

REF.: Instrucciones para declaraciones sobre el estado del riesgo y exclusiones en seguros de salud.

CIRCULAR N°

A todas las entidades aseguradoras del primer y segundo grupo y corredores de seguros

Esta Comisión, en uso de las facultades legales que le confieren el número 1 del artículo 5 y el numeral 3 del artículo 20, ambos del Decreto Ley N°3.538; el artículo 3° letra m) del Decreto con Fuerza de Ley N° 251 de 1931; en los artículos 525, 530, 588, 590 y 591 del Título VIII del Libro II del Código de Comercio y lo acordado por el Consejo de la Comisión para el Mercado Financiero en Sesión Ordinaria N° XXX del XX de XXXXX de 2020, ha resuelto impartir las siguientes instrucciones para los seguros de salud.

El objetivo de la normativa es reforzar las obligaciones de las compañías de seguros que comercializan seguros de salud, y de los corredores de seguros que participan en dicha comercialización, de tal manera que se asegure un trato justo a los clientes de estos seguros que, son de una gran ayuda para afrontar los gastos médicos a los que se ven enfrentados los asegurados y sus familias, de modo que las aseguradoras y corredores de seguros actúen con el debido cuidado y diligencia con los asegurados en todas las fases del ciclo de los productos de seguros de salud, especialmente en su diseño y su comercialización.

Si bien las compañías de seguros se rigen por el principio de libre contratación, por lo que pueden a su discreción decidir si aceptan o no asumir un riesgo, la forma en que se lleve a cabo la declaración del estado del riesgo y cómo se establezcan las exclusiones de cobertura, debe ser tal que permita a los asegurables, tener pleno conocimiento de las coberturas que están contratando y de las enfermedades o situaciones de salud que no tendrán cobertura o que tendrá cobertura limitada. El artículo 525 del Código de Comercio establece respecto de la declaración sobre el estado del riesgo, que: *“Para prestar la declaración a que se refiere el número 1 del artículo anterior, será suficiente que el contratante informe al tenor de lo que solicite el asegurador, sobre los hechos o circunstancias que conozca y sirvan para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión del riesgo.*

Convenido el contrato de seguro sin que el asegurador solicite la declaración sobre el estado del riesgo, éste no podrá alegar los errores, reticencias o inexactitudes del contratante, como tampoco aquellos hechos o circunstancias que no estén comprendidos en tal solicitud.”.

Más adelante, el artículo 530 dispone que *“El asegurador responde de los riesgos descritos en la póliza, con excepción de las situaciones expresamente excluidas por ella.*

A falta de estipulación, el asegurador responde de todos los riesgos que por su naturaleza correspondan, salvo los excluidos por la ley.”.

El último párrafo del artículo 588 establece que *“Por el seguro de salud, o las modalidades de otros seguros que incluyan dicha cobertura, el asegurador se obliga a pagar, en la forma estipulada en el contrato, los gastos médicos, clínicos, farmacéuticos, de hospitalización u otros en que el asegurado incurra, si éste o sus beneficiarios requiriesen de tratamiento médico a consecuencia de enfermedad o accidente.”.*

El artículo 590 dispone que *“El asegurador sólo podrá requerir antecedentes relativos a la salud de una persona en la forma establecida en el artículo 525, pudiendo solicitar la práctica de exámenes médicos de acuerdo a lo establecido en la ley”.*

Por su parte, el artículo 591, sobre enfermedades y dolencias preexistentes, señala que: *“Sólo podrán considerarse preexistentes aquellas enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata en su favor.”.*

En atención a lo anterior, se instruye lo siguiente:

1. Exclusiones de cobertura

Las exclusiones que se establezcan en las condiciones generales, ya sea de enfermedades, dolencias o situaciones de salud, deberán ser nominadas y específicas, y no podrán tener denominaciones genéricas como *“anomalías congénitas”*, dado que, por una parte una referencia genérica implica vulnerar el artículo 530 del Código de Comercio, que sólo permite excluir de cobertura *“situaciones expresamente excluidas por ella”* y por otra, vulnerar los artículos 525 y 591 del mismo cuerpo legal, en cuanto impide que el contratante tenga certeza de cuáles son aquellas que debe conocer o estar diagnosticadas para efectos de su declaración.

2. Declaración sobre el estado del riesgo

En los mismos términos expuestos en el número anterior, la declaración sobre el estado del riesgo que se solicite al asegurable, deberá comprender todos aquellos aspectos que el asegurador estime necesarios para aceptar o rechazar el riesgo.

Aquellos aspectos que no estén específicamente nominados y comprendidos en la solicitud sobre el estado del riesgo, no serán considerados para efectos de errores, reticencias o inexactitudes del contratante.

3. Consideraciones especiales

Deberá excluirse de la declaración, la consulta por Síndrome de Down, y otras características congénitas del asegurable, que por sí mismas no constituyan enfermedad.

4. Vigencia

La presente Circular entrará en vigencia a partir de esta fecha, salvo lo señalado en el número 3. Consideraciones especiales, que iniciará su vigencia el 1° de noviembre de 2020.

**JOAQUÍN CORTEZ HUERTA
PRESIDENTE
COMISIÓN PARA EL MERCADO FINANCIERO**