



OFORD.: N°14473  
Antecedentes.: Presentación que indica.  
Materia.: Informe.  
SGD.: N°2011050083025  
Santiago, 24 de Mayo de 2011

De : Superintendencia de Valores y Seguros  
A : Gerente General

---

Me refiero a su carta de fecha 5 de abril último, a través de la cual su representada informó en relación al reclamo presentado por ....., indicando que se determinó rechazar el siniestro por haberse denunciado aquél en forma extemporánea, conforme a lo dispuesto en el artículo N° 14 de las Condiciones Generales de la póliza.

Conforme lo anterior, en relación a lo informado por esa compañía se observa lo siguiente:

1. De acuerdo a las condiciones de la póliza contratada, las estipulaciones relevantes en la especie, son las siguientes:

a) El artículo N° 14 de las Condiciones Generales de la Póliza establece: "Efectuado un gasto médico reembolsable en virtud de la presente póliza, o sus cláusulas adicionales si fuere el caso, el asegurado deberá informarlo a la compañía aseguradora a través del contratante, dentro de un plazo de sesenta (60) días contados desde la fecha de la prestación, en el formulario especial que la compañía aseguradora facilitará al efecto".

b) El artículo N° 4 de las Condiciones Generales en relación a la duplicación de los beneficios señala: "Se reconocerán como gastos incurridos para los efectos de este seguro, el costo efectivo de las prestaciones, servicios o tratamientos, descontadas las sumas reembolsadas por iguales beneficios contratados con otras instituciones, sin perjuicio de los límites máximos contratados en las Condiciones Particulares de la póliza".

c) Por otra parte, el artículo N° 15 establece que "Constituye requisito para cualquier reembolso de gasto por parte de la compañía aseguradora: La

entrega a la compañía aseguradora de los originales extendidos a nombre del asegurado de los recibos, boletas y facturas cuando corresponda, copia de bonos, copia de ordenes de atención, copia de programas médicos u otros documentos que acrediten el gasto incurrido y su cancelación; como asimismo, en su caso, los que acrediten el pago o el reembolso de parte de ellos por la entidad aseguradora, institución o entidad referidos en la letra anterior".

2. Conforme las disposiciones citadas, constituye una condición del reembolso de gastos médicos el que previamente hubieren operado otros seguros, sistemas o instituciones a las que pertenezcan los asegurados y que otorguen a éstos beneficios médicos, y que el asegurado entregue a la compañía los originales extendidos a nombre del asegurado de los recibos, boletas y facturas que acreditan el gasto incurrido y su cancelación. .

Así, la prestación cubierta por el seguro está indisolublemente vinculada o asociada a la determinación del copago del asegurado y la acreditación de los gastos efectivamente incurridos por éste. En tal sentido, encontrándose pendiente la emisión de las boletas no ha sido posible al asegurado acreditar el gasto efectivo en que el asegurado hubiere incurrido.

En cuanto al plazo previsto en el artículo 14º de la póliza, que de acuerdo a los términos de esta condición debe contarse "desde la fecha de la prestación", acorde a lo establecido en las disposiciones antes citadas y lo concluido precedentemente, no resulta lógico prescindir para efectos de la correcta aplicación del plazo en cuestión de la circunstancia de no haberse efectuado por parte del asegurado un gasto médico reembolsable, o que no se hallare determinada la existencia de tales gastos; ello mediante la respectivo programa médico, boleta o factura. De lo contrario, resultaría que se restringiría el sentido y alcance del concepto "prestación", en perjuicio del asegurado, al privársele o negarse la posibilidad de hacer efectiva la cobertura del seguro por no haber notificado "la ocurrencia del siniestro" en el plazo señalado en el artículo 11; ello pese a que en rigor el siniestro estaría constituido o configurado por el monto del gasto efectivamente incurrido y cubierto, lo que dará lugar a la indemnización conforme a los términos y condiciones de la póliza respectiva.

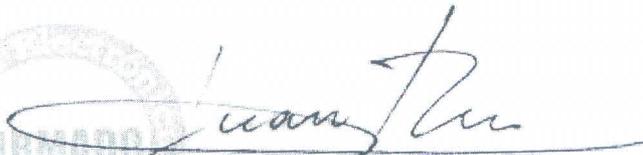
Por lo tanto, mientras no se hubiere aún efectuado o determinado un gasto médico reembolsable, habría que estarse a la interpretación que permita atribuir efectos a los términos del articulado en cuanto a la determinación y realización de dichos gastos, y al aviso del siniestro. Si el asegurado se ha visto materialmente impedido de denunciar el siniestro o presentar los documentos requeridos, porque ignora la existencia de gastos médicos reembolsables o no dispone de los documentos que los acreditan, lo que en rigor obstaría a entender que el siniestro se hubiere configurado, debe considerarse que el cumplimiento de la carga contractual sólo es posible cuando se ha efectuado la prestación y determinado el correspondiente copago.

En consecuencia, se servirá evaluar alternativas de solución, considerando la hipótesis que por motivos que no serían imputables al asegurado éste se habría

visto impedido de presentar oportunamente las boletas, ello atendido los problema que la misma clínica certificó se verificaron en la emisión de las boletas por honorarios médicos.

La respuesta al oficio debe ser realizada a más tardar el :  
31/05/2011

Saluda atentamente a Usted.

  
**JUAN EDUARDO REYES R.**  
COORDINADOR AREA DE PROTECCION  
AL INVERSIONISTA Y ASEGURADO  
POR ORDEN DEL SUPERINTENDENTE

Archivo anexo

 SGD:2011040057162 :  Respuesta Oficio Ordinario

---