

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

Santiago,

CIRCULAR N° *BORRADOR*

A todo el mercado asegurador

Esta Superintendencia ha tomado conocimiento de las dificultades que se presentan con motivo de la aplicación de los seguros de salud denominados catastróficos, que cubren el reembolso de gastos médicos que superen un monto alto de deducible o franquicia, a causa de la compleja información entregada a los clientes asegurables al momento de contratar dichos seguros, por parte de las compañías aseguradoras, sus agentes o intermediarios, generando expectativas y reclamos por la cobertura efectiva de los seguros que no se ajustan a las condiciones en que le fueron ofrecidos.

Con el propósito de solucionar las dificultades e inconvenientes que se presentan, y mejorar la transparencia e información que se entrega a los clientes, se ha estimado necesario impartir instrucciones mínimas para estandarizar dicha información, de modo de garantizar que los asegurables puedan apreciar y formarse un debido conocimiento de las condiciones de las coberturas ofrecidas, disminuyendo el riesgo de tomar decisiones erróneas sobre las coberturas del seguro de salud y su relación con el sistema de salud al que pertenezcan (Isapre-Fonasa).

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

I. *Ámbito de aplicación.*

La presente regulación será aplicable a los seguros de salud de carácter individual o colectivos, cuya cobertura otorgue reembolsos por gastos médicos en que incurrieren los asegurados, con monto de deducible o franquicia que superen las 20 U.F.

“Con todo, esta circular no será aplicable a seguros de salud a favor de trabajadores o de afiliados a Servicios de Bienestar, contratados colectivamente por su empleador o el citado servicio, respectivamente.”

II. *Propuesta o solicitud de incorporación a un seguro de salud.*

Las compañías de seguros deberán colocar una leyenda obligatoria, en forma visible y destacada, empleando para ello caracteres de tamaño superior y fondo distinto del resto del documento, a fin de que sea claramente identificable, en todas las propuestas o solicitudes de incorporación de los seguros referidos, y a continuación de la individualización del asegurable y/o contratante de la cobertura ofrecida. El texto debe decir lo siguiente:

IMPORTANTE

Al contratar o incorporarse a este seguro de salud, Ud. debe tener presente lo siguiente:

- 1.- Este es un seguro voluntario, de tipo catastrófico, que reembolsa sólo los gastos médicos cuando éstos superan una cantidad determinada de dinero (deducible o franquicia).
2. Este seguro, no sustituye la cobertura que otorga la ISAPRE o FONASA.
- 3- Antes de contratar este seguro es importante que Ud. se informe y tenga claridad sobre los siguientes aspectos:
 - Duración de este contrato o póliza
 - Cómo y bajo qué condiciones se renueva este contrato
 - De qué manera se va a reajustar el costo de este seguro, en caso de renovación
 - En qué casos **NO SE PAGARA ESTE SEGURO** (por ejemplo, incapacidades o enfermedades previas o preexistentes).

4 En el siguiente cuadro (*) se resumen algunos antecedentes importantes que Ud. debe tener considerados, al momento de contratar este seguro:

| |
|--|
| <p>Este seguro:</p> <p>..... ampara todas las prestaciones cubiertas por su Plan de Isapre o Fonasa.</p> <p>..... contempla renovación anual garantizada.</p> <p>..... podrá modificarse la prima cumplida la vigencia.</p> <p>..... cubre preexistencias. (si cubre sólo algunas preexistencias indicar cuáles)</p> |
|--|

5- Las Condiciones Generales de este seguro se encuentran depositadas bajo el código N°... (Llenar por la aseguradora) en la Superintendencia de Valores y Seguros (www.svs.cl).

(*) Este cuadro deberá ser completado por el Asegurador sobre la línea punteada con las palabras “SI” o “NO”, según corresponda al producto ofrecido, debiendo al efecto utilizarse letra tipográfica y ennegrecida, que permita su fácil apreciación, lectura y comprensión por el cliente.

III. Información mínima a incluir en las condiciones de los contratos de seguros de salud.

1. Las condiciones particulares de la póliza deberán reproducir el mismo párrafo de la propuesta referida en el punto 4 del acápite II precedente.
2. Los contratos de los seguros a que se refiere esta Circular, deberán contener la siguiente información destacada:

2.1 Renovación Garantizada.

Señalar si el contrato cuenta con Renovación Garantizada, entendiéndose por ésta aquella por la cual la compañía garantiza la renovación año a año de la póliza, especificando las condiciones objetivas en que no opera o termina dicha garantía, como el caso de fraude o dolo, cuando el asegurado cumple una determinada edad, o si la compañía decide no renovar la cobertura a todos los asegurados de este tipo de cobertura sin discriminar.

De no contar garantía de renovación, deberá señalarse expresamente ello.

2.2.- Cláusula de ajuste de primas:

Respecto del ajuste de las primas, siguiendo la práctica general de mercado, el condicionado deberá indicar que el ajuste del precio anual del seguro se determina en base a la siniestralidad de la cartera asegurada y no en forma individual, de manera que los ajustes se efectúan sin discriminaciones individuales. Lo anterior, sin perjuicio que los señalados ajustes en las primas del seguro pueden establecerse por tramos de edad, por sexo u otras variables técnicas distintas de la siniestralidad individual.

2.3.- Cláusula de aviso de siniestro:

Deberá contemplarse que el plazo de presentación de los gastos cuya cobertura se requiera, se contará desde que los antecedentes respectivos sean puestos y se encuentren a disposición del asegurado, independientemente de la fecha de la prestación respectiva.

IV. Publicidad.

Sin perjuicio de otras normas sobre la materia, la publicidad en este tipo de seguros no puede inducir a error o confusión al público, especialmente en cuanto a las condiciones concernientes a la forma de operar del seguro; vinculación con la cobertura del Sistema de Salud -ISAPRE o FONASA-; procedimientos para

determinar la indemnización efectiva a pagar en caso de siniestro; forma de operar y aplicación del deducible o franquicia y exclusiones de coberturas.

V. Vigencia.

La presente Circular entra en vigencia a contar del plazo de 90 días hábiles contado desde su dictación.

**GUILLERMO LARRAIN RIOS
SUPERINTENDENTE**