



RESUMEN

El **Contrato de Seguro de Salud** es un acuerdo de voluntades, entre asegurador y asegurado por el cual el asegurador garantiza cobertura a través de acciones que se realicen frente a una necesidad descriptible, estimable y de incidencia aleatoria que es la salud, a cambio de una remuneración llamada prima, dentro de los límites convenidos.

Este tipo de contrato tiene varias características, dentro de las cuales, las más importantes son la buena fe y la adhesión.

Dentro de los elementos de este contrato son: Asegurador, Asegurado, Interés Asegurable, Riesgo Asegurable, Monto asegurable o límite de responsabilidad del asegurador, la prima.

Entre los contratantes esto es empresa aseguradora y asegurado pueden suscitarse controversias las mismas que se pueden resolver por:

- Por la vía administrativa ante la Superintendencia de Bancos y Seguros que es el reclamo administrativo, mismo que puede ser apelada ante la Junta Bancaria, sin perjuicio de las acciones contencioso administrativas.
- Por la vía Judicial, esto es por la acción Verbal Sumaria, ante el Juez de lo Civil, misma que puede apelarse e incluso llegar a la casación por ser un proceso de conocimiento.
- Además que también podemos aplicar una acción judicial aplicando la Ley de Defensa al Consumidor.

PALABRAS CLAVE:

Contrato voluntario
Seguro
Salud
Interés asegurable
Riesgo
Póliza
Siniestro
Empresa Aseguradora



INDICE

RESUMEN.....	1
INDICE.....	2
CARÁTULA.....	6
AGRADECIMIENTO.....	7
DEDICATORIA.....	8
RESPONSABILIDAD.....	9
INTRODUCCIÓN.....	10
ESQUEMA DE CAPÍTULO 1: EL CONTRATO DE SEGUROS.....	11
1.1.- SEGURO:	
1.1.a) Concepto.....	12
1.2.- CONTRATO DE SEGUROS:	
1.2.a) Antecedentes.....	13
1.2.b) Definición legal y Análisis.....	14
1.2.c) Características.....	15
1.2.d) Naturaleza Jurídica.....	20
1.2.e) El riesgo y el Siniestro.....	21
1.3.- ELEMENTOS DEL CONTRATO DE SEGUROS SEGÚN EL ART. 2 DEL DECRETO SUPREMO 1147	
1.3.a) Asegurador.....	23
1.3.b) Solicitante - Asegurado – Beneficiario.....	24
1.3.c) El Interés Asegurable.....	26
1.3.d) Riesgo Asegurable.....	27
1.3.e) Monto Asegurable o límite de responsabilidad del asegurador.....	29
1.3.f) La Prima y clases.....	29
1.3.g) La Obligación del asegurador de efectuar el pago de seguro en todo o en parte, según la extensión del siniestro.....	33

AUTORA:

MÓNICA LILIANA LEÓN CONTRERAS.



ESQUEMA DEL CAPITULO 2: EL CONTRATO VOLUNTARIO DE SEGUROS DE SALUD EN EL ECUADOR.....34

2.1. SALUD.

2.1.1 Definición.....35

2.2. CONTRATO DE SEGUROS DE SALUD.

2.2.1 Definición legal.....36

2.2.2 Objeto.....37

2.2.3 Tipos de Seguros de Personas.....38

2.2.4 Importancia.....46

2.3 POLIZA DE SEGUROS.

2.3.1 Definición Legal.....48

2.3.2 Contenido de la póliza.....49

2.3.3 Condiciones y documentos de la póliza.....55

2.3.3.a) Condiciones Generales.....55

2.3.3.b) Condiciones Especiales.....56

2.3.3.c) Condiciones Particulares.....58

2.4.- LA POLIZA DE SEGUROS DE SALUD EN EL ECUADOR.

2.4.1 Contenido de la Póliza de salud.....60

2.5 COBERTURAS, EXCLUSIONES Y LIMITACIONES QUE CONTIENEN LAS POLIZAS EN LOS DIFERENTES CONTRATOS DE SEGUROS DE SALUD.....63

ESQUEMA DEL CAPÍTULO 3: BREVE ANÁLISIS DE LAS EMPRESAS ASEGURADORAS EN EL ECUADOR.....68

3.1.1 CONCEPTO DE EMPRESA ASEGURADORA.....69

3.1.2 Antecedentes Históricos.....70

3.1.3 ASPECTOS LEGALES

3.1.3.a) Leyes que Regulan la Actividad de las Empresas Aseguradoras en el Ecuador e Instituciones de Control.....71



3.1.3.b) Requisitos que deben cumplir las Aseguradoras en el Ecuador.....73

3.2 LAS EMPRESAS REASEGURADORAS

3.2.a) El Reaseguro: concepto y ámbito.....77

3.2.b) Objetivos del Reaseguro.....78

3.2.c) Formas de Reaseguro.....79

3.3 LOS BROKERS EN EL ECUADOR

3.2.1 Concepto y breve análisis.....80

3.3.2 Aspectos legales.....81

ESQUEMA DEL CAPITULO 4: ASPECTOS JURÍDICOS EN EL MANEJO DE SINIESTROS DEL CONTRATO DE SEGUROS DE SALUD EN EL ECUADOR
.....83

4.1. TRAMITE EN CASO DE QUE OCURRA EL SINIESTRO PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA POLIZA DE SEGUROS.

4.1.1 EL SINIESTRO

a) Conocimiento Generales

❖ Concepto.....84

b) Reclamación

➤ Obligación de avisar ocurrencia del siniestro.....85

➤ Manejo de reclamos y su documentación básica.....86

➤ Prueba del siniestro.....88

➤ Responsabilidad por siniestro con antecedentes.....88

c) Indemnización: Principio Indemnizatorio.....89

✓ Límite de pago.....89

✓ Coparticipación de seguros.....89

d) Objeción o Negativa de pago.....90

• Breve análisis de las causales de inoperancia del contrato.....91



4.2 EL RECLAMO ADMINISTRATIVO.

4.2.1 Sustento legal y Trámite del Reclamo Administrativo en el Ecuador.....92

4.3 EL PROCESO JUDICIAL.....95

▪ **Jurisdicción y Domicilio.....95**

▪ **Flujograma del proceso: Vía Verbal Sumaria.....96**

5. CONCLUSIONES.....99

6. RECOMENDACIONES.....100

7. BIBLIOGRAFÍA..... 101

8. ANEXOS.....102

UNIVERSIDAD DE CUENCA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE JURISPRUDENCIA

ESCUELA DE DERECHO

“EL CONTRATO DE SEGURO VOLUNTARIO DE SALUD EN EL ECUADOR”

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
ABOGADO DE LOS TRIBUNALES DE JUSTICIA
DE LA REPÚBLICA Y LICENCIADO EN CIENCIAS
POLÍTICAS Y SOCIALES.**

AUTORA: MÓNICA LILIANA LEÓN CONTRERAS.

DIRECTOR: DR. GEOVANNY SACASARI

CUENCA – ECUADOR

2011



AGRADECIMIENTO

La presente tesis es un esfuerzo en el cual directa e indirectamente participaron varias personas con sus conocimientos, consejos y experiencias, por ello, es mi deber agradecer a todos quienes colaboraron decididamente.

Agradezco de manera especial, al **Dr. Geovanni Sacasari**, Director de la Tesis que fue de extraordinaria ayuda y, que sobre todo, me transmitió sus conocimientos, ofreció su confianza y su infinita paciencia durante la elaboración de este trabajo.

Mi gratitud al **Econ. Oscar Sánchez y la Dra. Carmen Carrasco**, funcionarios de la Superintendencia de Bancos y Seguros por sus conocimientos impartidos.

Al **Lic. Manuel Quesada**, quien fue de mucha ayuda en la realización de la tesis.

Por último, pero no menos importante, a mi compañera la **Lic. Patricia Torres**, por su colaboración decidida con su aporte intelectual, bibliográfico, etc.

Muchas Gracias a todos ustedes.

LA AUTORA



DEDICATORIA

Con todo mi amor y cariño, dedico este triunfo a quienes, en todo momento, me llenaron de afecto y apoyo, y sobre todo por haberme fomentado el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida. Durante estos años de lucha constante en mi carrera universitaria la cual estuvo llena de gratas vivencias, de momentos de éxitos y también de grandes anhelos.

A **Dios**, por ser nuestro creador, amparo y fortaleza cuando más lo necesitamos, y por hacer palpable su amor a través de cada uno de los que nos rodeó.

Con mucho cariño a mis padres **Jaime** y **Guillermina** que me dieron lo maspreciado la vida, dignos ejemplo de trabajo y constancia que, sin esperar nada a cambio, han sido pilares en mi camino. Gracias por darme una carrera para mi futuro y por creer en mí, a pesar de los momentos difíciles nunca desfallecieron en su apoyo, por todo esto les agradezco y de todo corazón que estén conmigo a mi lado.

A mis hermanos **Esthela, Marlene, Marithza, Henry y Milton** muchas gracias por ser mis hermanos y recuerden que siempre los llevaré en mi corazón.

A mis queridos tíos **Ramiro, Carlos, Greta y Gloria**, por todo el apoyo que me han dado, gracias por estar conmigo y recuerden que son muy importantes para mí.

A mis **amigos**, les agradezco con toda mi alma el haber llegado a mi vida y compartir momentos agradables y tristes, esos son los que hacen crecer y valorar los afectos a las personas que nos rodean, los quiero mucho y nunca los olvidaré.

En fin a todos aquellos que son parte de mi vida y no menciono por lo extensa que sería la lista.

A todos ustedes,

Muchas gracias de todo corazón.



RESPONSABILIDAD

Se deja constancia que las ideas y opiniones que se exponen en la presente tesis son de exclusiva responsabilidad de su autora.



INTRODUCCIÓN

La salud constituye un factor trascendental en la vida, pues al estar los seres humanos expuestos a múltiples situaciones, los mismos pueden influir negativamente y producir malestar en la salud o incluso privarnos de la vida.

Factores como; la contaminación del medio ambiente, la gran cantidad de accidentes de tránsito, sea por aire, mar o tierra, la forma de alimentación que a diarios se presentan, provocan mayores riesgos, que a su vez generan aumento de interés asegurable.

Como respuesta a esas necesidades, en el Ecuador han aumentado significativamente las empresas aseguradoras, que ofertando sus servicios a través de los Brokers, se han ido posesionando del mercado ecuatoriano.

