



CONSEJO DE AUTORREGULACIÓN
DE LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS

RESOLUCIÓN 1/2010

El Consejo de Autorregulación, en uso de la atribución que le confiere el artículo 46 del Código de Autorregulación, y con el objeto de promover la transparencia y la debida información a los clientes de las compañías de seguros, y considerando especialmente:

1. Que con fecha 31 de julio de 2009, se aprobó la resolución 2/2009, referida a las pólizas de seguro de salud, la que dentro del plazo establecido fue objeto de diversas observaciones por parte de las compañías adheridas.
2. Que sobre la base de los antecedentes y observaciones planteados por las compañías, el Consejo ha estimado necesario introducir modificaciones al texto de la resolución anterior, sustituyéndola íntegramente por la que sigue:

Ha resuelto:

- 1º Esta resolución se aplicará a todas las pólizas individuales y colectivas, de contratación voluntaria, que tengan por objeto cubrir gastos en prestaciones de salud, gastos por enfermedades catastróficas, así como el costo del copago de prestaciones de salud que estando cubiertas por el sistema de salud, tales como Fonasa o las isapres, tengan algún costo para los asegurados o beneficiarios, así como cualquier otra póliza a que, por su naturaleza, le pudieren ser aplicables

estas normas, con el objeto de mejorar la información de los contratantes y asegurados.

2° En los formularios de propuestas de seguros de salud señalados en el número anterior, en las ofertas que las compañías efectúen y en las pólizas de seguros que emitan o renueven, las compañías de seguros deberán incluir al inicio un formato de rotulación que contenga las distintas opciones existentes en cada una de las materias que se señalan en el número siguiente, donde deberá quedar identificada claramente cuál de ellas es la que se adopta en cada caso. Del mismo modo, tratándose de seguros de contratación colectiva (un contratante para varios asegurados o beneficiarios, sean o no concurrentes en la prima) estas opciones de contratación o características deberán ser incorporadas en la propuesta y hacerse llegar a los asegurados y beneficiarios de la póliza.

3° El formato de rotulación deberá incluir, a lo menos, los siguientes contenidos:

1. Tipos de pólizas de seguro de salud en relación a su finalidad

1.1. Póliza de cobertura general de gastos médicos.

Aquella que cubre todo o parte de los gastos médicos efectuados por el asegurado, sin que estén limitados a ciertas enfermedades específicas, a enfermedades calificadas como catastróficas o a enterar el saldo no cubierto por otros seguros de salud, públicos o privados. En este caso no se requiere concurrir con ningún otro sistema, pagando la compañía la cobertura comprometida sobre el costo directo y efectivo para el asegurado o beneficiario.

1.2. Póliza de cobertura de gastos médicos para enfermedades específicas.

Aquella que cubre los gastos médicos efectuados por el asegurado respecto de ciertas enfermedades o patologías que se especifican en la póliza.

1.3. Póliza de cobertura complementaria de gastos médicos.

Aquella que cubre todo o parte de los gastos médicos efectuados por el asegurado, en la parte que no son cubiertos por el sistema de salud privado o público al que está afiliado.

1.4. Póliza de cobertura catastrófica.

Aquella que cubre total o parcialmente los gastos médicos efectuados por el asegurado, limitados a enfermedades identificadas genérica o específicamente y siempre que su costo de atención supere un cierto monto mínimo que se especifica, esto es, un deducible o franquicia, según sea el caso, señalado en la póliza.

1.5. Otro tipo de póliza que se identifica (espacio dedicado a nuevos tipos que puedan crear las compañías y que no correspondan a las categorías anteriores).

2. Tipos de pólizas de seguro de salud en relación a plazos y renovación.

2.1. Póliza de plazo indefinido sin condiciones.

Aquella en que la cobertura no está sujeta a plazo, ni a ningún requisito diferente de los cumplidos a la fecha de suscripción, salvo el pago de la prima, en las condiciones de cobertura señaladas en la póliza. Se incluirán en este tipo las pólizas cuyo plazo es mayor a 10 años.

