

**REF.: APLICA SANCIÓN A METLIFE
CHILE SEGUROS DE VIDA S.A.****RESOLUCIÓN EXENTA N° 2896**

Santiago, 03 de junio de 2021

VISTOS

1) Lo dispuesto en los artículos 3 N°6, 5, 20 N°4, 36, 38 y 52 del Decreto Ley N° 3.538 de 1980, que crea la Comisión para el Mercado Financiero; en el artículo 1° y en el Título II de la Normativa Interna de Funcionamiento del Consejo de la Comisión para el Mercado Financiero, que consta en la Resolución Exenta N°1.857 de 2021; en el Decreto Supremo N° 1.207 del Ministerio de Hacienda de 2017; en el Decreto Supremo N° 1.430 del Ministerio de Hacienda del año 2020; y en el Decreto Supremo N° 437 del Ministerio de Hacienda de 2018.

2) Lo dispuesto en los artículos 515, 517, 519, 529, 537 y 542 del Código de Comercio; en la Norma de Carácter General N°171 que 'Establece exigencias mínimas de seguridad y condiciones necesarias para el comercio e intermediación de seguros por medios electrónicos'; en la Circular N°1.935 que 'Imparte normas relativas a seguros de salud'; en la Circular N°2.123 que 'Imparte instrucciones sobre: I. Información a incluir en pólizas de seguros; II. Información de las primas y comisiones; III. Reglas para seguros contratados en forma colectiva; IV. Normas generales sobre información a entregar al público acerca del asegurador y corredor de seguros, y; V. Normas sobre promoción, publicidad y oferta de seguros y de beneficios asociados a la contratación de pólizas de seguros'; y en la Circular N°2.148 'Imparte instrucciones sobre comercialización telefónica de seguros'.

CONSIDERANDO:**I.1. ANTECEDENTES GENERALES**

1.- Con fecha 18 de mayo de 2019, se recibió en la Unidad de Investigación de la Comisión para el Mercado Financiero una denuncia presentada por Recover América Corredora y Productora de Seguros (en adelante, "Recover" o la "Corredora"), en contra de MetLife Chile Seguros de Vida S.A. (en adelante, "MetLife", la "Aseguradora" o la "Compañía"), relativas a una serie de irregularidades asociadas a la repactación unilateral del "Seguro Salud Total de la Clínica Santa María", comercializado por MetLife e intermediado inicialmente por Recover. Todo ello, se habría desarrollado en el marco de un convenio celebrado entre dichas sociedades y Clínica Santa María S.A., mediante el ofrecimiento de mayores beneficios a los asegurados, pagando por ello el mismo precio, pero sin informar que aquello implicaba renunciar a la asesoría de la Corredora.

2.- Posteriormente, con fecha 30 de diciembre de 2019, se recibió en la Unidad de Investigación de la Comisión una denuncia presentada por el Sr. Luis Villarroel Villalón, referida a la renovación telefónica realizada por MetLife, vinculada a los hechos previamente denunciados por Recover.

3.- Mediante Resolución UI N° 67/2019, de fecha 16 de octubre de 2019, el Fiscal de la Unidad de Investigación inició una investigación con el objeto de determinar si los hechos denunciados podían ser constitutivo de alguna(s) de la(s) infracción(es) prevista(s) en el Decreto con Fuerza de Ley N° 251 de 1931, Ley de Seguros; y en la normativa dictada por la Comisión y otras disposiciones complementarias aplicables.

4.- Por Oficio Reservado UI N° 70, de 20 de enero de 2020, la Unidad de Investigación solicitó al Área de Protección al Inversionista y Asegurado de la Comisión, informar sobre la existencia de reclamos formulados en contra de MetLife por circunstancias parecidas a las denunciadas por la Recover; requerimiento que fue respondido a través de la Minuta N° 2, de fecha 21 de enero de 2020, en que se dio cuenta de 43 reclamos de asegurados en contra de la Compañía, asociados al Seguro Salud Total de la Clínica Santa María.

5.- Con fecha 13 de agosto de 2020, el Área de Protección al Inversionista y Asegurado remitió a la Unidad de Investigación el Informe N° 02/2020, complementando su informe N° 01/2020, titulado “Término de seguro colectivo de salud Clínica Santa María con MetLife Chile Seguros de Vida S.A, y contratación del nuevo seguro de salud de Clínica Santa María”, dando cuenta de 24 nuevas reclamaciones.

I.2. HECHOS

Los antecedentes recabados por el Fiscal de la Unidad de Investigación dieron cuenta de los siguientes hechos:

1.- MetLife Chile Seguros de Vida S.A., RUT N°99.289.000-2, es una compañía de seguros del segundo grupo.

2.- Con fecha 1 de febrero de 2007, la Clínica, Recover y MetLife, celebraron un convenio comercial que, en lo medular, se refería a la comercialización y venta de seguros de salud y vida, entre ellos el denominado “Seguro Salud Total”. En este acuerdo, la Clínica designó en carácter de corredor exclusivo e intermediario a Recover.

3.- Entre el 1 de abril de 2007 y el 4 de septiembre de 2018, MetLife emitió 23 pólizas colectivas de seguros de prestaciones de alto costo, denominadas “Seguro Salud Total”, tomadas por la Clínica e intermediadas por Recover, en las que fueron incorporados 107.428 asegurados.

4.- Con fecha 1 de noviembre de 2018, el convenio señalado en el número 2. anterior expiró para efectos de la venta del seguro colectivo “Seguro Salud Total”, manteniendo su vigencia respecto de los servicios de postventa que Recover debía realizar hasta el término de la vigencia de la última incorporación de asegurados a las pólizas colectivas de la cartera de asegurados vigentes a esa fecha.

5.- Del número de pólizas señaladas en el número 3. anterior, cuyos contratos no fueron renovados, MetLife emitió una nueva póliza, entre diciembre de 2018 y julio de 2019, sin la intermediación de Recover, respecto de, al menos, 31.119 asegurados.

6.- De los 31.119 casos señalados en el número anterior, (i) en al menos 19.371, el asegurado titular fue contactado telefónicamente o vía correo electrónico, dando su consentimiento para aceptar la nueva póliza – y dando de baja la anterior –, sin la necesidad de firmar una nueva declaración de salud y manteniendo la misma prima pactada en las condiciones particulares de la póliza anterior; y (ii) en al menos 11.748, el asegurado, titular o beneficiario, fue incorporado provisoriamente a una nueva póliza, sin que conste el hecho de haber otorgado su consentimiento para ello.

7.- De acuerdo con los registros de MetLife, un total de, al menos, 9.794 asegurados titulares fueron contactados telefónicamente y dieron su consentimiento para aceptar la nueva póliza emitida por la Compañía, para el tomador colectivo Clínica Santa María, sin intermediación, dando de baja la póliza. Este procedimiento fue realizado en dos etapas: una para asegurados que continuaban suscritos a la póliza originalmente intermediada por Recover, y que seguían bajo su administración, y otra para los asegurados migrados provisoriamente, con script telefónicos diferenciados.

En la etapa uno, MetLife contactó telefónicamente a los asegurados del Seguro de Salud de Clínica Santa María para ofrecer una nueva póliza. En este procedimiento, el script señalaba que el ejecutivo debía comunicarle al asegurado que le proporcionaría una información importante, muy breve, y que solo sumaría beneficios, sin costo alguno. Luego debía proceder a explicar al asegurado que MetLife había renovado el mes pasado su alianza con Clínica Santa María por los próximos años, y que continuaría siendo su compañía de seguro; y para reafirmar este compromiso, le ofrecían el nuevo Seguro Clínica Santa María, al mismo precio que pagaba por su seguro actual, manteniendo todas sus coberturas, y sumando 3 nuevos beneficios que no tenía su póliza vigente, a saber:

a. El nuevo Seguro elimina el deducible en 15 Enfermedades, entre ellas las más comunes como: Cáncer, Infarto, Alzheimer, Parkinson, Apendicitis.

b. Además, el nuevo seguro incorpora UF 600 de indemnización (que equivalen a \$16.400.000 aproximadamente) por Invalidez Total y Permanente de Libre Disposición.

c. Y finalmente, los clientes que se incorporen a este nuevo seguro contarán de manera exclusiva con la posibilidad de realizar todos sus reembolsos en un punto de contacto de Clínica Santa María.

Al finalizar, debía señalarle al asegurado que, para incorporarlo desde ese momento a este nuevo Seguro Clínica Santa María, necesitaba su consentimiento, lo cual permitiría anular y dejar sin efecto el anterior seguro.

Luego, en la segunda etapa, se tomó contacto con los asegurados que habían sido migrados provisoriamente a otras pólizas con la finalidad de conseguir su consentimiento, en cuyo caso el script es del mismo

tenor, pero en él no se señala el beneficio de gestionar directamente los reembolsos en Clínica Santa María.

En los scripts telefónicos indicados en los párrafos anteriores, no se señaló de manera clara la intención de ofrecer la contratación de un nuevo seguro, dando de baja el anterior, ni se proporcionó la totalidad de la información requerida para tomar una decisión respecto de la contratación de un nuevo seguro. En particular, no se señaló en la propuesta o solicitud de incorporación la información a los asegurados sobre la contratación de un nuevo seguro colectivo y los riesgos cubiertos, las exclusiones, la cantidad asegurada, la forma de determinarla y los deducibles, la prima o método para su cálculo, el periodo de duración del contrato, así como la fecha de inicio y término de la cobertura individual.

De igual forma, la propuesta y el certificado de cobertura se realizaron en referencia a otro producto: los antiguos seguros proporcionados por la Compañía a esta cartera de clientes, y se incorporó información, descripciones y referencias a servicios o coberturas de los antiguos seguros, distintos a los del nuevo seguro que MetLife estaba efectivamente ofreciendo contratar a los asegurados.

8.- De acuerdo con los registros de MetLife, un total de, al menos, 995 asegurados titulares fueron contactados vía correo electrónico y dieron su consentimiento para aceptar la nueva póliza emitida por la Compañía, para el tomador colectivo Clínica Santa María, sin intermediación, dando de baja la póliza anterior.

El correo electrónico se dirigía al asegurado y tenía una fotografía publicitaria junto al siguiente mensaje:

“Como ha sido los últimos 14 años Clínica Santa María y MetLife renuevan su alianza, reafirmando su compromiso con quienes más te importan y creando nuevas formas de brindar protección. Tu nuevo Seguro Clínica Santa María te entrega más beneficios, al mismo precio que pagas hoy, para ser parte del nuevo seguro Clínica Santa María haz click aquí”. Una vez que el asegurado hacía click en el recuadro señalado, aparecía un pequeño formulario que debía rellenar con su nombre, apellido, Rut, y correo electrónico. Luego de enviar el formulario, aparecía el siguiente mensaje: “Términos y condiciones cambio de póliza: En este acto, vengo en solicitar estas coberturas, dando término a la póliza actual y activando el Nuevo Seguro Clínica Santa María, que considera en él las condiciones de contratación iniciales y continuidad de cobertura de las patologías presentada, sin carencia.

Además, por este acto, autorizo expresamente a que cualquier información, comunicación, declaración o notificación que debe efectuar MetLife Chile Seguros de Vida S.A. en virtud del presente contrato de seguros, sea realizada a través de e-mail o de cualquier sistema de transmisión o registro digital de la palabra escrita o verbal o por cualquier otro medio de comunicación fehaciente.

El asegurado declara que conoce, acepta y concuerda que cualquier transacción que se realice en el sitio www.MetLife.cl con su RUT y clave personal se entenderá y se reputará para todos los efectos legales como realizada por él mismo. En tal sentido, el asegurado se hace entera y

totalmente responsable del uso y seguridad de su clave, no cabiéndole a MetLife Chile Seguros de Vida S.A. ninguna responsabilidad por el uso indebido de la misma por un tercero distinto del asegurado.”

El mensaje antes señalado no contaba con un botón de aceptación o formulario de suscripción, ni ningún otro mecanismo similar.

De esta manera, en esta comunicación no se proporcionó a los asegurados toda la información relevante para efectos de la contratación de un nuevo seguro, en tanto MetLife no identificó claramente a los copartícipes de la promoción u oferta del seguro, al no señalar claramente que éste se estaba ofreciendo sin la participación de Recover como intermediador del servicio – función que sí cumplió en el seguro anterior–; no informó las coberturas ofrecidas, requisitos de asegurabilidad, carencias, vigencia y suma asegurada de forma clara e inequívoca, limitándose a realizar una referencia al antiguo seguro de Clínica Santa María y señalando brevemente algunos nuevos beneficios; tampoco informó claramente la prima, impuestos y cualquier otro recargo, así como las modalidades de pago de la prima; no informó el período de validez de la oferta, la existencia, duración y forma de ejercicio del derecho de retractación del asegurado ni la fecha de entrega de la póliza o certificado de cobertura correspondiente.

9.- De aquellos casos que presentaron reclamaciones, en al menos 5 comunicaciones telefónicas efectuadas por la Compañía, con el propósito de obtener de los respectivos asegurados la aceptación de la nueva póliza colectiva tomada por la Clínica, emitida por MetLife, sin la participación de la Corredora y sin la autorización para dar término a la póliza anterior, no constaba la expresión de voluntad manifestada inequívocamente con la intención de celebrar el contrato propuesto.

10.- Dentro del universo de casos en los que MetLife incorporó a los asegurados a una nueva póliza colectiva, existirían al menos 17.809 en los que el respectivo certificado de cobertura se remitió al asegurado en un plazo superior a 5 días hábiles desde la correspondiente aceptación o contratación, mientras que en al menos 61 contrataciones efectuadas entre diciembre de 2018 y enero de 2019 (de 31.119 casos), no se habría remitido dicho certificado de cobertura al asegurado.

II.3. ANTECEDENTES RECOPIADOS DURANTE LA INVESTIGACIÓN

Durante la investigación, se recopilaron los siguientes antecedentes:

1) Presentación de Recover ante la Unidad de Investigación, de fecha 12 de julio de 2019.

Mediante presentación de fecha 12 de julio de 2019, Recover se refirió a las siguientes materias detectadas en el desempeño de su cometido como auxiliar del comercio de seguros:

I. Venta directa (vía telefónica) del denominado “Nuevo Seguro Clínica Santa María”.

II. Venta directa (vía correo electrónico) del “Nuevo Seguro Clínica Santa María”.

III. Publicidad del “Nuevo Seguro Clínica Santa María”.

IV. Terminación masiva y unilateral del anterior “Seguro Salud Total” intermediado por Recover.

V. Contratación masiva y unilateral del “Nuevo Seguro Clínica Santa María”.

VI. Aplicación de Siniestralidad Individual al “Nuevo Seguro Clínica Santa María”.

VII. Reducción Unilateral de la Duración Máxima de un Evento.

VIII. Uso Indevido de mandatos bancarios (PAC/PAT).

IX. Retroactividad en la Contratación unilateral del “Nuevo Seguro Clínica Santa María”.

2) Oficio Reservado UI N° 905, de fecha 05 de agosto de 2019, enviado por la Unidad de Investigación a MetLife.

Por el oficio indicado, la Unidad de Investigación requirió a MetLife remitir la siguiente información:

1) Planilla Excel con listado de pólizas emitidas por MetLife, respecto de la contratante Clínica Santa María, intermediadas por Corredora y Productora de Seguros Recover América Ltda., al 31 de diciembre de 2017; al 31 de diciembre de 2018; al 31 de marzo de 2019; y al 30 de junio de 2019, incorporando, al menos, la siguiente información: (i) número de póliza; (ii) código POL; (iii) nombre y apellido del asegurado; (iv) Rut asegurado; (v) fecha de inicio de vigencia; (vi) duración en años; (vii) monto de prima mensual en UF; (viii) forma de pago mensual; (ix) tipo de cobertura; (x) forma de renovación; y (xi) periodicidad de renovación.

2) Planilla Excel indicando, en relación a cada una de las pólizas emitidas por MetLife, respecto de la contratante Clínica Santa María, intermediadas por Corredora y Productora de Seguros Recover América Ltda., que no se encuentran vigentes al 30 de junio de 2019, la siguiente información: (i) número de póliza; (ii) código POL; (iii) nombre y apellido del asegurado; (iv) Rut asegurado; (v) fecha de inicio de vigencia; (vi) duración en años; (vii) fecha de término de la póliza; (viii) fecha de última renovación; (ix) motivo de término o no renovación; y (x) seguros vigentes del asegurado con MetLife.

Asimismo, se requirió remitir copia de los antecedentes en los que conste la forma en que se comunicó a los asegurados el término de las pólizas contratadas, en su caso.

3) En relación con el punto (x) del número 2) anterior, si el asegurado disponía de seguros vigentes con la Compañía, se solicitó presentar una planilla Excel con la misma información solicitada en el número 1). Asimismo, adjuntar copia de los antecedentes (documentos escritos,

grabaciones u otros) en los que conste el consentimiento otorgado por los asegurados para la contratación de tales pólizas, así como la modalidad de pago consensuada en relación a los mismos, acompañando, en su caso, copia de los respectivos mandatos que se hubieran extendido para tales fines.

3) Presentación de Recover ante la Unidad de Investigación, de fecha 13 de agosto de 2019.

Mediante presentación de fecha 13 de agosto de 2019, Recover adjuntó copia de la siguiente información:

1. Recurso de Protección. Rol 39040-2019 en contra de MetLife Seguros de Vida S.A. y Clínica Santa María S.A.

2. Recurso de Protección. Rol 4125-2014 en contra de Compañía de Seguros de Vida Consorcio Nacional de Seguros S.A.

3. Financial Industry Regulatory Authority Letter of Acceptance, Waiver and Consent N°2014040870001.

4. Noticia publicada en The Wall Street Journal con fecha 19 de diciembre de 2018.

5. Noticia publicada en Economía y Negocios de El Mercurio, fechada 12 de agosto de 2019.

4) Respuesta de MetLife al Oficio Reservado UI N° 905, recibida con fecha 13 de agosto de 2019.

Con fecha 13 de agosto de 2019, la Compañía respondió el Oficio Reservado UI N° 905, remitiendo la siguiente información, considerando, para tales efectos, la misma numeración establecida en el Oficio a responder:

“1.- En cuanto a este punto, se acompañaron en un dispositivo de almacenamiento externo, cuatro planillas Excel con el listado de pólizas emitidas por MetLife Chile Seguros de Vida S.A., respecto de la contratante Clínica Santa María, intermediada por Corredora y Productora de Seguros Recover América Limitada, a las fechas 31 de diciembre de 2017; al 31 de diciembre de 2018; 31 de marzo de 2019; y al 30 de junio de 2019, en el que se incorporan los campos requeridos por medio del oficio referenciado.

2.- Se acompañó para el punto 2) y en el mismo dispositivo de almacenamiento externo, planilla Excel con información relativa a cada una de las pólizas emitidas por MetLife, respecto de la contratante Clínica Santa María e intermediada por Corredora y Productora de Seguros Recover América Limitada que no se encuentran vigentes al 30 de junio de 2019, conteniendo los campos con la información solicitada.

3.- Para este punto se acompañó en el mismo dispositivo de almacenamiento, planilla Excel con información relativa a otros seguros vigentes que mantienen los asegurados individualizados en el punto 2), acompañando adicionalmente CD que contenía una muestra aleatoria de 124 grabaciones en que constan las comunicaciones con los asegurados y el consentimiento otorgado para la contratación de tales pólizas.”

5) Presentación de Recover la Unidad de Investigación de Investigación, de fecha 20 de noviembre de 2019.

A esta presentación Recover adjuntó una nómina de 20 clientes que se contactaron con la Corredora al enterarse que la póliza Salud Total había experimentado modificaciones, así como copia de determinados reclamos efectuados ante la CMF, el SERNAC y/o el Defensor del Asegurado, respecto de esa misma materia.

6) Oficio Reservado UI N° 1281, de fecha 02 de diciembre de 2019, enviado por la Unidad de Investigación a MetLife.

Por este oficio, se requirió a MetLife remitir la siguiente información:

1. Complementar respuesta al número 2) del Oficio Reservado UI N° 905, de fecha 05 de agosto de 2019, incorporando copia de los antecedentes en los que conste la forma en que se comunicó a los asegurados el término de las pólizas contratadas.

2. Complementar respuesta al número 3) del Oficio Reservado UI N° 905, incorporando copia de los mandatos extendidos respecto de la modalidad de pago consensuada en sus pólizas.

3. Explicación detallada de la relación entre los casos señalados con seguros vigentes con MetLife en respuesta al número 2) del Oficio Reservado UI N° 905 (33.476 pólizas asociadas a 30.169 asegurados) y aquellas pólizas enlistadas en respuesta al número 3) del mismo Oficio (22.866 pólizas asociadas a 26.489 asegurados).

4. Listado Excel con todas las pólizas emitidas por MetLife, respecto de la contratante Clínica Santa María, intermediadas por Corredora y Productora de Seguros Recover América Ltda., incorporando, al menos, la siguiente información: (i) número de póliza; (ii) código POL; (iii) nombre y apellido del asegurado; (iv) Rut asegurado; (v) fecha de inicio de vigencia; (vi) duración en años; (vii) monto de prima mensual en UF; (viii) forma de pago mensual; (ix) tipo de cobertura; (x) forma de renovación; (xi) periodicidad de renovación y, de corresponder, (xii) fecha de término y (xiii) motivo de término o no renovación.

5. Listado Excel con todas las pólizas señaladas como terminadas en el número anterior, respecto de las cuales MetLife emitió una nueva póliza, o bien renovó la anterior, sin la intermediación de Corredora y Productora de Seguros Recover Ltda., incorporando respecto de estas últimas la siguiente información: (i) número de antigua póliza; (ii) código POL antiguo; (iii) número de nueva póliza; (iv) nuevo código POL; (v) nombre y apellido del asegurado; (v) RUT del asegurado; (vii) fecha de inicio de vigencia; (viii) duración en años; (ix) monto de prima mensual en UF; (x) forma de pago mensual; (xi) tipo de cobertura; (xii) forma de renovación; (xiii) periodicidad de renovación y, de corresponder, (xiv) fecha de término y (xv) motivo de término o no renovación.

6. Respecto de los casos individualizados en el número 5. anterior, copia de los condicionados generales y los condicionados particulares, con todos sus anexos correspondientes, incluyendo certificados de coberturas,

de las pólizas emitidas por MetLife de forma previa al término correspondiente informado en respuesta al número 4 anterior.

7. Respecto de los casos individualizados en el número 5, copia de los condicionados generales y los condicionados particulares, con todos sus anexos correspondientes, incluyendo certificados de coberturas, de las pólizas emitidas por MetLife como nueva póliza o bien renovación, de aquella terminada según lo informado en respuesta al número 4 anterior.

7) Respuesta de MetLife al Oficio Reservado UI N° 1281, recibida con fecha 18 de diciembre de 2019.

Con fecha 18 de diciembre de 2019, la Compañía respondió el Oficio Reservado UI N° 1281, remitiendo la siguiente información, considerando, para tales efectos, la numeración establecida en el Oficio a responder:

“1.- En cuanto a la solicitud contenida en el numeral 1) del Oficio Reservado UI N° 1281, de fecha 02 de diciembre de 2019, por medio del cual se solicita acompañar copias de la forma en que se comunicó a los asegurados del término de la póliza contratadas [sic] originalmente, se adjunta a esta presentación el modelo de carta utilizada para estos efectos por cada una de las pólizas que terminaban su vigencia.

Del mismo modo se adjunta copia de carta fechada el día 28 de diciembre de 2018, por medio de la cual esta parte, comunicó al contratante de la póliza, Clínica Santa María, sobre la decisión de no renovar las pólizas colectivas informadas en dicha comunicación.

2.- Para los términos de dar respuesta a este punto, en que se solicita copia de los mandatos extendidos respecto de la modalidad de pagos consensuadas en las pólizas, se adjunta a esta presentación:

i) Formatos de mandatos PAC y PAT utilizados para la comercialización de pólizas hasta el año 2013.

ii) Formatos de mandatos PAC y PAT utilizados para la comercialización de pólizas desde el año 2013 a la fecha.

3.- A fin de explicar el punto 3) del Oficio Reservado UI N° 1281, en el dispositivo de información se adjunta la carpeta denominada “Explicación Relación punto 2 y 3 oficio 905”, por el que a través de planilla Excel, se incorpora información relativa a cada una de las pólizas emitidas por MetLife, respecto de la contratante Clínica Santa María e intermediada por Corredora y Productora de Seguros Recover América Limitada que no se encuentran vigentes al 30 de junio de 2019, y que si tienen una nueva póliza de MetLife, no intermediadas por Recover.

La explicación se encuentra contenida para cada asegurado en la columna “n”.

4.- Para este punto se acompañó planilla Excel con el registro histórico de todos los asegurados, vigentes y no vigentes, al 09 de diciembre de 2019, cuyas pólizas han sido intermediadas por Recover, entregando en cada campo, la información requerida.

Para esta respuesta se adjunta glosario explicativo de los requerimientos contenidos en los oficios reservados UI N° 905 y Oficio Reservado UI N° 1281.

5.- Para el punto 5, se acompañó planilla Excel que incorporó los registros marcados como “terminados” en el punto anterior y en los que MetLife emitió una nueva póliza sin la intermediación de la corredora.

Esta información considera pólizas vigentes y no vigentes al día 09 de diciembre de 2019.

6.- Con respecto a este punto, se acompañó un modelo de condicionado particular con cada una de las pólizas individualizadas en el punto 5) con todos sus anexos correspondientes, certificados de coberturas en los términos requeridos en el oficio.

7.- Con respecto a este punto, se acompañó un modelo de condicionado particular por cada una de las pólizas individualizadas en el punto 5) con todos sus anexos correspondientes, certificados de coberturas en los términos requeridos en el oficio.”

8) Oficio Reservado UI N° 39, de fecha 15 de enero de 2020, enviado por la Unidad de Investigación a Recover.

Por este oficio, se requirió a Recover remitir la siguiente información:

- Listado Excel con todas las pólizas emitidas por MetLife, respecto de la contratante Clínica Santa María, intermediadas por Corredora y Productora de Seguros Recover América Ltda., incorporando, al menos, la siguiente información: (i) número de póliza; (ii) código POL; (iii) nombre y apellido del asegurado; (iv) Rut asegurado; (v) fecha de inicio de vigencia; (vi) duración en años; (vii) monto de prima mensual en UF; (viii) forma de pago mensual; (ix) tipo de cobertura; (x) forma de renovación; (xi) periodicidad de renovación y, de corresponder, (xii) fecha de término y (xiii) motivo de término o no renovación.
- Cualquier otro antecedente que considere de relevancia y que guarde relación con los hechos denunciados.

9) Minuta N° 2 del Área de Protección al Inversionista y Asegurado, de 21 de enero de 2020, por medio de la cual dio respuesta al Oficio Reservado UI N° 70, de 20 de enero de 2020.

Por Oficio Reservado UI N° 70, de 20 de enero de 2020, la Unidad de Investigación solicitó al Área de Protección al Inversionista y Asegurado informar sobre la existencia de reclamos formulados en contra de MetLife por circunstancias parecidas a las denunciadas por la Corredora.

Con fecha 21 de enero de 2020, el Área de Protección al Inversionista y Asegurado atendió el requerimiento formulado, dando cuenta de 43 reclamos de asegurados en contra de la Compañía asociados al Seguro Salud Total de la Clínica Santa María. En varios de estos casos, se indicó que no constaban antecedentes que acreditaran la manifestación de consentimiento y aceptación para la incorporación o suscripción de la nueva póliza.

Los reclamos señalados evidencian la disconformidad de los reclamantes con el nuevo seguro colectivo al que se han incorporado, ya sea por el procedimiento adoptado para tales fines – ya sea sin su consentimiento o aceptación –, o bien porque entienden que sus condiciones han variado respecto de los términos inicialmente convenidos, de los que no fueron correctamente informados, y no comunicar haberse prescindido de los servicios de intermediación del corredor de seguros.

10) Visita en las dependencias de MetLife realizadas por funcionarios de la Unidad de Investigación realizada con fecha 16 de enero de 2020.

En esta visita se solicitó una serie de explicaciones a los antecedentes aportados con anterioridad por la Compañía, relativos a los hechos investigados. De igual forma, se solicitaron una serie de antecedentes aclaratorios, levantándose un acta para tal efecto.

11) Presentación de MetLife ante la Unidad de Investigación, de fecha 24 de enero de 2020.

Mediante presentación de fecha 24 de enero de 2020, MetLife adjuntó respuesta al acta de solicitud de antecedentes levantada en reunión de fecha 16 de enero de 2020, en que la Unidad de Investigación solicitó complementar la información entregada por la Compañía con ocasión de los Oficios Reservados UI N° 905 y N°1281. Al respecto, en consideración de cada pregunta, se señaló lo siguiente:

”1.- Rectificación del número de registros informados por MetLife en respuesta al número 2 del Oficio Reservado UI N° 905, respecto de aquellos asegurados en nombre del tomador Clínica Santa María, en intermediación de Corredora y Productora de Seguros Recover América Ltda., cuyas pólizas no se encuentran vigentes al 30 de junio de 2019, pero cuyos asegurados disponen de contratos vigentes con la Compañía. Se solicitó remitir el respaldo de dicha información.