Desde siempre la salud ha sido un factor muy importante tanto nacional como internacional, lo que ha ocasionado la aparición de varias compañías aseguradoras sin embargo no llenan las expectativas de los asegurados; es por ello que considero además necesario, realizar un estudio detallado acerca de ello, en el ámbito legal.

La presente tesis, busca examinar detenidamente al “Contrato voluntario de salud en el Ecuador”, esto por cuanto en la actualidad no se tiene mucho conocimiento de aquello. Así primero realizaré un estudio exhaustivo a cerca del Contrato de seguro, posterior a ello me centraré en el contratos de seguros voluntarios de salud, también es importante estudiar a las empresas aseguradoras en el Ecuador y los Aspectos jurídicos en el manejo de siniestros dentro del contrato de seguros de salud, el método que voy a utilizar es el Inductivo- deductivo, la información en la que me voy a basar lo recopilaré de leyes, textos, tesis, internet.



CAPITULO 1

EL CONTRATO DE SEGUROS

1.1.- SEGURO:

1.1.a) Concepto.

1.2.- CONTRATO DE SEGUROS:

1.2.a) Antecedentes.

1.2.b) Definición legal y Análisis.

1.2.c) Características.

1.2.d) Naturaleza Jurídica.

1.2.e) El riesgo y el Siniestro.

1.3.- ELEMENTOS DEL CONTRATO DE SEGUROS SEGÚN EL ART. 2 DEL DECRETO SUPREMO 1147

1.3.a) Asegurador.

1.3.b) Solicitante - Asegurado - Beneficiario.

1.3.c) El Interés Asegurable.

1.3.d) Riesgo Asegurable.

1.3.e) Monto Asegurable o límite de responsabilidad del asegurador.

1.2.f) La Prima y clases.

1.2.g) La Obligación del asegurador de efectuar el pago de seguro en todo o en parte, según la extensión del siniestro.



CAPITULO 1

CONTRATO DE SEGURO

1.1.-SEGURO

1.1.a) Concepto.-

Proviene del latín "Securus", que significa libre y exento de todo peligro, daño o riesgo.

Según la lengua española: seguridad, certeza y confianza.

Para el Dr. Luis Larrea Benalcázar en una publicación para la Revista de Seguros No. 5 nos dice:

Que el seguro es un mecanismo mediante el cual, permite prevenir las consecuencias económicas de hechos que en un futuro pueden realizarse y producir resultados perjudiciales, lo cual preocupa al asegurado y que a través de este sistema viene anular los efectos o remediarlos en gran medida.

Por lo tanto el objeto del Seguro es garantizar la protección patrimonial o personal del ser humano contra siniestros importantes y problemáticos, rediciendo grandes pérdidas, lo cual afectaría su economía o su integridad.

Al Seguro se le considera como "la técnica de la solidaridad", por que procura neutralizar o reducir las consecuencias dañosas que se producirían al ocurrir los siniestros, para ello, se que requiere la presencia de una gran masa de riesgos que afectan a muchas de personas o cosas para ir dispersando estos riesgos.

Por ello se considera que al Seguro se lo podría definir como un amparo que el hombre busca para sus actividades económicas (seguro de daños) y para proteger a sus familias en caso de que él falte (seguro de vida); en la ocurrencia de hechos imprevistos que lo preocupan y que pueden afectarle económicamente, para lo cual, con el pago de una remuneración llamada prima, traslada ese riesgo a otra u otras personas, llamadas asegurador.

De esta definición, se desprenden dos ideas o principios:

- De compensación entre sujetos expuestos al mismo riesgo, al que se llega a través de la idea de contribución y solidaridad.
- La acumulación de las aportaciones en común, por ser la única organización capaz de desarrollar la actividad con las suficientes garantías de solvencia y estabilidad.



1.2.- CONTRATO DE SEGUROS

1.2.a) Antecedentes.-

Del instinto de conservación, nace la necesidad de una garantía y por consiguiente de una reparación en caso de siniestro. Así la historia del Seguro se remonta a las antiguas civilizaciones donde se constituyeron los inicios de nuestro actual sistema de Seguros. Las más antiguas formas de Seguros fueron iniciadas por los babilonios y los hindúes. Los primeros contratos eran conocidos bajo el nombre de Contratos a la Gruesa y se efectuaban, entre banqueros y los propietarios de los barcos. Con frecuencia, el dueño de un barco tomaría prestados los fondos necesarios para comprar carga y financiar un viaje, si el barco o carga se perdía durante el viaje, el préstamo se entendería como cancelado.

Para armadores y cargadores, los primeros como empresarios del transporte y los segundos como dueños del cargamento, los dos sintieron la necesidad de prestarse ayuda recíproca constituyendo entre ellos la llamada "Comisión jurídica del peligro". Que consistía en que el infortunio de uno de ellos se reparte entre el patrimonio de todos para así reparar la pérdida con el sacrificio proporcional de cada uno incluso del damnificado. Este vínculo de reciprocidad en defensa de iguales intereses económicos asegurables es el origen del verdadero y auténtico seguro.

Es el año de 1347 en el que se firmó el primer contrato de seguro marítimo llamado pólizza, que amparó el viaje del vapor Santa Clara, este contrato de seguro se debe a los lombardos (hoy italianos) que inventaron el contrato de transporte.

En 1906 la reina Isabel I suscribió la primera Acta o Ley de Seguro Marítimo del Reino Unido. Esta acta o ley de seguro marítimo sobrevive hasta la actualidad en el derecho inglés y es considerada como la madre del derecho del seguro marítimo.

A mediados del siglo XVI se inauguró en Londres la Cámara de Seguros,

Posteriormente fueron apareciendo diversas formas de seguro, pues a medida que iba avanzando la industrialización las necesidades también crecían, por ejemplo, en el S. XVII en Londres se produjo un incendio de gran magnitud, como resultado de aquello se buscó un método para combatir este tipo de eventos.

De igual forma ocurrió con los seguros personales que evolucionaron hasta llegar a los que se conocen en la actualidad para proteger la vida, salud, ahorros, etc.



1.2.b) Definición legal y análisis.-

En el Código de Comercio vigente, en el Título XVII.1 del Contrato de Seguro, Capítulo 1, Sección 1a. establece en su artículo 1:

"El seguro es un contrato mediante el cual una de las partes, el asegurador, se obliga, a cambio del pago de una prima, a indemnizar a la otra parte, dentro de los límites convenidos, de una pérdida o un daño producido por un acontecimiento incierto; o a pagar un capital o una renta, si ocurre la eventualidad prevista en el contrato".

- *Es un contrato.*- al respecto, se encuentra determinado su concepto en el Código Civil respecto del contrato en el artículo 1454:

"Contrato o convención es un acto por el cual una parte se obliga para con otra a dar, hacer o no hacer alguna cosa. Cada parte puede ser una o muchas personas".

- *Una de las partes, el asegurador.*- es decir la persona o compañía encargada de asumir el riesgo en caso de que este suceda.
- *Obligación.*- vínculo jurídico entre dos o más partes
- *Pago de una prima.*- Es el valor que debe pagar el asegurado, a la aseguradora.
- *Indemnizar.*- En caso de producirse el daño o pérdida por un acontecimiento incierto debe el asegurador cubrir los gastos en los términos establecidos en el contrato.
- *Pagar un capital o una renta.*- es decir el cumplimiento de la obligación como se encuentre pactado.
- *Si ocurre la eventualidad prevista en el contrato.*- en caso de que ocurra el incidente, el asegurador debe asumir el riesgo.

Debemos recordar que en el contrato de seguro las partes que convienen son el Asegurador o Empresa Aseguradora y por otra el Asegurado o Beneficiario y no confundir con el Reaseguro, que consiste en una operación mediante la cual el asegurador cede al Reasegurador la totalidad o una parte de los riesgos asumidos directamente por él". Es decir ceder todo o parte del riesgo a otras empresas o personas que pueden ser nacionales o extranjeras, estas personas o entidades se llaman Reaseguradores, pero también, y de acuerdo a la legislación sobre contrato de seguro, se llama cesionario o aceptante.



1.2.c) Características.

1. Principal

El contrato de seguros es principal, porque su existencia no depende de otro contrato; no es un contrato accesorio, subsiste por sí mismo; siendo la excepción a esta regla las pólizas de cauciones o de fianzas.

2. Solemne

El contrato de seguro es un contrato que requiere del cumplimiento de ciertas formalidades establecidas en la ley para que nazca a la vida jurídica, pues caso contrario no tendría validez dicho contrato.

Al respecto, el concepto que el Código Civil da del contrato solemne en su artículo 1459, es el siguiente:

"Es solemne cuando está sujeto a la observancia de ciertas formalidades especiales, de manera que sin ellas no surte ningún efecto civil".

La ley establece el conjunto de formalidades, para la validez de la póliza como para el contrato, pues de no observarse minuciosamente acarrearía nulidad y para este tipo de contrato, la nulidad es relativa, al respecto el artículo 1700 del Código Civil, señala:

"La nulidad relativa no puede ser declarada por el juez sino a pedimento de parte, ni puede pedirse por el ministerio público en solo interés de la ley; ni puede alegarse sino por aquellos en cuyo beneficio le han establecido las leyes, o por sus herederos o cesionarios, y puede sanearse por el transcurso del tiempo o por la ratificación de las partes...".

El contrato debe cumplir con las siguientes formalidades:

- **Aprobada por la Superintendencia de Bancos y Seguros.-** Como lo establece el artículo 25 de la Ley General de Seguros vigente.
- **Extenderse por duplicado.-** Es preciso que tanto el asegurado como el asegurador tengan un ejemplar del contrato, pues ambos necesitan y lo deben tener para el cumplimiento de sus obligaciones recíprocas así como para el conocimiento preciso de las relaciones contractuales de las partes.



- **Por Escrito.-** Por cuanto es por medio de la póliza, que se perfecciona y se prueba el contrato de seguro.
- **Idioma castellano.-** Debe redactarse en idioma castellano
- **Contenido de la póliza.-** Este instrumento debe contener todos los datos de la póliza de acuerdo al Art. 7 (722.7) del Código del Comercio Ecuatoriano.
- **Firma de los contratantes.-** La póliza debe ser firmada por los contratantes como prueba de su aceptación y conformidad, sin lo cual no tendrá ninguna validez jurídica, por ser un instrumento que obliga a las partes.

3. Bilateral

El contrato de seguros es de carácter bilateral, no solo en su formación, sino también en sus efectos, ya que surgen obligaciones recíprocas para ambas partes.

