

REF.: Modifica Circular N° 1459, sobre  
Certificado Seguro Obligatorio Ley N°  
18.490.

Santiago,

**CIRCULAR N° 2094**

**25 ENE 2013**

Para todas las entidades aseguradoras del primer y segundo grupo

Esta Superintendencia, en uso de sus facultades, en especial lo dispuesto en el artículo 17° de la Ley 18.490, ha estimado necesario modificar las normas de la Circular 1459, de 1999, sobre forma y contenido del certificado que acredita la contratación del Seguro Obligatorio de Accidentes Causados por Vehículos Motorizados (SOAP), en los siguientes términos:

1. Reemplázase en el inciso segundo del número 4, del Título I “Contratación del seguro a través de certificados preimpresos”, la leyenda “información sobre operación del Seguro Obligatorio de Accidentes Personales (SOAP)” por “información sobre este Seguro”.
2. Modifícase el Título II “Contratación del seguro a través de medios electrónicos”, en los siguientes términos:

- i) Reemplázase el inciso primero por los siguientes:

“Las compañías que deseen contratar el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales a través de medios electrónicos, como internet o equipos electrónicos denominados “Point of Sales” (POS), deberán informarlo previamente a esta Superintendencia. Se entenderá por equipos POS, a aquellos utilizados para efectuar transacciones por medio de tarjetas de débito o crédito, administrados por sociedades autorizadas por el Banco Central de Chile y la Superintendencia de Bancos e Instituciones Financieras, para efectuar ese tipo de operaciones.”.

“La contratación por estos medios deberá sujetarse a las instrucciones que se describen a continuación.”.

- ii) Reemplázase en el inciso primero del número 2, la expresión “adjunto a la presente circular, el que tiene las siguientes características” por “o Anexo N° 3 en caso de sistemas POS, adjuntos a la presente circular, los que tienen las siguientes características”.
- iii) Reemplázase en el número 2, la especificación relativa al Tamaño, por la siguiente:

“Tamaño : Igual al establecido para el certificado preimpreso, salvo para la contratación por el sistema POS.”.

iv) Agrégase en el número 2, el siguiente inciso final:

“Cuando se trate de contratación a través de sistemas POS, el certificado deberá señalar que el asegurado puede obtener una copia de éste en la compañía, directamente o a través de su sitio web, en cuyo caso el tamaño y formato deben ser igual al SOAP electrónico establecido en el Anexo N°2.”.

3. Agrégase el Anexo N° 3 que se adjunta a la presente Circular.

### **VIGENCIA Y APLICACIÓN.**

La presente circular rige a contar de esta fecha.

  
  
**FERNANDO COLOMA CORREA**  
**SUPERINTENDENTE**

**ANEXO N°3 FORMATO DEL CERTIFICADO DEL SOAP ELECTRÓNICO- SISTEMA POINT OF SALE (POS)**

<b>ORIGINAL ASEGURADO</b> Este certificado acredita que el vehículo aquí individualizado está asegurado contra el riesgo de Accidentes Personales de acuerdo a la Ley N° 18.490 y a la Póliza del Seguro Obligatorio de Accidentes Personales Causados por Vehículos Motorizados, incorporada en el Depósito de Pólizas de la Superintendencia de Valores y Seguros, bajo el código POL303065.
<b>CERTIFICADO SEGURO OBLIGATORIO ACCIDENTES PERSONALES ELECTRÓNICO LEY 18.490.</b>
Identificación de la compañía
Consultas sobre la vigencia de este seguro en <a href="http://www.....cl">www.....cl</a> o fono ....
<i>POLIZA N°</i>
N° de Folio
INSCRIPCIÓN R.V.M.
TIPO DE VEHICULO
MARCA
MODELO
AÑO
NUMERO DE MOTOR
PROPIETARIO
RUT
PRIMA
VIGENTE DESDE dd/mm/aaa HASTA dd/mm/aaa
<b>IMPORTANTE: INFORMACION SOBRE ESTE SEGURO</b> <b>COBERTURA:</b> El SOAP cubre la muerte, incapacidad permanente y gastos médicos producto de lesiones sufridas a consecuencia de accidentes de tránsito en que intervenga el vehículo asegurado, sus remolques o sus cargas. Los gastos médicos comprenden: atención prehospitalaria, transporte sanitario, hospitalización, atención médica y quirúrgica, dental, prótesis e implantes, gastos farmacéuticos y gastos por concepto de rehabilitación de las víctimas.

**PERSONAS CUBIERTAS:** El conductor, las personas transportadas en el vehículo asegurado y cualquier tercero afectado en el accidente. En caso de muerte del accidentado la indemnización se pagará a sus beneficiarios, en el siguiente orden de precedencia: el cónyuge, los hijos menores de edad, los hijos mayores de edad, los padres, la madre de los hijos de filiación no matrimonial del fallecido y, a falta de los anteriores, sus herederos legales.