Considerando que el Oficio UI N° 905, señalaba en su requerimiento N°2, informar por medio de planilla Excel cada una de las pólizas emitidas por MetLife, respecto de la contratante Clínica Santa María e intermediada por Corredora y Productora de Seguros Recover América Limitada que no se encontraban vigentes al 30 de junio de 2019, dicha información fue remitida con fecha 13 de agosto de 2019 por medio de dispositivo de almacenamiento de información, el cual contenía el archivo Excel denominado: “2 - Asegurados No Vigentes al 30-06-2019”, con 41.721 registros que corresponden a la base solicitada.

Dicha información corresponde a la base correcta para efectos de responder la consulta realizada, por lo que no resulta necesaria la rectificación requerida.

2.- Rectificación del número de registros informados por MetLife en respuesta al número 3 del Oficio Reservado UI N°905, respecto de aquellos asegurados intermediados por Recover, para el tomador colectivo Clínica Santa María, no vigentes al 30 de junio del 2019. Así mismo [sic], deberá remitir el respaldo en archivo digital de dicha información.

Considerando lo indicado en el punto anterior, no resulta necesario rectificar el número de registros informados por MetLife en respuesta al N° 3 del Oficio Reservado UI N° 905, toda vez que dicho archivo contiene datos correctos en cuanto al número de asegurados intermediados por Recover, para el tomador colectivo Clínica Santa María no vigentes al 30-06-2019, con seguros vigentes en MetLife al 30-06-2019 no intermediados por Recover, los que corresponden [a] 27.865 asegurados.

3.- Rectificación del número de registros informados por MetLife en respuesta al número 3 del Oficio Reservado UI N° 1.281. Así mismo [sic], deberá remitir el respaldo en archivo digital de dicha información.

Considerando lo indicado en el punto 1) de esta presentación, no resulta necesario rectificar el número de registros informados por MetLife en respuesta al N° 3 del Oficio Reservado UI N° 1281, toda vez que dicho archivo contiene datos correctos en cuanto al número de asegurados con seguros vigentes en MetLife al 30-06-2019 no intermediados por Recover que corresponden a los 27.865 asegurados con seguros vigentes en MetLife al 30-06-2019 no intermediados por Recover. En ese sentido, la diferencia y relación con los 33.476 asegurados informados en respuesta a la pregunta n° 2 del oficio 905, se explica dado que estos últimos son asegurados que han tenido un seguro en MetLife no intermediado por Recover y los 27.865 son asegurados que disponen de seguros vigentes en MetLife no intermediado[s] por Recover.

4.- Rectificación del número de registros informados por MetLife en respuesta al número 5 del Oficio Reservado UI N° 1.281, en razón de todas las pólizas emitidas a nombre de la contratante Clínica Santa María, intermediadas por Recover, respecto de las cuales la Compañía emitió una nueva póliza, o bien renovó la anterior, sin la intermediación de Recover. Así mismo [sic], deberá remitir el respaldo en archivo digital de dicha información.

Considerando lo señalado precedentemente no resulta necesario rectificar el número de registros informados por MetLife en respuesta al N° 5 del oficio 1.281, toda vez que el archivo entregado por MetLife con fecha 18 de diciembre de 2019 contiene datos correctos en cuanto al número de pólizas emitidas a nombre de la contratante Clínica Santa María en intermediación de Recover respecto de las cuales la compañía emitió una nueva póliza o bien renovó la anterior, sin la intermediación de Recover, ya que la base de registros informada es la correcta.

5.- Script definido por MetLife para la comercialización telefónica de sus seguros emitidos para el tomador colectivo Clínica Santa María (seguro complementario de salud y seguro de prestaciones médicas de alto costo).

Se acompañó en dispositivo de almacenamiento externo adjunto a esta presentación, modelo de los dos scripts[s] utilizados en la comercialización telefónica de seguros "Clínica Santa María", contenidos en la carpeta individualizada bajo el número 5, los cuales corresponden a:

- *Script etapa 1: Modelo utilizado para contactar a todos los asegurados de pólizas Santa María a fin de ofrecer nueva póliza.*

- *Script etapa 2: Corresponde al modelo utilizado con asegurados migrados provisoriamente, con la finalidad de obtener consentimiento en la contratación de la nueva póliza.*

Adicionalmente se espera el inicio de una tercera etapa, que se encuentra en etapa de definición de inicio y de script a utilizar.

6.- Modelo de correo electrónico definido por MetLife para la comercialización a través de ese medio de sus seguros emitidos para el tomador colectivo Clínica Santa María (seguro complementario de salud y seguro de prestaciones médicas de alto costo). Así mismo [sic], para que envíen a la casilla de correo electrónico rhamboure@cmfchile.cl [sic]; mmora@cmfchile.cl; ceescudero@cmfchile.cl; y alopez@cmfchile.cl.

Se acompaña modelo de correo electrónico enviado a todos los asegurados de Santa María a fin de ofrecer nueva póliza, el cual se encuentra contenido en dispositivo de almacenamiento externo, bajo carpeta individualizada con el número 6.

En cuanto al requerimiento de remisión de correos de prueba, con fecha 24 de enero de 2020 a las 13.00 horas, fue remitido el mail de prueba a las direcciones definidas. Es importante señalar que dichos correos son meramente con carácter de prueba, razón que no llevará a un proceso de contratación exitoso, al no corresponder sus titulares a asegurados de pólizas Santa María.

7.- Listado de asegurados contactados telefónicamente y que dieron su consentimiento para aceptar la nueva póliza emitida por MetLife para el tomador colectivo Clínica Santa María, sin intermediación, dando de baja la póliza anterior.

Se acompaña en dispositivo de almacenamiento externo, bajo la carpeta identificada con el número 7) listado de asegurados contactados telefónicamente y que dieron su consentimiento para aceptar la nueva póliza emitida por MetLife para el tomador colectivo Clínica Santa María, sin intermediación, dando de baja la póliza anterior.

El listado contiene 2 bases según la etapa específica a la que se refiere.

En el primer listado adjunto se informaron 8.776 asegurados titulares contactados telefónicamente en la etapa 1, mientras que en el segundo listado se informaron 1.018 asegurados titulares contactados telefónicamente en la etapa 2.

8.- Listado de asegurados contactados vía correo electrónico y que dieron su consentimiento para aceptar la nueva póliza emitida por MetLife para el tomar colectivo Clínica Santa María, sin intermediación, dando de baja la póliza anterior.

Se acompaña en dispositivo de almacenamiento externo, bajo la carpeta identificada con el número 8) listado de asegurados contactados vía correo electrónico que dieron su consentimiento para aceptar la nueva póliza emitida por MetLife.

En el listado adjunto se informaron 995 asegurados contactados vía correo electrónico.

9.- Respecto de grabaciones señaladas en el listado solicitado en el número 7 anterior, en que consten las comunicaciones telefónicas con los asegurados y los consentimientos correspondientes otorgados para la contratación de las nuevas pólizas emitidas por MetLife para el tomador colectivo Clínica Santa María, sin intermediación.

Se acompañan 3 CDs que contienen la totalidad de las grabaciones requeridas.

En las unidades de almacenamiento adjuntas se presentaron 9.692 archivos de audio.

10.- Respaldo de correos electrónicos señalados en el listado solicitado en el número 8 anterior, en que consten las comunicaciones a través de ese medio con los asegurados y los consentimientos correspondientes otorgados para la contratación de las nuevas pólizas emitidas por MetLife para el tomador colectivo Clínica Santa María, sin intermediación.

Se acompaña en dispositivo de almacenamiento externo, bajo la carpeta identificada con el número 10), listado de asegurados que responde la pregunta número 8) en el que se incorpora la columna "G" la cual contiene un hipervínculo por cada asegurado que al hacer click se puede visualizar el correo recepcionado por cada asegurado y posteriormente al presionar el botón "haz click aquí" se podrá visualizar el formulario de consentimiento prellenado con los datos correspondientes a cada asegurado.

En el listado adjunto se presentaron 995 hipervínculos que referencia al respaldo de información proporcionada por los asegurados.

11.- Resultado de la medición de calidad o auditoría de calidad realizada por MetLife a la empresa de call center a cargo de la campaña de migración de seguros colectivos con Clínica Santa María, sin intermediación.

Se acompaña en dispositivo de almacenamiento externo, bajo la carpeta identificada con el número 11) las pautas de revisión de calidad de campañas, correspondientes a la etapa 1 dirigida a todos los asegurados de pólizas Santa María a fin de ofrecer nueva póliza; etapa 2.- correspondiente a campaña de contacto con asegurados migrados provisoriamente, con la finalidad de obtener consentimiento en la contratación definitiva de la nueva póliza.

12.- Explicación detallada del concepto de "Requisitos de asegurabilidad", asociado al motivo de término o no renovación de las pólizas emitidas por MetLife a nombre de la contratante Clínica Santa María, intermediadas por Recover, en respuesta a los números 4 y 5 del Oficio Reservado UI N° 1.281.

Se acompaña en dispositivo de almacenamiento externo, bajo la carpeta identificada con el número 12) los antecedentes solicitados.

Al respecto, se señaló que el término de cobertura de requisitos de asegurabilidad se define en las siguientes condiciones:

- *Hijos que cumplen los 24 años de edad (requisito aplicable para pólizas intermediadas y no intermediadas por Recover).*

- *Asegurados titulares y dependientes que cumplen la edad máxima de permanencia según condiciones particulares de cada póliza (requisito aplicable solo para pólizas intermediadas por Recover).*

13.- Explicación de aquellos registros en que los asegurados no presentan correctamente su RUT, tanto en respuesta al Oficio Reservado UI N° 905 como el Oficio Reservado UI N° 1.281. De igual forma, solicita remitir los respaldos con información corregida.

Se acompaña en dispositivo de almacenamiento externo, bajo la carpeta identificada con el número 13) los antecedentes solicitados.

Al respecto, la Compañía indicó que los casos corresponden a errores de digitación por parte del área de operaciones de Recover. De los 3.287 registros [con Rut no presentado correctamente], solo continúan vigentes 86 asegurados.

14.- Listado de asegurados sobre 70 años que hicieron uso de las nuevas pólizas emitidas por MetLife para el tomador colectivo Clínica Santa María, sin la intermediación de Recover.

Se acompaña en dispositivo de almacenamiento externo, bajo la carpeta identificada con el número 14) los antecedentes solicitados.

El listado adjunto se informaron 109 asegurados mayores de 70 años.

15.- Detalle del número de pólizas originalmente emitidas por el tomador colectivo Clínica Santa María, intermediadas por Recover, y aquellas pólizas correlativas o “espejo” por las cuales fueron reemplazadas; a modo de ejemplo se solicita también la póliza original y la póliza “espejo” de la asegurada señora María Rengifo Jullian.

Se acompaña en dispositivo de almacenamiento externo, bajo la carpeta identificada con el número 15) los antecedentes solicitados”.

Respecto de las pólizas, se presentó el siguiente cuadro comparativo:

Póliza Intermediada por Recover	Póliza Nueva
340001361	340016071
340008119	340016094
340010692	340016095
340014016	340016097
340014017	340016098
340001446	340016086
340002786	340016088
340003454	340016090
340004348	340016091
340005658	340016092
340007784	340016093
340001991	340016087
340003028	340016089
340013404	340016096
340003983	340016099
340012939	340016117
340012953	340016118
340014628	340016100
340014629	340016101
340008249	Póliza Vigente
340011012	Póliza Vigente
340012367	Póliza Vigente
340006479	Póliza Vigente

“16.- Respaldo de toda la documentación contenida en todos los reclamos presentados en sus propias oficinas, o sede administrativa o judicial, presentando los reclamos y las respuestas otorgadas por la Compañía de Seguros MetLife Seguros de Vida S.A.

Se acompaña en dispositivo de almacenamiento externo, bajo la carpeta identificada con el número 16) los antecedentes solicitados.

Se adjuntaron las gestiones realizadas en 3 reclamos ante el Defensor del Asegurado, 43 oficios tratados ante la CMF, 13 casos en SERNAC y 24 reclamos directos.

17.- Respaldos de toda la documentación contenida en las carpetas de cada una de las pólizas asociadas a los siguientes asegurados, presentando, como mínimo, las condiciones particulares y generales, así como los anexos y los archivos o documentos en que conste la aceptación y términos de los seguros respectivos, de corresponder:

Se acompaña en dispositivo de almacenamiento externo, bajo la carpeta identificada con el número 17) los antecedentes solicitados.

Se adjuntan 58 carpetas con documentación asociada a los casos particularmente solicitados.

18.- Documentación adicional que la compañía aseguradora estime conveniente reportar.

Complementando la respuesta a la pregunta 14, se acompaña en dispositivo de almacenamiento externo, bajo la carpeta identificada con el número 18) Tabla con datos que grafican la usabilidad de las nuevas pólizas Santa María según tramo de edad”.

12) Respuesta de Recover al Oficio Reservado UI N° 39, recibida con fecha 31 de enero de 2020.

Con fecha 31 de enero de 2020, Recover respondió el Oficio Reservado UI N° 39, remitiendo la siguiente información:

A. Planilla Excel, en formato digital (pendrive) con el detalle de todas las pólizas emitidas por MetLife, respecto de la contratante Clínica Santa María, intermediadas por Recover, la cual incluye toda la información requerida. Informan para ayudar a una mejor comprensión del documento que el archivo Excel se divide en 2 partes:

1. La primera es “Base Full Total”, en la que se detallan los datos de 34.142 asegurados vigentes al 11 de diciembre de 2018.

2. La segunda es “Cuadro Breve de Cambio de Cobertura”, en la que se detallan 23 pólizas de salud total, intermediadas por Recover, emitidas desde el año 2007 a octubre de 2018.

B. Los siguientes antecedentes (...):

1. Folleto publicitario titulado “Más cobertura y protección para tu salud”. con los logos de MetLife y Clínica Santa María, para el denominado Seguro Salud Total. En su última página indica “Vigencia hasta el 31 de marzo de 2016” en base a “POL 3 2015 0527 para el seguro de Prestaciones Médicas de Alto Costo, POL 3 2013 0223 para el Seguro Complementario de Salud”, En su primera página, bajo la sección “¿Quiénes pueden contratar este seguro?” indica “Edad máxima de permanencia, Titular y cónyuge: 89 años y 364 días”.

2. Certificado de Cobertura de Seguro Colectivo “Seguro Salud Total N°340 001 361”:

a) Enviado a doña María Rengifo Jullian (RUT 5.166.338-1) con fecha 17 de enero de 2017. En su página 1, “Cuadro de Cobertura Plan 1” indica “Vigencia desde 08-04-2007”. Posteriormente, en su página 3, indica “2. Características del Seguro. 9. En caso de que la enfermedad o accidente que dio origen a un “evento” reembolsado por este seguro se prolongue más allá de 3 años, éste será considerado como un nuevo evento, reinstalándose el deducible y el capital Asegurado”

b) Enviado a doña Elsa María Albornoz Claverie (RUT 5.200.218-4), con fecha 12 de junio de 2018. En su “Cuadro de Cobertura Plan 1” indica “Vigencia desde 01-03-2007” e incluye las estipulaciones reproducidas en la sección anterior

Reclamos ante la CMF:

c) Email fechado 05-09-2019, mediante el cual la CMF le informa a la Sra. Rengifo que recibió su reclamo y que le asignó el código 1032909.

d) Constancia del reclamo realizado por la Sra. Albornoz, fechada 04-09-2019, al cual la CMF le asignó el código 1031721.

La principal fundamentación de ambos reclamos es: (i) las aseguradas no autorizaron su cambio a la nueva póliza; (ii) la nueva póliza considera siniestralidad individual para el aumento de prima en la renovación; (iii) la duración del “evento” ahora incluye un tope máximo de 6 años.

3. Copia del email fechada 11-09-2019, mediante el cual MetLife le envió la nueva póliza a la Sra. Rengifo, adjuntando un documento titulado “Nuestro Compromiso Es Cuidar Tu Salud y la de Tu Familia” en el cual hace referencia a los 14 años de vida del Seguro Clínica Santa María e incluye un cuadro titulado “Principales Características Nuevo Seguro Clínica Santa María”.

4. Copia de email fechado 19-08-2019, enviado por MetLife a la Sra. Albornoz, en respuesta a su reclamo. Señalándole que se mantienen las condiciones del “Seguro de Salud Total” en la nueva póliza colectiva.

5. Respuesta de la CMF:

a) Oficio Ordinario N°32742 de 14-10-2019 dirigido a la Sra. Rengifo (caso 1032909).

“la compañía indica que, conforme a lo establecido en las condiciones particulares, informó al contratante -Clínica Santa María-, el término de vigencia de la póliza colectiva, por lo cual y con el objeto de evitar la pérdida de cobertura, fue contactada para que renunciara a la póliza vigente de manera anticipada y, aceptara ser incorporada al “Nuevo Seguro Santa María”, sin requerir una nueva declaración personal, con continuidad de cobertura, con nuevos y mejores beneficios y sin costo adicional”

b) Oficio Ordinario N°32744 de 14-10-2019 dirigido a la Sra. Albornoz (caso 1031721).

Por concepto de un “error involuntario”, MetLife decidió devolver inmediatamente \$16.466 y pagar un saldo pendiente de 525.540 en un plazo de 10 días hábiles a contar del 3 de octubre de 2019

6. Segundo Reclamo ante la CMF:

a) Reclamo N°1056588 ingresado por la Sra. Rengifo.

b) Reclamo N°1066342 ingresado por la Sra. Albornoz.

7. Respuestas de MetLife:

a) Email a la Sra. Rengifo, fechado 02-12-2019, adjuntando nuevamente el certificado de cobertura para la Póliza N°340016071 de “diciembre de 2018”

b) Email a la Sra. Albornoz, fechado 02-12-2019, adjuntando nuevamente el certificado de cobertura para la Póliza N°340016071 de “diciembre de 2018”

8. Tercer Reclamo ante la CMF: Reclamo N°1077790 de la Sra. Albornoz, fechado 17-12-2019.

Por desconfianza respecto del proceder de MetLife, solicitó el término de la nueva póliza y la devolución de todas las primas cobradas sin su consentimiento.

9. Respuesta de MetLife a la Sra. Albornoz, fechada 23-12-2019.

MetLife da término al seguro y emite devolución de primas cobradas unilateralmente desde febrero de 2019, por \$480.065

10. Respuesta CMF (OFORD N°2232) a la Sra. Rengifo, de 20-01-2020 (Reclamo 1056588)

11. MetLife informa en su respuesta al Oficio N° 32.742 de fecha 14.10.2019, que se intentó el contacto sin éxito de la Sr. Albornoza para que, aceptara ser incorporada al "Nuevo Seguro Santa María", sin requerir una nueva declaración personal, con continuidad de cobertura, con nuevos y mejores beneficios y sin costo adicional. Al no poder hacer efectivo el contacto, fue incorporada de forma provisional a la "Nueva Póliza Clínica Santa Moría", a la espera de su manifestación de conformidad".

12. Respuesta de la CMF a reclamo presentado por don Felipe Guerraty Díaz:

a) Caso 1034287.

b) Oficio Ordinario N° 2706, fechado 22-01-2020 (caso 1055822)

MetLife señala que tal como se informó en Oficio N°32.739 de fecha 14.10.2019, la compañía informó que, con fecha 28.02.2019 gestionó el término de la póliza colectiva "Seguro Salud Total Clínica Santa María", lo cual le fue debidamente informado al contratante de la póliza".

13. Reclamo de doña Cecilia Urzúa Creixell:

a) Carta de MetLife fechada 08-03-2016 informando que se encuentra asegurada en la póliza colectiva N°340 008 119.

b) Reclamo al SERNAC, fechado 22-03-2019, por cambio unilateral de póliza realizado por MetLife el 21-12-2018.

c) Respuesta del SERNAC, fechada 01-04-2019, informando que se encontraba a la espera de una respuesta por parte de MetLife.

d) Respuesta del Defensor del Asegurado, fechada 01-04-2019, señalando no tener competencia para resolver el conflicto.

e) Respuesta de MetLife a la Asegurada, fechada 02-04-2019

f) Respuesta del SERNAC (18-04-2019) informando el cierre del caso y su derivación a la "Superintendencia de Valores y Seguros" ...

g) Respuesta CMF (Oficio Ordinario N°20762) fechado 11-07-2019 (Caso 969924).

h) Email de MetLife, fechado 05-09-2019, insistiendo cobrarle (\$107.124) por un seguro que nunca aceptó.

14. Demandas presentadas en contra de Zurich Santander:

a) Por el SERNAC

b) Por la Organización de Consumidores y Usuarios de Chile A.C.

13) Presentación de Recover ante la Unidad de Investigación, de fecha 1 de junio de 2020, por medio de la cual indicó, en lo medular, lo siguiente:

Haber presentado antecedentes similares a los entregados a la Unidad de Investigación al SERNAC, entidad que con fecha 18 de febrero de 2020 emitió la Resolución Exenta N°0168, que, en su considerando séptimo estableció:

“7°. Que, (...) existen antecedentes que dan cuenta de incumplimientos a los deberes y obligaciones precontractuales y contractuales que imponen las normas contenidas en la Ley 19.496 y demás normativas pertinentes que dicen relación con el consumidor, los que conllevarían la afectación patrimonial de los consumidores. En efecto, este Servicio Público tomó conocimiento a partir de la información difundida a través de los medios de comunicación que, la Clínica Santa María, con fecha 1 de noviembre del año 2018, decidió poner término al convenio que mantenía con Metlife Chile Seguros de Vida S.A., en adelante “Metlife” y la empresa Recover América Corredora y Productora de Seguros Limitada, en cuanto al ofrecimiento y contratación de la póliza “Seguro Salud Total”, lo que generó como consecuencia que Metlife procediera a cambiar las condiciones de los asegurados que originalmente habían contratado la citada póliza, por nuevas pólizas asociadas al producto denominado “Seguro Total Clínica Santa María”, sin requerir para estos efectos, el consentimiento expreso e informado de los consumidores”.

En los hechos, Metlife Chile Seguros de Vida S.A., con el propósito de incorporar a los asegurados de las pólizas anteriores a la nueva póliza, diseñó e implementó un plan para facilitar el traspaso a este nuevo seguro, que consistía, entre otros, contactar telefónicamente a todos los asegurados, dándoles la opción de renunciar o incorporarse a las nuevas pólizas, sin requerir una nueva Declaración Personal de Salud o “DPS”, con continuidad de cobertura, con nuevos y mejores beneficios, todos sin costo adicional para ellos. Sin embargo, esta medida no se implementó respecto del universo total de asegurados afectados, y la compañía de seguros procedió a incorporar de manera unilateral y provisional a aquellos asegurados que no fueron contactados y, por ende, no manifestaron su voluntad, con las consecuencias que ello conlleva, en particular, los cobros de las primas de estos seguros, sin contar con la aceptación expresa de aquellos, contraviniendo gravemente los derechos de los consumidores.

Asimismo, otro hecho que motiva el inicio de este procedimiento es que, con ocasión de la renovación e incorporación de las nuevas pólizas, el proveedor, en la comunicación que envió a todos los consumidores afectados sólo remitió el nuevo certificado de cobertura asociado a las nuevas pólizas, incumpliendo la obligación de proporcionar los demás documentos fundantes y relacionados con la cobertura de los seguros. A lo anterior, se suma que el nuevo certificado de cobertura asociado a las nuevas pólizas contenía información errónea que no coincidía con los términos de las nuevas pólizas, lo que causó que los consumidores no hayan tenido acceso claro, comprensible e inequívoco, a la información y/o documentación que el proveedor está obligado a proporcionar en este ámbito.

Como es de vuestro conocimiento, pesa sobre Metlife, en su calidad de proveedor del servicio financiero, el deber de informar correctamente a los consumidores sobre diversos aspectos que establece la legislación vigente y en las distintas fases de la contratación de los seguros,

debiendo, en consecuencia, ser informado, entre otros, del riesgo asegurado, la prima y la obligación de indemnizar conforme lo dispone el artículo 521 del Código de Comercio. De la misma manera, el artículo 514 del citado cuerpo legal, señala que la propuesta de celebrar un contrato de seguro deberá contener la cobertura, los antecedentes y circunstancias necesarios para apreciar la extensión del riesgo, y además, la siguiente información: el tipo de seguro de que se trata, los riesgos cubiertos y las exclusiones, la cantidad asegurada, la forma de determinarla y los deducibles, la prima o método para su cálculo, el período de duración del contrato, así como la explicitación de la fecha de inicio y término de la cobertura, lo que se hace extensivo a los contratos colectivos de seguros, conforme lo dispone el artículo 517 del Código de Comercio, así como la información respecto de la comisión.² Lo anterior es, sin perjuicio de las demás obligaciones y formalidades exigibles.

Asimismo, tal y como señala el artículo 542 del Código de Comercio, las normas que establecen los deberes precontractuales de información resultan obligatorias para el proveedor, lo que además debe ser analizado en armonía con el artículo 3° inciso 1° letras a) y b), de la Ley N° 19.496, recibiendo aplicación, además, al caso en cuestión, los artículos 12A y 32, 17B y 17C del mismo cuerpo normativo, considerando además, que todos estos derechos del consumidor son, por lo demás, irrenunciables anticipadamente, conforme lo expresa el artículo 4° de la Ley N° 19.496”.

14) Oficio Reservado UI N° 689, de fecha 07 de julio de 2020, enviado por la Unidad de Investigación a MetLife.

Por este oficio, la Unidad de Investigación requirió a MetLife remitir la siguiente información:

1) Copia del convenio comercial celebrado entre MetLife Chile Seguro de Vida S.A., Clínica Santa María S.A. y Recover América Corredora y Productora de Seguros S.R.L., así como de cualquier anexo, renovación u otra modificación asociado al mismo, incluyendo su término.

2) Copia de convenios de promoción y/o publicidad celebrados entre MetLife Chile Seguros de Vida S.A. y Clínica Santa María, así como de cualquier anexo, renovación u otra modificación asociado a los mismos.

3) Complemento a su respuesta al número 5) del Oficio Reservado UI N° 1.281, incorporando, en archivo Excel, columnas con la siguiente información, para cada registro: (i) fecha de aceptación del seguro; (ii) fecha de contratación; (iii) fecha de remisión de la póliza contratada; y (iv) forma de renovación; esto es, de acuerdo con los conceptos utilizados en respuesta al número 3) del Oficio en referencia.

15) Presentación de 07 de julio de 2020, por medio de la cual MetLife dio respuesta al Oficio Reservado UI N° 689, en los siguientes términos:

1. En primer lugar, respecto de la copia del convenio comercial celebrado entre MetLife Chile Seguro de Vida S.A., Clínica Santa María S.A. y Recover América Corredora y Productora de Seguros S.R.L., así como de cualquier anexo, renovación u otra modificación asociado al mismo, incluyendo

su término, MetLife con la finalidad de responder lo solicitado adjunta los siguientes documentos:

i. Convenio Comercial firmado entre Clínica Santa María S.A; MetLife Chile Seguros de Vida S.A. y Corredora y Productora de Seguros Recover América Ltda., de fecha 01 de febrero de 2007, el cual contiene anexos 1; 2 y 3 celebrados con la misma fecha del contrato principal.

ii. Anexo al Convenio Comercial antes señalado, el cual fue suscrito por las partes con fecha 01 de agosto de 2009.

iii. Anexo al Convenio Comercial antes señalado, el cual fue suscrito por las partes con fecha 01 de octubre de 2011.

iv. Anexo al Convenio Comercial antes señalado, el cual fue suscrito por las partes con fecha 01 de noviembre de 2011.

v. Anexo al Convenio Comercial antes señalado, el cual fue suscrito por las partes con fecha 01 de diciembre de 2013.

2. En segundo lugar, respecto a la Copia de convenios de promoción y/o publicidad celebrados entre MetLife Chile Seguros de Vida S.A. y Clínica Santa María, así como de cualquier anexo, renovación u otra modificación asociado a los mismos.

MetLife señala que no existe entre las partes un convenio de promoción en los términos planteados por la Unidad de Investigación, pero que una de las cláusulas del convenio comercial suscrito entre los intervinientes con fecha 01 de febrero de 2007, hace referencia a materias de promoción y/o publicidad en la comercialización de seguros

3. Finalmente, respecto al punto que le solicita complementar a MetLife su respuesta al número 5) del Oficio Reservado UI N° 1.281, incorporando, en archivo Excel, columnas con la siguiente información, para cada registro: (i) fecha de aceptación del seguro; (ii) fecha de contratación; (iii) fecha de remisión de la póliza contratada; y (iv) forma de renovación; esto es, de acuerdo a los conceptos utilizados en respuesta al número 3) del Oficio en referencia.

Para dar respuesta a este punto MetLife, acompaña archivo en formato Excel, en los mismos términos que el contenido en respuesta de Oficio Reservado UI N° 1281, incorporando adicionalmente la información requerida.