Una de las obligaciones del asegurador es el pago de la indemnización en caso de un siniestro, mientras que una de las obligaciones del asegurado es el pago de la prima.

Es importante señalar el concepto de contrato bilateral que da el código civil en su artículo 1455.

"... y bilateral, cuando las partes contratantes se obligan recíprocamente."

A este tipo de contratos bilaterales también se los llama sinalagmáticos perfectos ya que crean obligaciones recíprocas a cargo de ambos sujetos, pero no solo el de pagar la prima, por un lado, o el de indemnizar una pérdida, por otro, sino otras que luego serán analizadas.

Otras normas legales a cerca de los contratos bilaterales son:

- a) El constante en el artículo 1505 de código civil que establece:

"En los contratos bilaterales va envuelta la condición resolutoria de no cumplirse por uno de los contratantes lo pactado. Pero en tal caso, podrá el otro contratante pedir, a su arbitrio, o la resolución o el cumplimiento del contrato, con indemnización de perjuicios."

Es en el caso de incumplimiento del contrato de seguros en los términos previstos en él, una de las partes, esto es el asegurador o el asegurado podrán



pedir que se deshaga el contrato o que se cumpla el contrato, además de la indemnización por los perjuicios ocasionados.

b) El constante en el Art. 1568 del código civil que establece:
"En los contratos bilaterales ninguno de los contratantes está en mora, dejando de cumplir lo pactado, mientras el otro no lo cumpla por su parte, o no se allana a cumplirlo en la forma y tiempo debido."

Este concepto se refiere fundamentalmente al principio de derecho que señala "la mora purga a la mora."

4. Oneroso

En la definición legal del contrato de seguros, se menciona el pago de una prima por parte del asegurado; es este pago de la prima lo que le da la característica de oneroso, ya que genera una utilidad, un beneficio económico para la aseguradora.

Así mismo es oneroso para el asegurador, que se ve reflejada en el pago de las indemnizaciones en caso de que el siniestro ocurra.

El artículo 1456 del código civil define al contrato oneroso así:

"Cuando tiene por objeto la utilidad de ambos contratantes, gravándose cada uno a beneficio de otro".

5. Aleatorio

Sin duda el contrato de seguros es un contrato aleatorio, ya que las prestaciones que genera el contrato de seguros no son equivalentes, ya álea nace de un hecho futuro e incierto, que puede que suceda o no el siniestro, de lo cual va a depender que gane o no la prima el asegurador, así como, también, el asegurado no sabe si va a recibir o no una indemnización.

Esta característica de aleatorio no da la posibilidad de que el asegurado al tener un siniestro se considere que ha tenido una ganancia en el contrato al recibir una indemnización, pues para el asegurado siempre es una pérdida, en virtud de que el beneficio o utilidad que recibe no es, ciertamente una utilidad, más bien es una indemnización a la merma de su patrimonio.

En el código civil sobre el contrato aleatorio se establece lo siguiente:



En el artículo 2163, enumera los principales contratos aleatorios, y en el numeral 1 establece el contrato de seguros.

En el artículo 1457 señala como aleatorio si el equivalente consiste en una contingencia incierta de ganancia o pérdida.

6. De tracto sucesivo

La característica del tracto sucesivo o de ejecución sucesiva, se da porque las obligaciones están determinadas y proporcionadas a través del paso del tiempo en el que se cumplen obligaciones recíprocas, se va desarrollando en forma continuada partir de la celebración del contrato hasta su finalización.

En efecto, aparte de pagar las primas, el asegurado debe cuidar de las cosas aseguradas y estar continuamente previniendo el acaecimiento del siniestro, debe, en fin, efectuar una serie de actos y cumplir con ciertas cargas y obligaciones, según las diferentes etapas de la relación aseguradora.

El asegurador por su parte, no sólo se obliga a asumir el riesgo, sino a tomar una serie de medidas que mantengan su capacidad económica y su aptitud para cubrir oportunamente las indemnizaciones.

La prima pagada al asegurador se devenga a medida que pasa el tiempo de la vigencia del contrato. Mientras que la seguridad y protección del riesgo se va devengando o desarrollando a través del tiempo de la vigencia del contrato.

7. Contrato indemnizatorio

Esta característica se resume en la frase "el seguro no es para ganar, el seguro es para no perder" lo que se persigue no es un afán de lucro por parte del asegurado, sino garantizar una protección que le libere de una pérdida o daño.

Este carácter se lo ve en el artículo 32 del Código de Comercio que dice:

"Respecto del asegurado, los seguros de daños son contratos de simple indemnización, y en ningún caso pueden constituir para él fuente de enriquecimiento. La indemnización puede abarcar a la vez el daño emergente y el lucro cesante, pero éste debe ser objeto de un acuerdo expreso".

La definición de contrato de seguro, constante en el artículo 1 del Código de Comercio, da ese carácter indemnizatorio al contrato, cuando obliga al asegurador a indemnizar al asegurado, en caso de una pérdida o daño producido por un acontecimiento incierto.



8. Contrato de buena fe

Es conocido la existencia de la buena fe en todos los contratos, más, sin embargo, en los contratos de seguros el carácter de buena fe es especial, al punto que el contrato de buena fe es identificado por excelencia "un contrato especial de buena fe". Y es la naturaleza de este contrato el que le da esa característica puesto que en la celebración del contrato, en muchas ocasiones, el asegurado llena formularios, indicando la naturaleza y el estado del riesgo y el asegurador cree que esta en total estado de verdad esas declaraciones, así como su origen.

Es por esto que dentro del contrato de seguros las aseguradoras se encuentran sometidas a las conductas de los asegurados y esa conducta es exigida por el mismo negocio jurídico y por la ley, en estricta buena fe.

Se debe sustentar la validez del contrato de seguro, cuando las partes se rigen por actos de absoluta veracidad, a fin de evitar todo intento de dolo o mala intención. Por ejemplo, si un asegurado hace declaraciones falsas para la apreciación del riesgo, no actúa de buena fe, más bien trata de engañar u ocultar algo para lucrar del seguro, lo cual no es buena regla de juego.

El Código Civil en su artículo 1562 establece: "Los contratos deben ejecutarse de buena fe, y por consiguiente obligan, no solo a lo que en ellos se expresa, sino a todas las cosas que emana precisamente de la naturaleza, de la obligación o que por la ley o la costumbre pertenecen a ella".

Lo que significa atribuir a sus cláusulas el sentido lógico que fluye de su espíritu, más que de su letra; es decir, considerar el objeto, fin social de la institución.

Siendo el contrato de seguro de buena fe, se desprende que hay sanciones en las pólizas para cuando el asegurado realiza una falsa declaración, si se da esta circunstancia el asegurador puede cancelar unilateralmente la póliza, o en caso de que la falsa declaración se dé en un siniestro, la Aseguradora está en posibilidad de deslindar toda responsabilidad de hacer un pago.

9. Personal

A esta característica también se la denomina como "intuitu personae". Una vez analizado la característica de buena fe, está de más decir, que este contrato es personalísimo, ya que es importante con quien se contrata, por la buena fe manifiesta en el contrato y el riesgo moral que pueda generar la persona con quien se contrata.



Este contrato se lo celebra tomando en consideración a la persona del asegurado, lo que significa que para el asegurador no le es indiferente la persona del asegurado; al contrario, tiene muy en cuenta esa circunstancia al celebrar el contrato; el asegurador debe tomar bien en cuenta a la persona del asegurado, en términos de seguros se denomina riesgo moral.

Por esta razón el asegurador puede pedir que se resuelva el contrato cuando no le satisface la persona del nuevo titular del interés asegurado, y correlativamente le obliga al asegurado que transfiere el interés asegurado a notificar de esa circunstancia al asegurador bajo sanciones.

El riesgo moral se estudia la mayor o menor potencialidad de peligro que, de acuerdo con el grado de educación, formación cultural, etc., tenga una persona.

10. Adhesión

El seguro no es un contrato de libre discusión sino de adhesión. Se lo considera de adhesión ya que sus cláusulas están preestablecidas y preimpresas, y lo que hace el asegurado es someterse a estas cláusulas y aceptarlas.

Las cláusulas son establecidas por el asegurador, no pudiendo el asegurado discutir su contenido, tan sólo puede aceptar o rechazar el contrato impuesto por el asegurador. Sólo podrá escoger las cláusulas adicionales ofrecidas por el asegurador, pero de ninguna manera, podrá variar el contenido del contrato, una vez que haya sido aprobado por la Superintendencia de Bancos y Seguros. Más todo esto dependerá de la voluntad y de la flexibilidad que tenga cada empresa aseguradora.

Finalmente hay que señalar que en caso de controversia en estos contratos la ley favorece al más débil, esto es a quien se adhirió a un contrato preestablecido,

No podemos dejar de lado la Ley Orgánica de la Defensa al Consumidor y su Reglamento que va en defensa al consumidor, y en el caso de estudio del asegurado.

1.2.d) Naturaleza Jurídica.

La actividad de seguros se encuentra establecida en diferentes cuerpos legales, así la constitución vigente en el inciso final del art. 373 establece que: “Los seguros públicos y privados, sin excepción, contribuirán al financiamiento del Seguro Social Campesino.....” lo cual lo analizaremos más adelante.



Está regulada además por la ley general de seguros que en su art.1 dice: Esta Ley regula la constitución, organización, actividades, funcionamiento y extinción de las personas jurídicas y las operaciones y actividades de las personas naturales que integran el sistema de seguro privado; las cuales se someterán a las leyes de la República y a la vigilancia y control de la Superintendencia de Bancos y Seguros, en coordinación con el art. 28 de esta misma ley.

En cuanto a los aspectos procesales administrativos y judiciales también está regulado por esta ley, así en el ámbito administrativo de acuerdo con el art. 42, lo reclamos deben realizarse ante la Superintendencia de Bancos; en caso de acciones judiciales ante los jueces de lo civil por la vía verbal sumaria, en todo lo que no tenga procedimiento judicial especial, que es la norma en materia comercial.

El contrato de seguros en el Ecuador, se consagra como un contrato mercantil, así lo establece el art 2163 del código civil al indicar que dentro de la clasificación de contratos está como contrato aleatorio y en su último inciso manifiesta que pertenece al Código del Comercio.

La actividad del seguro es mercantil, para la empresa aseguradora, porque estas empresas siempre persiguen lucro, salvo el caso de los seguros de mutuo, en los que no se persigue lucro sino asegurar la obligación.

1.2.e) El Riesgo y el Siniestro

Riesgo.-

Proviene de “risco”, que significa contingencia o proximidad del daño.

