



COMISIÓN
PARA EL MERCADO
FINANCIERO

Informe Normativo

Circular sobre declaraciones del estado del riesgo y exclusiones en seguros de salud

Agosto 2020

www.cmfchile.cl

Circular sobre declaraciones del estado del riesgo y exclusiones en seguros de salud

Agosto 2020

INDICE

I.	Introducción	4
II.	Objetivo de la normativa	5
III.	Diagnóstico	5
IV.	Marco jurídico local.....	6
V.	Propuesta de Circular.....	7
VI.	Evaluación de impacto cualitativo (preliminar)	10

I. Introducción

De acuerdo al artículo 588 del Código de Comercio, 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.

Por su parte, la Ley de Seguros permite la comercialización de seguros de salud a las compañías de seguros de vida y a las compañías de seguros generales, no obstante, son comercializados principalmente por las primeras.

A junio de 2020, las compañías de seguros generales percibieron US\$ 2,9 millones de prima por concepto de seguros de salud, lo cual representa un 0,17% sobre el total de mercado de seguros generales. A la misma fecha, los seguros de salud vendidos por compañías de seguros de vida ascendieron a US\$ 390 millones, lo que representa un 12,8% del total de su prima directa y un 18,5% si no se consideran las rentas vitalicias previsionales.

A junio de 2020, de acuerdo a lo informado por las compañías de seguros en cumplimiento de la Circular N° 2022, existían 5.435.434 seguros de salud (ítems vigentes¹) comercializados por 34 aseguradoras de vida y 1.879.353 seguros de salud (ítems vigentes) comercializados por 5 aseguradoras generales.

Con fecha 12 de junio de 2020, la Excelentísima Corte Suprema dictó el fallo de la causa rol 38.834-2019, el cual, entre otras cosas, trata la declaración sobre el estado del riesgo y se refiere al Síndrome de Down indicando que no corresponde declararlo como enfermedad pre existente, puesto que el síndrome en sí mismo no es una patología, por lo que resultaba impropio mencionarla en la declaración de salud.

Al respecto, y, en primer lugar, es menester señalar que conforme a lo establecido en el inciso segundo del artículo 3° del Código Civil: *"Las sentencias judiciales no tienen fuerza obligatoria sino respecto de las causas en que actualmente se pronuncian"*. Así, la sentencia de la Excelentísima Corte Suprema señalada precedentemente debe ser cumplida por la demandada, para el caso específico al cual ésta se refiere.

Por otra parte, en forma posterior a la emisión del fallo, la Superintendencia de Salud dictó la Circular N°354, en virtud de sus atribuciones respecto a las instituciones de salud previsional del sistema de salud obligatorio, contenido en el Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud, en especial en sus artículos 1, 5, 6, 7 y 19.

En el caso de las pólizas de seguros de salud, éstas son contratadas voluntariamente por los asegurados con las compañías de seguros que las ofrezcan, conforme a lo establecido en el Decreto con Fuerza de Ley N°251, Ley de Seguros, y el Título VIII del Libro II del Código de

1 De acuerdo a la Circular N° 2022, ítem comprenderá a cada una de las personas, objetos, instalaciones o bienes que constituyen un riesgo, independiente que estén cubiertos por una misma póliza de seguro.

Comercio. Asimismo, a tales contratos de seguros le son aplicables las normas comunes a todo tipo de seguros - Título VIII del Libro II del Código de Comercio - y las normas que rigen los seguros de personas, entre ellas, el artículo 591 del Código de Comercio.

Las reglas imperativas del Título VIII del Libro II del Código de Comercio no son aplicables a los seguros sociales, a los contratos de salud regulados por el decreto con fuerza de ley N° 1, de 2006, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979, y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469, ni al seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

Ahora bien, las compañías de seguros se rigen por el principio de libre contratación, por lo que éstas pueden a su discreción decidir si aceptan o no asumir un riesgo. Así, las aseguradoras ofrecen seguros en las condiciones que estiman técnicamente apropiadas, en función del riesgo al que están expuestos los asegurados o la materia asegurada, no existiendo normas que establezcan los criterios para la aceptación de determinados riesgos, o para su tarificación. Luego, en atención a la legislación vigente, pueden establecer restricciones y limitaciones de la cobertura, respecto al riesgo que están asegurando.

No obstante, 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 tendrán cobertura limitada, si opta por contratar el seguro voluntario de salud.

II. Objetivo de la normativa

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.

Por lo tanto, lo que se busca con la emisión de esta normativa es reforzar que las aseguradoras y corredores de seguros actúen con el debido conocimiento, 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.

III. Diagnóstico

Se observa que existen **textos de condiciones generales** que cubren el riesgo de salud en los cuales se establecen exclusiones genéricas, que impiden que el contratante tenga certeza de cuáles son aquellas que debe conocer o estar diagnosticadas para efectos de su declaración sobre el estado del riesgo.