También indica que, en cuanto a la solicitud planteada en el punto iv), en el cual se le solicita a MetLife referirse a la forma de renovación de las pólizas de acuerdo a los conceptos utilizados en respuesta al número 3 del oficio en referencia, dichos conceptos no estarían referidos a una forma de renovación de pólizas, si no a la modalidad aplicada para efectos de traspaso de asegurados a nuevas pólizas de Clínica Santa María. Las modalidades referidas serían las siguientes:

Con consentimiento, modalidad en la cual el cliente es contactado telefónicamente o vía correo electrónico, y da su consentimiento para aceptar la nueva póliza, dando de baja la póliza anterior, sin necesidad de firmar una nueva declaración de salud (DPS), manteniendo la misma prima

pactada en las condiciones particulares de la póliza anterior y las mismas coberturas de siempre, agregando nuevos beneficios sin costo adicional.

Sin consentimiento, modalidad en la que el asegurado es incorporado provisoriamente a la nueva póliza, posterior al vencimiento de la vigencia colectiva de las condiciones particulares, para que no se quedara sin cobertura, mientras se continúan los intentos de contactar al cliente para ratificar su incorporación a la nueva póliza.

16) Presentación de Recover ante la Unidad de Investigación, de fecha 31 de julio de 2020, por medio de la cual informó lo siguiente:

1. Que Recover recurrió ante el Centro de Arbitraje y Mediación de la Cámara de Comercio de Santiago (CAM Santiago), a objeto de demandar a MetLife y a Clínica Santa María. El Árbitro designado para resolver la arista contractual de este conflicto es el Sr. Manuel José Vial Vial, vicepresidente de su Consejo Directivo; y

2. Que en el marco del Procedimiento Voluntario Colectivo (“PVC”) iniciado por el SERNAC mediante su Resolución Exenta N°0168, de 18 de febrero de 2020, ya se han presentado 223 reclamos de asegurados disconformes con el actuar de MetLife, complementando su presentación del 01 de junio de 2020.

17) Oficio Reservado UI N° 966, de fecha 28 de agosto de 2020, enviado por la Unidad de Investigación a MetLife.

Por este oficio, la Unidad de Investigación requirió a MetLife remitir la siguiente información:

1) Copias de las cartas de término anticipado del “Seguro Salud Total Clínica Santa María”, finiquitados por la compañía, que hubiesen sido dirigidas por MetLife a los respectivos asegurados. En caso de que tales comunicaciones hubiesen sido enviadas por carta certificada, deberá remitir copias de sus comprobantes de envío y de devolución de correo, si ello aconteció.

2) Copia de los audios que den cuenta de haberse otorgado el consentimiento para la contratación del “Nuevo Seguro de Salud Clínica Santa María”, por parte de las siguientes personas:

N°	Nombre
1	Myriam Cecilia Fliman Cohen
2	José Tomás Silva Vargas
3	Arlen Gaete Tagle
4	Ivon Helene Salazar Álvarez
5	Adriana María De Todos Los Santos Edwards Hurtado

3) Descripción detallada del proceso de migración del contrato de “Seguro Salud Total Clínica Santa María” hacia el “Nuevo Seguro Clínica Santa María”. De igual manera, deberá señalar las áreas y/o gerencias involucradas, así como una nómina de personas que participaron en el diseño e implementación del aludido proceso, con indicación del rol que, en cada caso, desempeñaron.

4) Nómina de personas aseguradas bajo el amparo del “Seguro Salud Total Clínica Santa María”, con anterioridad al 31 de diciembre de 2015 y que actualmente están incorporadas al “Nuevo Seguro Clínica Santa María”.

Se le otorgó a MetLife un plazo de 05 días hábiles para contestar dicho requerimiento.

18) Oficio Reservado UI N° 1067, de fecha 24 de septiembre de 2020, enviado por la Unidad de Investigación a MetLife.

Por este oficio, la Unidad de Investigación reiteró a MetLife los requerimientos efectuados mediante Oficio Reservado UI N°966 de fecha 28 de agosto de 2020.

19) Correo electrónico, de fecha 15 de octubre de 2020, enviado por funcionarios de la Unidad de Investigación al Sr. Roberto Ladrón De Guevara Abarca, fiscal de MetLife.

Mediante este correo, se solicitó al Sr. Ladrón de Guevara, que explicara por qué MetLife no habría dado respuesta a los requerimientos solicitado mediante Oficio Reservado UI N°966, de fecha 28 de agosto de 2020, y reiterados en el Oficio Reservado UI N° 1607 y se le solicitó dar respuesta de los mismos a la brevedad.

20) Correo electrónico, de fecha 19 de octubre de 2020, enviado por el Sr. Roberto Ladrón De Guevara Abarca a funcionarios de la Unidad de Investigación.

Mediante este correo, el Sr. Ladrón de Guevara explicó que el motivo por el que MetLife no contestó el Oficio Reservado UI N° 966, de fecha 28 de agosto de 2020, reiterado en el Oficio Reservado UI N° 1607, fue debido a que no recibieron notificación de los mismos, a pesar de que las casillas de correo electrónico a las cuales se notificaron los oficios se encuentran vigentes y operativas, y desconocen porqué se pudo haber producido el fallo.

21) La respuesta al Oficio Reservado UI N° 966, reiterado en el Oficio Reservado UI N° 1607, fue evacuada por MetLife con fecha 22 de octubre de 2020, en los siguientes términos:

1. Respecto de las copias y comprobantes de envío de las cartas de término anticipado del “Seguro Salud Total Clínica Santa María” solicitados por la Unidad de Investigación, MetLife señala, que no operó el término anticipado de la póliza colectiva Seguro Total Clínica Santa María, razón por la cual no habría remitido cartas en dicho sentido y destacan que las únicas comunicaciones que ha enviado a sus asegurados fueron realizadas al término de la vigencia colectiva de la póliza.

2. Por otra parte, en relación con las copias de los audios que dieran cuenta de que se otorgó consentimiento para la contratación del “Nuevo Seguro de Salud Clínica Santa María” solicitados por la Unidad de Investigación respecto de los siguientes asegurados:

- 1- Myriam Cecilia Fliman Cohen.
- 2- José Tomás Silva Vargas.
- 3- Arlen Gaete Tagle.

4- Ivon Helene Salazar Álvarez.

5- Adriana María De Todos Los Santos Edwards Hurtado.

MetLife informa que, los cuatro primeros corresponden a asegurados migrados provisoriamente a las nuevas pólizas, la decisión de la Compañía se debió a que, una vez que operó el término de la póliza colectiva respectiva, teniendo en consideración que tras varios intentos efectuados no fue posible contactar a dichos asegurados, y con el único objeto que éstos no quedaran sin cobertura, es que procedieron – sin requerir nueva declaración de salud (DPS) – a incorporarlos de forma provisoria a la nueva póliza, enviándoles el nuevo certificado de cobertura asociado a la misma, a la espera de poder contactarlos para que manifestaran su conformidad con su incorporación al nuevo seguro.

Señalan que, a la fecha, se siguen realizando campañas con el objeto de contactar a los asegurados, con el fin de que éstos otorguen su consentimiento y así seguir cubiertos en las nuevas pólizas.

En relación con la asegurada Adriana María De Todos Los Santos Edwards Hurtado, informa que ella no ha sido migrada a ningún nuevo seguro, encontrándose vigente en su póliza de origen.

Por las razones expuestas, MetLife señala que no es posible remitir a la Unidad de Investigación copia de los audios.

3. Respecto a la solicitud de detallar el proceso de migración del contrato de “Seguro Salud Total Clínica Santa María” hacia el “Nuevo Seguro Clínica Santa María”, informando las áreas y/o gerencias involucradas en el proceso, así como la nómina de personas que participaron en el diseño e implementación del aludido proceso, indicando el rol que, en cada caso, desempeñó cada persona, solicitado por la Unidad de Investigación, MetLife informa lo siguiente:

En primer lugar, realiza un resumen de lo que sucedió entre, MetLife Chile Seguros de Vida S.A., Clínica Santa María y Recover América y explica el proceso de migración de pólizas, indicado que dichos antecedentes que ya han sido mencionados en presentaciones anteriores, y en segundo lugar señala las gerencias involucradas en el diseño e implementación del proceso, las cuales son las siguientes:

Área / Dirección	Cargo	Rol
Negocios Masivos	Director	Revisión general del plan de negocios y mecanismos de implementación por parte de la Compañía y su interacción con la Clínica Santa María.
	Gerente de Negocios / Jefe de Negocios	Coordinación con las distintas áreas para la implementación del plan.
	Subgerente de Canal Telemarketing	Actualización de datos de contactabilidad y coordinación de la campaña con call center externo.
Fiscalía	Fiscal	Revisión legal general del plan y su implementación posterior.
	Gerente / Subgerente	Implementación legal del plan.

4. Finalmente, respecto a la nómina de personas aseguradas bajo el amparo del “Seguro Salud Total Clínica Santa María”, con anterioridad al 31 de diciembre de 2015 y que actualmente están incorporados al “Nuevo Seguro Clínica Santa María”, solicitado por la Unidad de Investigación, MetLife adjunta un archivo Excel con la información solicitada titulado “Respuesta 4”.

22) Oficio Reservado UI N° 1197, de fecha 23 de octubre de 2020, enviado por la Unidad de Investigación a MetLife.

Por este oficio, la Unidad de Investigación requirió a MetLife remitir la siguiente información:

“Propuesta de compensación” formulada por MetLife en el procedimiento voluntario colectivo seguido ante el Servicio Nacional del Consumidor (SERNAC), con expresa indicación de los nombres y Rut de los asegurados que forman parte del Grupo 1 (migrados provisoriamente), Grupo 2 (afectados por errores formales en los certificados de cobertura comunicados) y Grupo 3 (asegurados que rechazaron expresamente la migración provisoria) considerados en dicha proposición.”

23) Respuesta de MetLife al Oficio Reservado UI N° 1197 de fecha 29 de octubre de 2020, acompañando los siguientes antecedentes:

1. Resolución Exenta N° 740, del Servicio Nacional del Consumidor, fechada el 23 de octubre de 2020, que contiene los términos del acuerdo y declara el término favorable del Procedimiento Voluntario Colectivo entre SERNAC y MetLife Chile Seguros de Vida S.A.

Área / Dirección	Rol
Operación Masivas	Creación de nuevas pólizas en sistemas MetLife para poder dar continuidad de cobertura y agregar nuevos beneficios sin perjudicar a ningún cliente que fuera traspasado.
Sistemas	Traspasar a los clientes a las nuevas pólizas creadas para dar continuidad de cobertura y entregar nuevos beneficios sin perjudicar a ningún cliente que fuera traspasado.

Dicho acuerdo se extiende a todas las conductas descritas en la Resolución Exenta N° 168 del SERNAC, de fecha 18 de febrero de 2020, y beneficiará a todos aquellos consumidores que se hayan visto afectados por el cambio en las condiciones de contratación como consecuencia del traspaso provisional de las pólizas denominadas “Seguro Salud Total” a las nuevas pólizas correspondientes al producto denominado “Nuevo Seguro Clínica Santa María, sin requerir el consentimiento expreso e informado de los consumidores. De igual forma, el procedimiento voluntario colectivo también busca beneficiar a todos aquellos consumidores que, con ocasión de la incorporación a las nuevas pólizas, en los términos señalados anteriormente, fueron afectados con la entrega a través de correos electrónicos remitidos por MetLife de los nuevos certificados de cobertura, los cuales contenían información errónea, toda vez que no coincidían con los términos y condiciones informadas en las nuevas pólizas.

2. Nómina en formato Excel que contiene los nombres y RUT de los asegurados que conforman los siguientes grupos, según definición de la Unidad de Investigación, considerados en el acuerdo alcanzado con SERNAC: i) Grupo 1 (migrados provisoriamente); Grupo 2 (afectados por errores formales en los certificados de cobertura comunicados) y Grupo 3 (asegurados que rechazaron expresamente la migración provisoria).

II. DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO

II.1. CARGOS FORMULADOS

En virtud de los hechos descritos precedentemente, a través de Oficio Reservado UI N°1.316 de 1 de diciembre de 2020, que rola a fojas 452 del expediente administrativo, el Fiscal de la Unidad de Investigación formuló cargos a la Aseguradora Investigada en los siguientes términos:

“Considerando lo previsto en los artículos 1°, 3°, 22, 24 N° 1 y 45 y siguientes de la Ley N° 21.000, los hechos descritos en la Sección II del presente Oficio, en razón del análisis efectuado en la Sección V precedente, configuran las siguientes infracciones, respecto de las cuales se procede a formular cargos a MetLife Chile Seguros de Vida S.A.:

1) Incumplimiento de las obligaciones establecidas en el artículo 529 N° 1 del Código de Comercio; en la Sección III de la Circular N° 2.148; en la Sección V de la Circular N° 1.935; y en los números 1 y 2 de la Sección III de la Circular N° 2.123, respecto de, al menos, 9.794 asegurados titulares que contrataron el “Nuevo Seguro Clínica Santa María” telefónicamente, al no asesorar a los mismos respecto de los términos de la nueva póliza, ni ilustrarlos sobre las condiciones del contrato, toda vez que no se les proporcionó toda la información relevante que, para efectos de la correspondiente contratación, se establece en dichas disposiciones.

2) Incumplimiento de las obligaciones establecidas en el artículo 529 N° 1 del Código de Comercio; en el número 4 de la NCG N° 171; y en los números 1 y 2 de la Sección III de la Circular N° 2.123, respecto de, al menos, 995 asegurados titulares que contrataron el “Nuevo Seguro Clínica

Santa María” vía correo electrónico, al no asesorar a los mismos respecto de los términos de la nueva póliza, ni ilustrarlos sobre las condiciones del contrato, toda vez que no se les proporcionó toda la información relevante que, para efectos de la correspondiente contratación, se establece en dichas disposiciones.

3) Incumplimiento de la obligación establecida en el artículo 519 del Código de Comercio, respecto de, al menos, 17.809 casos en que MetLife emitió una nueva póliza colectiva y no se remitió el correspondiente certificado de cobertura en el plazo de 5 días hábiles contado desde la perfección del contrato y 61 casos en que directamente no se remitió el certificado de cobertura al asegurado.

4) Incumplimiento de las exigencias establecidas en el artículo 537 del Código de Comercio, respecto de, al menos, 11.748 casos en que MetLife dio término al “Seguro de Salud Total” sin enviar carta a sus asegurados notificando el termino anticipado de la póliza colectiva.

5) Incumplimiento de lo dispuesto en el inciso primero del artículo 515 y artículo 529 N° 1 del Código de Comercio, respecto de, al menos, 11.748 asegurados, que fueron migrados provisoriamente a una nueva póliza sin haber otorgado su consentimiento, y respecto de al menos 5 asegurados, que fueron incorporados a la nueva póliza contra su voluntad, en ambos casos, sin asesorar a los mismos respecto de los términos de la nueva póliza, ni ilustrarlos sobre las condiciones del contrato”.

II.2. ANÁLISIS DE LOS HECHOS EN EL OFICIO RESERVADO

UI N°1023

A partir de los hechos descritos y antecedentes recopilados, el Fiscal de la Unidad de Investigación efectuó el siguiente análisis en el Oficio Reservado UI N°1.316 de 1 de septiembre de 2020 por el que se formularon cargos a la Aseguradora Investigada:

“Con fecha 01 de febrero de 2007, Clínica Santa María S.A., MetLife Chile Seguros de Vida S.A. y Corredora y Productora de Seguros Recover América S.A., celebraron un convenio comercial en el que Clínica acordó “designar a Recover como su corredor de seguros e Intermediario exclusivo para la venta y comercialización de seguros de salud y vida”, entre los que se encontraba aquel denominado “Seguro Salud Total”. Dicho convenio se mantuvo vigente, para efectos de la venta del mencionado seguro colectivo, hasta el 01 de noviembre de 2018.

Respecto del “Seguro Salud Total” antes referido, MetLife incorporó a las pólizas contratadas colectivamente por Clínica Santa María e intermediadas por Recover, entre el 01 de abril de 2007 y el 04 de septiembre de 2018, al menos, a 107.428 asegurados. Luego del término del convenio colectivo para efectos de la venta del seguro en mención, y en aquellos casos en que dichos contratos no fueron renovados, MetLife, pretendiendo reemplazar dicho contrato, entre diciembre de 2018 y julio de 2019, emitió un nuevo seguro colectivo, denominado “Nuevo Seguro Clínica Santa María”, que, en al menos 31.119 casos fue comercializado directamente; esto es, sin la intermediación de Recover u otro corredor de seguros (detalle de casos en hoja “Anexo N° 1” del archivo Excel adjunto al presente Oficio). Al respecto, la

modalidad aplicada para efectos del traspaso de asegurados a las nuevas pólizas asociadas a la Clínica, acorde a la señalado por la misma Compañía en respuesta al Oficio Reservado UI N° 689, fue la siguiente:

1) Con consentimiento (19.371 casos): Cliente es contactado telefónicamente o vía correo electrónico, en donde da su consentimiento para aceptar la nueva póliza, dando de baja la póliza anterior, sin necesidad de firmar una nueva declaración de salud (DPS), manteniendo la misma prima pactada en las condiciones particulares de la póliza anterior y las mismas coberturas de siempre, agregando nuevos beneficios sin costo adicional.

2) Sin consentimiento (11.748 casos): El asegurado es incorporado provisoriamente a la nueva póliza, posterior al vencimiento de la vigencia colectiva de las condiciones particulares, para que no se quedara sin cobertura, mientras se continúan los intentos de contactar al cliente para ratificar su incorporación a la nueva póliza.

En términos generales, los números 1 y 2 de la Sección III de la Circular N° 2.123, establecen que, en la propuesta o solicitud de incorporación a las pólizas de seguros colectivos a que se refiere el artículo 517 del Código de Comercio, “deberá informarse a los asegurados sobre la contratación del seguro colectivo y, al menos, el tipo de seguro de que se trata, los riesgos cubiertos y las exclusiones, la cantidad asegurada, la forma de determinarla y los deducibles, la prima o método para su cálculo, el periodo de duración del contrato, así como la explicitación de la fecha de inicio y término de la cobertura individual”, debiendo incluirse, a su vez, la leyenda obligatoria que dicha Circular prescribe. Asimismo, “La propuesta, solicitud de incorporación o certificado de cobertura deberá ser independiente de toda otra operación, negocio o producto, y no se podrá incorporar información, descripciones o referencias a servicios o coberturas distintos a los efectivamente contratados por el asegurado.”

Ahora bien, respecto de la comercialización telefónica de seguros, la Sección III de la Circular N° 2.148, -que no obsta al cumplimiento de las disposiciones de la Circular N° 2.123- señala, como requisito de información previa al contrato, que, “El oferente deberá proporcionar toda la información relevante al destinatario de la oferta y facilitarle los medios para efectuar consultas o decidir sobre la oferta del seguro.”, debiendo informar y dejar registro de, al menos, la siguiente información: i) fecha de la oferta; ii) identificación del oferente, compañía de seguros respectiva y demás copartícipes; iii) características del seguro, indicando las coberturas ofrecidas, condiciones especiales de asegurabilidad, exclusiones, carencias, deducibles, franquicias, duración del contrato, causales de término anticipado, vigencia y suma asegurada; iv) costo total para el asegurado; v) modalidades de pago de la prima; vi) existencias, duración y forma de ejercicio del derecho a retracto; vii) derecho del asegurado a poner fin anticipado al contrato; y viii) plazo máximo y forma de entrega de la póliza. A su vez, “Toda información deberá comunicarse de manera clara y comprensible ajustándose estrictamente a las condiciones de los seguros ofrecidos, evitando inducir a error o confusión para su aceptación y celebración.”

De igual forma, la Sección V de la Circular N° 1.935, señala que, “Tratándose de venta telefónica la leyenda obligatoria a que se refiere el Título

II de la presente norma [consideraciones necesarias al contratar o incorporarse a un seguro de salud], deberá ser informada verbalmente al destinatario de la oferta del seguro en forma previa a la manifestación de su consentimiento, debiendo quedar constancia de ello en el registro respectivo.”

Por su parte, respecto de la comercialización de seguros por medios electrónicos, como lo es un correo electrónico, el número 4 de la Norma de Carácter General (NCG) N° 171, establece que, “La aseguradora o corredora, según corresponda, deberá proporcionar al destinatario de la oferta toda la información relevante y facilitarle los medios para efectuar consultas o decidir sobre la oferta del seguro.”, debiendo informar, en las ofertas y propuestas que realice: i) fecha de la oferta o propuesta; ii) período de validez de la oferta; iii) identificación de la aseguradora, asegurable y corredora, cuando corresponda; iv) características del seguro, indicando coberturas ofrecidas o solicitadas, requisitos de asegurabilidad, carencias, deducibles, vigencia y suma asegurada; v) forma y plazo para verificar condiciones de asegurabilidad, si aplica; vi) costo total para el asegurado; y viii) modalidad de pago de la prima. A su vez, “Toda la información señalada deberá comunicarse de manera clara y comprensible ajustándose estrictamente a las condiciones de los seguros ofrecidos, evitando inducir a error o confusión para su aceptación o celebración y facilitando la cabal comprensión de la cobertura que está siendo ofrecida o contratada.”

No obstante las instrucciones antes señaladas, aplicables a los 19.371 casos en que la Compañía señaló haber obtenido la aceptación del “Nuevo Seguro Clínica Santa María” por parte de los correspondientes asegurados, ya sea telefónicamente o vía correo electrónico, aquellas no fueron consideradas íntegramente por MetLife, según consta en los scripts telefónicos y modelos de correos electrónicos utilizados por ésta y proporcionados en presentación de fecha 24 de enero de 2020, que dan cuenta de las limitaciones de aquellas comunicaciones en torno a las diferencias del “Nuevo Seguro Clínica Santa María” respecto del anterior “Seguro Salud Total”, principalmente.

De acuerdo a los registros proporcionados por MetLife, al menos un total de 9.794 asegurados titulares fueron contactados telefónicamente y dieron su consentimiento para aceptar la nueva póliza emitida por la Compañía, dando de baja la póliza anterior, respecto de los cuales se incumplieron las instrucciones detalladas en la Sección III de la Circular N° 2.148 y la Sección V de la Circular N° 1.935, así como en los números 1 y 2 de la Sección III de la Circular N° 2.123, en tanto no se proporcionó a los respectivos asegurados toda la información relevante que, para efectos de contratación de los seguros en cuestión, dichas disposiciones establecen (detalle de casos en hoja “Anexo N° 2” del archivo Excel adjunto al presente Oficio).

En la comercialización del “Nuevo Seguro Clínica Santa María” mediante contacto telefónico, MetLife incumplió su obligación de entregar la totalidad de la información detallada e instruida en la Sección III de la Circular N° 2.123, pues no proporcionó a los destinatarios de las ofertas toda la información requerida para tomar una decisión respecto de la contratación de un nuevo seguro. En efecto, en tales comunicaciones no se explicitó la intención de ofrecer la contratación de un nuevo seguro –que, en

consecuencia, significaba dar de baja el anterior-, conformándose con apelar al conocimiento que tenían los asegurados de las condiciones de los contratos suscritos con anterioridad y limitándose sólo a señalar los nuevos beneficios de la oferta en cuestión.

Del análisis de los scripts proporcionados por la Compañía y de los audios de los asegurados que constan en el expediente, es posible constatar un incumplimiento de la Aseguradora respecto de las exigencias establecidas en la Sección III de la Circular N° 2.148, relativa a la comercialización telefónica de seguros colectivos en forma segura, íntegra y confidencial, específicamente respecto del detalle contenido en su número 3., asociado a las "Características del seguro, indicando las coberturas ofrecidas, condiciones especiales de asegurabilidad, exclusiones, carencias, deducibles, franquicias, duración del contrato, causales de término anticipado, vigencia y suma asegurada.", así como de lo requerido para la contratación de seguros en forma colectiva, sin inducir a errores, según los números 1 y 2 de la Sección III de la Circular N° 2.123, y para la contratación de seguros de salud, según la Sección V de la Circular N° 1.935.

De acuerdo con lo dispuesto en el número 1) del artículo 529 del Código de Comercio, Metlife debió haber asesorado a los asegurados y, con ello, entregado la totalidad de la información atinente a las nuevas contrataciones, indicando las coberturas más convenientes a las necesidades e intereses de los asegurados, así como ilustrado sobre las condiciones y modificaciones del contrato en sí, de modo que los asegurados pudieran tomar una decisión de manera informada.

Adicionalmente, de acuerdo a los registros proporcionados por MetLife, al menos un total de 995 asegurados titulares fueron contactados vía correo electrónico y dieron su consentimiento para aceptar la nueva póliza emitida por la Compañía, dando de baja la póliza anterior, respecto de los cuales se incumplieron las instrucciones prescritas en el número 4 de la NCG N° 171, así como en los números 1 y 2 de la Sección III de la Circular N° 2.123, en tanto no se proporcionó a los respectivos asegurados toda la información relevante que, para efectos de contratación de los seguros en cuestión, dichas disposiciones establecen (detalle de casos en hoja "Anexo N° 3" del archivo Excel adjunto al presente Oficio).

En la comercialización del seguro mediante correos electrónicos, MetLife envió comunicaciones que incumplieron el detalle de información señalada e instruida en el número 4 de la NCG N° 171, pues no proporcionó al destinatario de la oferta toda la información relevante destinada a facilitar la comprensión cabal del seguro y con ello su decisión respecto de la contratación o no del mismo. En efecto, la comunicación, a través de las expresiones como las siguientes: "Como ha sido los últimos 14 años Clínica Santa María y MetLife renuevan su alianza", "reafirmando su compromiso", "Tu nuevo Seguro Clínica Santa María te entrega más beneficios al mismo precio que pagas hoy", dio la apariencia de renovación o actualización del antiguo seguro, a la nueva contratación; hecho que sólo aparecía sucintamente expresado en los términos y condiciones "cambio de póliza: vengo en solicitar estas coberturas, dando término a la póliza actual y activando el Nuevo Seguro Clínica Santa María, que considera en él las condiciones de contratación

iniciales y continuidad de cobertura de las patologías presentada, sin carencia”.

Del análisis de dichas comunicaciones electrónicas, es posible determinar que no se entregó la información requerida en el número 4 de la NCG N° 171, previamente citada, específicamente respecto del detalle contenido en su letra e), relativo a las “Características del seguro, indicando las coberturas ofrecidas o solicitadas, requisitos de asegurabilidad, carencias, deducibles, vigencia y suma asegurada.”, así como aquella requerida para la contratación de seguros en forma colectiva, sin inducir a errores, según los números 1 y 2 de la Sección III de la Circular N° 2.123.

Cabe señalar que en virtud de lo dispuesto en el N°1 del artículo 529 del Código de Comercio, cuando el seguro fuere contratado de manera directa, sin intermediación de un corredor de seguros, la compañía aseguradora contrae, entre otras, la obligación de ilustrar al asegurado sobre las condiciones del contrato. En la especie, al ofrecer los seguros sin la participación de Recover u otro corredor, esta obligación era exigible a la Compañía, por lo que ésta se encontraba en la necesidad de entregar a los asegurados toda la información que fuera necesaria para que estos comprendieran claramente los alcances del nuevo seguro que se le estaban ofreciendo y, en consecuencia, pudiesen adoptar la decisión de incorporarse o no, de manera cabalmente informada.

De acuerdo con la información recabada en el expediente administrativo, ello no se verificó puesto que MetLife, a través de sus ejecutivos y de correos electrónicos, se limitó a señalar la inclusión de 3 nuevos beneficios a sus antiguas pólizas contratadas, omitiendo datos relevantes, como lo es la salida del intermediario que administraba la póliza y la reducción de cobertura por evento tratándose de las pólizas vigentes anteriores al 2012.

De igual manera, se incumplió este deber en todos aquellos casos en que se migró provisoriamente a los asegurados, sin su consentimiento, toda vez que tratándose de estos asegurados, no se comunicó el término de sus pólizas, el traslado unilateral a una nueva póliza, y los cambios que aquello implicó.

En aquellos 11.748 casos en que el asegurado fue incorporado provisoriamente a la nueva póliza, no se constató el hecho de haberse otorgado el consentimiento en orden a aceptar la contratación de una póliza, vulnerando lo dispuesto en el artículo 519 del Código de Comercio, en tanto el contrato de seguros es consensual; exigencia que se ve reforzada con lo prescrito el inciso tercero de la Sección IV de la Circular N° 2.148, que “Imparte Instrucciones sobre comercialización telefónica de seguros”, que establece: “Únicamente podrá considerarse como aceptación la expresión de voluntad manifestada inequívocamente con la intención de celebrar el contrato propuesto, no pudiéndose interpretar o presumir el silencio en este sentido.”

De este modo, conforme al ya citado artículo 529 del Código de Comercio, al no considerar el consentimiento de los asegurados, la Compañía vulneró los derechos que a ellos les asisten, puesto que no pudieron obtener la debida asesoría, no se consideraron las coberturas más convenientes a sus

necesidades e intereses personales, ni fueron ilustrados sobre las condiciones del contrato en sí.