Al riesgo se le ha definido en la doctrina como la posibilidad de que ocurra un acontecimiento, el riesgo debe ser posible de que ocurra, si no existe la posibilidad de que un determinado riesgo ocurra, el mismo es inexistente.

El riesgo cuando es posible, además debe ser incierto, fortuito y dañoso.

En doctrina es un acontecimiento incierto que expone a alguien o algo a sufrir un daño, a través de un hecho dañoso, este hecho no debe ser seguro sino probable, el riesgo es el objeto mismo sobre el que recae el seguro.

Características del riesgo:

- Que sea un acontecimiento futuro.
- Que sea conocido tanto por el asegurador como por el asegurado.
- Hecho que no depende de la voluntad del asegurador ni del asegurado.



- El riesgo asegurado es el expresado en el contrato.

El Artículo 4 (722.4) del Código de Comercio denomina riesgo como:

"Suceso incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del solicitante, asegurado o beneficiario, ni la del asegurador, y cuyo acaecimiento hace exigible la obligación del asegurador, Los hechos ciertos, salvo la muerte y los físicamente imposibles, no constituyen riesgos y son, por tanto, extraños al contrato de seguro".

En esta definición que nos trae el código podemos determinar que el riesgo tiene elementos constitutivos como son: posibilidad y resultado dañoso.

La posibilidad implica que el acontecimiento previsto pueda o no suceder; tiene que existir esa duda con respecto a su acontecimiento. Si el evento del riesgo es posible o si es imposible, como señala el texto de la ley, no existiría riesgo alguno.

El resultado debe ser dañoso pues, de lo contrario, no cabría la posibilidad que una cosa o una persona sea asegurada.

Existen varias técnicas para hacer frente a cada tipo de riesgo, esto depende principalmente del reconocimiento de la existencia de ese riesgo y de su conocimiento a profundidad, por lo tanto para tratar un riesgo hay que estudiarlo.

Al riesgo se lo puede tratar de la siguiente manera:

- Eliminar el riesgo
- Reducción del riesgo
- Asumir el riesgo
- Transferir el riesgo

Siniestro.-

Provine del Latín "sinister" que significa a izquierda desfavorable. De acuerdo al Diccionario de la Lengua española siniestro significa: Avería grave, destrucción fortuita o pérdida importante que sufren las personas, especialmente por muerte, incendio o naufragio.

En consecuencia es el acontecimiento, suceso, la destrucción fortuita o la pérdida importante que sufren las personas o bienes por accidente, incendio, naufragio u otro acontecimiento provocado por el hombre o la naturaleza.



En nuestra legislación, en el Código de Comercio en el Art. 5 (722.5), sobre el siniestro establece:

“Se denomina siniestro a la ocurrencia del riesgo asegurado”.

Lo que se explica que el siniestro es la consecuencia de la realización o acaecimiento del riesgo, el cual debe ocasionar un daño, pues para que exista el siniestro deberá necesariamente existir un daño que afecte el interés asegurable.

El riesgo es la posibilidad de que exista un acontecimiento dañoso, en tanto que el siniestro es el hecho presente.

Además existe otra norma, respecto del siniestro en el Art. 20 del Código de Comercio, que establece “El asegurado o el beneficiario están obligados a dar aviso de la ocurrencia del siniestro, al asegurador o a su representante legal, autorizado, dentro de los tres días siguientes a la fecha en que hayan tenido el conocimiento del mismo. Este plazo puede ampliarse mas no reducirse de acuerdo a la ley”.

1.3.- ELEMENTOS DEL CONTRATO DE SEGUROS SEGÚN EL ART. 2 (722.2) DEL CÓDIGO DE COMERCIO ECUATORIANO, DECRETO SUPREMO 1147.

1.3.a) El Asegurador.-

El asegurador, siendo este una de las partes que celebran el contrato de seguros, es la persona jurídica, de naturaleza anónima, que está autorizada expresamente por ley a prestar servicios como tal y es, además, quien asume el riesgo y en virtud de ello se obliga a indemnizar al tomador o al beneficiario del seguro por la producción de un evento, previamente determinado e incierto, a cambio de percibir una retribución que es conocida como prima.

El artículo 3 (722.3) de Código del Comercio establece que:

"Para efectos de esta ley, se considera asegurador a la persona jurídica legalmente autorizada para operar en el Ecuador, que asume los riesgos especificados en el contrato de seguros".

Al respecto hay que anotar que la Superintendencia de Bancos es el organismo de control para las compañías de seguros, misma que regula la creación de estas aseguradoras, como también califica los ramos en que puede actuar, tan es así que, todas las pólizas deben ser aprobadas por este organismo.

Sobre el control o vigilancia de la Superintendencia de Bancos la Ley General de Seguros lo establece en su artículo 3, cuando señala:



“Son empresas que realicen operaciones de seguros las Compañías Anónimas constituidas en el territorio nacional y las sucursales de empresas extranjeras, establecidas en el país, en concordancia con lo dispuesto en la presente Ley y cuyo objeto exclusivo es el negocio de asumir directa o indirectamente o aceptar y ceder riesgos en base a primas. Las empresas de seguros podrán desarrollar otras actividades afines o complementarias con el giro normal de sus negocios, excepto aquellas que tengan relación con los asesores productores de seguros, intermediarios de seguros y peritos de seguros con previa autorización de la Superintendencia de Bancos.

Las empresas de seguros son: de Seguros Generales, de Seguros de Vida y las que actualmente operan en conjunto en las dos actividades. Las empresas de Seguros que se constituyan a partir de la vigencia de esta Ley, sólo podrán operar en seguros generales o en seguros de vida”.

Por otro lado acorde con el art. 9 de dicha ley: las personas jurídicas que integran el sistema de seguro privado, para su constitución, organización y funcionamiento se sujetarán a las disposiciones de esta ley, al Código de Comercio, a la ley de Compañías, en forma supletoria, y a las normas que para el efecto dicte la Superintendencia de Bancos.

Las personas naturales que integran el sistema de seguro privado, para ejercer las actividades previstas en esta ley, requieren de la autorización previa de la Superintendencia de Bancos, la que conferirá de acuerdo a las normas que expida el Superintendente de Bancos para el ejercicio de dichas actividades.

1.3.b) Solicitante – Asegurado - Beneficiario

Como señala el citado Artículo 3 del Código del Comercio sobre el contrato de seguro, una sola persona puede reunir las calidades de solicitante, asegurado y beneficiario, sin embargo no siempre los encontramos juntos y suele confundirse, aquí la diferenciación.

- **Solicitante.-**

Es la persona natural o jurídica que contrata con el asegurador, persona que concurre a la aseguradora a manifestar su voluntad de constituir el contrato, de donde emanarán derechos a su favor, pero eventualmente puede el tomador asumir solo las obligaciones, y estos beneficios trasladarlos a terceras personas.

El artículo 3 del Código de Comercio sobre el contrato de seguro, establece:

"Solicitante a la persona natural o jurídica que contrate el seguro, sea por cuenta propia o por medio de un tercero determinado o determinable que traslada los riesgos al asegurador".



En concordancia con lo anterior, es la persona que interviene como parte en la formación del contrato, es decir como contraparte del asegurador, cuya capacidad y cuya conducta precontractual son factores determinantes de la validez del negocio jurídico y a cuyo cargo corren, a lo menos prioritariamente, las cargas, deberes u obligaciones respectivas, por ejemplo: la de pagar la prima por parte del asegurado y la de asumir el daño por parte de del asegurador.

- **Asegurado.-**

Es la persona natural o jurídica que busca trasladar un determinado riesgo a un tercero (empresa aseguradora) a efecto de que le sean resarcidos a él o a un tercero los daños o pérdidas que puedan derivar del acaecimiento de un suceso incierto (siniestro) a la fecha del contrato de seguro. Con tal objeto deberá abonar una retribución (prima) al asegurador.

El mismo artículo 3 del Código del Comercio sobre el contrato de seguro, señala:

"El asegurado es el interesado en la traslación del riesgo".

Es la persona que una vez cumplida con la condición, es decir ocurrido el siniestro, adquiere el derecho a la indemnización de acuerdo a como se haya pactado en el contrato; el asegurado debe demostrar la ocurrencia de un siniestro, o el que, incurso en mala fe en la reclamación o prueba del siniestro, puede pedir su derecho a la indemnización; o el que, en ningún caso, puede tener un enriquecimiento del seguro.

- **Beneficiario.-**

Es la persona que, sin ser asegurado, recibe el importe de la suma asegurada. En consecuencia, no está obligado a satisfacer las primas a la compañía.

Hay que tener en cuenta que si el asegurado obra por cuenta propia, se le llama por lo general asegurado o contratante, es el titular del interés asegurable que se encuentra amenazado por el riesgo que traslada a través del contrato de seguro. En el caso de que no sea así, y, por el contrario, el asegurado obra por cuenta ajena (en beneficio de persona distinta) al tercero que tiene derecho a recibir la indemnización en virtud del seguro y que propiamente no forma parte de la relación contractual, se le conoce como beneficiario y, este no está obligado a abonar prima alguna, ni tampoco a cumplir con las obligaciones emanadas del seguro las cuales corresponderán siempre al asegurado.



El Artículo 3, del Código de Comercio sobre el beneficiario establece:

“Beneficiario, es el que ha de percibir en caso de siniestro, el producto del seguro”

Es claro que el beneficiario es quien percibe la indemnización, sin embargo hay que hacer mención de que existen 2 tipos de beneficiarios, así tenemos:

- Beneficiario legal y
- Beneficiario contractual.

Beneficiario legal - Deriva su derecho al seguro, ocurrido el evento que condiciona la obligación del asegurador, de la ley, y, puede ejercerlo conforme a sus términos.

Beneficiario contractual - Proviene de estipulación expresa de la póliza, en una de sus condiciones particulares, deriva su derecho del contrato mismo y, como es lógico, solo puede hacerla efectiva, llegado el caso, con arreglo a sus cláusulas.

1.3.c) Interés Asegurable.-

El interés asegurable es el elemento esencial del contrato de seguros, doctrinariamente se lo define como una relación económica que vincula a un sujeto con determinado bien o patrimonio.

El interés asegurable es un requisito que debe concurrir en quien desee la cobertura de algún riesgo, reflejado en su deseo verdadero de que el siniestro no se produzca, ya que a consecuencia de él se originaría un perjuicio para su patrimonio.