2.2. Póliza de plazo indefinido condicionada.

Aquella en que la cobertura no está sujeta a plazo determinado sino al cumplimiento de alguna de las condiciones objetivas definidas en la póliza, tales como siniestralidad máxima en ciertos periodos de tiempo, límites de

edad y otras semejantes, pudiendo la compañía ponerle término cuando alguna de ellas se cumpla. La sola voluntad de la compañía no podrá ser una de estas condiciones.

- 2.3. Póliza de plazo indefinido (condicionada o no) con término anticipado y renovación no garantizada.

Aquella cuya vigencia no está sujeta a un plazo determinado, pero en que cualquiera de las partes le puede poner término sin expresión de causa.

- 2.4. Póliza de plazo limitado y renovable con condiciones.

Aquella cuya vigencia está sujeta a un plazo determinado, pero que se entiende renovada en caso de cumplirse ciertas condiciones que se definen objetivamente.

Se entienden incluidas aquellas pólizas en que la renovación esté condicionada a la aceptación del asegurado de cambios en las primas o en las coberturas, siempre que estos cambios se encuentren dentro de marcos objetivos que se establezcan en la póliza original.

No están incluidas aquellas en que una de las partes le puede poner término en cualquier momento, sin expresión de causa.

- 2.5. Póliza de plazo limitado simple.

Aquella cuya vigencia está sujeta a un plazo determinado, sin cláusula de renovación, y que no puede ser terminada antes de ese plazo sino por las causas señaladas en la propia póliza, entre las que no podrá estar la sola voluntad de una de las partes.

3. Tipos de pólizas de seguro de salud en relación a la prima o precio.

- 3.1. Póliza con prima fija.

Aquella en que la prima no está sujeta a ajuste o modificación durante su vigencia.

3.2. Póliza con prima ajustable según contrato.

Aquella en que la prima está sujeta a ajuste durante su vigencia, de acuerdo a parámetros objetivos establecidos en ella y que no pueden ser modificados por la compañía.

3.3. Póliza con prima ajustable por la compañía.

Aquella en que la compañía se reserva el derecho de ajustar la prima con la periodicidad y dentro del marco que se especifica en la póliza. En esta póliza el asegurado siempre tendrá derecho a ponerle término cuando no esté de acuerdo con el cambio de prima.

4. Tipos de pólizas de seguro de salud en relación a exclusiones y preexistencias.

4.1. Póliza sin exclusión de enfermedades preexistentes.

Aquella en que la cobertura no excluye enfermedades contraídas o diagnosticadas con anterioridad a la fecha de suscripción.

4.2. Póliza con exclusión específica de enfermedades preexistentes.

Aquella en que la cobertura no excluye enfermedades contraídas o diagnosticadas con anterioridad a la fecha de suscripción, salvo las que se identifican específicamente en la póliza.

En este caso se aplicará al asegurado la regla general del Código de Comercio, en cuanto la falta de declaración lo gravará a él y será de su responsabilidad la declaración de si tiene alguna preexistencia respecto de las enfermedades excluidas.

4.3. Póliza con exclusión general de enfermedades preexistentes.

Aquella en que la cobertura excluye las enfermedades contraídas o diagnosticadas con anterioridad a la fecha de suscripción, sin que éstas se especifiquen en la póliza.

En este caso se aplicará al asegurado la regla general del Código de Comercio, en cuanto la falta de declaración lo gravará a él y será de su responsabilidad la declaración de si tiene alguna preexistencia.

- 4° El formato de rotulación a que se refiere el número 3° deberá ser uniforme para todas las compañías y utilizado tanto en la contratación mediante documentos materiales como a través de medios electrónicos.
- 5° Esta resolución no será aplicable a seguros de salud a favor de trabajadores o de afiliados a Servicios de Bienestar, contratados colectivamente por su empleador o el citado servicio, respectivamente.

Esta resolución regirá desde el 1º de mayo de 2010. Las compañías tendrán un plazo de seis meses desde esa fecha, para incorporar en sus propuestas, ofertas y pólizas, el formato indicado en esta resolución.

Santiago, abril de 2010.