Por otra parte, de acuerdo a lo señalado por MetLife en su presentación de fecha 22 de octubre de 2020, en al menos los 11.748 casos en que los asegurados del “Seguro de Salud Total” fueron incorporados provisoriamente a la nueva póliza del “Nuevo Seguro Clínica Santa María”, no se envió carta notificándoles la terminación anticipada de su póliza, infringiendo lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 537 de Código de Comercio, el cual señala que “la terminación del contrato se producirá a la expiración del plazo de treinta días contado desde la fecha de envío de la respectiva comunicación.” Conforme al artículo 529 del Código de Comercio, al no comunicar el término del contrato, MetLife infringió el deber de información y asistencia que le era exigible.

Asimismo, respecto del total de casos en que MetLife incorporó a los asegurados a una nueva póliza colectiva, consta que, en 17.809 casos, el certificado de cobertura se remitió al asegurado en un plazo superior a 5 días hábiles desde la correspondiente aceptación/contratación, mientras que en 61 contrataciones efectuadas entre diciembre de 2018 y enero de 2019 (de 31.119 casos) no consta que dicho certificado haya sido remitido al asegurado (detalle de casos en hoja “Anexo N° 1” del archivo Excel adjunto al presente Oficio). En ambas circunstancias, se infringió el inciso primero del artículo 519 de Código de Comercio, el cual señala que “El asegurador deberá entregar la póliza, o el certificado de cobertura, en su caso, al contratante del seguro o al corredor que la hubiera intermediado, dentro del plazo de cinco días hábiles contado desde la perfección del contrato.”

En relación con los reclamos en conocimiento de la Unidad de Investigación de Investigación (detalle de casos en hoja “Anexo N° 4” del archivo Excel adjunto al presente Oficio), éstos pueden dividirse en tres segmentos:

a) Aquellos que fueron trasladados por la Compañía previa consulta.

Dentro de este grupo, existen 36 reclamos en que, de acuerdo al registro telefónico, existió una interpelación por parte de los clientes, quienes expresaban su preocupación por si este cambio implicaba un aumento del valor de la prima, a lo que la Compañía respondía que no. Asimismo, los asegurados consultaban por la posible pérdida de algún beneficio (antigüedad, fecha de duración, preexistencias, entre otros), cuya respuesta es una contestación vaga e imprecisa por parte de los ejecutivos telefónicos.

En tal contexto, los clientes muchas veces condicionaban su aceptación a que no se perdiese ningún beneficio, no se estableciera algún periodo de carencia, ni existiese cambio alguno en la nueva póliza salvo, únicamente, la incorporación de los 3 beneficios ofrecidos (eliminación del deducible en 15 enfermedades, el seguro de libre disposición por invalidez permanente de 600 UF, y la ventanilla única para los reembolsos), sin un costo adicional al respecto para los asegurados.

De acuerdo con el script leído por los ejecutivos telefónicos, estas conversaciones se iniciaron indicando que el llamado “es sólo para dar

una información”, en circunstancias que la comunicación sostenida tenía por objeto ofrecer un nuevo seguro, o, al menos, renovar el seguro contratado con modificaciones que no fueron informadas a cabalidad, como, por ejemplo, la eliminación del corredor intermediario.

Por su parte, en algunas conversaciones sostenidas, los telefonistas indicaron a los clientes que “por un tema legal” era preciso cambiar la póliza y firmar una nueva, pues no era posible incluir beneficios sin cambiar la póliza. De esta manera, dieron a entender a dichos clientes que era necesario realizar un cambio sólo para habilitar los nuevos beneficios que incluye el seguro de salud contratado.

De esta manera, estos asegurados manifestaron sorpresa al descubrir cambios en la póliza no informados al momento de la contratación telefónica, aduciendo que la contratación fue engañosa, pues no contaron con toda la información necesaria para evaluar la contratación.

La Compañía de seguros, expresó en sus cartas de respuesta dirigidas al APIA, la siguiente información:

De nuestra consideración:

De acuerdo con el oficio indicado en referencia, relativo a la presentación de reclamo que efectuara ante vuestra Comisión Para el Mercado Financiero, la Sra. xxxxx, Cédula nacional de Identidad N° xxxxxx, mediante el cual solicita envío de respaldo donde autoriza su incorporación a la póliza N° 340016095, denominado de “Nuevo Seguro Clínica Santa María”, cumplimos en informar lo siguiente:

Con fecha 21 de diciembre de 2019 se tomó contacto con la señora xxxxx, informándosele sobre las condiciones y características del Nuevo Seguro Clínica Santa María, la cuales fueron aceptadas por la reclamante según se desprende de grabación adjunta.

Dentro de los próximos días le estaremos enviando a la señora xxxxx copia de su certificado de cobertura.

Sin otro particular, le saluda cordialmente,

b) Aquellos que fueron trasladados por la Compañía de Seguros a la nueva póliza sin previa consulta (11.748 casos).

De acuerdo al análisis efectuado, existen al menos 11.748 casos en que los asegurados del “Seguro de Salud Total” fueron incorporado provisoriamente a la nueva póliza del “Nuevo Seguro Clínica Santa María”, sin que se les enviara carta notificándoles la terminación anticipada de su póliza.

Del universo de reclamos presentados en las distintas instancias, existen 4 asegurados que hicieron presentaciones ante los mecanismos de reclamación (ya sea en el APIA, el SERNAC, o incluso en la Defensoría del Asegurado), cuando descubrieron que sus seguros contratados con MetLife habían sido modificados unilateralmente, sin que la compañía aseguradora comunicase oportunamente el término del contrato.

De acuerdo a la respuesta presentada por la Compañía, el traslado a la nueva póliza se realizó como un beneficio, en atención al término

de la póliza anterior, por lo que, para no dejar a este grupo de asegurados sin cobertura, éstos fueron trasladados provisoriamente a esta nueva póliza, conforme al siguiente documento:

De nuestra consideración:

Con respecto al oficio indicado en la referencia, relativo a la presentación del reclamo que efectúa ante vuestra Superintendencia, por el Sr. XXXXXX, Cédula Nacional de Identidad N° xxxxx-x, en representación de su madre la Sra. XXXXX, Cédula Nacional de Identidad N° xxxxx-x, en donde informa desconocimiento del término de cobertura del Seguro Catastrófico y Exoneración de primas de Clínica Santa María, póliza N° 340005658. A lo referido cumplimos en informar lo siguiente:

La póliza colectiva N° 340005658 del Seguro Catastrófico y Exoneración de primas terminó su vigencia con fecha 29 de abril de 2019, razón por la cual no es posible acceder al reintegro a la misma. Frente a esta situación y evitando que el cliente perdiera su cobertura, se procedió con la renovación automática a fin de mantener la protección vigente.

Bajo este escenario, la Sra. XXXXX, fue incorporada a una nueva póliza de seguro, que mantiene todas las coberturas vigentes, adicionando nuevos beneficios, tales como: i) Deducible cero respecto de 15 enfermedades y/o procedimientos; ii) Beneficio de ventanilla única de atención.

De esta manera y en el evento de cualquier duda que pueda persistir, invitamos a los asegurados a tomar contacto con nuestras plataformas de servicio.

Sin otro particular, le saludar cordialmente,

Estos cambios unilaterales fueron ejecutados unilateralmente por la Compañía, haciendo uso de los documentos entregados previamente por sus clientes, como son los mandatos bancarios, lo cual facilitó que la Aseguradora cambiara de manera autónoma la duración de los seguros de salud anteriores, sin respetar la obligación del aviso previo con una antelación de 30 días, de acuerdo a la cláusula de vigencia del contrato, permitiendo que dicha actuación fuese totalmente oculta para los asegurados, y sin cumplir lo señalado en las pólizas sobre la vigencia.

Artículo N°13 Vigencia de la póliza

La presente póliza colectiva tendrá una vigencia de 12 meses comenzando a las 00:00 horas del día 1 de diciembre de 2018 y terminando a las 24:00 horas del día 30 de noviembre de 2019.

Se entenderá renovada automáticamente la póliza por un nuevo período de igual duración, si ninguna de las partes avisase a la otra de su decisión de no renovar con una anticipación de a lo menos 30 días, a la fecha de término de cada período mediante una carta certificada a la dirección de la otra parte involucrada.

MetLife utilizó los mandatos bancarios con los que ya contaba previamente, para recibir el pago de un seguro no contratado por parte de los asegurados, y de esta forma pudo concretar el cambio unilateral, pues los asegurados no conocían -y mientras no hicieran uso del seguro, no tenían

cómo saber- los cambios introducidos de manera arbitraria por la aseguradora, pues el cobro mensual daba la apariencia de continuidad del servicio.

Respecto de este grupo de asegurados, se estableció en el acuerdo suscrito entre la Aseguradora y el SERNAC, que existirá una compensación respecto de todos aquellos consumidores que, sin perjuicio de haber sido traspasados provisoriamente al “Nuevo Seguro Clínica Santa María”, “mediante el contacto que se realizará en virtud de la nueva campaña de contactabilidad, manifiesten rechazo expreso al traspaso provisorio”. Respecto de este último grupo, MetLife acordó poner término al contrato de seguro y proceder a la devolución de las primas que los asegurados hubiesen pagado desde el término de la vigencia de la cobertura individual de la póliza anterior, en la medida que no se hubiese prestado cobertura, beneficios o utilizado el convenio de accidentes.

Acorde a dicho acuerdo, de fecha 23 de octubre de 2020, existe un grupo conformado por todos aquellos asegurados traspasados provisoriamente al “Nuevo Seguro Clínica Santa María” que, al 20 de octubre de 2020, no habían podido ser contactados y no se les prestó cobertura, beneficios o no utilizaron el convenio de accidentes, conformado por un universo de 4.210 casos.

En relación a estos casos, en los que la Compañía traspasó provisoriamente - y sin haber consultado previamente a los asegurados - al nuevo seguro, cabe señalar que, el artículo 515 del Código de Comercio establece que el contrato de seguro es consensual, no existiendo en la normativa sectorial, ninguna disposición que constituya una excepción a dicho carácter.

c) Aquellos que fueron trasladados a la nueva póliza previa consulta por la Compañía de Seguros contra su voluntad.

En otro ámbito, los asegurados señalados en la tabla que sigue denunciaron haber manifestado expresamente no querer contratar o renovar su seguro con MetLife, no obstante, lo cual la empresa, aun así, prosiguió descontándoles las primas suscritas automáticamente mediante los mandatos bancarios.

Nº	Nombre
1	Myriam Cecilia Fliman Cohen
2	José Tomás Silva Vargas
3	Arlen Gaete Tagle
4	Ivon Helene Salazar Álvarez
5	Adriana María De Todos Los Santos Edwards Hurtado

Dentro de los casos individualizados, la Compañía señaló que estos fueron migrados provisoriamente y que no fue posible contactarlos por lo cual, no existen registros de audios. Lo anterior, con excepción del caso de la Sra. Adriana Edwards Hurtado, quien continúa en su póliza original y no ha sido migrada, de acuerdo a la respuesta entregada por MetLife con fecha 22 de octubre de 2020.

Destaca el caso de la Sra. Myriam Cecilia Fliman Cohen, quien en el llamado telefónico de fecha 29 de noviembre de 2019, expresó en contacto telefónico que se encontraba muy molesta con la compañía de

seguros y que si no le daban respuesta a las múltiples quejas que había formulado a la Aseguradora, no le interesaba la información. En el registro del audio, la asegurada no dio su consentimiento y expresó su molestia por haber sido trasladada unilateralmente a un nuevo seguro, cuyas condiciones desconoce, solicitando la póliza a su correo.

Conforme a la información proporcionada por la Compañía al SERNAC, se indica que existe un grupo de 9 personas a la fecha del acuerdo, que han rechazado expresamente el traspaso provisorio al nuevo seguro:

Nº	NOMBRE
1	Freddy Ibarra Enríquez
2	Ximena Soledad Mella Flores
3	Belén Margarita Guerra Álvarez
4	Álvaro Raúl Lundin Ormeño
5	Edgardo Antonio Araya Gaete
6	Jorge Iván Vergara Alessandri
7	Oscar Altamirano Santelices
8	Sandra Abigail Avendaño Cancino
9	Jimmy Iván Mundaca Rojas

De esta manera, este tipo de casos revela una mayor imprudencia por parte de la compañía aseguradora, pues ha mantenido vigente un contrato más allá de la voluntad de los asegurados, imponiendo su decisión por sobre la respuesta manifestada por los mismos, descontando un pago no autorizado todos los meses mediante la utilización de los mandatos bancarios entregados previamente por éstos.

Las circunstancias previamente expuestas, dan cuenta que el actuar desplegado por la Compañía implicó una vulneración al carácter consensual del contrato de seguros, consagrado en el artículo 515 del Código de Comercio; disposición que no contempla excepciones en la normativa sectorial vigente. De igual manera, conforme al ya citado artículo 529 del mismo cuerpo legal, al no considerar el consentimiento de los asegurados, la Compañía vulneró los derechos que a ellos les asisten, puesto que no pudieron obtener la debida asesoría, no se consideraron las coberturas más convenientes a sus necesidades e intereses personales, ni fueron ilustrados sobre las condiciones del contrato”.

II.3. DESCARGOS

Con fecha 8 de enero de 2021, la Aseguradora Investigada evacuó sus descargos que rolan a fojas 526 y siguientes.

II.4. INFORME DEL FISCAL DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

Mediante Oficio Reservado UI N°156 de fecha 26 de febrero de 2021, de conformidad con lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 51 del Decreto Ley N°3.538, habiéndose realizado todos los actos de instrucción y vencidos los términos probatorios antes referidos, el Fiscal de la Unidad de Investigación remitió al Consejo de la Comisión para el Mercado Financiero, el Informe Final de Investigación y el expediente administrativo de este Procedimiento Sancionatorio, informando el estado de éste y su opinión

fundada acerca de la configuración de las infracciones imputadas a la Aseguradora Investigada.

II.5. OTROS ANTECEDENTES DEL PROCESO

1. A fojas 1328 rola presentación de los apoderados de Recover América Corredora y Productora de Seguros Sociedad de Responsabilidad Limitada, por la que solicita se confirmen las conclusiones la Unidad de Investigación respecto de los cargos primero, segundo, tercero y quinto; formula objeciones en lo que atañe al cargo cuarto; solicita medidas para mejor resolver; solicita tener presente; solicita sanciones; da cuenta de personería y fija dirección de correo electrónico para efectos de notificación.

2. A fojas 1352 consta poder especial otorgado con fecha 28 de enero de 2021 a Alejandro Acuña, Luis Cifuentes, Felipe Hoetz y Whitney Silva para actuar en representación de Recover América Corredora y Productora de Seguros Sociedad de Responsabilidad Limitada.

3. A fojas 1356 consta tabla con cláusulas de comunicación entre las partes de pólizas que indica.

4. A fojas 1370 consta copia de inscripción en el Registro de Comercio de poder otorgado a Pedro Pablo Fuenzalida Urzúa y otros.

5. A fojas 1405 rola Oficio Reservado N°22.317 de 7 de abril de 2021, por el que se cita a audiencia de conformidad a lo dispuesto en el artículo 52 del Decreto Ley N°3.538 de 1980 a Metlife Chile Seguros de Vida S.A., Recover América Corredora y Productora de Seguros Sociedad de Responsabilidad Limitada y Luis Villaroel, la que se celebró el día jueves 15 de abril de 2021.

6. A fojas 1414 y siguientes, consta formulación de observaciones al informe final de investigación y a la prueba rendida de parte de la defensa de Metlife Chile Seguros de Vida S.A.

7. A fojas 1449 y siguientes, consta téngase presente y acompaña documentos de los apoderados de Recover América Corredora y Productora de Seguros Sociedad de Responsabilidad Limitada. En dicho documento se acompaña copia del correo electrónico enviado a Metlife con fecha 16 de abril de 2021 bajo asunto "Confirmación de tu Nuevo Seguro Clínica Santa María" y Copia de correo recibido por un asegurado con misma fecha bajo el asunto "Confirmación de tu Nuevo Seguro Clínica Santa María", titulado "TÉRMINOS Y CONDICIONES CAMBIOS DE PÓLIZA".

III. NORMAS APLICABLES

Se extractan las normas aplicables, en la parte que resulta pertinente a las infracciones imputadas:

1. Código de Comercio

1.A. Artículo 515 del Código de Comercio, que dispone:

"Art. 515. Celebración y prueba del contrato de seguro. El contrato de seguro es consensual.

La existencia y estipulaciones del contrato se podrán acreditar por todos los medios de prueba que contemplen las leyes, siempre que exista un principio de prueba por escrito que emane de cualquier documento que conste en telex, fax, mensajes de correo electrónico y, en general, cualquier sistema de transmisión y registro digital o electrónico de la palabra escrita o verbal.

No se admitirá al asegurador prueba alguna en contra del tenor de la póliza que haya emitido luego de la perfección del contrato.

Cuando el seguro conste de un certificado de cobertura definitivo, se entenderá que forman parte de éste los términos y condiciones de la respectiva póliza de seguro colectivo o flotante.”

1.B. Artículo 517 del Código de Comercio. Contratación colectiva de seguros, que establece:

“Hay contratación colectiva de seguros en aquellos casos en que mediante una sola póliza se cubra a un grupo determinado o determinable de personas vinculadas con o por el tomador.

En este caso llámese tomador o contratante, a quien celebra el contrato por el grupo asegurado.

A través del tomador, el asegurador deberá entregar a cada uno de los asegurados que se incorporen al contrato de seguro colectivo, una copia de la póliza, o, al menos, un certificado que acredite la cobertura. En el último caso, tanto el asegurador como el tomador y el corredor del seguro deberán mantener a disposición de los interesados una copia de la póliza.

El asegurador deberá, también, notificar a los asegurados a través del tomador, todas las modificaciones del seguro, las que sólo podrán efectuarse y regir, a partir de la siguiente renovación del contrato. Las modificaciones no informadas serán inoponibles al asegurado.

En tal evento, el asegurado podrá renunciar al contrato mediante comunicación escrita dirigida al asegurador, dentro de los diez días siguientes de recibida la notificación, en cuyo caso deberá restituirse la prima que se hubiere abonado desde la modificación.

Si la comunicación de renuncia se hubiere presentado ante el tomador o el intermediario, se presumirá su conocimiento por el asegurador a contar de la fecha de su presentación.

El tomador es responsable de los daños causados por su actuación en las pólizas colectivas en que intervenga, sin perjuicio de la responsabilidad del asegurador por las gestiones que hubiere encomendado. El asegurador no podrá oponer al asegurado los errores, omisiones o deficiencias del tomador.

En este tipo de contratos de seguro, la indemnización de los siniestros cede a favor del asegurado afectado por ellos, o del beneficiario, en su caso.”

1.C. Artículo 519 Código de Comercio, que reza:

“Entrega de la póliza. El asegurador deberá entregar la póliza, o el certificado de cobertura, en su caso, al contratante del seguro o al corredor que la hubiera intermediado, dentro del plazo de cinco días hábiles contado desde la perfección del contrato.

El corredor deberá entregar la póliza al asegurado dentro de los cinco días hábiles siguientes a su recepción.

El incumplimiento de la obligación de entrega de la póliza dará derecho al asegurado a reclamar daños y perjuicios al asegurador, o al corredor en su caso.”

1.D. Número 1 del artículo 529 del Código de Comercio, que prescribe:

“Obligaciones del asegurador. Además de la contemplada en el artículo 519, el asegurador contrae las siguientes obligaciones:

1) Cuando el seguro fuere contratado en forma directa, sin intermediación de un corredor de seguros: prestar asesoría al asegurado, ofrecerle las coberturas más convenientes a sus necesidades e intereses, ilustrarlo sobre las condiciones del contrato y asistirlo durante toda la vigencia, modificación y renovación del contrato y al momento del siniestro. Cuando el seguro se contrate en esta forma, el asegurador será responsable de las infracciones, errores y omisiones cometidas y de los perjuicios causados a los asegurados.”

1.E. Artículo 537, que dispone:

“Terminación anticipada. Las partes podrán convenir que el asegurador pueda poner término anticipadamente al contrato, con expresión de las causas que lo justifiquen, salvo las excepciones legales.

En todo caso, la terminación del contrato se producirá a la expiración del plazo de treinta días contado desde la fecha de envío de la respectiva comunicación.

El asegurado podrá poner fin anticipado al contrato, salvo las excepciones legales, comunicándolo al asegurador.

La prima se reducirá en forma proporcional al plazo corrido, pero en caso de haber ocurrido un siniestro de pérdida total se entenderá devengada totalmente.”

1.F. Artículo 542, el cual establece el carácter imperativo de las normas de seguros:

“Carácter imperativo de las normas. Las disposiciones que rigen al contrato de seguro son de carácter imperativo, a no ser que en éstas se disponga otra cosa. No obstante, se entenderán válidas las estipulaciones contractuales que sean más beneficiosas para el asegurado o el beneficiario.”

2. Norma de Carácter General N° 171, de fecha 15 de octubre de 2004, que “Establece exigencias mínimas de seguridad y condiciones necesarias para el comercio e intermediación de seguros por medios electrónicos”.

2.A. Letras d) y f) del número 2 de la Norma de Carácter General N°171, que prescriben:

"2.- OBLIGACIONES ESPECIALES

d) Información a los asegurables: Las aseguradoras y los corredores, deberán poner a disposición de los clientes, antes de la celebración del contrato, toda la información necesaria para la cabal comprensión del seguro que se va a contratar. La confirmación de su recepción será uno de los requisitos indispensables para la celebración del contrato de seguro, si es el asegurable quien accede a la página Web del asegurador o corredor.

(...)

f) Consentimiento: Los corredores deberán contar con medios seguros para que los asegurables presten su consentimiento a las propuestas de seguros que éstos remitan a las compañías. Asimismo, las aseguradoras deberán contar con medios seguros para que los clientes presten su consentimiento a las ofertas que éstas les formulen. Se entenderá por medios seguros mecanismos tales como clave personal que la aseguradora o el corredor haya entregado al cliente o lector de huellas digitales."

2.B. Número 4 de la Norma de Carácter General N°171,
que señala:

"4.- OFERTA, INTERMEDIACIÓN Y CONTRATACIÓN DE SEGUROS

La aseguradora o corredora, según corresponda, deberá proporcionar al destinatario de la oferta toda la información relevante y facilitarle los medios para efectuar consultas o decidir sobre la oferta del seguro. En las ofertas y propuestas que realice la aseguradora o corredora según corresponda, deberá informar y registrar lo siguiente:

- a) Fecha en que se efectúa la oferta o propuesta.*
- b) Período de validez de la oferta.*
- c) Identificación de la aseguradora, del asegurable y de la corredora, cuando corresponda.*
- d) Naturaleza de la materia asegurada.*
- e) Características del seguro, indicando las coberturas ofrecidas o solicitadas, requisitos de asegurabilidad, carencias, deducibles, vigencia y suma asegurada.*
- f) Si el contrato está sujeto a condiciones de asegurabilidad que sea necesario verificar, deberá informar la forma y plazo en que éstas deberán verificarse, señalando que la vigencia del contrato queda sujeta al cumplimiento de dicha diligencia.*
- g) Costo total para el asegurado, incluyendo prima, impuestos y cualquier otro cargo.*
- h) Modalidad de pago de la prima. En caso de que se contemple el pago de la prima mediante cargos en cuenta corriente, líneas o tarjetas de crédito, en la liquidación y pago de las mismas, se deberá diferenciar claramente el cargo por concepto de prima de cada una de las pólizas convenidas.*

Antes de la celebración del contrato, deberán desplegarse en pantalla las condiciones particulares y generales de la póliza, con las cláusulas adicionales y de uso general que se contraten, indicándose cuando corresponda, los respectivos códigos de depósito en la Superintendencia de forma tal que permita su adecuada impresión.

Toda la información señalada deberá comunicarse de manera clara y comprensible ajustándose estrictamente a las condiciones de los seguros ofrecidos, evitando inducir a error o confusión para su aceptación o celebración y facilitando la cabal comprensión de la cobertura que está siendo ofrecida o contratada.”

3. Circular N° 1.935, de fecha 05 de agosto de 2009, que “Imparte normas relativas a seguros de salud”.

3.A. Sección II de la Circular N°1.935, que dispone:

“II. Propuesta, cotización 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, cotizaciones o solicitudes de incorporación de los seguros referidos, y a continuación de la individualización del asegurable y/o contratante de la cobertura ofrecida. (...)”

3.B. Sección IV de la Circular N°1.935, que prescribe:

“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 siniestros; forma de operar y aplicación del deducible o franquicia y exclusiones de coberturas.”

3.C. Sección V de la Circular N°1.935, que señala:

“V. Venta Telefónica.

Tratándose de venta telefónica la leyenda obligatoria a que se refiere el Título II de la presente norma, deberá ser informada verbalmente al destinatario de la oferta del seguro en forma previa a la manifestación de su consentimiento, debiendo quedar constancia de ello en el registro respectivo.”

4. Circular N° 2.123, de fecha 22 de octubre de 2013, que “Imparte instrucciones sobre: I. Información a incluir en pólizas de seguros; II. Información de las primas y comisiones; III. Reglas para seguros contratados en forma colectiva; IV. Normas generales sobre información a entregar al público acerca del asegurador y corredor de seguros, y; V. Normas sobre promoción, publicidad y oferta de seguros y de beneficios asociados a la contratación de pólizas de seguros”

4.A. Números 1. y 2. de la Sección III de la Circular N°2.123, que indican:

“III. REGLAS PARA SEGUROS CONTRATADOS EN FORMA COLECTIVA.

Tratándose de pólizas de seguros colectivos a que se refiere el artículo 517 del Código de Comercio, se aplicarán las siguientes reglas:

1. En la propuesta o solicitud de incorporación deberá informarse a los asegurados sobre la contratación del seguro colectivo y, al menos, el tipo de seguro de que se trata, los riesgos cubiertos y las exclusiones, la cantidad asegurada, la forma de determinarla y los deducibles, la prima o método para su cálculo, el periodo de duración del contrato, así como la explicitación de la fecha de inicio y término de la cobertura individual, e incluir la siguiente leyenda obligatoria:

“IMPORTANTE

Usted está solicitando su incorporación como asegurado a una póliza o contrato de seguro colectivo cuyas condiciones han sido convenidas por (indicar contratante) directamente con la compañía de seguros.”

2. La propuesta, solicitud de incorporación o certificado de cobertura deberá ser independiente de toda otra operación, negocio o producto, y no se podrá incorporar información, descripciones o referencias a servicios o coberturas distintos a los efectivamente contratados por el asegurado.

Si se requiriera la declaración del asegurable sobre algún aspecto destinado a configurar o apreciar el riesgo propuesto, deberá estarse a lo dispuesto en el artículo 525 del Código de Comercio.”

4.B. Número 2. de la Sección IV de la Circular N°2.123,
que establece:

***“IV. NORMAS GENERALES SOBRE INFORMACIÓN A ENTREGAR
AL PÚBLICO ACERCA DEL ASEGURADOR Y CORREDOR DE SEGUROS.***

(...)

2. Las informaciones que se entreguen al público, deberán ser presentadas de manera tal que no sean inductivas de interpretaciones inexactas de la realidad.

Toda información de seguros que se entregue al público ya sea a través de medios de promoción, publicidad, folletería, cualquier sistema de avisaje u otro medio, deberá ser clara y comprensible y no podrá inducir a error o confusión sobre la naturaleza, características o efectos del negocio o producto que se trate.

Las compañías aseguradoras y los corredores, en su caso, deberán proporcionar información veraz, completa, adecuada y oportuna a sus clientes, asegurados o público en general, que permita a éstos tomar una decisión informada para efectos de la celebración o incorporación al contrato.”

**5. Circular N° 2.148, de 08 de abril de 2014, que
“Imparte instrucciones sobre comercialización telefónica de seguros”.**

5.A. Inciso primero de la Sección I de la Circular N°2.148,
que prescribe:

"I. ASPECTOS GENERALES.

Es responsabilidad de las compañías de seguros y corredores de seguros, en su caso, que la comercialización telefónica de seguros se realice en forma segura, íntegra y confidencial, respetando los derechos de los clientes asegurables y las normas legales, reglamentarias e instrucciones a que se sujetan las entidades aseguradoras y corredores de seguros."

5.B. Sección III de la Circular N°2.148, que señala, en lo principal:

"III. REQUISITOS DE INFORMACIÓN PREVIA AL CONTRATO

El oferente deberá proporcionar toda la información relevante al destinatario de la oferta y facilitarle los medios para efectuar consultas o decidir sobre la oferta del seguro.

En la promoción u oferta el oferente deberá informar y dejar registro, al menos, de lo siguiente:

- 1. Fecha en que se efectúa la oferta;*
- 2. Identificación del oferente, compañía de seguros respectiva y demás copartícipes en la promoción u oferta de seguro;*

Tratándose de seguros colectivos, deberá indicarse que se está ofreciendo la incorporación como asegurado a una póliza o contrato de seguro colectivo cuyas condiciones han sido convenidas por (indicar nombre del contratante) directamente con la compañía de seguros.