El principio del interés asegurable se entenderá fácilmente si se tiene en cuenta lo que se está asegurando, esto quiere decir: el objeto del contrato no es la cosa amenazada por un peligro incierto, sino el interés del asegurado en que el daño no se produzca. El interés asegurable no es solo un simple requisito que imponen los aseguradores, sino una necesidad para velar por la naturaleza de la institución aseguradora. En efecto si tomamos en cuenta estas premisas, tendríamos que la existencia de contratos sin interés asegurable produciría, necesariamente, un aumento en la siniestralidad y esto motivaría una elevación de las primas y el verdadero asegurado tendría que pagar un precio superior al que realmente correspondería a su riesgo, perjudicándose así no sólo él, sino también la economía del país, que tendría que soportar una carga económica superior a la debida.



En nuestra legislación, sobre el contrato de seguro, no existe una definición

El interés asegurable, según la ley, es el interés, o querer, de que un siniestro no ocurra.

El interés asegurable debe, al menos en los seguros de carácter patrimonial, ser susceptible de estimarse en dinero.

De este concepto se desprende que la cosa que se quiere asegurar, sea esta corporal o incorporal, debe cumplir con ciertos requisitos, como son:

- Que exista, al tiempo de celebrar el contrato o en la época en que comience a correr, el riesgo por cuenta de la compañía aseguradora.
- Que pueda ser estimable en dinero.
- Que pueda ser objeto de una especulación lícita, esto es, que pueda ser objeto de transferencia de dominio en forma lícita; aquí el interés asegurable se perdería para el antiguo dueño, y la aseguradora no estaría obligada a seguir asumiendo el riesgo, a menos que expresamente lo acepte.
- Que esté expuesta a riesgo, ya que todo lo que está expuesta a riesgo puede ser asegurable.

Este artículo citado anteriormente puede ser vigorizado con el artículo 29 de la legislación actual sobre el contrato de seguro constante en el Código de Comercio:

"El interés económico debe existir desde la fecha en que el asegurador asume el riesgo hasta la fecha del siniestro que condiciona la obligación a su cargo. La desaparición del interés lleva consigo la cesación o extinción del Seguro".

En los seguros de personas el interés asegurable existe en cabeza del propio asegurado, de las personas que legalmente pueden reclamarle alimentos y en la de aquellos que puedan sufrir un perjuicio económico por su muerte o incapacidad, aunque este perjuicio no sea susceptible de una evaluación cierta; por tanto el valor de interés no tiene otro límite que el libremente establecido por las partes contratantes y que va de acuerdo a la situación económica del asegurado.

1.3.d) El Riesgo Asegurable.-

Es un evento posible, incierto y futuro, capaz de ocasionar un daño del cual surja una necesidad patrimonial. El acontecimiento debe ser posible, porque de



otro modo no existiría inseguridad. Lo imposible no origina riesgo. Debe ser cierto, porque si necesariamente va a ocurrir, nadie asumiría la obligación de repararlo. Constituye uno de los factores principales dentro de la actividad aseguradora. Es el objeto del seguro como medida de prevención de un acontecimiento incierto, que de producirse obliga al asegurador a pagar la indemnización convenida.

El carácter eventual del riesgo implica la exclusión de la certeza así como de la imposibilidad, abarcando el caso fortuito, sin descartar la voluntad de las partes, siempre y cuando el suceso no se encuentre sometido inevitable y exclusivamente a ella. La incertidumbre no debe tener carácter absoluto sino que debe ser visto desde una perspectiva económica, para lo cual resulta suficiente la incertidumbre del tiempo en que acontecerá, es decir, ya sea en lo que toca a la realización del evento o al momento en que este se producirá.

Tratándose de un acontecimiento incierto es indudable que no puede depender de la voluntad de asegurado dado que entonces no habría posibilidad de seguro. Los riesgos sobre las cosas también presentan una cierta regularidad que los hace materia de aseguramiento. La práctica aseguradora ha consagrado normas para medir dichos riesgos y calcular las normas que debe percibir el asegurador.

El riesgo determina la prima a cobrar, y en consecuencia, para los riesgos agravados con relación a los riesgos normales, la prima será más elevada. En la póliza de seguro el riesgo asumido por el asegurador debe definirse con mucha claridad, pues se trata de un elemento de capital importancia en este contrato.

En el contrato de seguro el asegurador no puede asumir el riesgo de una manera abstracta, sino que este debe ser debidamente individualizado, ya que no todos los riesgos son asegurables, es por ello que se deben limitarse e individualizarse, dentro de la relación contractual.

El Artículo 4 de la legislación sobre el contrato de Seguro denomina riesgo al:

"Suceso incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del solicitante, asegurado o beneficiario, ni la del asegurador, y cuyo acaecimiento hace exigible la obligación del asegurador, Los hechos ciertos, salvo la muerte y los físicamente imposibles, no constituyen riesgos y son, por tanto, extraños al contrato de seguro".

En los seguros de personas, en cambio, la obligación del asegurador está condicionada al cumplimiento de un plazo incierto: la muerte del asegurado; pero es menester aclarar que en estos seguros el riesgo no es la muerte del asegurado, que sabemos que es un evento cierto, sino la muerte prematura.



1.3.e) El Monto Asegurable o Límite de Responsabilidad del Asegurador.-

Es la cantidad que el asegurador establece mediante la justipreciación del daño efectivamente sufrido por el interés asegurado.

En los seguros de personas la prestación reparatoria se mide ordinariamente en sumas o cantidades previamente establecidas, que se pagan una vez acaecido el riesgo asegurado.

A este punto se denomina valor asegurado y es el límite que en caso de pérdida o daño, el asegurador debe pagar al asegurado.

La responsabilidad del asegurador nunca puede extender la cantidad del daño realmente producido, o la del límite estipulado en el contrato. Así nos indica el Código de Comercio cuando preceptúa el art. 23:

“El asegurador no está obligado a responder, en total y por cualquier concepto, sino hasta la concurrencia de la suma asegurada”

"Art. 34. La indemnización no puede exceder del valor real del interés asegurado en el momento del siniestro, ni del monto efectivo del perjuicio patrimonial sufrido por el asegurado o beneficiario, ni puede sobrepasar el límite de la suma asegurada".

"Art. 35. En caso de exceso del seguro sobre el valor real del interés asegurado debe promoverse su reducción por las partes mediante la devolución de prima correspondiente al importe del exceso y al período no transcurrido del seguro".

"Art. 40. No hallándose asegurado el valor real del interés, en los casos en que éste es susceptible de una estimación razonable, el asegurador sólo está obligado a indemnizar el daño a prorrata en proporción a la cantidad asegurada y a la que no está. Sin embargo, las partes pueden estipular que el asegurado no soporte parte alguna de la pérdida o deterioro sino en el caso de que el monto de estos exceda de la suma asegurada".

1.3.f) La Prima y Clases

La Prima.-

Es la suma que debe pagar el asegurado a efecto de que el asegurador asuma la obligación de resarcir las pérdidas y daños que ocasione el siniestro, en caso de que se produzca. Este monto se fija proporcionalmente, tomando en cuenta la duración del seguro, el grado de probabilidad de que el siniestro ocurra y la indemnización pactada.



Es la cantidad que paga el asegurado como contrapartida de las obligaciones, resarcitivas e indemnizatorias del asegurador. Es el precio del seguro y un elemento esencial de la institución. Es el precio del seguro que paga el asegurado al asegurador como contraprestación del riesgo que asume éste y del compromiso que es su consecuencia.

La prima es un elemento importantísimo en el contrato de seguros, ya que si no existe prima, no existe contrato de seguro, se lo considera inexistente.

El código de comercio sobre el contrato de seguro, en su artículo 2, numeral 6, lo cita como uno de los elementos esenciales del contrato de seguro.

La prima y la asunción del riesgo están correlacionadas, la ausencia de una invalida a la otra, y viceversa, lo cual se basa en el principio de bilateralidad que tiene el contrato de seguro.

Sobre el pago de la prima, en el Código del Comercio se establece:

"Art. 17. El solicitante del seguro está obligado al pago de la prima en el momento de la suscripción del contrato. En el seguro celebrado por cuenta de terceros, el solicitante debe pagar la prima, pero el asegurador podrá exigir su pago al asegurado, o al beneficiario en caso de incumplimiento de aquel.

El pago que se haga mediante la entrega de un cheque, no se reputa válido sino cuando este se haya hecho efectivo, pero sus efectos se retrotraen al momento de la entrega".

"Art. 18. El pago de la prima debe hacerse en el domicilio del asegurador o en el de sus representantes autorizados para recibirla".

La empresa de seguros establece los precios de los servicios teniendo en cuenta varios aspectos como; edad del asegurado, carácter del riesgo, si el seguro es a corto o largo plazo.

Las primas ordinariamente se fijan en dos etapas:

- 1) se calculan las primas llamadas puras que reflejan el corte del servicio pedido por el asegurado.
- 2) Las primas cargadas o recargadas, que son las que realmente paga el asegurado como precio final del seguro.

Las empresas de seguros para el cálculo de las primas utilizan la llamada

TEORIA DE LAS PROBABILIDADES, que consiste en:

La probabilidad de que un hecho ocurra se basa en la observación, estudio y experimentación, mediante la observación continua de un hecho que ha ocurrido en el pasado, se podrá calcular la probabilidad que existe, de que este hecho se vuelva a repetir en el futuro.



El cálculo de la prima de seguro se basa en este estudio pudiendo representarlo como un quebrado numérico, donde el numerador es el número de veces que un hecho ha ocurrido y el denominador el número de veces que un hecho puede ocurrir. Ejemplo:

Si de cada mil casas, diez sufren una pérdida por incendio, concluimos que la probabilidad es que en un futuro se quemen diez casas, encontraremos la tasa pura para este riesgo:

10 casas sobre 1.000 casas igual a 1% (10 / 1.000 = 1%). La tasa pura será 1%.

Tasas y Tarifas

Las tasas o tarifas que van a ser aplicadas deben ser adecuadas al tipo y clase de riesgo que se va asegurar.

La tasa es el costo de seguro y este debe ser suficiente para que el negocio camine en un buen sendero y no se vea en apuros económicos, este costo debe cubrir los siguientes aspectos:

- a. Gastos de intermediación
- b. Gastos generales
- c. Utilidad.

= FACTOR DE GASTOS

TASA PURA DE RIESGO

TARIFA = -----

(1 – FACTOR DE GASTOS)

REGLA PROPORCIONAL

En consideración a la suma asegurada y la relación que ésta guarda con el valor real o de reposición de los bienes, el seguro puede tener una de estas tres modalidades:

- 1) **Sobreseguro:** cuando la suma asegurada excede al valor efectivo de la cosa.
- 2) **Seguro adecuado:** cuando el monto del seguro y el valor asegurado son coincidentes.



