

OFORD.: N°8540  
Antecedentes.: 1. Presentación de  
2. Of. Ord. N°  
3. Su respuesta de fecha  
Materia.: Informe.  
SGD.: N°  
Santiago, 31 de Marzo de 2014

De : Superintendencia de Valores y Seguros  
A : Gerente General

---

Me refiero a su respuesta al Ord. de la referencia, mediante la cual se pronuncia rechazando la presentación de \_\_\_\_\_, quien reclama la indemnización que estima procedente en virtud del seguro de vida contratado por su cónyuge, \_\_\_\_\_ con esa compañía.

Conforme fuera informado por su representada, con fecha 01 de marzo de 2008 se incorporó al Seguro Colectivo de Escolaridad contratado por \_\_\_\_\_ don \_\_\_\_\_ (Q.E.P.D.).

El 18 de noviembre de 2013 la compañía recibió denuncia de siniestro por el fallecimiento, y una vez realizado el análisis correspondiente concluye 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 su cónyuge no fue requerido en orden a declarar la existencia de enfermedad o condición alguna.

En lo pertinente, las Condiciones Generales de la Póliza del Seguro Colectivo de Vida, depositadas en este Servicio bajo el código POL (2 10 174), señalan lo siguiente:

*"ARTICULO 3: EXCLUSIONES*

*Este seguro no cubre el riesgo de muerte cuando el fallecimiento del asegurado se produzca a consecuencia de algunas de las siguientes situaciones:*

*k) Enfermedades Preexistentes o Condiciones de Salud Preexistentes, entendiéndose por tales aquellas conocidas por el asegurado 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, el consentimiento señalado del asegurable no será necesario 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." (lo subrayado es nuestro).*

Al respecto, cabe hacer presente las siguientes consideraciones:

- 1.- De la disposición transcrita, contenida en las Condiciones Generales de la Póliza, se desprende que es requisito indispensable para la aplicación de la exclusión en comento que al tiempo de la contratación la compañía consulte al asegurable sobre las situaciones o enfermedades preexistentes que puedan significar restricciones a la cobertura.
- 2.- En su respuesta justificó el rechazo del siniestro que nos ocupa basado en que don \_\_\_\_\_ (Q.E.P.D.) fue diagnosticado de enfermedad coronaria e infarto agudo al miocardio con anterioridad a la vigencia del contrato, agregando que no le solicitó una declaración de salud al asegurado en atención a que esto no era necesario de acuerdo a lo dispuesto en el párrafo final del artículo en cuestión, ya que la prima es pagada por el Colegio contratante de la Póliza.
- 3.- No obstante lo anterior, resulta necesario precisar que lo que se establece en dicho párrafo es que el consentimiento del asegurable no es requerido si el pago de las primas es cubierto por el empleador o por el Servicio de Bienestar en el caso de seguros colectivos a favor de trabajadores o afiliados a dicho Servicio. El consentimiento requerido debe ser a través de una declaración especial y firmada, que será parte integrante de la Póliza, y tiene por objeto que el asegurable acepte restricciones o limitaciones a la cobertura, en atención a la Declaración Personal de Salud que ha suscrito.

En consecuencia, al tenor de la condición citada la única liberación establecida para la compañía es la de obtener el consentimiento del asegurado respecto a las alteraciones de la cobertura, siempre que se trate de seguros colectivos a favor de trabajadores o afiliados al Servicio de Bienestar y que la prima sea pagada por el empleador o por el Servicio de Bienestar contratante. En estricto rigor, aun cuando la exigencia se refiriera a la posibilidad de prescindir de la Declaración Personal de Salud, que no es el caso, no se cumple en la situación analizada propiamente con la definición descrita en el Condicionado General, toda vez que el colegio, contratante en el caso particular, no sería ni empleador ni Servicio de Bienestar del asegurado, ni éste obedecería a la descripción de trabajador dependiente de aquél ni afiliado de este último, respectivamente.

- 4.- Por otra parte, de la lectura de las disposiciones se desprende que para aplicar la exclusión de enfermedad preexistente es preciso que se consulte por éstas. A este respecto el artículo 6 de las Condiciones Generales de la Póliza señala expresamente dicha exigencia en los siguientes términos:

**"ARTICULO 6°: DECLARACION DEL CONTRATANTE Y DEL ASEGURADO**

*Con anterioridad a la celebración de este seguro, el contratante deberá declarar por*

escrito a la compañía aseguradora, sobre todos los hechos y circunstancias respecto de las personas amparadas por esta póliza, que permitan a la compañía aseguradora evaluar y asumir correctamente el riesgo y que puedan influir en las condiciones del contrato.

Asimismo, con anterioridad a la incorporación a esta póliza, el asegurado titular deberá declarar por escrito, respecto de él y de sus asegurados dependientes, acerca de las enfermedades preexistentes o condiciones de salud preexistentes."

Conforme a aquello, las declaraciones que debe realizar el asegurado al tiempo de su incorporación es una obligación que debe necesariamente entenderse en relación a lo que al asegurado se le requiere exponer o declarar. A contrario sensu, no exigiéndose declaración alguna no puede entenderse que existió reticencia del asegurado.

5.- Congruente con lo anterior es lo indicado en las condiciones particulares del Seguro de Escolaridad N° de Póliza: \_\_\_\_\_ acompañadas, que establecen como Condiciones de Asegurabilidad en el caso que la edad del asegurado es entre 0-59 años, y el rango de capital asegurado en UF es entre 0 a 3.500, como requisito la firma de la solicitud de incorporación, única y exclusivamente, cuestión a la que el asegurado dio cumplimiento.

6.- 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 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.

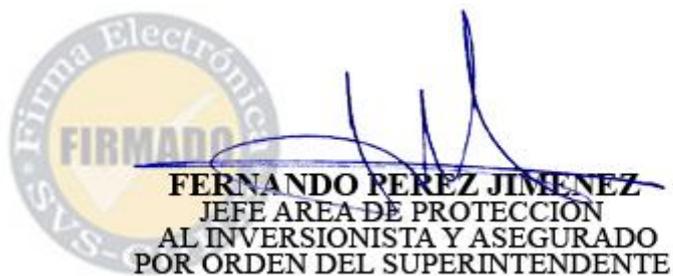
7.- De esta forma, considerando que el asegurador no solicitó al asegurado una declaración de salud al momento de incorporarse al contrato, independientemente de los motivos que tuvo en consideración para ello, dicha decisión, por aplicación del principio de buena fe del seguro, no parece compatible con el hecho de hacer valer las enfermedades preexistentes que éste pudo tener. Aquello significa privar de cobertura al asegurado sin tener éste oportunidad alguna para hacer presente su verdadero estado de salud, toda vez que al no solicitarle la declaración de salud al incorporarse a la póliza, mal podría éste informar sobre las patologías que le afectan.

Por las razones expuestas anteriormente, habrían fundamentos plausibles para estimar que, en la especie, no resultaría ajustada a las disposiciones contractuales de la Póliza suscrita el rechazo de la cobertura en los términos esgrimidos por la Compañía.

Por lo anterior, agradeceré ordenar la revisión del caso informando a esta Superintendencia de la decisión que al respecto se adopte, o bien, de las gestiones que restarían para su resolución.

La respuesta al oficio debe ser realizada a más tardar el : 07/04/2014

Saluda atentamente a Usted.



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