

SVS PUBLICA NUEVAS NORMATIVAS EN TRÁMITE PARA CLARIFICAR CONDICIONES DE CONTRATACIÓN DE SEGUROS MASIVOS

- *Se regula la comercialización y suscripción de seguros de vida, salud o invalidez, para perfeccionar la consideración de las preexistencias al inicio de vigencia de la cobertura respectiva.*
- *Se mejora la calidad de la información en la contratación de seguros de salud, seguros asociados a crédito y seguros contratados a distancia.*
- *Las circulares y normativas estarán disponibles en el sitio web de la SVS hasta el 23 de marzo para recibir comentarios del mercado.*

En los últimos años se ha producido un fuerte aumento en la comercialización de los seguros masivos, lo que ha posibilitado el acceso a este tipo de cobertura a un gran número de personas antes imposibilitados de hacerlo. Esto ha beneficiado el desarrollo del mercado de seguros.

No obstante, la Superintendencia de Valores y Seguros (SVS) ha identificado algunas dificultades en la información, suscripción y contratación de estos productos lo que hace necesario mejorar las condiciones en la comercialización de seguros masivos, el derecho a la información de las personas y, en general, perfeccionar la actual regulación.

Estos cambios van a estar a disposición del público para recibir comentarios y observaciones desde el 30 de enero hasta el 23 de marzo.

I. NORMAS DE CONTRACION DE SEGUROS RELATIVAS A SUSCRIPCION Y PREEXISTENCIAS

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. Lo anterior es consecuencia de la utilización de declaraciones de salud poco precisas respecto de las enfermedades preexistentes y de inadecuados procesos de suscripción del riesgo.

La normativa en trámite establece que;

1. La compañía que comercialice seguros 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, como mínimo:

a) Utilizar una declaración de salud donde se especifique en forma clara y precisa las enfermedades que se entenderán como preexistencias y que podrían originar la no cobertura del seguro. No se podrán utilizar para este efecto definiciones amplias o situaciones generales de exclusión por preexistencias.

b) Hacer que el formulario de declaración de salud sea llenado por el propio asegurado de su puño y letra y deberá ser firmado por éste.

c) En el evento que el asegurado declare alguna de las enfermedades consideradas como preexistencias, la compañía deberá, en un plazo máximo de cinco días hábiles, pronunciarse e informar al asegurado respecto a la aceptación o no aceptación de la cobertura, en alguno de los términos siguientes:

- 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. La compañía sólo podrá contemplar esta exclusión por un período máximo de dos años desde la contratación del seguro.
- iii. La compañía solicita antecedentes adicionales para adoptar su decisión. En este caso deberá informar al cliente si durante el período de análisis se encuentra con 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 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.

II. SEGUROS DE SALUD CATASTROFICOS

En los seguros de salud catastróficos se han detectado problemas a causa de la compleja información entregada a los clientes al momento de la contratación, ya sea por parte de las aseguradoras, sus agentes o intermediarios, generando expectativas y reclamos por la cobertura efectiva que no se ajustan a las condiciones de los productos ofrecidos.

Así se ha estimado necesario impartir instrucciones para estandarizar dicha información, de modo de garantizar que las personas aprecien y se formen un debido conocimiento de las condiciones de las coberturas ofrecidas.

Esto disminuye el riesgo de decisiones erróneas sobre las coberturas del seguro de salud y su relación con el sistema de salud al que pertenezcan (Isapre-Fonasa)

Las compañías de seguros deberán colocar una leyenda obligatoria, en forma visible y destacada con la siguiente información:

IMPORTANTE

Al contratar 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).

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.

III. TRANSPARENCIA EN CONTRATO DE SEGUROS ASOCIADOS A OTROS PRODUCTOS FINANCIEROS: MODIFICACIONES A LA CIRCULAR N° 1759, de 2005.

La circular en trámite establece la necesidad de entregar al cliente una propuesta o solicitud de seguro separada e independiente por cada cobertura de seguro, diferenciando así la información relativa a otras operaciones, negocios o productos asociados, y circunscribir su contenido exclusivamente a las coberturas efectivamente contratadas por el asegurado.

Además, establece la obligación de informar en un anexo, en lugar del certificado de cobertura como se contempla actualmente, la comisión de intermediación o cualquier otra comisión devengada a favor del contratante, intermediario u otras personas relacionadas a éstos, por otros conceptos tales como comisión por volumen, producción, contingentes y recaudación.

IV. DERECHO DE RETRACTO: MODIFICACIONES A LA CIRCULAR N° 1457, de 1999.

Mediante esta circular en etapa de trámite se establece el deber de informar en la propuesta o solicitud de incorporación sobre la modalidad y condiciones del contrato de seguro colectivo.

Además en los seguros colectivos, cuya contratación por el asegurado individual se ha efectuado en forma simultánea o conjunta con una operación de crédito, identificando como beneficiario al deudor asegurado, a las personas por éste designadas, o a sus herederos legales, en su caso, deberán contemplar el derecho del asegurado a retractarse del seguro, sin expresión de causa ni penalización alguna, en el plazo de 5 días contados desde que el crédito es cursado, o desde la suscripción del seguro, lo que sea posterior.

Lo anterior con el propósito que el asegurado disponga del debido tiempo para reflexionar sobre su decisión y para evitar las ventas de seguros voluntarios atadas a créditos a que las personas necesitan acceder.

V. VENTA DE SEGUROS POR MEDIOS A DISTANCIA

Se refuerza el derecho de los clientes en la promoción y oferta de seguros por medios a distancia, para lo cual se contempla modificar la Circular 1587, de 2002, estableciendo que el actual derecho de retracto (desistirse del seguro) deberá informarse, en forma destacada, conjuntamente con el envío de la póliza contratada a distancia.

Santiago, 4 de febrero de 2009