3) Infraseguro: cuando el monto del seguro es inferior al valor asegurado de los bienes.

El principio de la regla mencionada, indica que cuando el interés asegurado no se halle cubierto en forma íntegra, el asegurador está obligado solamente a pagar el daño a prorrata entre la cantidad asegurada y la que no lo esté.

La suma asegurable es la cantidad expresada en moneda corriente que tiene el objeto asegurado al ocurrir un siniestro y debe compararse con la suma real asegurada, según la fórmula que a continuación se explica, en donde P.I.= Pérdida Indemnizable; S.A.= Suma Asegurada y S.A 1.= Suma Asegurable

S.A.

P.I. = -----

S.A 1.

Esta disposición puede explicarse así: si el siniestro no afecta la totalidad de la cosa asegurada, la indemnización se regula tomando en cuenta la proporción entre la suma asegurada y la asegurable del objeto, en el momento de producirse el daño o pérdida.

Clases de Primas:

Existen distintos tipos de primas:

- **Prima natural.-** En los seguros de vida es la prima que depende del cómputo matemático del riesgo. Por esta razón, a mayor riesgo, mayor será la prima natural, y viceversa.
- **Prima pura.-** Es la prima de riesgo de los otros ramos de seguros.
- **Prima comercial.-** Esta es la prima que paga efectivamente el asegurado y se compone de dos partes: la prima natural o pura por un lado y los gastos de explotación y la ganancia del asegurador por el otro.
- **Prima nivelada.-** La aplicación simple de la prima natural para el cálculo de la prima comercial haría prohibitivo el seguro de vida, a partir de una determinada edad. En este caso la prima comercial aumentaría de continuo y llegaría un momento en que el asegurado desistiría del contrato, dado el alto precio que debería abonar por su seguro.

Por ello ha sido necesario nivelar las primas a fin de que la prima comercial sea la misma, en los seguros de vida, durante toda la vigencia del contrato.



- **Prima única.-** Es lo que debe abonar el asegurado cuando ello se hace en una sola oportunidad.
- **Primas periódicas.-** La prima única se abona con pagos parciales, con lo cual se ofrece al asegurado una posibilidad que puede decidir la concentración de estas operaciones.

1.3.g) Obligación del Asegurador de efectuar el pago de seguro en todo o en parte, según la extensión del siniestro.

Esta obligación constituye otro de los elementos necesarios del contrato de seguro, ya que si no se indica el contrato no surte efecto resultando ineficaz de pleno derecho.

Este elemento resulta trascendente porque representa la causa de la obligación que asume el asegurado de pagar la prima correspondiente. Debido a que este se obliga a pagar la prima porque aspira que el asegurador asuma el riesgo y cumpla con pagar la indemnización en caso de que el siniestro ocurra.

Esta obligación depende de la realización del riesgo asegurado. Esto no es sino consecuencia del deber del asegurador de asumir el riesgo asegurable. Y si bien puede no producirse el siniestro ello no significa la falta del elemento esencial del seguro que ahora nos ocupa, por cuanto este se configura con la asunción del riesgo que hace el asegurador al celebrar el contrato, siendo exigible la prestación indemnizatoria sólo en caso de ocurrir el siniestro.

La indemnización, es la contraprestación a cargo del asegurador de pagar la cantidad correspondiente al daño causado por el siniestro, en virtud de haber recibido la prima.

El pago lo realizará el asegurador teniendo en cuenta la naturaleza de los riesgos y el monto asegurado, previstos en el contrato de seguro o póliza. El seguro de daños según el art. 32 del Código del Comercio procede solamente la indemnización, y en ningún caso, el seguro puede constituir para el asegurado fuente de enriquecimiento. La indemnización puede abarcar a la vez el daño emergente y el lucro cesante, pero este debe ser objeto de acuerdo expreso. De otro lado, reitero, la indemnización no puede exceder del valor real del interés asegurado, ni del modo efectivo del perjuicio patrimonial sufrido por el asegurado o beneficiario, ni puede sobrepasar el límite de la suma pactada. Finalmente, en los seguros de personas, por mandato del art. 66 el varias veces mencionado Código del Comercio, el valor del interés asegurable no tiene otro límite que el que libremente le asignen las partes contratantes.



CAPITULO 2

EL CONTRATO VOLUNTARIO DE SEGUROS DE SALUD EN EL ECUADOR

2.1. -SALUD.

2.1.1.- Definición.

2.2.- CONTRATO DE SEGUROS DE SALUD

2.2.1.- Definición legal.

2.2.2.- Objeto.

2.2.3.- Tipos de Seguros de Personas.

2.2.4.- Importancia

2.3.- POLIZA DE SEGUROS.

2.3.1- Definición Legal.

2.3.2.- Contenido de la póliza.

2.3.3.- Condiciones y documentos de la póliza.

2.3.3.a) Condiciones Generales.

2.3.3.b) Condiciones Especiales.

2.3.3.c) Condiciones Particulares

2.4.- LA POLIZA DE SEGUROS DE SALUD EN EL ECUADOR.

2.4.1.- Contenido de la Póliza de salud

2.5.- COBERTURAS, EXCLUSIONES Y LIMITACIONES QUE CONTIENEN LAS POLIZAS EN LOS DIFERENTES CONTRATOS DE SEGUROS DE SALUD



CAPITULO II

CONTRATO DE SEGURO VOLUNTARIO DE SALUD EN EL ECUADOR

2.1.- SALUD.

2.1.1.- Definición.-

Salud, del latín "salus", significa, según el DRAE: Es un estado en el que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones.

De otro lado; Salud pública, es la protección y mejora de la salud de los ciudadanos a través de la acción comunitaria, sobre todo por parte de los organismos gubernamentales. La salud pública comprende cuatro áreas fundamentales:

- 1) fomento de la vitalidad y salud integral;
- 2) prevención de lesiones y enfermedades infecciosas y no infecciosas;
- 3) organización y provisión de servicios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, y
- 4) rehabilitación de personas enfermas o incapacitadas para que alcancen el grado más alto posible de actividad por sí mismas.

La presencia de estas cuatro importantes áreas entre las preocupaciones de las instituciones de salud pública quedó de manifiesto a escala mundial en 1948, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) incluyó en su definición de salud el bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de dolencias o enfermedades.

Dentro de la carta magna, en el Art. 32, respecto de la salud establece:

“La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El estado garantiza este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.”



La Ley Orgánica de Salud define a la salud de la siguiente manera:

Art. 3.- La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables.

2.2.- CONTRATO DE SEGURO DE SALUD

2.2.1.- Definición legal.-

Dentro de nuestra legislación no existe un concepto de seguros de salud por lo que intentaremos un análisis al respecto.

Iniciaré indicando lo que es un contrato, al respecto, se encuentra determinado su concepto en el Código Civil en el artículo 1454 señala: que es un acto por el cual una parte se obliga para con otra a dar, hacer o no hacer alguna cosa. Cada parte puede ser una o muchas personas.

En el Código de Comercio en el Título XVII - Capítulo 1, Sección 1a. en el artículo 1, establece lo que es el contrato de seguro, que es un contrato mediante el cual una de las partes, el asegurador, se obliga, a cambio del pago de una prima, a indemnizar a la otra parte, dentro de los límites convenidos, de una pérdida o un daño producido por un acontecimiento incierto; o a pagar un capital o una renta, si ocurre la eventualidad prevista en el contrato.

De la misma forma en el Código de Comercio, los seguros de salud están englobados aunque no en forma específica dentro del Seguro de personas regulado en el Capítulo III, y en el Art. 66 (722.66) establece el límite del interés asegurable, que no tiene otro límite que el que libremente le asignen las partes contratantes, lo que quiere decir, que lo que está asegurado es lo que está especificado en la póliza, lo que no lo está se entenderá que no va a cubrir la aseguradora.

De todo ello cual podremos deducir que el contrato de seguro de salud es un acuerdo de voluntades, entre asegurador y asegurado por el cual el asegurador garantiza cobertura a través de acciones que se realicen frente a una necesidad descriptible, estimable y de incidencia aleatoria que es la salud, a cambio de una remuneración llamada prima, dentro de los límites convenidos.



2.2.2.- Objeto:

Gramaticalmente el verbo asegurar implica protección contra un evento bien determinado y garantía de cobertura frente a un riesgo.

- El objeto del seguro (¿qué quiero asegurar?)
- Y el evento del seguro (¿contra qué cosas de las que pueden pasarle al objeto quiero protección?)

En primer término expresé que el objeto de los contratos en general, son las obligaciones contraídas y pactadas entre las partes donde se obligan recíprocamente a dar y recibir entre sí.

De acuerdo a nuestra ley, se establece el objeto de seguro en el Art. 10 (722.10) del Código de Comercio, con las restricciones legales, el asegurador puede asumir todos o algunos de los riesgos a que están expuestos la cosa asegurada, el patrimonio o la persona del asegurado, pero debe precisarse en tal forma que no quede duda respecto a los riesgos cubiertos o a los excluidos, lo que quiere decir que el objeto del seguro es el interés asegurable dependiendo de lo que se quiere asegurar y el asegurador debe asumir todos los riesgos pero para ello debe estar bien expresado en la póliza para que en un posterior acontecimiento (riesgo) no existan problemas.

¿Cuál es el interés asegurable en el seguro de personas?

El interés asegurable del seguro de salud, no se encuentra citado en el código de Comercio pero de manera general consta en el Seguro de personas, cuyo Art. 65 (722.65) establece el interés asegurable, “Toda persona tiene interés asegurable:

- a) En su propia vida;
- b) En las personas a quienes pueda reclamar alimentos de acuerdo con el Art. 360 (actual 349) del Código civil; y,
- c) En la de aquellas cuya muerte pueda aparejarle un perjuicio económico aunque este no sea susceptible de una evaluación exacta.”

Además el Art. 66 (722.66), establece que el límite del interés asegurable no tiene otro límite que el que libremente le asignen las partes contratantes.

Y en el Art. 66 (722.67) Los amparos accesorios de gastos que tengan carácter de daño patrimonial, como gastos médicos, clínicos, quirúrgicos o farmacéuticos, son susceptibles de indemnización y se regulan por las normas relativas a los seguros de daños.