- 3. Características del seguro, indicando las coberturas ofrecidas, condiciones especiales de asegurabilidad, exclusiones, carencias, deducibles, franquicias, duración del contrato, causales de término anticipado, vigencia y suma asegurada;*

- 4. Costo total para el asegurado, incluyendo prima, impuestos y cualquier otro recargo;*

- 5. Modalidades de pago de la prima;*

- 6. Existencias, duración y forma de ejercicio del derecho a retracto del contratante o asegurado;*

- 7. Derecho del asegurado a poner fin anticipado al contrato, en cualquier momento, comunicándolo al asegurador, salvo las excepciones legales.*

- 8. Plazo máximo y forma de entrega de la póliza. El plazo de entrega no podrá exceder al indicado en el Código de Comercio.*

Toda información deberá comunicarse de manera clara y comprensible ajustándose estrictamente a las condiciones de los seguros ofrecidos, evitando inducir a error o confusión para su aceptación y celebración. (...)"

5.C. Inciso segundo de la Sección IV. de la Circular N° 2.148, que indica.

"IV. ACEPTACIÓN DE LA OFERTA DE SEGUROS.

Únicamente podrá considerarse como aceptación la expresión de voluntad manifestada inequívocamente con la intención de celebrar el

contrato propuesto, no pudiéndose interpretar o presumir el silencio en este sentido.”

IV. DESCARGOS Y ANÁLISIS

IV.A. INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL ARTÍCULO 529 N°1 DEL CÓDIGO DE COMERCIO; EN LA SECCIÓN III DE LA CIRCULAR N°2148; EN LA SECCIÓN V DE LA CIRCULAR N°1935; Y EN LOS NÚMEROS 1 Y 2 DE LA SECCIÓN III DE LA CIRCULAR N°2123, RESPECTO DE AL MENOS 9794 ASEGURADOS TITULARES QUE CONTRATARON EL NUEVO SEGURO CLINICA SANTA MARÍA TELEFÓNICAMENTE.

1. CARGOS

Respecto de la Aseguradora Investigada, se formularon cargos por el incumplimiento de lo dispuesto en el artículo 529 N° 1 del Código de Comercio; en la Sección III de la Circular N° 2.148; en la Sección V de la Circular N° 1.935; y en los números 1 y 2 de la Sección III de la Circular N° 2.123, respecto de, al menos, 9.794 asegurados titulares que contrataron el “Nuevo Seguro Clínica Santa María” telefónicamente, al no asesorar a los mismos respecto de los términos de la nueva póliza, ni ilustrarlos sobre las condiciones del contrato, toda vez que no se les proporcionó toda la información relevante que, para efectos de la correspondiente contratación, se establece en dichas disposiciones.

2. DESCARGOS

En los descargos de la Aseguradora Investigada, a fojas 526 y siguientes, se señaló en lo atinente al cargo formulado y a la comercialización del seguro, que los términos y condiciones del nuevo Seguro Clínica Santa María reflejaban aquellos establecidos en el antiguo Seguro Salud Total, incluyendo mayores beneficios y coberturas.

En particular, indicó que en atención al conocimiento que los asegurados ya tenían del seguro anterior, el nuevo seguro fue ofrecido destacando principalmente aquellos aspectos en que el seguro se diferenciaba del anterior, con la finalidad de evitar confusiones o errores y otorgar claridad a los asegurados sobre sus particularidades.

Así, señala se habría dado cumplimiento a la finalidad que se desprendería de la normativa cuando se ofreció el nuevo seguro telefónicamente y vía correo electrónico a los asegurados, permitiéndole comprender y decidir voluntariamente si contrataba el nuevo Seguro Clínica Santa María.

Continúa la defensa, señalando que los términos y condiciones del nuevo Seguro Clínica Santa María reflejaban aquellos establecidos en el antiguo Seguro Salud Total, incluyendo mayores beneficios y coberturas. En consecuencia, considerando el conocimiento que los asegurados tenían del

seguro anterior, el seguro fue ofrecido destacando aquellos aspectos en que éste se diferenciaba del anterior.

De esta forma, agrega, ambas pólizas corresponden a pólizas colectivas de salud, contratadas directamente por la Clínica y aseguradas por Metlife, con las mismas condiciones especiales de asegurabilidad, exclusiones, carencias, deducibles, franquicias, duración, vigencia, causales de término anticipado, cantidad asegurada y forma de determinarla, derecho del asegurado de ponerle fin anticipado al contrato en cualquier momento previa comunicación a la compañía e iguales primas y modalidades de pago.

Por ello, señala que en los “scripts” telefónicos y en los correos electrónicos en que Metlife ofreció el Seguro Clínica Santa María se destaca: la antigüedad del seguro y la mantención de la alianza entre Metlife y la Clínica, la mantención de todas las coberturas ya contratadas, la indicación expresa a los beneficios adicionales que se incorporaban y la mantención de la prima o precio pagado por la póliza anterior. Incluso, continúa, en la comercialización vía correo electrónico se indicaba expresamente que *“en este acto, vengo en solicitar estas coberturas, dando término a la póliza actual y activando el Nuevo Seguro Clínica Santa María, que considera en él las condiciones de contratación iniciales y continuidad de la cobertura de las patologías presentada, sin carencia”*.

Asimismo, puntualizó la defensa aludiendo a la Norma de Carácter General N°420 de 16 de octubre de 2017 y al trato justo a los clientes, que el deber de entregar información a los asegurados y asesorarlos, se satisface no solamente entregando información mediante un lenguaje comprensivo según el tipo de producto, sino que además, adecuándose a las necesidades e intereses de los destinatarios considerando sus características particulares, nivel de conocimientos, experiencia en materias financieras, perfil de riesgos, intención y capacidad, todo lo que permitiría satisfacer íntegramente dicho principio.

En tal sentido, sostiene que la oferta del Seguro Clínica Santa María se realizó respetando dicho principio de trato justo, ya que se dirigió a clientes que conocían los términos y condiciones de su seguro anterior y, en consecuencia, se encontraban familiarizados con el producto que se comercializaba, al tratarse a su juicio de la misma póliza que tenían contratada, pero con beneficios adicionales.

En base a lo expuesto la defensa sostiene que la compañía dio cumplimiento al artículo 529 N°1 del Código de Comercio, prestando asesoría al asegurado, ofreciendo las coberturas más convenientes a sus necesidades e intereses, ilustrando sobre las condiciones del contrato.

Mismo cumplimiento se habría verificado a su juicio respecto de la Circular N°2.123 por parte de Metlife al informar a los asegurados sobre el tipo de seguro que se trataba, el valor de la prima y el contratante del seguro. Asimismo, *“las grabaciones, scripts telefónicos y correos electrónicos reiteran en diversas oportunidades que se trataba del ‘nuevo Seguro Clínica Santa María’, no obstante que para efectos de claridad acerca de sus términos y condiciones, se hicieron ciertas referencias al Seguro Salud Total, (...) era un seguro que los clientes conocían de antemano, lo que implicaba favorecer un*

mejor y mayor entendimiento acerca de las características del nuevo producto”.

Agregó que, en lugar de repetir todas las menciones exigidas por la circular, cuestión que a su juicio probablemente habría generado mayor confusión, la actuación de Metlife habría permitido a los asegurados tener una mejor comprensión de lo que significaba el nuevo seguro. En ese sentido, respecto de los asegurados titulares que consintieron telefónicamente aludidos en el Cargo N°1, se habría entregado -en el parecer de la defensa- la información requerida por la normativa aplicable y en cumplimiento de la Sección III de la Circular N°2.148.

Además, señala que no se informó verbalmente a los asegurados lo indicado en la Sección V de la Circular N°1.935 debido a que los términos y condiciones allí señaladas eran exactamente idénticas a las contenidas en las anteriores pólizas, no siendo necesario reiterarlas, informar la salida del intermediario que administraba la póliza y sin reducir las coberturas por evento de las pólizas vigentes anteriores al 2012.

En este sentido, señala la defensa que respecto de los asegurados titulares que consintieron telefónicamente, la Aseguradora Investigada habría entregado la información requerida y en cumplimiento de la Sección III de la Circular N°2.148, comunicó la fecha de la oferta de contratación, la identificación del oferente, las características del seguro haciendo referencia a la mantención de las mismas coberturas y la inclusión de ciertos beneficios adicionales, que la oferta decía relación con un nuevo seguro y el valor de la prima de éste.

Así, concluye finalmente la defensa, que la finalidad esencial de las normas aludidas fue cumplida íntegramente por Metlife ya que lo fundamental correspondía a que los asegurados fueran informados claramente respecto de los términos del seguro, objetivo que habría sido cumplido al informar sobre las principales particularidades y diferencias entre un seguro y otro. De esta forma, con la información entregada, el asegurado pudo comprender y decidir voluntariamente si contrataba el nuevo Seguro Clínica Santa María, siendo reducido el número de asegurados que presentaron reclamos al respecto.

	Asegurados titulares que contrataron el nuevo Seguro Clínica Santa María telefónicamente		Asegurados titulares que contrataron vía correo electrónico el nuevo Seguro Clínica Santa María	
Organismo administrativo	Número de reclamos presentados	Porcentaje de reclamos (9.794)	Número de reclamos presentados	Porcentaje de reclamos (995)
CMF	98	1%	15	1,5%
Sernac	232	2,3%	43	4,3%
Total	330	3,3%	58	5,8%

Por último, señala la defensa que, al 15 de diciembre de 2020, 3128 asegurados titulares que contrataron telefónicamente habrían hecho uso de su cobertura catastrófica, complementaria de salud y del convenio de accidentes. Asimismo, respecto de asegurados que contrataron vía correo electrónico, 327 utilizaron su cobertura catastrófica, complementaria de salud

y convenio de accidentes, lo que demostraría a juicio de la defensa que los asegurados comprendieron cabalmente las condiciones y términos del seguro.

3. PRESENTACIÓN DE METLIFE CHILE SEGUROS DE VIDA S.A. DE 15 DE ABRIL DE 2021

En lo atinente al primer y segundo cargo formulado, la defensa en su presentación de 15 de abril de 2021, reiteró lo consignado en sus descargos, sosteniendo que la Aseguradora Investigada cumplió con la finalidad esencial prevista en la normativa aplicable al ofrecer el nuevo Seguro Clínica Santa María.

Reitera al efecto que Metlife cumplió con la mayoría de los requisitos exigidos por la normativa aplicable, debiendo considerarse al menos un cumplimiento parcial. Además, indicó que se prestó asesoría a los asegurados en los términos del artículo 529 N°1 del Código de Comercio, ofreciéndoles a los asegurados -según indica- un seguro más conveniente a sus necesidades e intereses, ilustrándolos sobre las condiciones del nuevo Seguro Clínica Santa María.

Constaría ello, reitera, en los “scripts” telefónicos y el documento denominado ‘Terminos y condiciones cambio de póliza’ que se desplegaba al asegurado en la contratación vía Internet se habría entregado la información pertinente. Señala que Metlife además respondió a todas las preguntas y consultas que habrían tenido los asegurados al ofrecer el nuevo seguro, como constaría de las grabaciones de los llamados realizados.

Adicionalmente, señala que Metlife cumplió con algunos de los requisitos exigidos en los N°1 y 2 de la Sección III de la Circular N°2.123.

Al efecto, respecto de la comercialización telefónica se habría informado sobre la fecha de la oferta, la identificación del oferente, compañía de seguros respectiva y demás copartícipes en la promoción u oferta, las características del seguro -haciendo referencia a la mantención de las mismas coberturas y la inclusión de ciertos beneficios adicionales-, el valor de la prima y en forma previa a la aceptación del asegurado se confirmaron los datos personales como respaldo de la manifestación de voluntad. Por lo anterior, solicita en caso de considerar que los argumentos esgrimidos no son suficientes para absolver, el considerar que al menos existió un cumplimiento parcial de la normativa aplicable.

Agrega la defensa en relación con los demás requisitos exigidos por la normativa aplicable, referidos -en general- a los términos y condiciones del nuevo Seguro Clínica Santa María, correspondientes a condiciones especiales de asegurabilidad, exclusiones, carencias, deducibles, franquicias, duración, causales de término anticipado, vigencia, cantidad asegurada y forma de determinarla, modalidades de pago de prima, características del derecho de retracto, derecho del asegurado de ponerle fin anticipado y sus términos, el Informe no analizó que MetLife informó a los asegurados al momento de ofrecerles telefónicamente y vía correo electrónico que se *“mantenían todas sus coberturas anteriores”*.

Adicionalmente, señala que el informe del Fiscal de la Unidad de Investigación habría hecho caso omiso a las circunstancias objetivas que demostrarían que los asegurados comprendieron la información proporcionada por Metlife, decidiendo libre y voluntariamente contratar el nuevo Seguro Clínica Santa María.

Para fundar lo anterior, puntualiza las altas tasas de aceptabilidad en la contratación, las altas tasas de uso del Seguro Clínica Santa María y el bajo porcentaje de reclamos. Hizo presente, además, que uno de los asegurados que presentó un reclamo ante la Unidad de Investigación en diciembre de 2019, aceptó expresa y claramente incorporarse al nuevo Seguro Clínica Santa María cuando fue contactado telefónicamente en enero de ese mismo año.

Por último, señaló que las consultas realizadas por los propios asegurados a Metlife luego de ser contactados, se relacionaron con verificar la información entregada y no con la falta de ésta.

4. ANÁLISIS

En primer término, debe dejarse establecido que el cargo formulado en esta parte a la Aseguradora Investigada dice relación al incumplimiento de las obligaciones establecidas en el artículo 529 N°1 del Código de Comercio, la Sección III de la Circular N°2.148, la Sección V de la Circular N°1.935 y los números 1 y 2 de la Sección III de la Circular N°2.123.

En particular, el artículo 529 N°1 del Código de Comercio dispone que en aquellos casos en que el seguro fuere contratado en forma directa, sin intermediación de un corredor de seguros, la aseguradora debe prestar asesoría al asegurado, ofreciéndole las coberturas más convenientes a sus necesidades e intereses, debiendo ilustrarlo sobre las condiciones del contrato y asistirlo durante toda la vigencia, modificación y renovación del contrato y al momento del siniestro.

De esta forma, en los casos en que la contratación del seguro se desarrolla sin la intermediación de un corredor, pesa sobre la aseguradora el deber de asesorar al asegurado acerca del alcance de las condiciones de la póliza y, por expresa disposición legal, debe ilustrar al contratante sobre las condiciones del seguro, permitiéndole de esta forma una adecuada comprensión al momento de la contratación y posteriormente, asistirlo durante toda la vigencia, modificación y renovación del contrato.

Por su parte, la Sección III de la Circular N°2.148 establece los requisitos de información previa que deben cumplirse en la comercialización telefónica de seguros, disponiendo que el oferente debe proporcionar toda la información relevante al destinatario de la oferta y facilitarle los medios para efectuar consultas o decidir sobre la oferta del seguro. En particular, dispone la Circular que *“En la promoción u oferta el oferente deberá informar y dejar registro, al menos, de lo siguiente:*

1. Fecha en que se efectúa la oferta;

2. *Identificación del oferente, compañía de seguros respectiva y demás copartícipes en la promoción u oferta de seguro;*

Tratándose de seguros colectivos, deberá indicarse que se está ofreciendo la incorporación como asegurado a una póliza o contrato de seguro colectivo cuyas condiciones han sido convenidas por (indicar nombre del contratante) directamente con la compañía de seguros.

Lo anterior no obsta al cumplimiento de las demás disposiciones de la Circular N°2123.

3. *Características del seguro, indicando las coberturas ofrecidas, condiciones especiales de asegurabilidad, exclusiones, carencias, deducibles, franquicias, duración del contrato, causales de término anticipado, vigencia y suma asegurada;*

4. *Costo total para el asegurado, incluyendo prima, impuestos y cualquier otro recargo;*

5. *Modalidades de pago de la prima;*

6. *Existencia, duración y forma de ejercicio del derecho a retracto del contratante o asegurado;*

7. *Derecho del asegurado a poner fin anticipado al contrato, en cualquier momento, comunicándolo al asegurador, salvo las excepciones legales.*

8. *Plazo máximo y forma de entrega de la póliza. El plazo de entrega no podrá exceder al indicado en el Código de Comercio.*

Toda información deberá comunicarse de manera clara y comprensible ajustándose estrictamente a las condiciones de los seguros ofrecidos, evitando inducir a error o confusión para su aceptación y celebración. Se deberá señalar explícitamente que la oferta corresponde a un seguro y no a otro tipo de servicio o beneficio”.

De igual modo, la Sección IV de la Circular N°1.935 agrega a propósito de la venta telefónica: *“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 siniestros; forma de operar y aplicación del deducible o franquicia y exclusiones de coberturas.”*

Agrega la Sección V: *“V. Venta Telefónica.*

Tratándose de venta telefónica la leyenda obligatoria a que se refiere el Título II de la presente norma, deberá ser informada verbalmente al destinatario de la oferta del seguro en forma previa a la manifestación de su consentimiento, debiendo quedar constancia de ello en el registro respectivo.”

Así, atendido el claro tenor de la normativa aplicable, resulta patente que la información que debe acompañar a la promoción u oferta de seguros debe incluir la totalidad de lo dispuesto en las Circulares N°2.148 y N°1.935, informando al contratante acerca de los términos en que se

contratará y especialmente las características del seguro, las coberturas ofrecidas, condiciones de asegurabilidad, exclusiones, carencias, deducibles, franquicias, duración del contrato, causales de término anticipado, vigencia y suma asegurada.

En base a lo expresado, resulta claro que no es posible aceptar lo argumentado latamente por la defensa de la Aseguradora Investigada respecto de los cargos en cuanto a que la entrega de información que se dispensó en la contratación del Nuevo Seguro Clínica Santa María se realizó considerando el conocimiento que los asegurados ya tenían de su contrato anterior. En efecto, la información que debió proporcionarse por la aseguradora al contratante a efectos de la celebración de un contrato de seguro no puede catalogarse de suficiente o adecuada, por cuanto no se proporcionó los elementos que la normativa expresamente manda comunicar por parte del oferente.

En este sentido, la normativa aplicable exige la entrega una determinada información atinente al seguro en carácter mínimo, a efectos de que los contratantes del mismo tengan meridiana claridad acerca del alcance de las particularidades de la póliza, evitando confusiones o errores y que luego deberá ser adecuadamente complementado a efectos de dar satisfacción al deber de asesoría que pesa sobre la aseguradora.

Lo anterior es justamente lo que no ocurrió en la especie, pues al momento de contratar, la Aseguradora Investigada soslayó parte de la información requerida al efecto, aduciendo un conocimiento presunto por parte de los eventuales contratantes. A este respecto, los numerales 1 y 2 de la Circular N°2.123 disponen a propósito de los seguros contratados en forma colectiva que en la propuesta o solicitud de incorporación *“deberá informarse a los asegurados sobre la contratación del seguro colectivo y, al menos, el tipo de seguro de que se trata, los riesgos cubiertos y las exclusiones, la cantidad asegurada, la forma de determinarla y los deducibles, la prima o método para su cálculo, el periodo de duración del contrato, así como la explicitación de la fecha de inicio y término de la cobertura individual”*.

Asimismo, agrega la citada circular que *“La propuesta, solicitud de incorporación o certificado de cobertura deberá ser independiente de toda otra operación, negocio o producto, y no se podrá incorporar información, descripciones o referencias a servicios o coberturas distintos a los efectivamente contratados por el asegurado”*.

Conforme a lo transcrito, no resulta posible que la comercialización de un seguro se realice incorporando referencias a productos distintos de los efectivamente contratados. De esta forma, no resulta suficiente el destacar los aspectos diferenciadores con la póliza conocida por los contratantes, en tanto **la normativa expresamente dispone la información que debe entregarse y sin establecer excepciones respecto de su cumplimiento**.

En el mismo sentido, lo argumentado por la defensa respecto de la Norma de Carácter General N°420 a propósito del trato justo que deben recibir los clientes en el mercado de seguros, no puede entenderse en el sentido de permitir a las compañías el dispensarse del cumplimiento de las normas que rigen su actividad y especialmente de aquellas normas que se

ordenan a que los contratantes obtengan un adecuado entendimiento de las pólizas de seguro que contratan, máxime si en caso de contratación directa con la compañía aseguradora, pesa sobre ésta un deber legal de asesoría.

De igual forma, los propios descargos evacuados dan cuenta del reconocimiento de los hechos infraccionales imputados en el Oficio Reservado UI N°1023, en tanto se consigna por la defensa: *“Por otra parte, cuando Metlife comercializó el nuevo Seguro Clínica Santa María destacando sus nuevas coberturas y beneficios, para diferenciarlo del anterior Seguro Salud Total cuyos términos y condiciones eran conocidos por los asegurados, cumplió con la finalidad esencial establecida en normativa aplicable, ya que más allá de la taxatividad de la información exigida por ésta, el fin último del deber de informar es que el asegurado comprenda clara y cabalmente los términos y condiciones del seguro que contratará para tomar una decisión informada al respecto, y precisamente por ello, Metlife lo ofreció de esta manera, ya que era más ilustrador destacar las diferencias que tenía el nuevo seguro en relación con el anterior”*.

Más adelante señala *“56. De esta forma, en lugar de volver a repetir todas las menciones exigidas por la referida circular, (esto es, los riesgos cubiertos y las exclusiones, la cantidad asegurada, la forma de determinarla y los deducibles, el período de duración del contrato, la fecha de inicio y término de la cobertura individual), cuestión que probablemente habría generado mayor confusión, permitió a los asegurados tener una mejor comprensión de lo que significaba el nuevo Seguro Clínica Santa María versus el anterior Seguro Salud Total”*.

“62. Sobre esta base, veremos que MetLife cumplió cabalmente con la finalidad esencial establecida en la normativa citada, debido a que al informar que el nuevo Seguro Clínica Santa María mantenía las mismas condiciones y coberturas e incluía beneficios adicionales, destacándose fundamentalmente éstos, en lugar de volver a repetir todas las demás menciones exigidas por las normas señaladas, y que en los hechos podría haber generado una mayor confusión entre los asegurados, MetLife ofreció el nuevo seguro destacando los aspectos esenciales del mismo y que lo diferenciaban del Seguro Salud Total, dado el conocimiento que los asegurados ya tenían de sus pólizas anteriores, lo que en la práctica les permitía a éstos tener una mejor comprensión de lo que significaba el nuevo Seguro Clínica Santa María versus el Seguro Salud Total”.

“65. Por último, no se informó verbalmente a los asegurados lo indicado en la Sección V de la Circular N°1.935, debido a que los términos y condiciones allí señaladas son exactamente idénticas a las contenidas en las anteriores pólizas, no siendo necesario reiterarlas. Además, resulta relevante señalar que las menciones de dicha Circular se encuentran incorporadas en las respectivas solicitudes de incorporación y certificados de cobertura que fueron entregados a los asegurados con posterioridad a la contratación del nuevo Seguro Clínica Santa María, circunstancias a las que nos referiremos en el Cargo N°3”.

Como se observa, la defensa de la Aseguradora Investigada reconoce el déficit en la información proporcionada a los contratantes a efectos de la comercialización telefónica del Seguro Clínica Santa María, no siendo

suficiente la mera referencia a la póliza anterior o la entrega parcial de las condiciones y términos de la póliza para ver satisfecho el deber de información que sobre ella pesaba. Asimismo, no resulta atendible sostener un presunto conocimiento de los contratantes respecto de la póliza de Seguro Salud Total para sustentar su alegación de cumplimiento del deber de asesoría sin haber entregado al contratante la información que expresamente requiere la normativa para estos efectos.

Finalmente, tampoco es posible atender a lo argumentado por la defensa en cuanto a que el bajo número de asegurados que presentaron reclamos respecto del Seguro Clínica Santa María constituiría prueba de que los asegurados comprendieron cabalmente las condiciones y términos del nuevo seguro contratado, por cuanto el cargo formulado a la Aseguradora Investigada **atiende a la insuficiente entrega de la información** a efectos de la contratación de la póliza, pese a que la normativa es precisa en cuanto a todo lo que, sin excepción, debe informarse para efectos de contratación telefónica, como ocurre en la especie, y la adecuada asesoría que debe ser proporcionada a los contratantes en los casos de contratación directa por la compañía.

En razón de todo lo expuesto precedentemente, deberá mantenerse el cargo formulado a la Aseguradora Investigada.

IV.B. INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL ARTÍCULO 529 N°1 DEL CÓDIGO DE COMERCIO; EN EL NÚMERO 4 DE LA NORMA DE CARÁCTER GENERAL N°171, Y EN LOS TÉRMINOS 1 Y 2 DE LA SECCIÓN III DE LA CIRCULAR N°2.123, RESPECTO DE AL MENOS 995 ASEGURADOS TITULARES QUE CONTRATARON EL NUEVO SEGURO CLÍNICA SANTA MARÍA VÍA CORREO ELECTRÓNICO.

1. CARGOS

En este segundo cargo, se imputó el incumplimiento de las obligaciones establecidas en el artículo 529 N° 1 del Código de Comercio; en el número 4 de la Norma de Carácter General N° 171; y en los números 1 y 2 de la Sección III de la Circular N° 2.123, respecto de, al menos, 995 asegurados titulares que contrataron el “Nuevo Seguro Clínica Santa María” vía correo electrónico, al no asesorar a los mismos respecto de los términos de la nueva póliza, ni ilustrarlos sobre las condiciones del contrato, toda vez que no se les proporcionó toda la información relevante que, para efectos de la correspondiente contratación, se establece en dichas disposiciones.

2. DESCARGOS

En lo atinente a este cargo, respecto de los asegurados que consintieron vía correo electrónico, la defensa trató conjuntamente los descargos con los evacuados respecto del Cargo N°1. Sin embargo, agregó que se habría entregado la información requerida por la normativa aplicable, en cumplimiento de lo establecido en el número 4 de la Norma de Carácter General N°171, esto es, la fecha de la oferta de contratación de un nuevo seguro, la identificación del oferente y las características del seguro, la mantención de las mismas coberturas, incluyendo ciertos beneficios adicionales, y que la oferta decía relación con un nuevo seguro al mismo valor de la prima.

En particular, además de lo consignado en la presente resolución a propósito del Cargo N°1 en cuanto a los argumentos aplicables, la defensa puntualizó que en la comercialización vía correos electrónicos se observaba que el mensaje desplegado luego del envío del formulario por parte del asegurado que era del siguiente tenor: *“en este acto, vengo en solicitar estas coberturas, dando término a la póliza actual y activando el Nuevo Seguro Clínica Santa María, que considera en él las condiciones de contratación iniciales y continuidad de cobertura de las patologías presentada, sin carencia”*.

En vista a lo anterior, subraya que la comercialización se realizó considerando el conocimiento que los asegurados tenían sobre las características de su seguro anterior y centrándose en destacar las principales diferencias, con la finalidad de ilustrar de manera más sencilla y clara acerca de las particularidades del producto. Así, conforme a lo dispuesto en la Norma de Carácter General N°171, señala que la Aseguradora Investigada entregó la información requerida por la normativa, comunicando la fecha de la oferta de contratación de un nuevo seguro, la identificación del oferente y las características de la póliza, la mantención de las coberturas, incluyendo ciertos beneficios adicionales y que la oferta decía relación con un nuevo seguro.

3. PRESENTACIÓN DE METLIFE CHILE SEGUROS DE VIDA S.A. DE 15 DE ABRIL DE 2021

En lo atinente a este segundo cargo, lo pertinente fue tratado a propósito del primero de los cargos formulados a la Aseguradora Investigada, en vista a que la defensa también trató conjuntamente las observaciones a este respecto, en su escrito de 15 de abril de 2021.

Sin perjuicio de lo anterior, adicionalmente se indicó que, en la comercialización vía correo electrónico, en cumplimiento de lo dispuesto en el N°4 de la Norma de Carácter General N°171, señaló que se habría informado la fecha de la oferta de contratación de un nuevo seguro, la identificación del oferente, las características del seguro -mantención de las mismas coberturas, incluyendo ciertos beneficios adicionales-, continuidad de cobertura y el valor de la prima.

Por lo anterior, además de solicitar descartar los cargos, requirió en caso de considerar que los argumentos esgrimidos no son suficientes para absolver a la Aseguradora Investigada, el considerar que al menos existió un cumplimiento parcial de la normativa.

4. ANÁLISIS

En esta parte, por razones de economía procedimental, debe entenderse reproducido lo expresado precedentemente en esta resolución en el apartado IV.A. respecto del análisis del Cargo N°1 formulado a la Aseguradora, en lo tocante a la contratación telefónica del nuevo Seguro Clínica Santa María.

En efecto, habiéndose tratado conjuntamente en los descargos las imputaciones relativas a la contratación telefónica y vía correo electrónico del nuevo Seguro Clínica Santa María, resultan enteramente aplicables los análisis expresados a propósito del incumplimiento de lo dispuesto en el artículo 529 número 1 del Código de Comercio y los números 1 y 2 de la Sección III de la Circular N°2.123 por parte de la Aseguradora Investigada al no proporcionar íntegramente la información requerida en la comercialización de pólizas de seguro.

