



PERIODO LEGISLATIVO 2026-2030

LEGISLATURA 374

Modifica la ley N°18.490, sobre seguro obligatorio de accidentes personales causados por circulación de vehículos motorizados, para incrementar el monto de los reembolsos por gastos médicos

SESIÓN N°47

FECHA22-07-2026

☒ PRIMER TRÁMITE CONST.
☐ SEGUNDO TRÁMITE CONST. (S)

DESTINACIÓN

☐ 01.- AGRICULTURA, SILVICULTURA Y DESARROLLO RURAL

☐ 02.- DEFENSA NACIONAL

☒ 03.- ECONOMÍA, FOMENTO; MICRO, PEQUEÑA Y MEDIANA EMPRESA PROTECCIÓN DE LOS CONSUMIDORES Y TURISMO

☐ 04.- EDUCACIÓN

☐ 05.- HACIENDA

☐ 06.- GOBIERNO INTERIOR, NACIONALIDAD, CIUDADANÍA Y REGIONALIZACIÓN

☐ 07.- CONSTITUCIÓN, LEGISLACIÓN, JUSTICIA Y REGLAMENTO

☐ 08.- MINERÍA Y ENERGÍA

☐ 09.- OBRAS PÚBLICAS

☐ 10.- RELACIONES EXTERIORES, ASUNTOS INTERPARLAMENTARIOS E INTEGRACIÓN LATINOAMERICANA

☐ 11.- SALUD

☐ 12.- MEDIO AMBIENTE Y RECURSOS NATURALES

☐ 13.- TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL

☐ 14.- VIVIENDA, DESARROLLO URBANO

☐ 15.- TRANSPORTES Y TELECOMUNICACIONES

☐ 16.- RÉGIMEN INTERNO Y ADMINISTRACIÓN

☐ 17.- DERECHOS HUMANOS Y PUEBLOS ORIGINARIOS

☐ 18.- LA FAMILIA

☐ 19.- CIENCIAS Y TECNOLOGÍA

☐ 20.- BIENES NACIONALES

☐ 21.- PESCA, ACUICULTURA E INTERESES MARÍTIMOS

☐ 22.- DE EMERGENCIA, DESASTRES Y BOMBEROS

☐ 24.- CULTURA, ARTES Y COMUNICACIONES

☐ 25.- SEGURIDAD CIUDADANA

☐ 27.- ZONAS EXTREMAS Y ANTÁRTICA CHILENA

☐ 29.- DEPORTES Y RECREACIÓN

☐ 31.- DESARROLLO SOCIAL, SUPERACIÓN DE LA POBREZA Y PLANIFICACIÓN

☐ 33.- RECURSOS HÍDRICOS Y DESERTIFICACIÓN

☐ 34.- MUJERES Y EQUIDAD DE GÉNERO

☐ COMISIÓN DE HACIENDA, EN LO PERTINENTE.

☐ COMISIÓN MIXTA.

☐ COMISIÓN ESPECIAL MIXTA DE PRESUPUESTOS.

☐ EXCMA. CORTE SUPREMA, EN LO PERTINENTE.

☐ OTRA:



PROYECTO DE LEY QUE MODIFICA LA LEY N° 18.490, SOBRE SEGURO OBLIGATORIO DE ACCIDENTES PERSONALES CAUSADOS POR CIRCULACIÓN DE VEHÍCULOS MOTORIZADOS, CON EL OBJETO DE GARANTIZAR EL REEMBOLSO REAL, ÍNTEGRO Y EFECTIVO DE LOS GASTOS MÉDICOS HASTA EL LÍMITE LEGAL

FUNDAMENTOS:

El Seguro de Accidentes Personales, conocido por sus siglas como SOAP, más allá de ser una herramienta exigida por la ley a todo propietario de un vehículo motorizado y de arrastre (entendiéndose remolques, acoplados, casas rodantes u otros similares), también constituye un instrumento de protección social frente a la eventualidad de un siniestro de tránsito en el que se sufran daños personales, pudiendo cubrir gastos de hospitalización, atención médica, quirúrgica, farmacéutica y dental, o de rehabilitación, incluso en caso de muerte o invalidez, beneficiando no sólo al conductor del vehículo siniestrado, sino que también a sus pasajeros y a terceros afectados por dicho siniestro, y en que haya participado un vehículo asegurado por el SOAP. Este seguro se encuentra regulado en el Título I de la Ley N°18.490 y su principal finalidad, tal como se ha señalado precedentemente, es la de entregar una cobertura inmediata y efectiva a las víctimas de accidentes de tránsito, sin necesidad de acreditar responsabilidad civil previa. Así, el artículo 25 de este cuerpo legal, modificado por la Ley N°21.797 o “Ley Jacinta”, publicada el 07 de febrero de 2026, elevó los topes de cobertura a 600 Unidades de Fomento para gastos médicos, hospitalarios y de rehabilitación, reconociendo la necesidad de fortalecer la protección de las personas lesionadas.