En los Seguros de Personas es difícil dar un concepto de interés asegurable por su naturaleza; dado que el interés recae sobre un objeto. Este objeto es la vida misma, la integridad corporal, la salud, concebidas como bienes.

En tal virtud, es la relación económica afectiva, amenazada por un riesgo corporal que una persona tiene consigo mismo o con otra persona o personas

Características:

- Lícito
- Económico

Con el fin de que el contrato de seguros de vida sea válido, el dueño del contrato debe tener algún interés asegurable en la vida del asegurado. La persona tiene un interés asegurable en la vida del asegurado cuando:

- ✓ Es posible que la persona se beneficie si el asegurado sigue viviendo
- ✓ Es posible que sufra algún tipo de pérdida o perjuicio si el asegurado fallece.

Es decir, se supone que “Nadie vale más muerto que vivo” ; o que “nadie tenga más capital asegurado del que merece su posición social”. El objetivo es evitar que una persona se beneficie con la muerte de otra.

El requisito de interés asegurable debe cumplirse antes de emitir una póliza de Seguro de Vida.

De aquí que el objeto del contrato de seguro de salud es el interés asegurable que no es otra cosa que la vida misma del ser humano, su salud, gastos médicos, clínicos, quirúrgicos, farmacéuticos u otras situaciones que pongan en riesgo la salud, de acuerdo a la forma que se encuentre especificado en la póliza.

2.2.3.- Tipos de Seguros de Personas

Según la doctrina existen los siguientes tipos de seguros de personas:

1. En sentido estricto, al seguro sobre la vida humana –seguro de vida, seguros para el caso de muerte, supervivencia, etc.
2. En sentido amplio, los seguros que cubren un acontecimiento que afecte la salud o integridad corporal y de acuerdo al tipo de póliza pueden ser:

- ❖ Seguro de gastos médicos



- ❖ Seguro de enfermedad
- ❖ Seguros de Accidentes personales

3. Medicina prepagada

1.- En sentido estricto: seguro sobre la vida humana

En esta clase de seguros la suma asegurada, capital o renta, se pagará por la entidad aseguradora al beneficiario, si se produce la muerte del asegurado o al asegurado en caso de producirse una I.T.P. (Invalidez Total y Permanente).

Coberturas básicas a este contrato son:

- Vida (amparo básico).
- Muerte Accidental (Doble indemnización por muerte accidental).
- Desmembración Accidental.
- Invalidez Total y Permanente.

Riesgos que afectan a la vida humana:

- ✓ Muerte Prematura.- al momento de morir no dejamos suficiente dinero a nuestra familia para que tenga una forma de vida adecuada.
- ✓ Salud Pobre.- el riesgo de tener que pagar por gastos médicos o pérdida de ingreso a causa de un accidente o enfermedad.
- ✓ Gasto de recursos.- el riesgo de tener que sustentarnos de nuestras rentas o recursos adicionales.

- **Vida**

La Compañía asume la cobertura del riesgo de fallecimiento de los asegurados, producido por cualquier causa y en cualquier lugar, las 24 horas del día, sin más excepciones que las definidas en los riesgos excluidos.

En el supuesto caso de que el fallecimiento del Asegurado sea causado por un beneficiario, la Compañía quedará desligada de sus obligaciones respecto a dicho beneficiario. Si existen varios beneficiarios, los no intervinientes en el fallecimiento del Asegurado conservarán su derecho sobre la parte que les corresponda del capital asegurado.



- **Muerte y/o Desmembración Accidental (MYDA)**

En caso de sufrir el Asegurado, a consecuencia de un accidente, alguna pérdida enumerada en dicho anexo, la Compañía pagará el monto adicional que corresponda según esté especificado, siempre que el amparo básico esté en vigor y que dicha pérdida se produzca dentro de 90 días (plazo que varía de acuerdo a la aseguradora), a contar desde la fecha del accidente que la originó, y antes del aniversario de la póliza principal siguiente al sexagésimo cumpleaños del asegurado (edad límite que varía de aseguradora en aseguradora).

- **Invalidez Total y Permanente (I.T.P.)**

En caso de Invalidez Total y Permanente del Asegurado, tanto por enfermedad o accidente, la Compañía pagará el capital asegurado indicado en la Póliza.

Para los efectos del seguro complementario se considera Invalidez Total y Permanente al hecho de que el Asegurado, antes de llegar a los 60 años de edad (edad límite que varía según la aseguradora), quede total y permanentemente incapacitado por lesiones corporales o por enfermedad, para ejecutar cualquier trabajo lucrativo o para dedicarse a cualquier actividad de la que pueda derivar alguna utilidad y siempre que el carácter de tal incapacidad sea reconocido y haya existido de modo continuo durante un tiempo no menor de seis meses consecutivos.

Este capital será satisfecho en un solo pago o en varios pagos mensuales que pueden ser 24 o 36 mensualidades.

Sin perjuicio de otras causas de Invalidez Total y Permanente, se considera como tal:

- La amputación total de ambas manos o de ambos pies o de toda una mano o todo un pie.
- La pérdida total e irreparable de la vista en ambos ojos.

2. En sentido amplio:

- ❖ **Seguro de Gastos Médicos**

El seguro privado de gastos médicos cubre los perjuicios económicos a consecuencia de enfermedad o accidente, permitiendo acceder a tratamientos destinados a recuperar la salud, diagnosticar o paliar efectos de los padecimientos.



Por su complejidad es una de las coberturas más difíciles de abordar, el crecimiento incontrolado de sus costos, lo hace un negocio de alto riesgo, por lo tanto es de largo plazo, al igual que el seguro de vida, por lo que los aseguradores se ven exigidos a un alto nivel de seriedad y profesionalismo.

Existen diferencias entre la suscripción de seguros de riesgos de vida y salud siendo estos los más complejos. Padecimientos que en el seguro de vida no tienen importancia – ya que no ponen en peligro la vida del individuo – pueden resultar cruciales en el seguro de salud por los altos gastos médicos que ocasionan.

Las diferencias entre ambos seguros se reflejan en estadísticas norteamericanas, casos seleccionados y aceptados a tarifa normal en vida representan el 90%; en los seguros médicos es menor al 80%; en los seguros de salud se rechazan más solicitudes y se aplican mayor número de exclusiones que en el de vida.

Por ello insistimos que el seguro privado de gastos médicos cubre los perjuicios económicos a consecuencia de enfermedad o accidente, permitiendo acceder a tratamientos destinados a recuperar la salud, diagnosticar o paliar los efectos de los padecimientos.

CLASES

➤ Indemnización Diaria por Hospitalización

Es una de las formas más antiguas de cobertura médica y consiste en el pago de una suma fija por día (o por semana) de hospitalización.

La suma asegurada no depende ni de la naturaleza de la enfermedad ni del costo exacto del tratamiento. El pago es limitado a un lapso de tiempo máximo preestablecido.

Otra variante es la de un capital fijo cuando se produce un evento asegurado (hospitalización), sin importar su duración

El beneficiario podría ser el asegurado mismo o su empleador (Interés asegurable).



➤ **Reembolso de Gastos Hospitalarios (Hospital Expense Reimbursement)**

Otorga a los asegurados mayor protección contra la inflación de costos médicos. Ésta garantiza el reintegro de la totalidad de los gastos incurridos durante una hospitalización.

Debido a la experiencia que muestra que las hospitalizaciones importantes y prolongadas pueden desequilibrar las cuentas. Las aseguradoras incorporaron las siguientes medidas.

- Limitar el número de días de hospitalización (30 días de los 365)
- Un capital máximo asegurado (USD 200.000)
- A una escala de acuerdo a la enfermedad tratada (75% s.a. por bypass, 15% por apendicetomía).

➤ **Gastos Médicos Mayores (Major Medical Expenses)**

Diseñado para cubrir gastos por enfermedad, accidente o maternidad, no cubiertos por otra póliza, o que exceden los beneficios de los planes médicos básicos.

Para contener la amplitud de este tipo de coberturas se aplican los siguientes rubros

- Deducible anual
- Se aplica coaseguro, hasta cierto límite
- Se aplican períodos de carencia, para ciertos tratamientos
- Se excluyen preexistencias

➤ **Indemnizaciones por intervenciones quirúrgicas**

Existe una variedad de Gastos Médicos Mayores – Similar a Enfermedades Graves (Vida). Provee el pago de la suma asegurada en caso de que el asegurado sea sometido a una cirugía mayor.

En el condicionado de la póliza figura el tipo de enfermedades amparadas y el capital cubierto a cada una de ellas; estas son ciertas de las enfermedades cubiertas.

1. Infarto de miocardio
2. By-passa orto coronario
3. Accidente cerebrovascular ACV



4. Cáncer (excluido cáncer in-situ/ no invasivo)
5. Trasplante de órganos (corazón, pulmón, médula ósea)
6. Insuficiencia Renal

❖ Seguro de Enfermedad

Enfermedad.- Se entiende a toda alteración o desorden patológico por disturbios en el funcionamiento de uno o varios órganos, sistema o parte del cuerpo producida independiente de la voluntad del asegurado y comprobada por un médico.

En este tipo de seguro, se tiene que producir la enfermedad para que la aseguradora cubra los riesgos, mismo que tienen que estar debidamente especificados en la póliza, esto es las coberturas, exclusiones y limitaciones.

- Enfermedad terminal

La aseguradora paga al propietario-beneficiario una porción antes del beneficio cuando este haya sido afectado por una enfermedad terminal y cuya expectativa de vida sea de 12 meses o menos

- Enfermedad catastrófica

La aseguradora paga al propietario-beneficiario una porción antes del beneficio cuando este haya sido afectado por una enfermedad determinada; el resto del beneficio se pagará al beneficiario a la muerte del asegurado.

Son consideradas enfermedades catastróficas:

- Cáncer con riesgo de muerte
- SIDA
- Insuficiencia renal
- Infarto del miocardio
- Accidente vascular encefálico
- Cirugía de Bypass

- Enfermedades graves

Garantía pagadera al diagnóstico de una afección cubierta y definida.



No depende ni de la muerte ni de la invalidez, sino de la ocurrencia de una enfermedad grave.

A continuación planteamos ciertas de las coberturas:

- Infarto de miocardio
- By-pass artero coronario
- Accidente cerebro vascular ACV
- Cáncer (excluido cáncer in-situ/ no invasivo)
- Trasplante de órganos (corazón, pulmón, médula ósea)
- Insuficiencia Renal

❖ **Seguro de Accidentes Personales**

Accidente.- Conceptuamos como accidente a toda lesión corporal que sufra una persona asegurada directa e independiente de cualquier otra causa, por acción repentina de un agente externo, en forma violenta, fortuita, imprevista y ajena a su voluntad.