Un ejemplo de exclusión genérica es "*Malformaciones y/o incapacidad congénita*". Un ejemplo de exclusión nominada es "*Cardiopatías: Cualquier enfermedad que afecta al corazón o las*"

estructuras del corazón, y puede ser congénita, adquiridas, isquémicas, valvulopatías, miocardiopatías, trastornos del ritmo o de la conducción."

La compañía de seguros, como experta en la materia, es quien debe señalar expresamente las enfermedades y condiciones de salud que no está dispuesta a asumir o si está dispuesta a asumir con determinadas limitaciones o sobre prima.

Por otra parte, la **declaración sobre el estado del riesgo** que se solicite al asegurable, debe comprender todos aquellos aspectos que el asegurador estime necesarios para aceptar o rechazar el riesgo. Esto es, no puede hacer de cargo del asegurable declarar lo que éste estime pertinente.

Asimismo, dado que el Síndrome de Down, y otras características congénitas del asegurable, que por sí mismas no constituyen enfermedad o accidente que requiera tratamiento médico, no corresponde preguntar por ellas en la declaración de salud. Ello, sin perjuicio que puedan consultarse enfermedades y condiciones de salud que con frecuencia se observan en personas con dichas características congénitas, que permitan evaluar el riesgo.

IV. Marco jurídico local

- Numeral 1. del Artículo 5 del Decreto Ley N° 3.538: Establece la atribución de la CMF de dictar las normas para la aplicación y cumplimiento de las leyes y reglamentos y, en general, dictar cualquier otra normativa que de conformidad con la ley corresponde para la regulación del mercado financiero.
- Numeral 3 del artículo 20° del Decreto Ley N° 3.538: la normativa que imparta el Consejo de la Comisión deberá contener los fundamentos que hagan necesaria su dictación, incluyendo una definición adecuada del problema que se pretende abordar, la justificación de la intervención regulatoria, la evaluación del impacto de dicha regulación, así como aquellos estudios o informes en que se apoye, en los casos que corresponda o sea posible. Además, el referido numeral establece que dicha normativa deberá ser objeto de una consulta pública.
- Decreto con Fuerza de Ley N° 251, de 1931, Ley de Seguros, que en su artículo 3° letra m) señala que es atribución de esta Comisión establecer, mediante normas de carácter general, las exigencias técnicas y patrimoniales que deberán cumplir tanto los intermediarios de seguros y reaseguros como los liquidadores de siniestros para desempeñarse como tales, pudiendo dictar, asimismo, las normas por las cuales deben regirse la intermediación **y la contratación de seguros** y la liquidación de siniestros.
- Título VIII del Libro II del Código de Comercio, especialmente sus artículos 525, 530, 588, 590 y 591.
- Norma de Carácter General N° 349, que establece normas relativas al depósito de pólizas y disposiciones mínimas de las pólizas de seguros.
- Circular N° 1935, que imparte normas relativas a seguros de salud.

V. Propuesta de Circular

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." 7

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

VI. Evaluación de impacto cualitativo (preliminar)

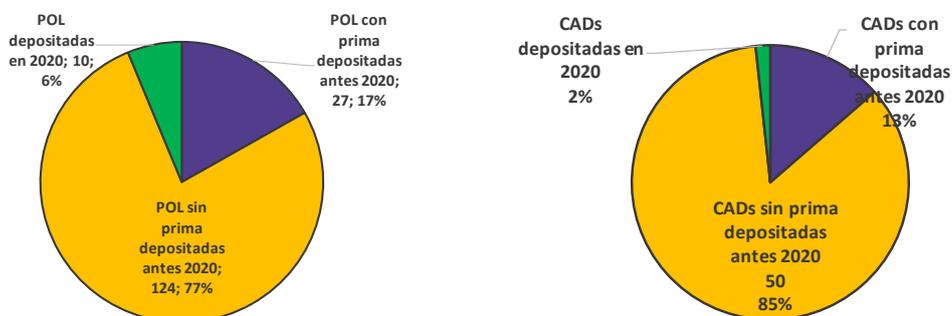
1. Principales beneficios de emitir la normativa

El principal beneficio lo tendrán los asegurables, con textos de pólizas y cláusulas adicionales más claros respecto a las exclusiones de cobertura. También tendrán mayor claridad respecto a las enfermedades y situaciones de salud que deben declarar a la luz de lo que pregunte el asegurador.

2. Principales costos de emitir la normativa

Para las compañías de seguros significará destinar recursos para revisar los textos de condiciones generales de los seguros de salud que se encuentren comercializando, y, en caso de detectar que no cumplen con la presente Circular, deberán elaborar y depositar nuevos textos. También deberán desarrollar nuevas Declaraciones Personales de Salud que se ajusten a la normativa emitida, debiendo especificar enfermedades o condiciones de salud específicas.