No obstante, y pese a las recientes modificaciones, la normativa vigente sigue presentando un vacío significativo en la etapa de liquidación de siniestros. Aunque el legislador estableció un monto máximo asegurable en el artículo 25, la ley no obliga a las compañías aseguradoras a reembolsar los gastos médicos efectivamente incurridos hasta dicho límite. En la práctica, las aseguradoras suelen aplicar tablas, aranceles de referencia o equivalencia con sistemas previsionales que resultan en pagos inferiores a los costos reales acreditados por la víctima del siniestro, especialmente cuando la atención se presta en el sistema privado de salud ante la imposibilidad del sistema público de entregar una atención oportuna o suficiente. En consecuencia, la situación genera una brecha evidente entre la cobertura legal exigida por el legislador y el reembolso efectivo recibido por las víctimas de accidentes de tránsito.

Adicionalmente, el marco normativo actual no contempla ninguna restricción a que las aseguradoras condicionen o reduzcan el reembolso en función del prestador de salud elegido ni tampoco establece con claridad el deber de informar de manera previa y comprensible los criterios de liquidación aplicables. Por consiguiente, la ausencia de estas reglas ha permitido de manera permanente que la denominada “letra chica” opere en desmedro de los asegurados, desnaturalizando la finalidad social y protectora del seguro obligatorio. Un ejemplo de ello se constata de forma matemática y legal en la propia plataforma oficial de educación financiera de la Comisión para el Mercado Financiero (CMF Educa), la cual establece que la cobertura para gastos médicos hospitalarios, a pesar del aumento legal de las coberturas, se liquida bajo el parámetro del “Nivel 03 M.L.E. FONASA”¹. Esto significa que las compañías aseguradoras trasladan contractualmente este límite a sus pólizas vigentes, como se observa explícitamente en los condicionados de firmas del mercado general (por ejemplo, HDI SEGUROS), limitando el reembolso al valor de dicha tabla pública y rechazando el valor nominal real de las prestaciones en clínicas privadas.

Esta problemática no constituye un fenómeno aislado, sino un descalce estructural que ha sido advertido históricamente en sede legislativa. Así las cosas, en la Historia de la Ley N°19.887 (que modificó la Ley N°18.490), en el Informe de la Comisión de Obras Públicas de la Cámara de Diputadas y Diputados del 22 de octubre del año 2001, ya se dejaba constancia

¹ Comisión para el Mercado Financiero (CMF), "Seguro Obligatorio de Accidentes Personales (SOAP)", portal CMF Educa, Santiago, Chile. Disponible en: <https://www.cmfchile.cl/educa/621/w3-propertyvalue-565.html>



oficial de las reclamaciones de los centros asistenciales debido a que los montos liquidados por las aseguradoras eran “*indiscutiblemente más bajos que los costos incurridos en la atención de los lesionados*”.² Ante eso, la alternativa remanente para las víctimas es transitar por complejas instancias judiciales posteriores, civiles, penales o ante los juzgados de policía local para perseguir el cobro de los copagos y diferencias de aranceles. No obstante, la vía jurisdiccional ordinaria resulta proporcionada para el ciudadano común debido a los costos y tiempos de tramitación, lo que genera un efecto que invisibiliza la vulneración y contraviene flagrantemente el espíritu de indemnización y protección inmediata que inspira al SOAP.

En suma, la presente iniciativa introduce modificaciones acotadas y proporcionales a la Ley N° 18.490 que completan la reforma iniciada por la Ley N° 21.797. Se establece la obligación de reembolsar íntegramente los gastos médicos efectivamente incurridos y debidamente acreditados, prohibiendo expresamente a las aseguradoras aplicar aranceles, tablas referenciales o equivalencias provisionales restrictivas que limiten de forma unilateral la cobertura por debajo del tope legal en Unidades de Fomento. Asimismo, se prohíbe condicionar el reembolso por el prestador elegido, se refuerza el deber de información previa y clara, y se fortalece la facultad de fiscalización de la CMF. Estas medidas resguardan el patrimonio de las víctimas sin alterar los montos máximos de cobertura ya fijados por la ley y sin generar nuevas cargas fiscales al Estado.

IDEA MATRIZ: Establecer un régimen de reembolso efectivo en el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales, mediante la consagración de una presunción legal a favor del asegurado, la prohibición de condicionar el reembolso por el prestador de salud elegido, el deber de información clara y previa de los criterios de liquidación, y el fortalecimiento de la fiscalización de la Comisión para el Mercado Financiero, con el objeto de garantizar que los topes de cobertura establecidos por la ley se traduzcan en pagos reales, oportunos y no discriminatorios para las víctimas de accidentes de tránsito.

² Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (BCN), *Historia de la Ley N° 19.887: Modifica Ley N° 18.490 sobre seguro de accidentes de tránsito*, Santiago, 2003, Boletín N° 2447-15. Disponible en: <https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=recursoslegales/10221.3/44028/1/HL19887.pdf>



POR TANTO, las diputadas y diputados abajo firmantes, venimos a presentar el siguiente:

PROYECTO DE LEY

Artículo Único. - Introdúzcanse las siguientes modificaciones a la Ley N°18.490 que establece un Seguro Obligatorio sobre Accidentes Personales causados por circulación de vehículos motorizados:

1) Agréguese, a continuación del artículo 25, el siguiente artículo 25 bis:

“Artículo 25 bis. – En la cobertura por gastos médicos del Seguro Obligatorio de Accidentes Personales, las compañías aseguradoras deberán reembolsar íntegramente los gastos médicos efectivamente incurridos por las personas aseguradas, siempre que dichos gastos:

- a) Deriven directa e inmediatamente de un accidente de tránsito cubierto por dicho seguro;
- b) Sean necesarios para la atención, diagnóstico, tratamiento, cirugía, hospitalización, rehabilitación o recuperación del lesionado y;
- c) Se encuentren debidamente acreditados mediante documentos tributarios válidos y, cuando corresponda, el informe o epicrisis médica respectiva.

La presentación de los documentos señalados en el literal c) generarán una presunción de que los gastos son necesarios y su monto es razonable. Corresponderá a la compañía aseguradora acreditar, mediante informe técnico fundado, que las prestaciones no eran necesarias o que su valor nominal excede de forma manifiesta el valor promedio de plaza para prestadores de similar naturaleza y complejidad en la región respectiva.

El reembolso se efectuará hasta el límite máximo en Unidades de Fomento establecido en el artículo 25, sin que la aseguradora pueda aplicar aranceles, tablas referenciales, valorizaciones internas, equivalencias con sistemas previsionales públicos o privados, ni cualquier otro mecanismo que reduzca el monto de los gastos efectivamente incurridos.



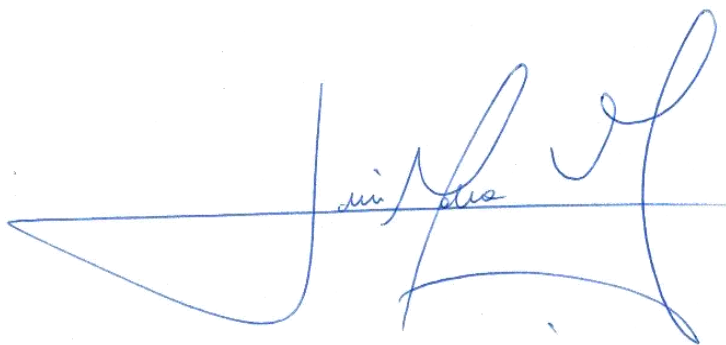
2) Agréguese, a continuación del artículo 25 bis, el siguiente artículo 25 ter:

“Artículo 25 ter. – Las compañías aseguradoras no podrán condicionar, reducir ni rechazar el reembolso de gastos médicos en función del prestador de salud elegido por el lesionado, de la modalidad de atención, sea pública o privada ni del sistema previsional del asegurado.”

3) Agréguese, a continuación del artículo 25 ter, el siguiente artículo 25 quáter, nuevo:

“Artículo 25 quáter. – Las condiciones, criterios y plazos de liquidación y reembolso de gastos médicos deberán ser informados de manera clara, comprensible y previa a la contratación del seguro, de conformidad con las instrucciones generales que dicte la Comisión para el Mercado Financiero. Toda estipulación, limitación o criterio de liquidación que contravenga lo dispuesto en este artículo o que no haya sido informado en los términos señalados, se entenderá por no escrita y no podrá ser opuesta al asegurado.”

Disposición transitoria. - Las compañías aseguradoras deberán adecuar sus pólizas, procedimientos internos y mecanismos de información al público dentro del plazo de 90 días desde la publicación de la presente ley.



H. Diputado Luis Malla Valenzuela
Región de Arica y Parinacota




FIRMADO DIGITALMENTE:
H.D. LUIS MALLA V.


FIRMADO DIGITALMENTE:
H.D. SEBASTIÁN VIDELA C.


FIRMADO DIGITALMENTE:
H.D. MARCELA HERNANDO P.


FIRMADO DIGITALMENTE:
H.D. ALEJANDRO BERNAL M.

