

**NOTA INTERNA N° FIS-715**

**ANT.:** Su Nota Interna N° CME-402, de fecha 4 de septiembre de 2013.

**MAT.:** Información extemporánea de AFP que modifica cobertura del SIS. Aplicación de normas vigentes del Compendio de Normas del Sistema de Pensiones

**Santiago,** 13 SEP 2013

**DE : FISCAL**

**A : SEÑORA JEFE DIVISIÓN COMISIONES MÉDICAS Y ERGONÓMICA**

Por medio de su Nota Interna del antecedente, indicó que esa División recibió una solicitud de modificación del Dictamen N° 007.1264/2012, de fecha 31 de octubre de 2012, de la Comisión Médica VII Región Talca, en lo que se refiere a la información de la cobertura del Seguro de Invalidez y Sobrevivencia -SIS- correspondiente al [REDACTED]. Señala que con fecha 3 de Diciembre de 2012 -fecha de expiración del plazo de reclamación-, el afiliado apeló de aquél y la Comisión Médica Central en su Resolución N° 005206/2013, de fecha 21 de junio de 2013, revocó el dictamen, otorgándole una pensión total definitiva. A su vez, esa División indica que en la **Solicitud de Calificación de Invalidez de fecha 30 de julio de 2012**, AFP Provida S.A. indicó que el afiliado **no** se encontraba cubierto por el SIS. Adicionalmente, dicha Administradora mediante carta N° 652321, fecha 30 de julio de 2012, ratificó tal información en cuanto a que el [REDACTED] **no** se encontraba cubierto. Posteriormente, la AFP remitió carta de fecha **12 de agosto 2013** -transcurrido más de un año desde fecha de solicitud- modificando la referida información de la cobertura del afiliado antes mencionada, en cuanto estaba "cubierto" por el SIS. Por lo expuesto, solicita un pronunciamiento de esta Fiscalía, con el objeto de que lo resuelto por esta Fiscalía sienta un precedente en casos de cambios de cobertura.

Al respecto, esta Fiscalía manifiesta a usted lo siguiente:

- 1.-El artículo 54 del DL N° 3.500, de 1980, establece que la Administradora es responsable del pago de las pensiones parciales originadas por el primer dictamen de invalidez, y de enterar el aporte adicional en la cuenta de capitalización individual de los afiliados declarados inválidos totales y de los afiliados no pensionados que fallezcan, sin perjuicio del derecho a repetir en contra de quienes corresponda conforme a lo establecido en el artículo 82, en los casos que señala en sus literales a) y b), en los cuales desarrolla los requisitos para que un

afiliado se entienda cubierto por el seguro de invalidez y sobrevivencia en las distintas calidades y condiciones laborales.

Por su parte, el inciso primero del artículo 59 del citado decreto ley prescribe que para garantizar el financiamiento de las obligaciones establecidas en el artículo 54, las Administradoras deben contratar en conjunto, un seguro que deberá ser suficiente para cubrir íntegramente las pensiones de invalidez otorgadas conforme a un primer dictamen, aportes adicionales y contribuciones, en los casos que indica. El inciso segundo del citado artículo 59 señala que dicho contrato debe convenirse sobre la base de una prima fija y única, calculada como un porcentaje de la renta imponible del afiliado. En ningún caso dicho contrato podrá contener disposiciones referidas a ajustes de siniestralidad, participación por ingresos financieros y cualquier otra estipulación que modifique la prima fija y única antes mencionada. Luego, el artículo 59 bis establece la forma en que este seguro será adjudicado mediante licitación pública.

