

OFORD.: N°4595
Antecedentes.: Su respuesta a Oficio 3700.
Materia.: Informe.
SGD.:

Santiago, 10 de Febrero de 2012

De : Superintendencia de Valores y Seguros

A : Gerente General

Me refiero a lo informado por esa compañía con ocasión del reclamo de doña [redacted], en cuanto señalan que, por los motivos que expone, no existiría declaración de los asegurables, ya que la prima es financiada 100% por el contratante.

Sobre la materia, cabe considerar lo siguiente:

1. La NCG 124, dispone en su número 1.3 lo siguiente:

"1.3 Tratándose de seguros de salud, vida o invalidez, la incorporación en las condiciones generales de la póliza, de cláusulas de exclusión de cobertura 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 enfermedad diagnosticada o conocida por el asegurado antes de la contratación del 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. No será aplicable el consentimiento señalado, en el caso de seguros contratados colectivamente a favor de 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 cubierto por éstos.

En caso de pólizas que se asegure a un grupo familiar, para los efectos de lo señalado en las letras a) y b) precedentes se entenderá que el asegurado corresponde al asegurado titular o principal de la póliza, quien paga la prima."

2. De lo anterior, resulta que para que el modelo de condicionado pueda contemplar una exclusión relativa a preexistencia existen 2 requisitos: i) que el modelo contemple la obligación de la compañía de preguntar al asegurado de aquellas situaciones que puedan importar una limitación o exclusión, y ii) que en las condiciones particulares se establezcan las restricciones y limitaciones de la cobertura en virtud de la declaración efectuada por el asegurado, y haberlo consentido éste mediante declaración especial firmada.

3. Ahora bien, como lo señala la propia norma, el consentimiento del asegurado relativo a la restricción o limitación de cobertura, no aplica si se trata de un seguro colectivo no contributivo contratado por un empleador respecto de sus trabajadores, o por un servicio de bienestar respecto de sus afiliados.

4. Concordante con la normativa anterior, en la letra i) del artículo 5 de las condiciones generales de la póliza que se trata, se contiene la siguiente de cobertura: "Situaciones o enfermedades preexistentes, entendiéndose por tales aquellas conocidas o diagnosticadas con anterioridad a la fecha de incorporación del asegurado a la póliza.

Para los efectos de la aplicación de esta exclusión, al momento de la contratación la Compañía Aseguradora deberá consultar al Asegurable acerca de todas aquellas situaciones o enfermedades preexistentes que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura. En el certificado de cobertura se establecerán 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 mediante declaración especial firmada por él, la cual formará parte integrante de la Póliza.

Con todo, la declaración especial del asegurable no será necesaria en el caso de seguros contratados colectivamente a favor de 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 cubierto por estos.

5. De lo señalado, resulta que el hecho de ser un seguro no contributivo contratado por el empleador o el respectivo Servicio de Bienestar, no significa que pueda obviarse la consulta al asegurable de todas aquellas situaciones o enfermedades preexistentes que puedan importar una exclusión de cobertura, permitiéndose en este caso sólo que no se exija el consentimiento del mismo para la aplicación de la citada exclusión.

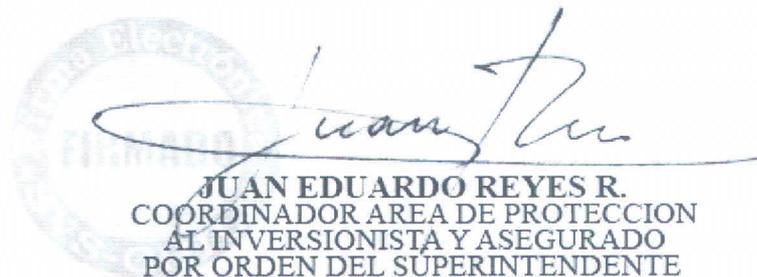
6. Con todo, en la especie estamos frente a un seguro de escolaridad, en que el asegurado es el padre, madre o sostenedor económico que financie la educación del alumno. A este respecto, cabe mencionar que el hecho de tratarse de un seguro no contributivo no exime del consentimiento del asegurado para la aplicación de restricciones o limitaciones de cobertura en virtud de la declaración efectuada por el asegurado, salvo cuando se trata de un seguro contratado para los trabajadores del empleador o los afiliados al Servicio de

Bienestar, que no sería el caso que nos ocupa.

Por consiguiente, dado que de su respuesta se desprende que no se habría consultado a los asegurados sobre las situaciones o enfermedades preexistentes y que, no obstante tratarse de un seguro no contributivo, el mismo no correspondería a trabajadores de la entidad contratante, por lo que debió existir el consentimiento de los asegurados para la aplicación de restricciones y limitaciones de cobertura, de manera que, en definitiva, no se cumplirían con los requisitos previstos para la aplicación de la exclusión de preexistencia, le agradeceré evaluar una alternativa de solución al reclamo e informarnos fundadamente sobre ello.

La respuesta al oficio debe ser realizada a más tardar el : 17/02/2012

Saluda atentamente a Usted.



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

Oficio electrónico, puede revisarlo en http://www.svs.cl/validar_oficio/