Sin embargo, debe profundizarse en lo prescrito al efecto, en el número 4 de la Norma de Carácter General N°171 que, en lo concerniente a la comercialización de seguros por medios electrónicos, dispone:

“La aseguradora o corredora, según corresponda, deberá proporcionar al destinatario de la oferta toda la información relevante y facilitarle los medios para efectuar consultas o decidir sobre la oferta del seguro. En las ofertas y propuestas que realice la aseguradora o corredora según corresponda, deberá informar y registrar lo siguiente:

- a) Fecha en que se efectúa la oferta o propuesta.*
- b) Período de validez de la oferta.*
- c) Identificación de la aseguradora, del asegurable y de la corredora, cuando corresponda.*
- d) Naturaleza de la materia asegurada.*
- e) Características del seguro, indicando las coberturas ofrecidas o solicitadas, requisitos de asegurabilidad, carencias, deducibles, vigencia y suma asegurada.*
- f) Si el contrato está sujeto a condiciones de asegurabilidad que sea necesario verificar, deberá informar la forma y plazo en que éstas deberán verificarse, señalando que la vigencia del contrato queda sujeta al cumplimiento de dicha diligencia*
- g) Costo total para el asegurado, incluyendo prima, impuestos y cualquier otro cargo.*
- h) Modalidad de pago de la prima. En caso de que se contemple el pago de la prima mediante cargos en cuenta corriente, líneas o tarjetas de crédito, en la liquidación y pago de las mismas, se deberá diferenciar claramente el cargo por concepto de prima de cada una de las pólizas convenidas.*

Antes de la celebración del contrato, deberán desplegarse en pantalla las condiciones particulares y generales de la póliza, con las cláusulas adicionales y de uso general que se contraten, indicándose cuando corresponda, los respectivos códigos de depósito en la Superintendencia de forma tal que permita su adecuada impresión.

Toda la información señalada deberá comunicarse de manera clara y comprensible ajustándose estrictamente a las condiciones de los seguros ofrecidos, evitando inducir a error o confusión para su aceptación o celebración y facilitando la cabal comprensión de la cobertura que está siendo ofrecida o contratada”.

En la especie, conforme consta de los antecedentes del expediente administrativo, la Aseguradora Investigada no informó a los destinatarios de la oferta de la totalidad de las características del seguro y sus coberturas, en particular, los propios descargos de Metlife señalan en cuanto al punto: *“Por su parte, respecto de asegurados titulares que consintieron vía correo electrónico, referidos en el Cargo N°2, Metlife también entregó la información requerida por la normativa aplicable, y en cumplimiento de lo establecido en el número 4 de la NCG N°171, les comunicó lo siguiente:*

(...)

(iii) Las características del seguro, la mantención de las mismas coberturas, incluyendo ciertos beneficios adicionales; y que la oferta decía relación con un nuevo seguro (‘Para ser parte del nuevo seguro Clínica Santa María haz click aquí’; ‘En este acto, vengo en solicitar estas coberturas, dando término a la póliza actual y activando el Nuevo Seguro Clínica Santa María, que considera en él las condiciones de contratación iniciales y continuidad de cobertura de las patologías presentada, sin carencia); y (iv) el valor de la prima (‘Tú Nuevo Seguro Clínica Santa María te entrega más beneficios, al mismo precio que pagas hoy’; ‘Más beneficios por el mismo precio’).”.

De conformidad a lo anterior, consta que de igual modo que en los casos de contratación telefónica del Seguro Clínica Santa María, la Aseguradora Investigada no dio cabal cumplimiento al número 4 de la Norma de Carácter General N°171 y la Sección III de la Circular N°2.123, por cuanto no se informó a los contratantes, respecto de las coberturas y alcances de la póliza ofrecida, como tampoco se cumplió el deber de asesoría en los términos del número 1 del artículo 529 del Código de Comercio, al no haberse ilustrado a los contratantes sobre las condiciones del contrato de seguro que suscribían, toda vez que como se ha dicho, la información entregada fue parcial y no incluyó todos aquellos elementos exigidos por la Norma de Carácter General N°171 y la Circular N°2.123.

Debido a lo anterior, deberá mantenerse el cargo formulado a la Aseguradora Investigada.

IV.C. INCUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 519 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, EN CUANTO LA ASEGURADORA INVESTIGADA EMITIÓ UNA NUEVA PÓLIZA COLECTIVA Y

NO SE REMITIÓ EL CORRESPONDIENTE CERTIFICADO DE COBERTURA EN EL PLAZO DE 5 DÍAS HÁBILES CONTADO DESDE LA PERFECCIÓN DEL CONTRATO Y CASOS EN QUE DIRECTAMENTE NO SE REMITIÓ EL CERTIFICADO DE COBERTURA AL ASEGURADO.

1. CARGOS

En lo que atañe a este cargo, se imputó a la Aseguradora Investigada el incumplimiento de la obligación establecida en el artículo 519 del Código de Comercio, respecto de, al menos, 17.809 casos en que MetLife emitió una nueva póliza colectiva y no se remitió el correspondiente certificado de cobertura en el plazo de 5 días hábiles contado desde la perfección del contrato y 61 casos en que directamente no se remitió el certificado de cobertura al asegurado.

2. DESCARGOS

En lo tocante a este cargo, la defensa consignó que el incumplimiento de la obligación de remitir los certificados de cobertura se produjo como consecuencia de un error administrativo que habría sido posteriormente corregido por la Aseguradora Investigada y del cual sostiene que no se derivó ningún perjuicio para los asegurados, quienes tuvieron acceso íntegro a sus coberturas.

Puntualizó señalando que Metlife, envió tardíamente el certificado de cobertura de 9.572 asegurados titulares debido a un error administrativo que fue corregido, y señala será debidamente compensado sin producir perjuicio a los asegurados. Asimismo, señala que no existió incumplimiento respecto de los 61 casos en que no se envió el certificado de cobertura, ya que no correspondía hacerlo porque dichos asegurados titulares y sus asegurados dependientes no se encontraban vigentes en las pólizas colectivas.

En cuanto al número de casos en que se incurrió en la infracción, la defensa señaló que la imputación debe limitarse al envío tardío de cobertura a 9.572 asegurados titulares y no a 17.809, ya que dicha cifra incluiría tanto a los asegurados titulares como a sus asegurados dependientes o cargas, respecto de los cuales no existe obligación de remitir dicho certificado.

Puntualiza, que conforme al artículo 519 del Código de Comercio, el certificado de cobertura debe entregarse cinco días hábiles contados desde la perfección del contrato, cosa que en los seguros colectivos ocurre cuando el titular acepta ser incorporado a la póliza colectiva.

Asimismo, el artículo 517 del Código de Comercio y el N°3 de la Sección III de la Circular N°2.123 señalan que la compañía tiene la obligación de entregar el certificado de cobertura a cada uno de los asegurados que se incorporen al contrato de seguro colectivo, esto sería, a cada uno de los asegurados titulares respecto de los cuales se perfeccionó el contrato.

Por su parte, señala que respecto de 9.572 asegurados se remitió tardíamente los certificados de cobertura debido a asuntos

administrativos. Indicó la defensa que la Aseguradora Investigada habría dispuesto todos sus esfuerzos y recursos humanos y financieros para contactar e incorporar a sus clientes a la nueva póliza Seguro Clínica Santa María a fin de que mantuvieran todas las coberturas que tenían contratadas, pero que el gran número de asegurados titulares y el corto periodo de tiempo dificultaron el proceso.

Agrega al efecto que, aunque fuera de plazo, la Aseguradora Investigada cumplió con su obligación enviando los certificados de cobertura, pese a que hace presente que los certificados inicialmente emitidos contenían ciertos errores formales que no coincidían con los términos de las pólizas nuevas, pero que aquello no afectó las coberturas de los asegurados incorporados al nuevo seguro.

Adicionalmente, respecto al grupo de asegurados a quienes se les envió certificados de cobertura con errores formales, señala que ellos serían debidamente compensados por la Aseguradora Investigada de conformidad a lo indicado en la Resolución Exenta N°740 de 23 de octubre de 2020 dictada por el Sernac, que contiene los términos del acuerdo y declara el término favorable del procedimiento en base a la suma de 0,027 UTM que se entregaría a cada consumidor afectado, acuerdo que señala beneficiaría a un total de 10.861 asegurados.

Argumentó además la defensa que, a pesar del error, no se habría causado perjuicio a los asegurados ya que el certificado de cobertura da cuenta de la incorporación a un seguro colectivo cuyos términos son acordados por el contratante y no por el asegurado. De esta forma, los certificados informaron a los asegurados titulares que estaban asegurados bajo la póliza Seguro Clínica Santa María y les entregó un resumen de las coberturas de dicho seguro, pero el envío tardío en caso alguno restringió ni limitó el acceso a la cobertura o beneficios de los asegurados ya que se les otorgó las coberturas en los términos de la póliza y habría mantenido una copia de la póliza a su disposición conforme al artículo 517 del Código de Comercio y la Circular 2.123.

Finalmente, agregó la defensa que no existió incumplimiento respecto de los 61 casos en que no se envió el certificado de cobertura, ya dichos asegurados no se encontraban vigentes en las pólizas, razón por la que no correspondía remitir el certificado a 11 asegurados titulares, ni menos aún - sostiene la defensa- a los 50 asegurados dependientes.

3. PRESENTACIÓN DE METLIFE CHILE SEGUROS DE VIDA S.A. DE 15 DE ABRIL DE 2021

En cuanto al tercer cargo formulado, la defensa reiteró en su escrito que el envío tardío de los certificados de cobertura no significó ningún perjuicio a los asegurados, quienes tuvieron en todo momento acceso íntegro a sus coberturas. Así, además de reiterar la solicitud de circunscribir los cargos a 9.572 asegurados titulares, señala que los hechos se produjeron por dificultades administrativas y no por dolo o mala fe, requiriéndose el verificar que las nuevas pólizas reflejaren y mantuviesen exactamente las mismas condiciones de la anterior.

Por su parte, respecto de los 11 asegurados titulares que no se encontraban vigentes en la póliza de Seguro Clínica Santa María, señala la defensa que no existiría la infracción de falta de envío, lo que no obstaría según la defensa a que se catalogaran dentro del universo de envío fuera de plazo.

Agregó nuevamente a estos efectos, que no se causó perjuicio alguno a todos estos asegurados -9.583 titulares y sus respectivas cargas-, quienes habrían tenido en todo momento acceso íntegro a sus coberturas.

4. ANÁLISIS

En primer término, consta de los descargos evacuados por la defensa, la efectividad de los hechos que fundan el incumplimiento de lo dispuesto en el artículo 519 del Código de Comercio: *“88. Sin embargo, estos documentos fueron remitidos tardíamente a 9.572 asegurados titulares, debido principalmente a asuntos administrativos”*. Por consiguiente, el análisis deberá atender en primer lugar a esclarecer si la eventual inexistencia de perjuicio para los asegurados invocada por la defensa permite eximir de responsabilidad a la Aseguradora Investigada.

Sobre el particular, la compañía señaló que el envío tardío de los certificados de cobertura se habría verificado respecto de 9.572 asegurados titulares y no respecto de los 17.809 asegurados aludidos en el cargo formulado a través del Oficio Reservado UI N°1.316, puesto que esta última cifra habría incluido tanto a los asegurados titulares como a los dependientes o cargas.

En cuanto a ello, el artículo 519 del Código de Comercio prescribe que el asegurador deberá entregar la póliza o el certificado de cobertura al contratante del seguro o al corredor que la hubiera intermediado dentro del plazo de cinco días hábiles contado desde la perfección del contrato. A su vez, el artículo 517 del Código de Comercio establece que, a través del tomador, el asegurador deberá entregar a cada uno de los asegurados que se incorporen al contrato de seguro colectivo, una copia de la póliza, o, al menos, un certificado que acredite la cobertura.

En virtud de lo indicado, ha de entenderse que la entrega del certificado de cobertura debe efectuarse al asegurado (quién es la contraparte del contrato) y no a sus cargas, por lo que deberá estarse en un primer término a los 9.572 casos en que la Aseguradora Investigada reconoció la remisión extemporánea del certificado de cobertura, como además se expresa por el Fiscal de la Unidad de Investigación en el Oficio Reservado UI N°156 de 26 de febrero de 2021.

Habiendo clarificado el número de casos en que se verificó la remisión tardía del certificado de cobertura por la Aseguradora Investigada, debe expresarse respecto del eventual perjuicio a los asegurados, que el certificado de cobertura o la póliza son los documentos que permiten al asegurado conocer los términos y condiciones del seguro contratado, a efectos de tener absoluta claridad al momento de ejercer sus derechos en calidad de asegurado. En consecuencia, la existencia o no de perjuicio para los

asegurados en términos de haber podido ejercer sus derechos, en nada altera la infracción a lo dispuesto en el artículo 519 del Código de Comercio, por cuanto se trata de una obligación legal de la aseguradora, sujeta a un plazo, que deriva de haberse celebrado un contrato de seguro.

Así, la remisión del certificado de cobertura constituye una obligación legal, que la Aseguradora Investigada en calidad de sociedad que desarrolla un giro exclusivo especialmente regulado, debió cumplir a cabalidad, sin que la eventual ausencia de perjuicio, o la existencia de una compensación en aquellos casos en que el certificado contenía errores formales, permita descartar la infracción anotada.

Asimismo, el periodo de tiempo dispuesto a efectos de la remisión del certificado de cobertura fue establecido expresamente por el legislador en el artículo 519 del Código de Comercio, sin que el gran número de asegurados -que la Aseguradora Investigada no podía menos que tener a la vista- permita dispensar del cumplimiento del plazo legalmente dispuesto al efecto.

Por su parte, en relación a los cargos formulados respecto de 61 casos en que derechamente no se habría enviado el certificado de cobertura, éstos corresponden solamente a 11 asegurados titulares. Si bien la compañía alega no haberles enviado el certificado de cobertura, al haber terminado esos seguros, la información contenida en el expediente, en particular el número 18.2 del Informe del Fiscal, da cuenta que esos contratos estuvieron vigentes entre 25 y 48 días, por lo que la compañía debió cumplir con la entrega en el plazo de 5 días hábiles, dado que esos contratos tuvieron una vigencia superior a dicho plazo.

En razón de lo expuesto, el cargo formulado a la Aseguradora Investigada deberá mantenerse, circunscribiéndolo a los 9.572 casos reconocidos por la compañía y 11 casos en que se mantuvo vigente la póliza Seguro Salud Total pese a haberse aceptado la incorporación en el nuevo Seguro Clínica Santa María.

IV.D. INCUMPLIMIENTO DE LAS EXIGENCIAS ESTABLECIDAS EN EL ARTÍCULO 537 DEL CÓDIGO DE COMERCIO EN LOS CASOS QUE LA ASEGURADORA INVESTIGADA DIO TÉRMINO AL “SEGURO DE SALUD TOTAL” SIN ENVIAR CARTA A SUS ASEGURADOS NOTIFICANDO EL TÉRMINO ANTICIPADO DEL LA PÓLIZA COLECTIVA.

1. CARGOS

En este cuarto cargo, se imputó a la Aseguradora Investigada el incumplimiento de las exigencias establecidas en el artículo 537 del Código de Comercio, respecto de, al menos, 11.748 casos en que MetLife dio término al “Seguro de Salud Total” sin enviar carta a sus asegurados notificando el termino anticipado de la póliza colectiva.

2. DESCARGOS

En lo atinente al cargo formulado, la defensa de la Aseguradora Investigada sostuvo que no se incurrió en infracción al artículo 537 en razón de que no se puso término anticipadamente a las pólizas colectivas, sino que la compañía dio aviso de su no renovación, informando que el seguro no sería renovado por un nuevo periodo.

Lo anterior, por cuanto en el parecer de la defensa, Metlife ejerció la facultad de no renovación establecida en las pólizas colectivas, dando aviso a la Clínica Santa María, contratante del seguro colectivo, de acuerdo a los términos establecidos en las condiciones particulares.

Asimismo, señaló en relación a los asegurados individuales, que éstos habrían sido contactados por la Aseguradora Investigada, informándoles de la terminación por no renovación de sus pólizas y éstos habrían decidido contratar el nuevo seguro y poner término anticipado a su cobertura individual anterior. Por su parte, respecto de aquellos asegurados que no lograron ser contactados, Metlife habría dado aviso por escrito de la no renovación por un nuevo período.

Consignó la defensa de la Aseguradora Investigada, que las pólizas colectivas tenían una vigencia anual y establecían además una cláusula de renovación automática por un nuevo periodo, siempre que ninguna de las partes diera aviso a la otra de su decisión de no renovarla, con a lo menos 30 o 60 días de anticipación a la fecha de término de cada periodo, mediante una carta certificada.

Asimismo, se indicó que desde la entrada en vigor de la Circular N°1.935 se habría incorporado en las condiciones particulares una cláusula que indicaba que éstas no contaban con renovación garantizada en los siguientes términos:

Condiciones Particulares Clínica Santa María Póliza 340002786 Enero 2010 Página 14 de 17	
Artículo N°17 Vigencia de la póliza	
La presente póliza colectiva tendrá una vigencia de (1 año), comenzando a las 00:00 horas del día 1 de Enero de 2010 y terminando a las 24:00 horas del día 31 de Diciembre de 2010.	
Se entenderá renovada automáticamente la póliza por un nuevo periodo de igual duración, si ninguna de las partes avisase a la otra de su decisión de no renovar con una anticipación de a lo menos 60 días, a la fecha de término de cada periodo mediante una carta certificada a la dirección de la otra parte involucrada.	
En cumplimiento con lo dispuesto en la circular N° 1.935 de la SVS, se informa que este seguro no cuenta con garantía de renovación garantizada, es decir, la póliza podrá terminar su vigencia en la fecha indicada en el primer párrafo de este artículo.	

En virtud de lo anterior, señala la defensa, los asegurados, el contratante y la corredora tenían perfecto conocimiento de que las pólizas colectivas podían no ser renovadas por un nuevo periodo, a través del ejercicio de la facultad reconocida a cualquiera de las partes de no renovar las pólizas colectivas. Así, luego de que la Clínica Santa María ejerciera su facultad de no renovar el Convenio Comercial, Metlife recurrió a la facultad de no renovar las pólizas por un nuevo periodo.

De esta forma, señala que no resultaría efectivo que la Aseguradora Investigada cambiara de manera autónoma la duración de los seguros de salud anteriores, sin respetar la obligación de aviso previo con una antelación de 30 días, pues las pólizas no habrían terminado por el ejercicio de una facultad de terminación anticipada, sino que por el ejercicio de una facultad de no renovación contemplada expresamente en ellas y conocida de todas las partes.

En tal sentido, la defensa sostiene que Metlife no habría incurrido en ningún incumplimiento al artículo 537 del Código de Comercio, puesto que habría satisfecho cabalmente con el procedimiento y plazos establecidos para el ejercicio de la facultad de no renovación. De este modo, la referida comunicación se envió al contratante colectivo con fecha 28 de diciembre de 2018, respetando la antelación de 30 o 60 días establecida en las condiciones particulares para la siguiente renovación.

Por su parte, en relación con los asegurados individuales, se indicó por la defensa que en su gran mayoría habrían sido contactados por Metlife, informándoles de la terminación por no renovación de sus pólizas, decidiendo éstos contratar el nuevo seguro y poner término anticipado a su cobertura individual anterior. Asimismo, respecto de los que no fueron contactados, se procedió a incorporarlos provisoriamente al nuevo Seguro Clínica Santa María a fin de no afectarlos en sus coberturas.

Así, de los 4.120 asegurados que no fueron contactados por Metlife por correo electrónico o telefónicamente, 3.075 habrían recibido la carta informándoles de la no renovación de las pólizas Seguro Salud Total. Por su lado, los asegurados que no lograron ser contactados, fueron incorporados provisoriamente al nuevo seguro Clínica Santa María, a fin de que pudieren manifestar su intención de contratar el nuevo Seguro Clínica Santa María o eventualmente rechazarlo.

3. PRESENTACIÓN DE METLIFE CHILE SEGUROS DE VIDA S.A. DE 15 DE ABRIL DE 2021

En cuanto al cargo cuarto, la defensa reiteró en su escrito de 15 de abril de 2021 que no se trató de un proceso de término anticipado de los seguros contratados, sino de la comunicación -que ya se había efectuado al tomador- de la no renovación de estos.

4. ANÁLISIS

En lo que respecta al cuarto cargo formulado a la Aseguradora Investigada, la infracción reprochada a la compañía se refirió al incumplimiento de las exigencias del artículo 537 del Código de Comercio, al no haberse remitido carta a los asegurados notificando el término anticipado de la póliza colectiva.

Sobre el particular, prescribe el artículo 537 del Código de Comercio: *“Terminación anticipada. Las partes podrán convenir que el*

asegurador pueda poner término anticipadamente al contrato, con expresión de las causas que lo justifiquen, salvo las excepciones legales.

En todo caso, la terminación del contrato se producirá a la expiración del plazo de treinta días contado desde la fecha de envío de la respectiva comunicación.

El asegurado podrá poner fin anticipado al contrato, salvo las excepciones legales, comunicándolo al asegurador.

La prima se reducirá en forma proporcional al plazo corrido, pero en caso de haber ocurrido un siniestro de pérdida total se entenderá devengada totalmente”.

Así las cosas, analizados los antecedentes del expediente y las alegaciones hechas valer por la Aseguradora Investigada y los interesados, resulta inconcuso que la compañía ejerció la facultad de no renovar las pólizas de seguro, notificándose a la Clínica Santa María en calidad de tomador.

Frente a tales circunstancias, lo prescrito en el artículo 537 del Código de Comercio, concerniente a la regulación del término anticipado del contrato no resulta aplicable al caso, toda vez que no se ha terminado en forma anticipada un contrato - antes de que expire su vigencia natural -, sino que se ha optado por su no renovación para el período siguiente.

En este orden de ideas, este cargo será levantado.

IV.E. INCUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL INCISO PRIMERO DEL ARTÍCULO 515 Y 529 N°1 DEL CÓDIGO DE COMERCIO RESPECTO DE ASEGURADOS QUE FUERON MIGRADOS PROVISORIAMENTE A UNA NUEVA PÓLIZA SIN HABER OTORGADO SU CONSENTIMIENTO Y ASEGURADOS QUE FUERON INCORPORADOS A UNA NUEVA PÓLIZA CONTRA SU VOLUNTAD.

1. CARGOS

En este quinto cargo, se imputó a la Aseguradora Investigada el incumplimiento de lo dispuesto en el inciso primero del artículo 515 y artículo 529 N° 1 del Código de Comercio, respecto de, al menos, 11.748 asegurados, que fueron migrados provisoriamente a una nueva póliza sin haber otorgado su consentimiento, y respecto de al menos 5 asegurados, que fueron incorporados a la nueva póliza contra su voluntad, en ambos casos, sin asesorar a los mismos respecto de los términos de la nueva póliza, ni ilustrarlos sobre las condiciones del contrato.

2. DESCARGOS

En lo atinente a este cargo, la defensa señaló que los hechos imputados correspondían a una migración provisoria realizada con el único

objetivo de que los asegurados titulares y sus dependientes no se quedaran sin cobertura.

Sobre el particular, sostuvo la defensa que, a efectos de precaver el eventual perjuicio a los asegurados producto de la imposibilidad de continuar renovando sus coberturas individuales, la Aseguradora Investigada tomó la decisión de incorporar provisoriamente a un grupo de asegurados de los que no lograron obtener su consentimiento, al nuevo Seguro Clínica Santa María, para efectos de que pusieran término voluntariamente a sus coberturas anteriores y contrataran el nuevo seguro.

Lo anterior, según consigna la defensa, por cuanto la no renovación de las pólizas colectivas implicaba que los asegurados quedarían sin cobertura al término del periodo de vigencia, por lo que, como medida de resguardo en favor de los asegurados no contactados, se incorporó provisoriamente a los mismos al nuevo seguro con mayores beneficios y la misma prima. Así, para evitar eventuales perjuicios para 18.849 asegurados titulares vigentes o 31.119 de ellos, sus beneficiarios y cargas, se incorporó provisoriamente a los asegurados a la nueva póliza.

De esta manera, de no haber realizado tal gestión, los asegurados que hubiesen querido mantener sus coberturas de salud se habrían visto obligados a buscar y contratar un nuevo seguro, con condiciones y prima que no necesariamente serían las mismas del Seguro Salud Total y para cuya contratación se les habría exigido cumplir con los requisitos de asegurabilidad asociados a la edad y a su estado de salud, debiendo realizar una nueva declaración personal de salud, con el riesgo de rechazo de sus coberturas en base a alguna preexistencia generada durante la vigencia del Seguro Salud Total.

Previendo lo anterior, Metlife ofreció a sus clientes incorporarse al nuevo Seguro Clínica Santa María manteniendo las mismas condiciones y coberturas del Seguro Salud Total, incluyendo beneficios adicionales por el mismo valor de prima y sin requerir la realización de una nueva declaración personal de salud.

Sin perjuicio de lo anterior, señaló la defensa que hubo un universo de clientes que por diversos motivos no lograron ser contactados y que fueron incorporados de manera provisoria al nuevo seguro, mientras se llevaba a cabo nuevas campañas para contactarlos y obtener sus respectivos consentimientos.

Asimismo, respecto de la imputación de que se incorporó a 5 asegurados contra su voluntad, la defensa señaló que 4 de ellos fueron contactados, pero no entregaron una respuesta concreta rechazando o aceptando la migración, por lo que fueron igualmente incorporados provisoriamente hasta poder obtener sus respectivos consentimientos. Además, respecto de otra asegurada, se indicó que la misma no fue parte del proceso de migración, encontrándose vigente la póliza correspondiente al Seguro Salud Total.

Sostiene en consecuencia, que los asegurados titulares y dependientes no sufrieron perjuicio como consecuencia de su incorporación al

nuevo Seguro Clínica Santa María, pues se trataba de un seguro más beneficioso para ellos con mejores coberturas.

En tal sentido, se habrían mantenido los términos y condiciones del Seguro Salud Total, incorporando beneficios como una cobertura de indemnización por invalidez permanente 80% para el seguro con cobertura catastrófica, cobertura sin tope de edad bajo la cobertura prestaciones médicas de alto costo, ampliación de deducible cero para 15 enfermedades y procedimientos y el establecimiento de ventanilla única para la tramitación de siniestros, gestionando directamente el proceso de reembolso de la cobertura entre la Clínica y Metlife.

Adicionalmente, la defensa señaló la falta de perjuicio efectivo para los asegurados se reflejaba además en bajo número de reclamos relacionados a la incorporación provisoria al nuevo seguro, con 4 reclamos fundados en modificaciones unilaterales de sus seguros. Asimismo, que no se produjo una reducción de la cobertura por evento respecto de las pólizas vigentes anteriores al año 2012, toda vez que ello sólo se debió a un error en la transcripción de los certificados de cobertura, que luego fue corregido y reflejado en las condiciones de las pólizas de seguro.

Considerando además el carácter provisorio de la migración, la defensa sostiene que la Aseguradora Investigada dispuso sus esfuerzos en contactar a los asegurados titulares y obtener su consentimiento, y que compensará a aquellos asegurados que luego de ser contactados manifiesten su rechazo a la incorporación.

Al efecto, señala que las campañas de contactabilidad se han realizado con el conocimiento y acuerdo del Sernac, que mediante Resolución Exenta N°740 estableció que *“Metlife implementará una nueva y robusta campaña de contactabilidad para aquellos asegurados traspasados provisoriamente al ‘Nuevo Seguro Clínica Santa María’, que no hayan podido ser contactados ...”*.

Además, puntualizó que el universo de asegurados de la campaña aludida ascendería a 4.120 asegurados, considerando a asegurados que no consintieron expresa o tácitamente, a diferencia de los 11.748 asegurados señalados en la formulación de cargos.

De igual modo, agrega que, en el marco del procedimiento ante el Sernac, se habría llegado a un acuerdo de compensación para los asegurados que al momento de ser contactados rechazaran la contratación del nuevo seguro, consistente en la devolución de las primas pagadas desde la fecha de terminación de su vigencia individual de su seguro anterior.

3. PRESENTACIÓN DE METLIFE CHILE SEGUROS DE VIDA S.A. DE 15 DE ABRIL DE 2021

En lo atinente al cargo quinto, la defensa indicó en su presentación de 15 de abril de 2021 que el proceso de migración provisoria se desarrolló sin el consentimiento expreso o tácito, únicamente respecto de 4.120 asegurados, con la finalidad de que no se quedaran sin cobertura al término de su póliza anterior.

En cuanto a ello, sostiene la defensa que el informe del Fiscal de la Unidad de Investigación habría ignorado la prueba rendida, al desconocer el informe que el propio Sernac habría determinado que la migración provisoria efectuada por Metlife sin consentimiento, afectó únicamente a 4.120 asegurados, lo que además indica serán debidamente compensados. Ello, constituiría una infracción al principio de unidad o unicidad del Estado, por no considerar el universo de asegurados migrados provisoriamente que habría sido determinado por el Sernac.

Agrega al efecto la defensa que, siguiendo el razonamiento evacuado en el informe del Fiscal de la Unidad de Investigación, el número de asegurados migrados provisoriamente en una primera instancia tampoco ascendía a 11.748, sino que a 7.121 considerando exclusivamente a los asegurados titulares.