- 2.-A su vez, cabe hacer presente lo dispuesto en el numeral 7, del Capítulo II, Letra A, Título I, del Libro III del Compendio de Normas del Sistema de Pensiones de esta Superintendencia, relativo a los **procedimientos que originan para la Administradora la presentación de una solicitud de pensión**, entre otros, la obligación de **revisar y regularizar**, si fuese necesario, la cuenta individual del afiliado. Respecto de la revisión de la cuenta de capitalización individual, en el evento de detectar períodos sin cotizaciones, en cuanto debe remitir al afiliado la información acerca de esos períodos, especialmente, entre otros, el período que comprende el cálculo del ingreso base o los meses para analizar el derecho al excedente de libre disposición, con una nota explicativa que señale la importancia de aclarar cada uno de ellos, puesto que el monto de su pensión dependerá del saldo que registre en su cuenta individual, o de las cotizaciones consideradas para determinar el monto de su pensión cubierta por el seguro, tratándose de una pensión de vejez o vejez anticipada, o invalidez respectivamente. Asimismo, debe comunicarle los procedimientos para aclarar dichos períodos, como la presentación de liquidaciones de sueldo, declaración del empleador, etc. De igual modo, debe informarle al afiliado solicitante de pensión que si no responde dentro del plazo máximo de tres meses contado desde la recepción de la comunicación se considerará que no obtuvo remuneraciones en dichos períodos. Esta normativa establece, además, que el análisis de los períodos sin cotizaciones no debe retrasar el trámite de pensión y, en el evento que tales períodos afecten la cobertura, la Administradora procederá como si el afiliado se encontrase sin cobertura por el seguro y efectuará, posteriormente, las regularizaciones que correspondan.
- 3.-Por otra parte, de acuerdo a lo dispuesto en la f) del Capítulo II de la letra D), del Título I, del Libro III del Compendio de Normas del Sistema de Pensiones, recibida una solicitud de pensión de invalidez, ***“la Administradora deberá:...f) Determinar si el afiliado se encuentra o no cubierto por el Seguro de Invalidez y Sobrevivencia, e informar dicha condición a la respectiva Comisión Médica Regional, y dentro de los 30 días corridos siguientes a la recepción de la Solicitud de Pensión remitir un informe definitivo de cobertura*** (en este caso la Solicitud fue del día 30 de julio de **2012** y la solicitud de modificación del 12 de agosto de **2013**). *El carácter definitivo del informe de cobertura se refiere a los efectos que*

*producirá sobre la ejecutoria de los dictámenes de invalidez.” A su vez, la letra h) de la citada norma dispone que la Administradora deberá “informar, en el caso de afiliados cubiertos, a la (s) Compañía(s) de Seguros que estuviere(n) cubriendo el siniestro respecto de la solicitud de pensión de invalidez recibida...”.*

A su vez, el párrafo final de la letra d) del Número 5 del Capítulo III de la letra D del Título I del Libro III, del citado Compendio, dispone que *“ejecutoriado un dictamen de invalidez, de ser necesario emitir un dictamen modificador que aclare, corrija o enmiende algún aspecto del dictamen primitivo, éste **no es susceptible de reclamo** ante la Comisión Médica Central, **salvo que la modificación considere un cambio en la cobertura del seguro de Invalidez o sobrevivencia o en la individualización de la Compañía Aseguradora.** En este evento, la reclamación sobre la materia de fondo, sólo podrá ejercerla la institución afectada por el cambio, **siempre que tal modificación sea requerida dentro del plazo de apelación del dictamen principal**” (plazo que en este caso expiró el **3 de diciembre de 2012** y la modificación se solicitó el **12 de agosto de 2013**).*

- 4.-La reiterada y uniforme jurisprudencia de esta Superintendencia en el sentido que los errores en la información que proporcionan las Administradoras o se obtiene de ellas, en cuanto a si un trabajador afiliado se encuentra o no cubierto por el seguro, **constituye finalmente una materia propia que deben resolver la Administradora y la Compañía de Seguros respectiva, de modo que si tal información adolece de errores esa circunstancia no debe afectar la real situación de cobertura del afiliado, puesto que por mandato legal las Administradoras son siempre responsables del pago de las obligaciones que se derivan de tal cobertura.**

