

REF.: Imparte normas relativas a la contratación de seguros que indica.

---

## **NORMA DE CARACTER GENERAL N° BORRADOR**

A todo el mercado asegurador

Esta Superintendencia ha tomado conocimiento de dificultades que se presentan con motivo de la aplicación de exclusiones por preexistencias en seguros de vida, invalidez y salud, en especial en aquellos seguros asociados a créditos y aquellos que se contratan a través de canales de comercialización masivos. Lo anterior como consecuencia de la utilización de declaraciones de salud poco precisas respecto a la aplicación de exclusiones de cobertura por enfermedades preexistentes y de inadecuados procesos de suscripción del riesgo.

Con el propósito de solucionar las dificultades e inconvenientes observados y mejorar la transparencia e información que se entrega a los clientes, se ha estimado necesario impartir instrucciones mínimas relativas a la información a proporcionar durante el proceso de suscripción y sobre la aplicación de las exclusiones por preexistencias, de modo de permitir que los asegurados puedan apreciar y formarse un debido conocimiento de las condiciones de las coberturas contratadas y que el seguro opere en forma efectiva.

En atención a lo señalado, este Servicio, en uso de sus facultades legales, en especial lo dispuesto en el artículo 3° letras e) y m) del D.F.L. N° 251, de 1931, imparte las siguientes instrucciones:

1. Todo seguro de vida, invalidez o salud, ya sea contratado en forma individual o colectiva, que considere la aplicación de exclusiones de cobertura por enfermedades preexistentes, deberá contemplar un proceso de suscripción del riesgo que considere como mínimo los siguientes requerimientos:
  - a) Se deberá utilizar una declaración de salud donde se especifique en forma clara y precisa las enfermedades que se entenderán como preexistencias y que por lo tanto podrían originar la no cobertura del seguro. No se podrá utilizar para este efecto definiciones amplias o situaciones generales de exclusión por preexistencias.
  - b) La declaración de salud deberá ser llenada por el propio asegurado de su puño y letra y deberá ser firmada por éste.
  - c) La compañía, en el evento que el asegurado declare alguna de las enfermedades consideradas como preexistencias, deberá, en un plazo máximo de cinco días hábiles, pronunciarse e informar al asegurado respecto a la aceptación de la cobertura, considerando lo siguiente:
    - i. La compañía acepta la cobertura sin restricciones, no operando por ende la aplicación de exclusiones por enfermedades preexistentes.
    - ii. La compañía acepta la cobertura, pero se excluye de ésta el pago de indemnizaciones por siniestros asociados directamente a la enfermedad declarada. En todo caso, la compañía sólo podrá contemplar la exclusión señalada por un período máximo de dos años de contratado el seguro.

- iii. La compañía solicita antecedentes adicionales para adoptar su decisión. En este caso deberá informar si durante el período que se encuentre en análisis, el asegurable se encuentra bajo cobertura. Dicho período de análisis no deberá ser superior a 10 días hábiles.
- iv. La compañía rechaza la cobertura.

La compañía no podrá cobrar prima del seguro mientras no haya aceptado la cobertura.

- 2. Las compañías que no apliquen un proceso de suscripción del riesgo o éste no cumpla con los requerimientos mínimos señalados en el número anterior, no podrán aplicar exclusiones de cobertura por enfermedades preexistentes.
- 3. En el evento que, cumplido lo dispuesto en el N° 1 precedente, el asegurable no declarase una enfermedad preexistente, la compañía sólo podrá aplicar una exclusión por preexistencia, si dispone de información objetiva y fehaciente que le permita demostrar que el asegurable estaba en conocimiento de la existencia de dicha enfermedad, tales como informes de diagnóstico de médico tratante, ficha clínica, realización de exámenes y su correspondiente informe de resultados. En todo caso, transcurridos 5 años de contratado el seguro, no se podrá aplicar bajo ninguna circunstancia la exclusión por enfermedades preexistentes.
- 4. Los contratos de los seguros contratados por las aseguradoras, deberán ajustarse a lo dispuesto en la presente norma.

**Vigencia:**

La presente norma entra en vigencia en el plazo de 90 días contado desde su dictación, y será aplicable a contratos de seguros emitidos a partir de dicha fecha. La presente norma no será aplicable a renovaciones de contratos emitidos con anterioridad a la fecha señalada.

**GUILLERMO LARRAIN RIOS  
SUPERINTENDENTE**