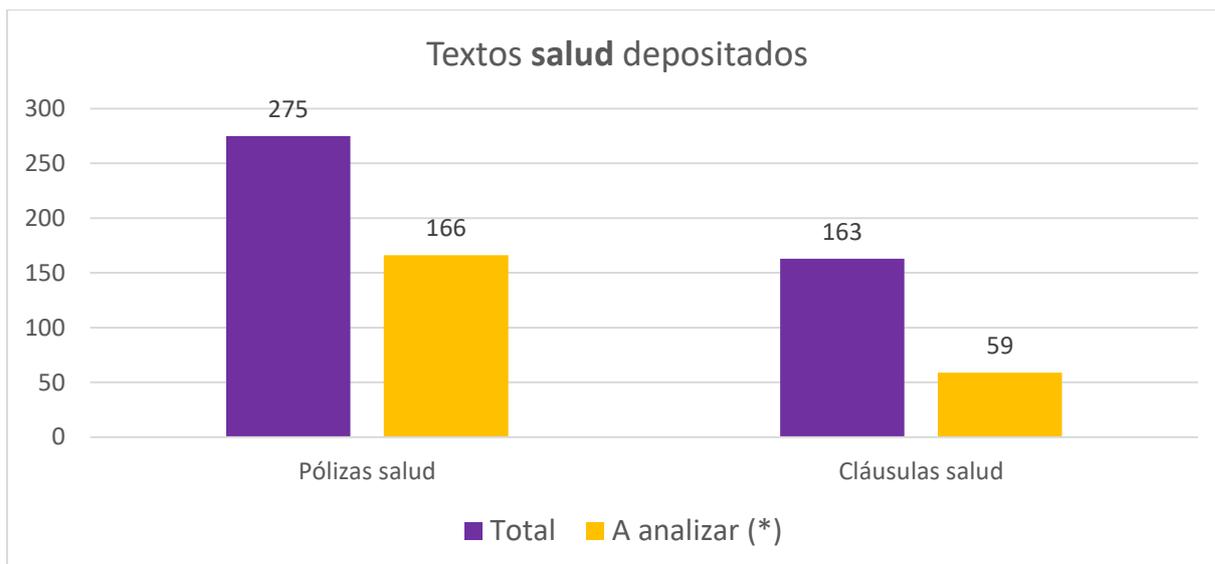
De acuerdo a la información proporcionada por las compañías de seguros, en cumplimiento de la Circular N° 2151, se observa que un número considerable de pólizas y cláusulas adicionales depositadas bajo el tema "salud", no reportan prima el año 2019. Por lo tanto, las compañías deberán enfocarse en aquellas que se encuentran comercializando.



Las aseguradoras también deberán revisar la tarificación de los riesgos.

Por su parte, la Comisión para el Mercado Financiero deberá destinar recursos para la revisión de los textos de pólizas y cláusulas adicionales que contengan exclusiones por enfermedades, dolencias o situaciones de salud que no sean nominadas y específicas.

Al respecto, en el Depósito de Pólizas que mantiene la Comisión se observan 275 textos de pólizas y 163 textos de cláusulas adicionales depositados bajo el tema "salud". De ellos, del 51% deberán ser analizados.



(*) Las condiciones generales de los textos de seguros de salud que contienen alguna de estas palabras: congénito(s), congénita(s), genético(s), genética (s). Existen alrededor de 120 textos más que contienen alguna de estas palabras, depositados bajo otros temas, por lo también deberán ser revisados.

3. Principales riesgos

3.1 Principales riesgos de no emitir la norma

El principal riesgo de no emitir la normativa es que persistan los asegurables que no tienen claridad respecto a ciertas exclusiones no nominadas y que las Declaraciones Personales de Salud no se ajusten a lo establecido en el Código de Comercio.

3.1 Principales riesgos de emitir la norma

Emitir la normativa provocará que las declaraciones sobre el estado del riesgo sean más extensas y detalladas, por lo que los asegurable deberán destinar más tiempo a responder lo que pregunte el asegurador.

Eventualmente se podría generar una sobre prima para aceptar el riesgo propuesto, ya que al desarrollarse declaraciones de salud tan detalladas podría aparecer una mayor cantidad de enfermedades o condiciones de salud para un determinado asegurable, las cuales antes estaban agrupadas bajo una condición genérica.

4. Evaluación de impacto final

Esta sección se emitirá solamente en el informe de desarrollo normativo final, una vez que se cuenten con todos los antecedentes cuantitativos y cualitativos que permitan medir los beneficios, costos y riesgos de la normativa.



www.cmfchile.cl