodesis lumbar que se reclama.

Conforme a aquello, contractualmente las declaraciones que debe haber realizado la asegurada al tiempo de su incorporación del seguro, significaban una obligación que debe necesariamente entenderse en relación a lo que el propio asegurador requiere que se le declare. A contrario sensu, no exigiéndose declaración específica respecto de la patología que ha sido rechazada no se advierte el fundamento que permitiría, en consecuencia, alegar su reticencia u omisión de la propia asegurada.

5.- A mayor abundamiento, en circunstancias que la evaluación de los riesgos en los contratos de seguros corresponde a la compañía que los asume y, no al contratante o asegurado del mismo, determinar si una persona reúne o no las condiciones exigidas por la póliza, es una obligación del propio asegurador, quien debe tomar todas las medidas posibles para aquello, antes de asumir los riesgos, ya que una vez celebrado el contrato, éstos correrán de su cargo. Aquello adquiere mayor relevancia, tratándose de un seguro colectivo, y más aún si la suscripción del seguro se verifica sobre una base no médica, es decir, con prescindencia de un examen médico.

6.- De esta forma, considerando que en el documento denominado Solicitud de Incorporación Seguro Colectivo de Vida y Salud, tenido a la vista, el asegurador no habría requerido un pronunciamiento especial de haber padecido la asegurada artrodesis lumbar, al momento de la incorporación del contrato, independientemente de los motivos que tuvo en

consideración para ello, dicha decisión, por aplicación del principio de buena fe del seguro, no parece compatible con el hecho de hacer valer las enfermedades preexistentes que pudo tener la asegurada, ya que, la asegurada mal podría haber informado sobre las patologías que le afectarían, en circunstancias, de que como ha señalado en su reclamo, la sintomatología recién habría comenzado en el año 2012.

7.- En efecto, conforme se ha fundado el reclamo en la especie no se ha podido apreciar la existencia de la enfermedad que se ha alegado al momento de la contratación, en cuanto la misma compañía no habría podido establecer la existencia de un diagnóstico médico de la patología por la cual habría sido intervenida médicamente.

Conforme lo anterior, cúpleme informar a Ud., que tras las gestiones realizadas y en respuesta a las observaciones formuladas por este Servicio, la entidad reclamada informó, en definitiva, que de acuerdo a la reevaluación de los antecedentes presentados, concluye que cumple con los requisitos de cobertura, por lo cual se le solicita el reintegro de los gastos, esto es, bonos y/o comprobantes de reembolso originales emitidos por su Isapre y boletas de copago originales a los prestadores médicos y Prefectura clínica.

En consecuencia, para su conocimiento y fines que estime pertinentes, se adjunta copia de la respuesta referida.

Saluda atentamente a Usted.



FERNANDO REREZ JIMENEZ
JEFE AREA DE PROTECCIÓN
AL INVERSIONISTA Y ASEGURADO
POR ORDEN DEL SUPERINTENDENTE