Indica la defensa que el documento denominado “Nómina en formato Excel acompañada por MetLife a la Comisión para el Mercado Financiero”, en Respuesta a Oficio Reservado UI N°1197 de fecha 29 de octubre de 2020, que contiene información actualizada sobre el uso del Seguro Clínica Santa María al 15 de diciembre de 2020”, constaría que en la primera campaña de contactabilidad llevada a cabo entre diciembre de 2018 y enero de 2019:

(i) 9.390 asegurados otorgaron su consentimiento, telefónicamente o vía correo electrónico, para incorporarse a las nuevas pólizas del Seguro Clínica Santa María; y

(ii) 7.121 asegurados no lograron ser contactados, siendo efectivamente traspasados provisoriamente a las nuevas pólizas del Seguro Clínica Santa María.

Luego, indicó la defensa que en la segunda campaña de contactabilidad, llevada a cabo en noviembre de 2019, que incluyó a un universo de 6.688 asegurados, considerando aquellos asegurados que no lograron ser contactados en la primera campaña y que se encontraban vigentes a tal fecha:

(i) 1.009 asegurados otorgaron su consentimiento vía telefónica a la incorporación a las nuevas pólizas del Seguro Clínica Santa María; mientras que,

(ii) Los restantes asegurados no pudieron ser contactados a efectos de obtener sus respectivos consentimientos.

Posteriormente, en la tercera campaña de contactabilidad, llevada a cabo en octubre de 2020, que incluyó a un universo de 3.137 asegurados, considerando para ello a los asegurados que no lograron ser contactados ni en la primera ni segunda campaña, y que se encontraba vigentes a tal fecha:

(i) 619 asegurados habrían otorgado su consentimiento vía telefónica a la incorporación a las nuevas pólizas del Seguro Clínica Santa María.

(ii) Los restantes asegurados no pudieron ser contactados a efectos de obtener sus respectivos consentimientos.

En consecuencia, señala que de dicho documento se desprende que, de los 16.511 asegurados titulares efectivamente traspasados al nuevo Seguro Clínica Santa María (9.390 que consintieron en la primera campaña más 7.121 migrados provisoriamente) provenientes del Seguro Salud Total, 5.493 de ellos no pudieron ser contactados vía telefónica y/o por correo electrónico, y en consecuencia no pudieron otorgar su consentimiento expreso en dicha incorporación.

Adicionalmente, reitera la defensa, el Informe del Fiscal de la Unidad de Investigación tampoco habría considerado que los certificados aportados por Metlife darían cuenta que no sería efectivo que 5 asegurados hubieran sido migrados al nuevo seguro Santa María contra su voluntad.

Al efecto indicó que la asegurada Adriana Edwards no fue migrada, sino que se encontraría vigente en la anterior póliza Seguro Salud Total. Adicionalmente, respecto de otros 3 asegurados, el informe no habría considerado que en los certificados emitidos por los callcenter señalarían que dichos asegurados no dieron una respuesta concreta respecto de la contratación del seguro.

Por su parte, se indicó que los asegurados no habrían sufrido perjuicio alguno como consecuencia de la migración, sino que con ello se habría evitado causarles un mayor daño derivado de la no renovación de sus pólizas y mantener cubiertos sus riesgos.

4. ANÁLISIS

En primer término, el artículo 515 del Código de Comercio dispone en cuanto a la celebración del contrato de seguro, que éste es un contrato consensual.

La defensa indicó que la Aseguradora procedió a incorporar a los asegurados a la póliza colectiva, provisoriamente, hasta lograr obtener el consentimiento de parte de los asegurados, para que éstos pusieran término voluntariamente a sus coberturas anteriores y aceptaran el nuevo seguro.

Tal acción implicó, sin embargo, que la compañía se arrogara el derecho a cobrar a los asegurados, la prima de un seguro que no había sido aceptado, vulnerando el consentimiento que exige el artículo 515 del Código de Comercio, como requisito previo a poder hacer efectivas las obligaciones del contrato.

En tal sentido, no resulta atendible lo sostenido por la defensa, en cuanto a que obró en resguardo de los intereses de los asegurados, al imponerles las obligaciones derivadas de una póliza de seguro, sin que existiera una manifestación de voluntad de parte del asegurado en orden a pagar la prima de un nuevo contrato.

Tampoco es posible aceptar el argumento de la defensa, concerniente a que no se habría ocasionado perjuicio alguno a los asegurados, por cuanto es evidente que, sin mediar aceptación de los asegurados, se les

impuso una nueva carga patrimonial, suponiendo que prestarían su consentimiento a las nuevas coberturas.

De los antecedentes del expediente administrativo, resulta claro del tenor de los descargos de la Aseguradora Investigada, que ésta procedió a realizar una *“incorporación provisoria al nuevo seguro con mayores beneficios y la misma prima”*, todo en circunstancias que, como hemos explicado, la compañía no contaba con la aceptación del asegurado que la facultara a cobrar la prima por un nuevo seguro.

Consecuentemente, la actuación desplegada por la Aseguradora Investigada da cuenta de una infracción a los artículos 515 y 529 N°1 del Código de Comercio, respecto de los asegurados que fueron migrados a una nueva póliza, sin haber aceptado los efectos del contrato, y a quienes se les cobró prima, sin prestarles asesoría respecto del producto al que se les incorporaba.

Sin perjuicio de lo anterior, los antecedentes del expediente sancionatorio dan cuenta también de que la Aseguradora Investigada incorporó a la póliza Seguro Clínica Santa María a clientes que al ser contactados no manifestaron su aceptación a las coberturas ofrecidas por Metlife.

Sobre este punto, el certificado de 21 de enero de 2021 emitido por la empresa CallSouth S.A. al referirse a los resultados las campañas de contactabilidad, señala respecto de los casos en análisis:

Finalmente, en relación con los siguientes clientes contactados, podemos informar que según los registros de CallSouth:

1. Doña Myriam Cecilia Fliman Cohen fue contactada con fecha 16 de enero de 2019, en el marco de la Primera Campaña y no entregó una respuesta concreta en el sentido de aceptar o rechazar la contratación del producto Seguro Clínica Santa María. Posteriormente, fue contactada con fecha 19 de octubre de 2020, con motivo de la Tercera Campaña, dando como respuesta que *"Lo pensaré"*.
2. Don José Tomás Silva Vargas fue contactado con fecha 24 de diciembre de 2018, en el marco de la Primera Campaña, dando como respuesta que *"Lo verá más adelante"*. Posteriormente, no fue contactado durante la Tercera Campaña, por cuanto no figuraba como asegurado vigente en la base de datos entregada por MetLife.
3. Doña Arlen Gaete Tagle fue contactada con fecha 26 de diciembre, en el marco de la Primera Campaña, dando como respuesta que *"Lo pensaré"*. Posteriormente, no fue contactada durante la Tercera Campaña, por cuanto no figuraba como asegurada vigente en la base de datos entregada por MetLife.
4. Doña Ivon Helene Salazar Álvarez fue contactada con fecha 26 de diciembre de 2018, en el marco de la Primera Campaña dando como respuesta que *"Lo pensaré"*. Posteriormente, no fue contactada durante la Tercera Campaña, por cuanto no figuraba como asegurada vigente en la base de datos entregada por MetLife.

Se extiende este certificado a Solicitud de MetLife.


**DAVID CHRISTOPHE JOSEPH
GIBERT**
p.p. CallSouth S.A.


**MANUEL ARTURO VERDUGO
SALDAÑA**
p.p. CallSouth S.A.

21 de enero de 2021.



Por su parte, el audio de la comunicación realizada con una de las contratantes se señaló a estos efectos: *"Mire yo estoy con un problema con mi seguro, espero que esto sea la respuesta a la queja que yo hice... Yo hice una queja en Metlife, y en la Clínica Santa María por el seguro, yo supongo que usted lo que está haciendo es llamarme para responder aquello... Entonces no me interesa nada, porque yo estoy muy molesta con la situación, a mí me cambiaron de seguro, y no me han dado una explicación y me siguen descontando todos los meses. Nada, nada... No, si me mandaron una respuesta diciéndome que me lo habían cambiado porque no sé, porque sí, porque me convenía y yo pedí mi... pedí mi... la póliza. Cómo puede ser que me cambien una póliza que yo no conozco. Y no me han enviado la póliza, llevo seis meses quejándome... No me mandaron la póliza que es lo que yo estoy pidiendo. Yo fui, tuve que ir para allá, me juraron que la iban a mandar y hasta el día de hoy no me mandan la póliza, pero sí me mandaron una respuesta estúpida"*.

Atendido lo expuesto, queda claro que las personas contactadas para ofrecerles el Seguro Clínica Santa María no manifestaron, expresa o tácitamente, su voluntad de incorporarse al nuevo seguro, y por consiguiente que se verificaron las infracciones imputadas a la Aseguradora Investigada en esta parte.

Sin embargo, de los 5 casos en que se habría incorporado clientes que, habiendo sido contactados, no habrían manifestado una inequívoca voluntad de incorporarse al seguro, deberá descartarse uno de aquellos, puesto que de los antecedentes que obran en el expediente administrativo se puede constatar que el cliente no fue traspasado al nuevo Seguro Clínica Santa María y, por lo tanto, solamente se justifica la imputación en los 4 casos precedentemente aludidos.

Adicionalmente, la defensa sostuvo que la incorporación al Seguro Clínica Santa María se realizó en carácter de provisional mientras se realizaban campañas para contactar a los asegurados titulares para obtener su consentimiento, señalando que respecto de los que indicaran su rechazo de la oferta se compensaría tal migración.

Esta afirmación no altera lo razonado precedentemente en este acto administrativo, por cuanto la incorporación a la nueva póliza con el cobro de prima no resultaba procedente sin mediar el consentimiento del asegurado. Así las cosas, la devolución de los montos cobrados en caso de falta de consentimiento del asegurado, en tanto imperativo jurídico, no altera la infracción imputada en el Oficio Reservado UI N°1316.

Por su parte, en cuanto al número de casos imputados, la defensa sostuvo en sus descargos que los 11.748 asegurados aludidos en el oficio de cargos debían circunscribirse a 4.120 asegurados titulares establecidos en el procedimiento seguido en el Sernac, que estableció la obligación de realizar una nueva campaña de contactabilidad respecto de los asegurados que no hubiesen consentido expresa o tácitamente.

A este respecto, sólo se puede considerar que los 4.120 consumidores aludidos en la Resolución Exenta N°470 del Servicio Nacional de Consumidor de 23 de octubre de 2020, corresponden al número de consumidores beneficiados por el procedimiento voluntario colectivo incoado en dicha repartición y que de acuerdo con la propia resolución no constituye un número definitivo, sino que el número concreto deberá ser determinado mediante informe de auditoría.

Ahora bien, la defensa en su escrito de 15 de abril de 2021, sostiene que el número de asegurados titulares migrados en una primera instancia ascendería a 7.121 y no a los 11.748 imputados en el Oficio Reservado UI N°1316, casos en que además se contienen los 4.120 que aludió como número de casos definitivo en sus descargos.

En cuanto a lo sostenido en su presentación de 15 de abril de 2021, funda el número de casos indicado en el documento denominado "Nómina en formato Excel acompañada por MetLife a la Comisión para el Mercado Financiero", en Respuesta a Oficio Reservado UI N°1197 de fecha 29 de octubre de 2020, que contiene información actualizada sobre el uso del Seguro Clínica Santa María al 15 de diciembre de 2020, indica:

a) En la primera campaña de contactabilidad, llevada a cabo entre diciembre de 2018 y enero de 2019:

- (i) 9.390 asegurados otorgaron su consentimiento, telefónicamente¹²⁰ o vía correo electrónico, para incorporarse a las nuevas pólizas del Seguro Clínica Santa María; y
- (ii) 7.121 asegurados no lograron ser contactados, siendo efectivamente traspasados provisoriamente a las nuevas pólizas del Seguro Clínica Santa María.

Es decir, reconoce que migró provisoriamente en una primera etapa, a 7.121 asegurados, esto es, más de los 4.120 que alega deberían ser considerados, de modo que la propia defensa es contradictoria en el número de asegurados a quienes no se les solicitó el consentimiento.

112. En consecuencia, de dicho documento se desprende que, de los 16.511 asegurados titulares efectivamente traspasados al nuevo Seguro Clínica Santa María (9.390 que consintieron en la primera campaña más 7.121 migrados provisoriamente) provenientes del Seguro Salud Total, 5.493 de ellos no pudieron ser contactados vía telefónica y/o por correo electrónico, y en consecuencia no pudieron otorgar su consentimiento expreso en dicha incorporación.

De esta forma, los medios de prueba aportados por la defensa de la Aseguradora Investigada darían cuenta de que al 23 de octubre de 2020 la cantidad de asegurados migrados provisoriamente corresponderían a un total de 4.120 asegurados en base a la información proporcionada por la Aseguradora Investigada, mientras que, al 13 de diciembre del mismo año, tal número ascendería a 7.121 asegurados según los antecedentes proporcionados.

Así las cosas, pese a que se presentaron por la defensa distintos listados de asegurados que habrían sido migrados provisoriamente sin mediar consentimiento previo a distintas fechas, no se aportaron por la defensa antecedentes que permitieran desvirtuar los 11.748 casos materia de los cargos formulados provenientes de la respuesta de la Aseguradora Investigada al Oficio Reservado UI N°689 de 7 de julio de 2020.

Finalmente, la misma aseguradora reconoce que los asegurados no sabían que pagaban prima por un nuevo seguro:

115. En segundo lugar, en relación con el desconocimiento por parte de los asegurados, de pagar una prima por un nuevo seguro, un aspecto relevante y que el Informe no analizó, dice

relación con las compensaciones que MetLife pagará a los asegurados que, luego de ser contactados rechacen su incorporación. Dicha compensación, según fue acordado con el Sernac, comprende la devolución de las primas pagadas desde el término de la vigencia de la cobertura individual de la póliza anterior:

Así, deberá mantenerse el cargo formulado a la Aseguradora Investigada por el incumplimiento de lo dispuesto en el inciso primero del artículo 515 y 529 N°1 del Código de Comercio.

V. PRESENTACIÓN DE RECOVER AMÉRICA CORREDORA Y PRODUCTORA DE SEGUROS SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD LIMITADA DE 1 DE ABRIL DE 2021.

V.1.1. Solicitud de confirmar conclusiones del Fiscal de la Unidad de Investigación respecto de los cargos primero, segundo, tercero y quinto

En primer término, los apoderados de Recover América Corredora y productora de Seguros Sociedad de Responsabilidad Limitada solicitaron al Consejo de la Comisión confirmar las conclusiones del Fiscal de la Unidad de Investigación en cuanto a que Metlife efectivamente incurrió en las infracciones detalladas en los cargos primero, segundo, tercero y quinto del Oficio Reservado UI N°1316 de 1 de diciembre de 2020.

V.1.2. Formulación de objeciones relativas al cargo cuarto

En lo tocante al cargo cuarto, consistente en la imputación a la Aseguradora Investigada de *“Incumplimiento de las exigencias establecidas en el artículo 527 del Código de Comercio, respecto de, al menos, 11.748 casos en que Metlife dio término al ‘Seguro de Salud Total’ sin enviar carta a sus asegurados notificando el término anticipado de la póliza colectiva”*, los apoderados de Recover presentaron objeciones a las conclusiones del Fiscal de la Unidad de Investigación.

Sobre el particular, señaló que la Aseguradora Investigada habría actuado de forma arbitraria y discriminatoria al momento de decidir cuáles pólizas renovar y cuáles no, por cuanto la compañía habría reconocido la posibilidad que tenía de renovar los contratos al mantener ciertas pólizas colectivas activas, prorrogando su vigencia.

Agrega que tal proceder sería a su juicio más reprochable que la actuación de Zurich Santander y Penta Vida, en consideración a que tales compañías habrían informado a sus asegurados la decisión de no renovar los seguros de salud, Metlife no habría obtenido el consentimiento informado al vender el nuevo seguro y por ende considera que la aceptación estaría viciada, puntualizando que la decisión de no renovar los contratos en tales casos habría sido total y no arbitraria y discriminatoria como habría acontecido en la especie.

Continúa, señalando que conforme se indica en el Oficio Reservado UI N°1316, el Convenio Comercial existente habría expirado para efectos de la venta del seguro colectivo, manteniendo a su parecer la vigencia respecto de los servicios de postventa que el corredor debía realizar hasta el término de la vigencia de la última incorporación de asegurados a las pólizas colectiva de la cartera.

Agrega que no cabría duda de que Recover debía realizar los servicios de postventa hasta el término de la vigencia de la última incorporación de asegurados a las pólizas colectivas, esto es en el parecer de Recover, cuanto cumplieran 90 años de edad como podía apreciarse por ejemplo en la Póliza N°340010692.

De esta forma, en el parecer de Recover, los formularios de propuesta, los folletos y publicidad habrían generado en los asegurados del Seguro Salud Total la legítima confianza en orden a que el contrato permanecería vigente hasta cumplir los 90 años.

Señala que sería un hecho de la investigación que el Convenio Comercial habría expirado para efectos de la venta del Seguro Salud Total, manteniendo su vigencia respecto de los servicios de postventa, siendo a su juicio evidente que Metlife no podía invocar dicha expiración como fundamento para finiquitar el vínculo contractual de Recover con sus clientes. En consecuencia, sostiene que lo que procedía era que coexistieran ambos seguros, es decir, que coexistieran las 23 pólizas intermediadas por Recover y aquellas nuevas pólizas colectivas que Metlife fuera emitiendo a medida que concretara ventas en forma directa, según autoriza el artículo 529 N°1 del Código de Comercio.

En definitiva, puntualiza, Metlife decidió oponerse a la renovación de las 23 pólizas colectivas, cuyas vigencias expiraban en el periodo comprendido entre el 31 de enero de 2019 y el 30 de noviembre de 2019 respectivamente.

Continúa señalando que, de los antecedentes de la investigación, se evidenciaría que Metlife habría optado por una vía inadecuada (telefónica) y que no envió cartas certificadas a los miles de asegurados que no logró contactar vía correo electrónico. Ello, en su parecer, revestiría especial gravedad ya que como indicaría la doctrina para que la renovación automática no se produzca, las partes y en particular el asegurador, deberían comunicar anticipadamente a la otra su voluntad de no perseverar en el contrato.

Así, Recover solicita al Consejo de la Comisión para el Mercado Financiero acoger las objeciones planteadas respecto de la conclusión del señor fiscal relativa al cuarto cargo.

V.1.3. Solicitud de medidas para mejor resolver

En base a los argumentos expuestos en el apartado anterior, Recover solicita al Consejo que ordene, como diligencia o medida para mejor resolver, que el señor Fiscal de la Unidad de Investigación informe si Metlife dio cumplimiento a la cláusula de “Comunicación entre las Partes” que exige la Norma de Carácter General N°349, a objeto de que la conducta reprochada bajo el cargo N°4 sea recalificada como una infracción a las normas que regulan la facultad de no renovación contenida en ellas. Además, para estos efectos acompaña una tabla con el texto de la cláusula pertinente en las 23 pólizas colectivas del “Seguro Salud Total”.

Asimismo, en su cuarto otrosí, Recover solicita al Consejo de la Comisión para el Mercado Financiero que ordene como diligencia o medida

para mejor resolver, que el señor fiscal de la UI formule un sexto cargo en contra de Metlife del siguiente tenor: *“Incumplimiento de lo dispuesto en: (i) el Oficio Circular N° 059 de 24/08/2001, (ii) la NCG 171 de 15/10/2004, y (iii) la NCG 349 de fecha 26/07/2013, respecto de, al menos, 11.748 asegurados, que fueron migrados provisoriamente a una nueva póliza sin haber otorgado su consentimiento, utilizando mandatos bancarios cuya vigencia había concluido”*.

V.1.4. Solicitud de tener presente para efectos del artículo 38 del Decreto Ley N°3.538

En lo concerniente a la determinación del rango y del monto específico de las multas a aplicar, Recover solicitó considerar las siguientes circunstancias:

1. En cuanto a la denuncia de Recover ante el Consejo de Autorregulación de las Compañías de Seguros, señala que dicho Consejo tiene por misión velar por la plena aplicación del Compendio de Buenas Prácticas Corporativas y de Mercado, que es falso que Recover haya presentado una denuncia simplemente para lograr sus pretensiones económicas consistentes en seguir percibiendo comisiones, que Metlife omitió que ante la gravedad de las infracciones denunciadas el Consejo citó a una audiencia en que no se reveló que uno de los integrantes del directorio de Metlife es hermano de uno de los consejeros, que con fecha 7 de agosto de 2018 Metlife adoptó la decisión de no renovar la vigencia de las pólizas colectivas, que no se respetó el principio de bilateralidad de la audiencia y que el consejo resolvió no abocarse al conocimiento del reclamo sin expresión de causa. Asimismo, hace presente que Metlife habría omitido que rechazó participar en una mediación ante Macarena Figueroa Salas, designada por el CAM Santiago.

2. En cuanto a la solicitud efectuada por Recover al árbitro Manuel José Vial Vial para que oficiara a esta Comisión, señala que dicha solicitud no habría implicado vulnerar el carácter reservado de este procedimiento administrativo en tanto Recover hizo especial hincapié al respecto. Además, agrega que Metlife habría revelado la existencia del Oficio Reservado de formulación de cargos en su escrito de oposición a dicha solicitud.

3. En cuanto al supuesto corto periodo de tiempo en que debía concretarse la contratación del nuevo seguro, Recover indicó que la excusa de Metlife sería absurda si se considera que no podía desconocer el número exacto de asegurados en que remitió tardíamente los certificados de cobertura, y que el “corto” periodo de tiempo fue el que la misma Aseguradora Investigada se habría impuesto en su carta de 7 de agosto de 2018.

4. En cuanto a la reducción de cobertura por evento, señala Recover que Metlife habría sostenido que dicha reducción nunca existió y que ello se habría debido a un error de transcripción de los certificados de cobertura que habrían sido corregidos. En cuanto a ello, Recover indica que, en el marco de un recurso de protección incoado ante la Ilustrísima Corte de Apelaciones, se habría denunciado un cambio unilateral de las condiciones del seguro, en el sentido que la nueva póliza limitaría la cobertura contratada de un “Evento” a un máximo de seis años, que la nueva póliza contemplaría una siniestralidad individual y la inclusión de limitaciones que no se encontraban en la póliza originalmente contratada.

Al efecto, agrega lo resuelto en sentencia de 4 de mayo de 2020 por la Tercera Sala de la Corte Suprema, que consignó: *“Séptimo: Que, en las condiciones expuestas, el recurso de protección deberá ser acogido, toda vez que, en rigor, la recurrida MetLife S.A. no niega que modificó la póliza contratada por el actor, empero agrega dos condiciones que no acredita, esto es, que aquello fue con el acuerdo del co-contratante y que se mantienen íntegras todas y cada una de las condiciones contenidas en la póliza previamente contratada, actuación que debe ser tildada de ILEGAL, en tanto determina la modificación unilateral de un contrato bilateral, vulnerando la garantía constitucional prevista en el artículo 24 de la Carta Fundamental. De conformidad además con lo dispuesto en el artículo 20 de la Constitución Política de la República y en el Auto Acordado de esta Corte sobre la materia, se revoca la sentencia apelada de cinco de marzo pasado, y se declara que se acoge el recurso de protección deducido en favor de Hernán Orellana Hurtado y Ana María Drago Caballero, y se decide, que la recurrida MetLife S.A. deberá dar cobertura a los actores manteniendo TODAS las condiciones de la póliza de salud contratada ORIGINALMENTE por aquellos en el año 2013”.*

En base a lo anterior, concluye Recover, las afirmaciones de Metlife respecto de que se comercializaba exactamente la misma póliza, pero con beneficios adicionales y que los términos y condiciones eran exactamente idénticas a las contenidas en las anteriores pólizas, serían falsas.

5. En cuanto a los beneficios económicos con motivo de las infracciones denunciadas, señala que, de haber vencido en la Corte Suprema, Metlife habría obtenido un ahorro de aproximadamente US\$3.6 millones por concepto de un solo asegurado, por lo que no sería difícil a su parecer dimensionar la magnitud de los beneficios que habría podido obtener después.

Agregó que Metlife en el proceso de venta directa del nuevo seguro, habría omitido mencionar que aquello era sin la participación de Recover como intermediador del servicio y que resultaría evidente que la decisión de Metlife de eliminarlo como bróker de las 23 pólizas colectivas, le habría significado un doble beneficio, consistente en que por una parte ya no le paga a Recover las comisiones que tenía derecho a percibir según el Convenio Comercial y por la otra estaría intentando adueñarse por la vía judicial de la cartera de 107.428 asegurados que Recover habría formado desde la época en que Chilena Consolidada era el asegurador del seguro.

Señala además que, al eliminar la labor del corredor independiente, Metlife juntaría en una sola mano el rol de asegurador, intermediario y liquidador. Lo que le permitiría obtener el beneficio de que ya no habría quien asesore a los asegurados cuando quieran impugnar un informe de liquidación que les niegue cobertura o se las limite incorrectamente. A este respecto, sostiene que gracias a la asesoría prestada por Recover, muchos asegurados habrían logrado obtener indemnizaciones sustancialmente más altas que aquellas determinadas por la liquidación directa realizada por Metlife.

V.1.5. Téngase presente sanciones en contra de Metlife

Adicionalmente a todo lo expuesto, Recover hace presente que ésta no sería la primera vez que Metlife se ve enfrentada a conflictos derivados de la afectación de derechos respecto de sus asegurados. Además de sanciones que se habrían impuesto por la Financial Industry Regulatory

Authority, puntualiza que en Chile la compañía habría sido sancionada con multas aplicadas por la SVS en los años 2013, 2014 y 2020, y con censura el año 2010.

V.1.6. Supuestas publicaciones de Recover en medios de prensa

Agrega en su escrito Recover, que Metlife habría sostenido que la Corredora efectuó publicaciones en medios de prensa. Sostiene que aquello es falso y que la Corredora habría accedido a entrevistas a periodistas que sirvieron de base para dos noticias en agosto de 2019. Al respecto, señala que Metlife omite que también dio entrevistas y que su versión fue publicada por ambos periódicos.

V.1.7. Solicitud de imposición de sanciones al Consejo de la Comisión para el Mercado Financiero

Sobre el particular, Recover solicita imponer a Metlife Chile Seguros de Vida S.A. sanciones con el máximo rigor permitido en el Título III del Decreto Ley N°3.538.

Adicionalmente, solicita sancionar a don Andrés Fernando Merino Cangas, por infracción al deber de cuidado y diligencia, previsto en el inciso 1° del Artículo 41 de la Ley N° 18.046, por aplicación del Artículo 50 de ese mismo cuerpo legal, en su calidad de Gerente General de MetLife al no velar por el estricto cumplimiento de la normativa aplicable a la comercialización de seguros colectivos, según lo previsto en: (i) el Código de Comercio, (ii) la Circular 2148, (iii) la Circular 1935, (iv) la Circular 2123, (v) la NCG 171, (vi) el Oficio Circular 59, (vii) el DFL 251, (viii) el DS 1055, (ix) la Ley 19.496 de Protección de los Derechos de los Consumidores; y (x) la Constitución Política de la República (Art.24), respectivamente.

Adicionalmente, solicita sancionar a don Javier Alejandro Cabello Cervellino, por infracción al deber de cuidado y diligencia, previsto en el inciso 1° del Artículo 41 de la Ley 18.046, en función del Artículo 50 de ese mismo cuerpo legal, en su calidad de Director de Negocios Masivos de MetLife, al no velar por el estricto cumplimiento de la normativa aplicable a la comercialización de seguros colectivos y haber gestionado deficientemente el procedimiento de reemplazo del “Seguro Salud Total” por el “Nuevo Seguro Clínica Santa María”, según lo previsto en: (i) el Código de Comercio, (ii) la Circular 2148, (iii) la Circular 1935, (iv) la Circular 2123, (v) la NCG 171, (vi) el Oficio Circular 59, (vii) el DFL 251, (viii) el DS 1055, (ix) la Ley 19.496 de Protección de los Derechos de los Consumidores; y (x) la Constitución Política de la República (Art.24), respectivamente.

V.2. ANÁLISIS

V.2.1. Solicitud de confirmar conclusiones del Fiscal de la Unidad de Investigación respecto de los cargos primero, segundo, tercero y quinto

En lo que atañe a la primera de las solicitudes de Recover, concernientes a confirmar las conclusiones del Fiscal de la Unidad de

Investigación respecto de los cargos primero, segundo, tercero y quinto del Oficio Reservado UI N°1316, deberá estarse a lo resuelto en lo precedente de esta resolución.

V.2.2. Formulación de objeciones relativas al cargo cuarto

En cuanto al cuarto cargo formulado a la aseguradora investigada, Recover señaló que el actuar de la Aseguradora Investigada sería arbitrario y discriminatorio al momento de decidir no renovar determinadas pólizas de seguro. Sobre el particular, no es posible confirmar lo observado por la Corredora sino en los términos expuestos en el análisis de los cargos formulados a Metlife y que se plasmaran en lo precedente de esta resolución.