**INDEMNIZACIONES:** - **300 UF** en caso de muerte, previa deducción de los gastos médicos - **300 UF** en caso de incapacidad permanente total, evento en el cual no se deducen los gastos médicos - hasta **200 UF** en caso de incapacidad permanente parcial, según su grado - hasta **300 UF** por gastos médicos. Las indemnizaciones por muerte e incapacidad total y parcial no son acumulables. Si se hubiere pagado una incapacidad permanente parcial y el accidentado con posterioridad y a consecuencia del mismo accidente falleciere o se determinare su incapacidad permanente total, el asegurador sólo pagará el remanente hasta el equivalente de **300 U.F.**

En el caso de incapacidad permanente parcial, los pagos por gastos médicos sumados a la indemnización que corresponda pagar por dicha incapacidad, no podrá exceder al equivalente a **300 UF.**

**QUE HACER EN CASO DE ACCIDENTE:** El afectado o quien actúe por él, debe asegurarse que ha quedado estampada la denuncia en una unidad de Carabineros, donde se identifique la fecha, hora y lugar del accidente, las personas lesionadas o fallecidas y los datos de los vehículos involucrados (al menos patente, número de póliza y aseguradora que emitió el SOAP).

**COMO COBRAR EL SOAP:** Debe presentarse la solicitud en las oficinas de la aseguradora, adjuntando Certificado otorgado por el Tribunal competente o el Ministerio Público para el cobro del SOAP, y:

- En caso de muerte: certificado de defunción del fallecido y libreta de familia u otro documento que acredite legalmente la calidad de beneficiario.

- En caso de incapacidad permanente: **certificado otorgado por el médico tratante** que acredite la incapacidad (naturaleza y grado).

- En caso de gastos médicos: **comprobantes de pago** (boletas, facturas) de los gastos, junto con órdenes de exámenes o tratamientos y recetas de medicamentos. También puede efectuarse el cobro directamente por la entidad hospitalaria o previsional que presta el servicio.

El **plazo** para cobrar este seguro es de **un año** a contar de la fecha del accidente o de la muerte del afectado.

**Para mayor información consulte en la compañía de seguros o en el sitio Web de la Superintendencia de Valores y Seguros.**

**Para obtener una copia del certificado consulte en la compañía de seguros, directamente o a través de su sitio Web.**

**CÓDIGO DE BARRA**

**COPIA MUNICIPALIDAD**

Este certificado acredita que el vehículo aquí individualizado está asegurado contra el riesgo de Accidentes Personales de acuerdo a la Ley N° 18.490 y a la Póliza del Seguro Obligatorio de Accidentes Personales Causados por Vehículos Motorizados, incorporada en el Depósito de Pólizas de la Superintendencia de Valores y Seguros, bajo el código POL303065.

**CERTIFICADO SEGURO OBLIGATORIO  
ACCIDENTES PERSONALES ELECTRÓNICO LEY  
18.490.**

Identificación de la compañía (nombre, dirección)

Consultas sobre la vigencia de este seguro en [www.....cl](http://www.....cl) o fono ....

*POLIZA N°*

N° de Folio

INSCRIPCIÓN R.V.M.

TIPO DE VEHICULO

MARCA

MODELO

AÑO

NUMERO DE MOTOR

PROPIETARIO

RUT

PRIMA

VIGENTE DESDE dd/mm/aaaa HASTA dd/mm/aaaa

**CÓDIGO DE BARRA**

**COPIA INTERMEDIARIO**

Este certificado acredita que el vehículo aquí individualizado está asegurado contra el riesgo de Accidentes Personales de acuerdo a la Ley N° 18.490 y a la Póliza del Seguro Obligatorio de Accidentes Personales Causados por Vehículos Motorizados, incorporada en el Depósito de Pólizas de la Superintendencia de Valores y Seguros, bajo el código POL303065.

**CERTIFICADO SEGURO OBLIGATORIO  
ACCIDENTES PERSONALES ELECTRÓNICO LEY  
18.490.**

Identificación de la compañía (nombre, dirección)

Consultas sobre la vigencia de este seguro en [www.....cl](http://www.....cl) o fono ....

*POLIZA N°*

N° de Folio

INSCRIPCIÓN R.V.M.

TIPO DE VEHICULO

MARCA

MODELO

AÑO

NUMERO DE MOTOR

PROPIETARIO

RUT

PRIMA

VIGENTE DESDE dd/mm/aaaa HASTA dd/mm/aaaa

**CÓDIGO DE BARRA**

LETRAS: Color Negro, tipo a elección. Tamaños aproximados: 8 puntos (Destacados 11 puntos).