Al respecto y sin perjuicio de lo anterior, los contratos de seguro de invalidez y sobrevivencia contemplan un finiquito de la relación contractual entre las partes y de los derechos y obligaciones que emanan de él. En particular, los contratos vigentes establecen 10 años antes que se produzca dicho finiquito. Este hecho permite a las Administradoras reducir, sobre la base de una eficiente y oportuna gestión administrativa, la responsabilidad residual que les queda por los casos no aclarados en su momento, de modo que puedan utilizar para sí la cobertura del seguro de invalidez y sobrevivencia que han contratado. Es precisamente la eficiente y oportuna gestión de las Administradoras en la correcta determinación de cobertura, lo que permitirá la pronta y oportuna regularización de las situaciones que lo requieran.

Los procedimientos de aclaración y regularización que, efectuados debidamente, permiten resolver en forma oportuna tales problemas. En ese contexto, es necesario que las Administradoras efectúen una coordinación adecuada entre las áreas de pensiones y gestión de cuentas cuando tienen un siniestro de invalidez o muerte, de modo que esta última actúe otorgando una mayor prioridad a las actividades de regularización de cuentas que permiten definir la situación de cobertura con información actualizada, correcta y oportuna.

A su vez, debe darse relevancia a la gestión de agencias en el requerimiento de información a los afiliados que permita aclarar la situación previsional de ellos, no sólo en el envío de


comunicaciones que así lo requieren, sino como una actividad permanente. Los eventos de invalidez y fallecimiento requieren la mayor calidad de análisis y de información, sobre todo en las actividades que son de responsabilidad de las Administradoras.

Esa normativa tiene como propósito permitir que el afiliado participe en la aclaración de los períodos, dejando establecido expresamente que el análisis de los períodos sin cotizaciones no debe retrasar el trámite de pensión y, en el caso que tales períodos afecten la cobertura, se debe proceder como si el afiliado no se encontrare cubierto y efectuar posteriormente las regularizaciones que corresponda. Esto implica que la revisión debe realizarse teniendo presente que los beneficios previsionales se deben otorgar en un tiempo prudente, por lo cual se continúa con su tramitación, pero se deja establecida la posibilidad de efectuar regularizaciones posteriores.

- 5.-En mérito de las todas las consideraciones precedentemente expuestas, esta Fiscalía ha concluido que no resulta procedente innovar en la materia resuelta en el Compendio de Normas del Sistema de Pensiones modificado por la Norma de Carácter General N° 27 de fecha 7 de noviembre de 2011, de esta Superintendencia, que incorporó formalmente las regulaciones ya citadas en la materia.

En consecuencia, -habiendo transcurrido en este caso más de un año entre la fecha de Solicitud de Calificación de Invalidez y la fecha en que la AFP comunicó la modificación de la información de cobertura del Dictamen de Invalidez y largamente expirado el plazo de apelación-, resulta jurídicamente procedente emitir un Dictamen modificadorio del N° 007.1264/2012, de fecha 31 de octubre de 2012, de la Comisión Médica VII Región Talca, que enmienda la información contenida, estableciéndose la real calidad del [REDACTED] de **cubierto** por el SIS, no siendo susceptible de reclamo ante la Comisión Médica Central, de acuerdo a lo dispuesto en el párrafo final de la letra d) del Número 5 del Capítulo III de la letra D del Título I del Libro III, del Compendio de Normas del Sistema de Pensiones.

Saluda atentamente a usted,

  
ALEJANDRO CHARME CHÁVEZ  
FISCAL

  
CPO-

**Distribución**

- Sra. Jefa División Comisiones Médicas y Ergonómica (**Incl.: Devuelve expediente**)
- Sr. Intendentes de Fiscalización y de Regulación Prestadores Públicos y Privados
- Sra. Jefa División Desarrollo Normativo
- Fiscalía
- Base de datos