De igual forma, no es posible confirmar las objeciones planteadas por la Corredora por cuanto corresponden a apreciaciones que no dicen relación directa con los cargos formulados a la Corredora Investigada y que tampoco resultan atingentes a la debida resolución del presente procedimiento.

Por lo anterior, en lo tocante al cuarto cargo formulado, deberá estarse a lo analizado en la Sección IV del presente acto administrativo.

V.2.3. Solicitud de medidas para mejor resolver

En lo que respecta a las medidas para mejor resolver solicitadas por la Corredora, deberá considerarse lo siguiente:

En cuanto a la solicitud de que el Fiscal de la Unidad de Investigación informe si Metlife dio cumplimiento a la cláusula de “Comunicación entre las Partes”, que exige la Norma de Carácter General N°349, a objeto de que la conducta reprochada bajo el cargo N°4 sea recalificada como una infracción a las normas que regulan la facultad de no renovación contenida en ellas, debe tenerse a la vista que lo anterior no corresponde a una diligencia que se ordene a mejor resolver la imputación de cargos, sino que se dirige a alterar el cargo formulado.

Lo mismo resulta predicable de lo solicitado por Recover, concerniente a ordenar como medida para mejor resolver que el señor fiscal de la UI recalifique el cuarto cargo y formule un sexto cargo en contra de Metlife, por cuanto ello excede el ámbito del procedimiento sancionatorio sometido al conocimiento de este Consejo.

Por lo anterior, se rechazará la solicitud.

V.2.4. Solicitud de tener presente para efectos del artículo 38 del Decreto Ley N°3.538

En cuanto a la solicitud de tener presente ciertas circunstancias al momento de la determinación de la sanción aplicable a la Aseguradora Investigada, lo pertinente será tenido a la vista en la oportunidad que corresponda.

V.2.5. Téngase presente sanciones en contra de Metlife

En lo que atañe a las sanciones impuestas a la Aseguradora Investigada, lo pertinente será considerado al momento de la determinación de la sanción que corresponda.

V.2.6. Supuestas publicaciones de Recover en medios de prensa

En lo que respecta a las publicaciones realizadas en medios de prensa por parte de Recover y Metlife, lo señalado por la corredora excede con creces el ámbito de análisis del presente procedimiento administrativo sancionador, por lo que al respecto este Consejo no emitirá pronunciamiento.

V.2.7. Solicitud de imposición de sanciones

Finalmente, en cuanto a la imposición de sanciones, lo pertinente será tenido a la vista al momento de determinar la sanción que corresponda a la Aseguradora Investigada.

Por otra parte, en lo que concierne a la solicitud de sanciones al Gerente General y Director de Negocios Masivos de Metlife, ello será descartado por cuanto no han sido objeto de formulación de cargos.

VI. PRESENTACIÓN DE METLIFE CHILE SEGUROS DE VIDA S.A. DE 15 DE ABRIL DE 2021

VI.1.1. Cuestión previa relativa a la comercialización e incorporación provisoria al nuevo Seguro Clínica Santa María

Primeramente, la defensa de la Aseguradora Investigada señala que tal como se indicara en los descargos, Metlife no podía continuar renovando las 23 pólizas colectivas con coberturas catastróficas y complementarias de salud a los clientes del Seguro Salud Total y Seguro Salud Total Plus, puesto que la Clínica Santa María SpA, tomador o contratante colectivo, que en su momento había designado a Recover como su corredor exclusivo, había decidido no continuar con la estructura tripartita de comercialización del seguro.

En base a lo anterior, señala que se ejerció los derechos en calidad de contratante, consistentes en la no renovación de las pólizas por un nuevo periodo. Así, en términos prácticos, indica que la terminación del Convenio Comercial significaba que 18.849 asegurados titulares y 31.119 considerando sus respectivas cargas, quedarían sin cobertura al término de la vigencia de las pólizas.

De esta forma, reitera que la Aseguradora Investigada obró con la finalidad de que los asegurados no se vieran perjudicados -según se plasmaría en el testimonio de Natalia Campos, Francisca Tamayo y Javier Cabello- y que mantuvo los mismos términos y condiciones del anterior Seguro Salud Total -según un documento elaborado por migración de pólizas de seguros de prestaciones médicas de alto costo de la Clínica Santa María-.

Así, señala que se acompañaron antecedentes que demuestran que no existió una reducción de cobertura por evento tratándose de pólizas anteriores al año 2012.

Agrega que, velando por los intereses de los asegurados, habría comenzado a contactarlos para ofrecerles, según se indica, un nuevo y mejor seguro, al mismo precio que pagaban por el anterior. De esta forma, se comprobaría según la defensa la continuidad de cobertura que otorgó Metlife a sus asegurados al no generar exclusiones o preexistencias, permitiendo que las generadas bajo la vigencia del anterior Seguro Salud Total fueran totalmente cubiertas en el nuevo Seguro Clínica Santa María. Por ello, señala que Metlife voluntariamente habría aceptado asumir dicho riesgo y asegurarlo.

Sin embargo, continúa, a pesar de los esfuerzos desplegados para contactar a los asegurados para que se incorporaran al nuevo Seguro Clínica Santa María, se migró provisoriamente a aquellos que no pudieron ser contactados mientras se lograba obtener su consentimiento. Ello, señala, no significó ningún tipo de detrimento para los asegurados, sino que buscó evitar causarles mayores perjuicios derivados de quedarse sin cobertura.

A mayor abundamiento, indica que la Resolución Exenta N°740 emitida por el Servicio Nacional del Consumidor, puso término al Procedimiento Voluntario Colectivo, únicamente habría considerado 4.120 asegurados que fueron migrados sin su consentimiento, quienes serían debidamente compensados por Metlife en caso de que rechazaran su incorporación al nuevo seguro.

Así, señala que se habría acreditado que Metlife informó a 3.075 asegurados la no renovación de sus pólizas de seguro y su incorporación al nuevo Seguro Clínica Santa María. Ello, demostraría que los asegurados no habrían sufrido ningún tipo de menoscabo al permanecer cubiertos por un seguro de salud mientras Metlife los contacta. Una vez contactados, señala la defensa, podrían ratificar su incorporación al seguro o en caso de rechazo volverían a la situación en que se hubieran encontrado al vencimiento de su póliza anterior.

Agrega que los asegurados mantuvieron la misma atención presencial en relación a su anterior seguro y que la nueva póliza contemplaba un mejor sistema de reembolsos, por lo que la incorporación provisoria habría considerado el mayor bienestar y beneficio de los clientes.

VI.1.2. Alegación relativa a las conductas realizadas por la denunciante que influyeron en el presente procedimiento administrativo

Como fuera señalado en los descargos, la defensa señala que la denunciante Recover habría presentado los hechos del presente procedimiento de manera sesgada y tergiversada. A su parecer, luego de la terminación del Convenio Comercial Recover actuaba como corredora del Seguro de Salud Total y habría iniciado una ofensiva contra Metlife con el objeto de sustraerse de los efectos propios de la terminación contractual, mejorar su posición negociadora y lograr que Metlife accediera a pagarle las sumas que sostiene serías adeudadas.

Agregó que Recover habría enviado correos electrónicos a los clientes, incentivándolos a reclamar ante el Sernac y esta Comisión, lo que además se habría traducido en los términos en que se habría presentado la información en los reclamos presentados.

Por lo anterior, solicita que lo expresado sea considerado por la Comisión al momento de ponderar la prueba presentada y al calificar la conducta de Recover quien en el parecer de la defensa habría actuado en infracción de sus propias obligaciones como corredor.

VI.1.3. Análisis de los cargos en particular

En cuanto al análisis de los cargos en particular, lo pertinente de la presentación de la defensa fue incorporado en la Sección IV del presente acto administrativo.

VI.1.4. Circunstancias a considerar al momento de la determinación de la sanción

En lo atinente a la determinación de la entidad de la sanción aplicable a la Aseguradora Investigada, la defensa indicó lo siguiente:

1. En cuanto al beneficio económico obtenido por Metlife, la defensa sostuvo que la compañía no habría obtenido beneficio económico alguno como consecuencia de los hechos. En cuanto a ello, indicó que Metlife a su costo agregó coberturas y beneficios adicionales y asumió el riesgo de las preexistencias generadas bajo el anterior seguro.

2. Agregó que las conductas descritas no causaron daño o riesgo al correcto funcionamiento del mercado financiero, a la fe público o a los asegurados. Ello, por cuanto sostiene que se cumplió debidamente el deber de asesoría que pesaba sobre la compañía y no se habría acreditado que los asegurados hubieran sufrido un perjuicio derivado de que los hechos que dan origen al procedimiento.

Adicionalmente, respecto del Cargo N°3, indicó la defensa que los certificados de cobertura fueron remitidos con posterioridad a los asegurados y por tanto no podría calificarse de un daño grave al funcionamiento del mercado.

Finalmente, respecto del Cargo N°5, el informe omitiría señalar el motivo por el que la Aseguradora Investigada mantuvo los contratos sin el consentimiento de los asegurados y no consideraría que de no haber mantenido el contrato se habría producido un daño a los mismos al tener que efectuar una nueva declaración de salud y riesgo de rechazo por preexistencias.

3. Indicó que Metlife no habría sido sancionado previamente por los hechos descritos en los Cargos N°3 y 5, gozando al efecto de irreprochable conducta anterior.

Agregó además que la sanción aplicada a Metlife en la Resolución Exenta N°4.075 de 10 de septiembre de 2020 dista de los hechos imputados en el presente procedimiento, pues se refiere a hechos y circunstancias absolutamente diversas que no dicen relación ni con la contratación de seguros de salud ni con la intervención de corredores de seguros. Adicionalmente, indicó que habida cuenta que la sanción está siendo revisada en la Corte de Apelaciones de Santiago, no tiene el carácter de ejecutoriada.

Asimismo, en cuanto a las sanciones aplicadas por la Comisión en virtud de una infracción al artículo 529 N°1 del Código de Comercio, no sería efectivo que las resoluciones citadas en el informe se refirieran a dicha disposición.

4. Indicó además la defensa que la Aseguradora Investigada habría colaborado en todo momento con el establecimiento de los hechos, al efecto reconoció los hechos a propósito de los cuales se imputan los Cargos N°3 y N°5. Asimismo, agrega que el informe no habría tomado en cuenta el aporte de antecedentes y la colaboración prestada por la compañía en el procedimiento.

En virtud de todo lo anterior, la defensa solicita que se desestimen los cargos imputados y en subsidio que se opte por la sanción de menor entidad posible, considerando la falta de perjuicio para los asegurados y atenuantes que existirían en el parecer de la defensa.

VI.2. ANÁLISIS

VI.2.1. Cuestión previa relativa a la comercialización e incorporación provisoria al nuevo Seguro Clínica Santa María

En lo que atañe a la cuestión previa presentada por la defensa, debe considerarse que lo pertinente fue examinado en la Sección IV de este acto administrativo.

VI.2.2. Alegación relativa a las conductas realizadas por la denunciante que influyeron en el presente procedimiento administrativo

En cuanto a lo sostenido por la defensa respecto de que la denunciante Recover habría presentado los hechos del procedimiento de manera tergiversada y sesgada, cada uno de los hechos y argumentaciones hechos valer por los interesados han sido tomados en consideración en su propio mérito.

VI.2.3. Análisis de los cargos en particular

En cuanto a los cargos en particular, lo argumentado y expuesto por la defensa fue tratado conjuntamente en el análisis de los descargos de la Sección IV de la presente resolución.

VI.2.4. Circunstancias a considerar al momento de la determinación de la sanción

Respecto de las circunstancias a considerar al momento de determinación de la sanción, lo expuesto por la defensa se considerará en el apartado correspondiente de este acto administrativo.

VII. PRESENTACIÓN DE RECOVER AMÉRICA CORREDORA Y PRODUCTORA DE SEGUROS SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD LIMITADA DE 3 DE MAYO DE 2021

VII.1.1. Solicitudes hechas al Consejo de la Comisión para el Mercado Financiero en audiencia de 15 de abril de 2021

Sobre el particular, los apoderados de la denunciante Recover solicitan nuevamente confirmar lo resuelto en cuanto no se habrían desvirtuado los cargos primero, segundo, tercero y quinto formulados a Metlife, reformular el cargo cuarto a fin de que no quede impune la conducta que ameritó el reproche del Fiscal, que se sancione a Metlife por un sexto cargo consistente en la infracción al Oficio Circular N°59 de 24 de agosto de 2001, que se investigue un eventual séptimo cargo consistente en la infracción a la Norma de Carácter General N°49 de 9 de septiembre de 1994 y que se declare que el consentimiento que puedan haber otorgado los asegurados a objeto de renunciar al Seguro Salud Total y/o aceptar ser incorporados al nuevo seguro no califica de consentimiento informado.

VII.1.2. Solicitud no resuelta en el Oficio Reservado N°156/2021

Adicionalmente, Recover solicita se resuelva la presentación pendiente de respuesta por parte del Oficio Reservado UI N°156, consistente en sancionar a Metlife por la infracción a la Norma de Carácter General N°420.

VII.2. ANÁLISIS

VII.2.1. Solicitudes hechas al Consejo de la Comisión para el Mercado Financiero en audiencia de 15 de abril de 2021

En cuanto a las solicitudes realizadas en la primera parte de la presentación de Recover, deberá estarse a lo expuesto en la Sección V del presente acto administrativo.

Adicionalmente, en cuanto a la solicitud de declarar que el consentimiento que puedan haber otorgado los asegurados a objeto de renunciar el Seguro Salud Total y/o aceptar ser incorporados al nuevo seguro calificaría o no de consentimiento informado, no es posible acceder a lo requerido, por cuanto la calificación de eventuales vicios del consentimiento es un asunto que deberá ser determinado en la sede judicial que corresponda.

VII.2.2. Solicitud no resuelta en el Oficio Reservado N°156/2021

En cuanto a la solicitud consistente en sancionar a Metlife por la infracción a la Norma de Carácter General N°420, debe tenerse en consideración que ello no fue materia de cargos.

VIII. CONCLUSIONES

En primer término, en lo tocante a los cargos primero y segundo, cabe dejar por establecido que la contratación directa de seguros en los términos del artículo 529 N°1 del Código de Comercio, impone a la aseguradora la obligación de asesorar al asegurado, ofreciéndole las

coberturas más convenientes a sus necesidades e intereses, debiendo ilustrarlo sobre las condiciones del contrato y asistirlo durante toda la vigencia, modificación y renovación del contrato y al momento del siniestro.

En cuanto a ello, tanto lo dispuesto en el número 4 de la Norma de Carácter General N°171, la Sección III de la Circular N°2.148 y la Sección V de la Circular N°1.935, son claras en precisar la información que debe acompañar la promoción u oferta de seguros, no resultando aceptable que se pase por alto informaciones que la normativa aplicable exige entregar al futuro asegurado.

En estas circunstancias, la Aseguradora omitió informar respecto de las características de la póliza, asumiendo que los asegurados poseían dicha información. En efecto, la información que debió proporcionarse al asegurado a efectos de la celebración de un contrato de seguro no puede catalogarse de suficiente o adecuada si no incluye todos los elementos que la normativa expresamente manda comunicar por el oferente. Por consiguiente, no habiéndose ilustrado conveniente y cabalmente sobre las condiciones del contrato, se encuentra verificada la infracción al artículo 529 N°1 del Código de Comercio y el deber de asesoría que debía satisfacer la Aseguradora Investigada.

De igual forma, la Circular N°2.123 es clara en disponer cual es la información que debe proporcionarse a los asegurados, de modo que es contrario a la norma, limitar esta obligación o incumplirla, haciendo referencia a que se otorgan las “mismas condiciones” que en otros productos. Por lo mismo, en el caso en examen la Aseguradora Investigada pasó por alto ofrecer al cliente las coberturas más convenientes según correspondía al momento de la contratación de la nueva póliza.

Así, en la especie, se encuentra verificada la infracción al deber de asesoría expresado en el artículo 529 N°1 del Código de Comercio, la Circular N°2.148, N°1.935 y N°2.123, así como a la Norma de Carácter General N°171, todo en cuanto la Aseguradora Investigada no asesoró a los asegurados en los términos de la nueva póliza, en su contratación telefónica y vía correo electrónico, toda vez que no les proporcionó toda la información que, para efectos de la correspondiente contratación, establecen dichas disposiciones.

En segundo término, en lo concerniente a la remisión tardía del certificado de cobertura a los asegurados contratantes, constitutivo del tercer cargo formulado, debe considerarse que la obligación establecida en el artículo 519 del Código de Comercio, permite al asegurado a través del certificado de cobertura o la póliza tener cabal conocimiento de los términos del seguro, posibilitando ejercer a cabalidad sus derechos.

En tal sentido, la remisión tardía del certificado, resulta ser una infracción a una norma que resguarda al asegurado en atención al carácter consensual del contrato de seguro. En tal sentido, la falta de remisión o la tardanza en el cumplimiento de la obligación de la aseguradora no resulta ser inocua para los clientes. Ello, por cuanto el documento permite al asegurado revisar los términos del contrato y las obligaciones emanadas del mismo y consecuentemente ejercer adecuadamente sus derechos.

Así las cosas, en la especie se ha acreditado que la Aseguradora Investigada remitió tardíamente el certificado de cobertura, en los casos indicados en lo precedente de esta resolución.

En tercer término, en lo que respecta al cuarto cargo formulado, será levantado, atendido lo expuesto en la Sección **IV.D.** de esta Resolución.

En cuarto término, en lo que atañe al quinto cargo formulado, el artículo 515 del Código de Comercio dispone que el contrato de seguro corresponde a uno de carácter consensual. En el caso en análisis, sin embargo, la Aseguradora Investigada procedió a cobrarles a los asegurados por un seguro al que los incorporó sin consentimiento y provisoriamente.

Consecuentemente, la actuación desplegada por la Aseguradora Investigada da cuenta de una infracción a los artículos 515 y 529 N°1 del Código de Comercio, respecto de los asegurados que fueron migrados a una nueva póliza sin haber otorgado su consentimiento a las obligaciones del contrato y respecto de los cuales se cobró prima por un seguro al cual no habían aceptado ser incorporados.

Más todavía, de los antecedentes presentes en el expediente administrativo sancionador, se observa que la Aseguradora Investigada incorporó a la póliza colectiva, a clientes que al ser contactados no manifestaron su aceptación a las coberturas ofrecidas, no pudiendo entonces haber sido incorporados en el seguro y menos todavía continuar cobrando las primas respectivas.

Así las cosas, consta que la compañía cobró las primas correspondientes a un seguro que no estaba consentido por los asegurados y en vulneración de su deber de asesoría incorporó a los mismos en una póliza sin obtener su aceptación a las obligaciones de dicho contrato, en particular, a la prima que continuó cobrando.

IX. DECISIÓN

IX.1. Que, conforme a lo dispuesto por el artículo 52 del Decreto Ley N° 3.538 de 1980, que crea la Comisión para el Mercado Financiero, el Consejo de la Comisión ha considerado y ponderado todas las presentaciones, antecedentes y pruebas contenidos y hechos valer en el procedimiento administrativo, llegando al convencimiento que:

Metlife Chile Seguros de Vida S.A. ha incurrido en las siguientes infracciones:

1) Incumplimiento de las obligaciones establecidas en el artículo 529 N° 1 del Código de Comercio; en la Sección III de la Circular N° 2.148; en la Sección V de la Circular N° 1.935; y en los números 1 y 2 de la Sección III de la Circular N° 2.123, respecto de, al menos, 9.794 asegurados titulares que contrataron el “Nuevo Seguro Clínica Santa María” telefónicamente, al no asesorar a los mismos respecto de los términos de la nueva póliza, ni ilustrarlos sobre las condiciones del contrato, toda vez que no

se les proporcionó toda la información relevante que, para efectos de la correspondiente contratación, se establece en dichas disposiciones.

2) Incumplimiento de las obligaciones establecidas en el artículo 529 N° 1 del Código de Comercio; en el número 4 de la NCG N° 171; y en los números 1 y 2 de la Sección III de la Circular N° 2.123, respecto de, al menos, 995 asegurados titulares que contrataron el “Nuevo Seguro Clínica Santa María” vía correo electrónico, al no asesorar a los mismos respecto de los términos de la nueva póliza, ni ilustrarlos sobre las condiciones del contrato, toda vez que no se les proporcionó toda la información relevante que, para efectos de la correspondiente contratación, se establece en dichas disposiciones.

3) Incumplimiento de la obligación establecida en el artículo 519 del Código de Comercio, respecto de, al menos, 9.572 casos en que MetLife emitió una nueva póliza colectiva y no se remitió el correspondiente certificado de cobertura en el plazo de 5 días hábiles contado desde la perfección del contrato y 11 casos en que directamente no se remitió el certificado de cobertura al asegurado.

4) Incumplimiento de lo dispuesto en el inciso primero del artículo 515 y artículo 529 N° 1 del Código de Comercio, respecto de, al menos, 11.748 asegurados, que fueron migrados provisoriamente a una nueva póliza sin haber otorgado su consentimiento, y respecto de al menos 4 asegurados, que fueron incorporados a la nueva póliza contra su voluntad, en ambos casos, sin asesorar a los mismos respecto de los términos de la nueva póliza, ni ilustrarlos sobre las condiciones del contrato.

IX.2. Que para efectos de la determinación de la sanción que se resuelve aplicar, además de la consideración y ponderación de todos los antecedentes incluidos y hechos valer en el procedimiento administrativo, el Consejo de la Comisión para el Mercado Financiero ha tenido en consideración los parámetros que establece la legislación aplicable a este procedimiento, especialmente:

1) En cuanto a la gravedad de las conductas, Compañía incurrió en infracciones a las obligaciones normativas existentes para la comercialización de seguros y el deber de asesoría que pesa sobre las compañías en los casos de contratación directa, que deben estimarse graves, pues justamente infringió normas que se dirigen a resguardar especialmente a los asegurados, en lo que se refiere a la correcta información y a la aceptación de contratos.

Así, conforme a las normas infringidas y latamente examinadas en esta resolución, resulta indispensable que en la comercialización de seguros las compañías entreguen la totalidad de la información que la normativa exige al efecto con el objeto de permitir a los asegurados contratar en base a información adecuada, clara, oportuna y veraz para la correcta comprensión de los productos ofrecidos.

En la especie, la Aseguradora Investigada infringió las normas que regulan la información que debe proporcionarse en la oferta de seguros mediante vía telefónica o por medios electrónicos, lo que a su vez manifestó la

infracción al deber de asesoría que detentaba en la contratación directa de seguros.

Adicionalmente, el no envío del certificado de cobertura dentro del término de 5 días hábiles contado desde la perfección del contrato, implicó que los asegurados tampoco tuvieran información oportuna de las condiciones de la póliza contratada, por lo que la infracción debe ser catalogada como una infracción grave, toda vez que contraviene la voluntad expresa del legislador.

Más todavía, la falta de consentimiento previo y el cobro de una prima a un asegurado en base a una póliza no aceptada por él, constituye una infracción grave a la normativa que rige el giro asegurador, toda vez que uno de los pilares del correcto funcionamiento del mercado asegurador y particularmente en lo que se refiere a los canales remotos y contratación masiva, es que los seguros ofrecidos por los distintos medios tecnológicos se perfeccionen con un consentimiento efectivo.

2) Por su parte, en cuanto al beneficio económico obtenido, no existen elementos que permitan establecer un beneficio económico directo derivado de las infracciones materia del presente procedimiento administrativo, que no sea la prima cobrada a los asegurados que no consintieron su incorporación al nuevo seguro, en tanto ese consentimiento no fue prestado.

3) En cuanto al daño o riesgo causado al correcto funcionamiento del mercado asegurador, debe puntualizarse que las infracciones relativas a la celebración del contrato de seguro, el cobro de la prima sin consentimiento daña la confianza que los asegurables deben tener en el trato que recibirán de las compañías.

Por otra parte, los incumplimientos detectados a propósito del deber de asesoría que tienen las compañías de seguro en los casos de contratación directa lesionan la confianza en los productos que ofrece el mercado asegurador, ya que los asegurados, ante la falta de información, se ven enfrentados al desconocimiento de las coberturas y modalidades en que operan los productos a los que son incorporados, dañando el funcionamiento eficiente y sustentable.

4) La participación de la Aseguradora Investigada en las infracciones imputadas no ha sido desvirtuada en los cargos mantenidos, como consta de los hechos latamente analizados.

5) Este Servicio ha aplicado sanciones con anterioridad a otras compañías aseguradoras en casos análogos al examinado, entre las que se puede mencionar:

- Resolución Exenta N° 2.642 de 2018, que aplicó sanción de multa por UF 1.500 a Zurich Santander Seguros de Vida Chile S.A.
- Resolución Exenta N° 202 de 2015 que aplicó sanción de Multa por UF 1.000 a Penta Vida Compañía de Seguros de Vida S.A.

6) En lo que respecta a la capacidad económica de la Aseguradora Investigada, de acuerdo a la información contenida en los estados

financieros al **31 de marzo de 2021**, la aseguradora presentó un patrimonio de **M\$510.698.689**.

7) Revisados los registros llevados por este Servicio, constan la siguiente sanción previa respecto de la Aseguradora Investigada:

- Resolución Exenta N° 4.075 de 2020, que aplicó sanción de multa por UF 3.000 a Metlife Chile Seguros de Vida S.A., actualmente en reclamación judicial.

8) En el desarrollo de este procedimiento administrativo sancionatorio no hubo colaboración especial de la Aseguradora Investigada, ello sin perjuicio del reconocimiento de los hechos en los términos establecidos precedentemente en esta resolución.

IX.3. Que, en virtud de todo lo anterior, el Consejo para el Mercado Financiero, en Sesión Ordinaria N°238, de 3 de junio de 2021, con la asistencia de su presidente don Joaquín Cortez Huerta, y los comisionados doña Bernardita Piedrabuena Keymer, don Kevin Cowan Logan y don Mauricio Larraín Errázuriz, dictó esta Resolución.

EL CONSEJO DE LA COMISIÓN PARA EL MERCADO FINANCIERO, POR LA UNANIMIDAD DE LOS COMISIONADOS JOAQUÍN CORTEZ HUERTA, BERNARDITA PIEDRABUENA KEYMER, KEVIN COWAN LOGAN Y MAURICIO LARRAÍN ERRÁZURIZ, RESUELVE:

1. Aplicar a **Metlife Chile Seguros de Vida S.A.** la sanción de **multa de UF 1500 (Mil Quinientas Unidades de Fomento)**, por infracción a lo dispuesto en los artículos 515, 519 y 529 N°1 del Código de Comercio, el número 4 de la Norma de Carácter General N°171, la Sección III de la Circular N°2.148, la Sección V de la Circular N°1.935 y los números 1 y 2 de la Sección III de la Circular 2.123.

2. Remítase a la sociedad sancionada y los intervinientes, copia de la presente Resolución, para los efectos de su notificación y cumplimiento.

3. El pago de la multa cursada deberá efectuarse en la forma prescrita en el artículo 59 del Decreto Ley N° 3.538 de 1980.

4. Los comprobantes de pago deberán ser ingresados en las oficinas de esta Comisión para su visado y control, dentro del plazo de cinco días hábiles de efectuado el pago. De no remitirse dichos comprobantes, la Comisión informará a la Tesorería General de la República que no cuenta con el respaldo de pago de las presentes multas, a fin de que ésta efectúe el cobro de las mismas.

5. Se hace presente que, contra la presente Resolución Sancionatoria procede el recurso de reposición establecido en el artículo 69 del Decreto Ley N°3.538, el que debe ser interpuesto ante la Comisión para el Mercado Financiero, dentro del plazo de 5 días hábiles contado desde la notificación de la presente resolución; y, el reclamo de ilegalidad dispuesto en el artículo 71 del D.L. N°3.538, el que debe ser interpuesto ante la Ilustrísima Corte de Apelaciones de Santiago dentro del plazo de 10 días hábiles

computado de acuerdo a lo establecido en el artículo 66 del Código de Procedimiento Civil, contado desde la notificación de la resolución que impuso la sanción, que rechazó total o parcialmente el recurso de reposición o, desde que ha operado el silencio negativo al que se refiere el inciso tercero del artículo 69.

Anótese, notifíquese, comuníquese y archívese.



Joaquín Cortez Huerta
Joaquín Cortez Huerta
Presidente
Comisión para el Mercado Financiero



Kevin Cowan Logan
Kevin Cowan Logan
Comisionado
Comisión para el Mercado Financiero



Bernardita Piedrabuena Keymer
Bernardita Piedrabuena Keymer
Comisionada
Comisión para el Mercado Financiero



Mauricio Larraín Errázuriz
Mauricio Larraín Errázuriz
Comisionado
Comisión para el Mercado Financiero

Lo que transcribo a Ud. para su conocimiento
Saluda atentamente a Ud.

GERARDO BRAVO RIQUELME
SECRETARIO GENERAL
COMISIÓN PARA EL MERCADO FINANCIERO

ID: 369722



0 000000 896142

<http://extranet.sbif.cl/VerificacionFirmaDigital>

Av. Libertador Bernardo
O'Higgins 1449, Piso 1º
Santiago - Chile
Fono: (56 2) 2617 4000
Casilla 2167 - Correo 21
www.cmfchile.cl