Tiene por objeto la prestación de indemnizaciones, en caso de accidentes, que motiven la muerte, incapacidad o gastos de curación del asegurado a consecuencia de actividades previstas en la póliza.

La Compañía garantiza que pagará las indemnizaciones acordadas en su póliza, o en sus anexos, si el asegurado sufre una lesión corporal por causa de accidente.

Para los efectos del seguro se considera accidente todo hecho proveniente de una causa externa, violenta, imprevista, fortuita e independiente de la voluntad del asegurado, que le ocurra mientras ejerce la profesión u ocupación declarada, o en el curso de su vida privada (24 horas al día, en cualquier lugar del mundo). Se asimilan a accidentes y se encuentran amparados también los siguientes hechos: legítima defensa, salvamento de personas o bienes; quemaduras por fuego; agua hirviendo o vapor de agua; envenenamiento de la sangre por gases tóxicos irrespirables; rayo.

La definición es lo más importante y debemos comprender cuando aparezca en los contratos. Por ejemplo, una pérdida accidental debe resultar directa e independientemente de toda otra causa. Si existe alguna enfermedad, física o mental, o anormalidad a la hora de una lesión, y, esta condición contribuye a la causa de esta pérdida, la pérdida no resulta “independientemente de todas las causas”. Por ejemplo, una leve lesión puede resultar fatal para una persona



con el corazón lesionado y/o deteriorado, pero para una persona normal no sería de consecuencia grave, por lo tanto, el asunto más importante es la suscripción y la solicitud de seguro.

En cuanto al Interés Asegurable, descrita anteriormente, la pérdida debe resultar “de lesiones corporales ocurridas en forma accidental”. El término “causas accidentales”, desde hace mucho tiempo, quiere decir si en el momento que precede a la lesión sucede algo imprevisto, inesperado, anormal e involuntario y esto produce la lesión, entonces la lesión se ha producido por “causas accidentales”.

Algunas compañías usan en lugar de “causas accidentales”, la frase “lesiones corporales accidentales”, entre las cuales existe una pequeña diferencia. Podemos decir que “causas accidentales” asegura la causa del accidente, cuando “lesiones corporales accidentales” asegura los resultados.

Si alguna persona se lesiona la espalda mientras mueve un escritorio, por ejemplo, no tiene reclamo bajo “causas accidentales” porque él ha movido intencionalmente el escritorio. La causa de la lesión no fue accidental, sino intencional. Sin embargo, tendrá un reclamo bajo la frase “lesiones corporales accidentales”, porque es el resultado de una lesión accidental. De otro modo, si se resbala mientras mueve su escritorio y como resultado se lesiona la espalda, él presentará un reclamo bajo “causas accidentales”, ya que el resbalón no fue intencionado y por supuesto accidente.

Las lesiones deben ocurrir dentro del término de la póliza. Desde luego, el seguro está sujeto a provisiones y limitaciones. Es necesario, sin embargo, aprender lo que estas provisiones y limitaciones son para saber cuál es la cobertura.

3. Medicina Prepagada

Es un sistema que otorga y financia la atención de salud, el cual presta servicios de atención de salud completos a los afiliados

Participa no solo en el pago de los gastos médicos del asegurado, sino además en el suministro de médicos, hospitales, clínicas y demás organizaciones de atención médicas y el personal necesario para proporcionar atención especializada a sus afiliados

A diferencia de los seguros de vida, la medicina prepagada son sistemas o planes, más no pólizas



Características

- Atención completa.
- Atención pagada por adelantado (copago).
- Prestadores pertenecientes a la Red y Honorarios Negociados.
- Controlar la calidad de los prestadores.
- Negociar honorarios.

Al respecto la Ley Orgánica de Salud establece lo siguiente:

Art. 183.- El contrato de prestación de servicios de medicina prepagada debe ser aprobado por la autoridad sanitaria nacional.

Es obligación de las empresas de medicina prepagada obtener dicha aprobación y hacerla constar en el contrato respectivo.

Clasificación del seguro de personas por la forma de terminación del contrato.

- Cancelable: la aseguradora tiene derecho de aumentar o cancelar la póliza en cualquier momento y por cualquier razón
- De renovación opcional: la aseguradora tiene el derecho de incrementar la prima o rehusar la renovación de la póliza en la fecha mencionada en la póliza.
- De renovación condicional: la aseguradora tiene el derecho de incrementar la prima o rehusar la renovación de la póliza al final del período de pago de la prima. Pero la aseguradora no puede aumentar la prima o rehusar la renovación de la misma debido a la salud del asegurado.
- De renovación garantizada: la aseguradora deberá reanudar la póliza en tanto que el asegurado pague su prima. La aseguradora puede rehusar la renovación de la póliza después que el asegurado alcance la edad límite mencionada en la póliza. La aseguradora puede incrementar la prima por una clase de póliza de renovación garantizada pero no para una póliza individual.
- No cancelable: la aseguradora no puede incrementar la tarifa de la prima por ninguna circunstancia. Se puede negar la renovación luego de que el asegurado alcance la edad mencionada en la póliza.

2.2.4 IMPORTANCIA

Para establecer la importancia del contrato de seguro de salud, enunciaré la diferencia entre el Seguro voluntario y el Seguro Obligatorio.



Independientemente de la clasificación de los seguros según la naturaleza de los riesgos, se lo puede establecer también una división desde otro punto de vista, así puede distinguirse que el seguro según el grado de libertad que exista en su contratación pueden ser: Obligatorio o voluntario.

En el seguro obligatorio la contratación viene impuesta por el Estado, está dirigido al bienestar y protección de la población; comprendiendo un conjunto de medidas de previsión ejercidas por determinados organismos e instituciones oficiales creados con el objeto de cubrir las contingencias que pudieran afectar a los trabajadores salarios, así como a sus familiares o beneficiarios. Sobre esta base se garantiza por ejemplo; la asistencia sanitaria en caso de enfermedad o accidentes, la prestación económica en caso de incapacidad laboral y fallecimiento entre otras.

Esta implantación de régimen legal de naturaleza coercitiva en el tema de salud, de acuerdo a nuestra constitución es el INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL (IESS), el cual es un derecho y una garantía establecida en el Art. 33, 34, 367, 368, 369, 370, 372, 373, 374 de la Constitución Política vigente y se encuentra establecido la obligatoriedad, los principios por los que se va a regir, las entidades que comprende, las contingencias que va cubrir como el de enfermedad, maternidad, paternidad, riesgos de trabajo, cesantía, desempleo, vejez, invalidez, discapacidad, muerte y aquellas que defina la ley, etc. De esto se puede determinar que en este contrato de seguro no hay acuerdo de voluntades pues vienen determinadas todas las condiciones por las que se van a regir, los campos que va a cubrir, como se tiene que cumplir, etc., por lo que existe una gran diferencia con los contratos de salud voluntarios.

En tanto que los seguros privados son operados por entidades privadas, con quienes los asegurados contratan libremente; dentro de una gran gama de posibilidades que los seguros ofrecen, sin que exista norma que le imponga la necesaria existencia de dicho seguro.

Diferencias entre el contrato voluntario y Obligatorio.

- Forma de contratar.- El contrato de seguro obligatorio no libertas de contratar, en forma imperativa tiene que celebrar el contrato, no así en el contrato voluntario en la que existe libertad para contratar o abstenerse de contratar, se requiere entonces de un acuerdo de voluntades.
- En el seguro obligatorio el contrato es de adhesión, es decir será la misma cobertura y suma asegurada consignada en los formatos de las Instituciones de seguros, en este caso del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, mientras en el voluntario existe una inmensa gama de coberturas y sumas asegurables de acuerdo a los intereses y necesidades de los particulares de quienes contratan, teniendo pólizas



adecuadas a la naturaleza del objeto asegurado así como los costos que la aseguradora elija.

Aunque practicar buenos hábitos de salud no garantiza del todo el gozar de una vida más larga, definitivamente puede mejorar su calidad. Si se practican con regularidad, unas cuantas cosas simples pueden ayudar a minimizar el riesgo de enfermedad y enriquecen la vida.

Después de la II guerra mundial, los gobiernos desarrollaron ambiciosos programas de protección médica y pensiones. Pero el aumento de los costos de salud (avances de la medicina, equipamientos y aumento de tecnología en clínicas, hospitales) y el envejecimiento creciente de la población tuvo una influencia negativa sobre los programas públicos de protección social.

Por ello el hombre ha buscado mecanismos y se han creado los seguros voluntarios de salud para poder garantizar que no se produzca mayores daños a su salud o como una ayuda a solventar esas necesidades económicas dependiendo, cuando suceda dicho riesgo.

2.3 POLIZA DE SEGUROS

2.3.1.- Definición Legal

El contrato de seguro siendo un contrato solemne, requiere de documentos que den vida legal y que sirvan de soporte a las relaciones jurídicas de las partes a él vinculadas, y a la seguridad de sus derechos.

Es un documento que debe recoger un contenido mínimo exigido por la ley estando sometida a la garantía de que las condiciones generales en ella incluida no sean abusivas para el subscriptor de la póliza (contratante).

Este documento privado que, ajustado a la ley, permite identificar al contrato en su origen, en su forma, en su evolución, en su expiración, y definir en un momento dado el contenido y alcance de los derechos y obligaciones que de él emanen, se llama póliza.

Puede emitirse a la orden o al portador, salvo en los seguros de personas, en que debe ser nominativa.

El texto es, en general, uniforme para los distintos tipos de seguros. Las cláusulas adicionales y especiales y las modificaciones al contenido de la póliza se denominan endosos y se redactan en hoja separada, que se adhiere a aquella.

La póliza es el documento principal del contrato de seguro, en donde constan los derechos y obligaciones de las partes. Es un documento privado redactado



en varios folios. Las condiciones generales están impresas, mientras las condiciones particulares están normalmente mecanografiadas.

En nuestra legislación define a la póliza como el documento privado que permite que el contrato de seguro se perfeccione y se pruebe es, evidentemente, el elemento formal del contrato de seguros.

De lo dicho podemos indicar que, dado que la póliza es el medio por el que se perfecciona o se prueba el contrato, ésta necesariamente tiene que darse por escrito, lo que hace que la póliza sea el elemento formal del contrato de seguros, además de que no podemos dejar de lado que la póliza es fundamental como prueba del contrato, lo que corrobora la afirmación hecha.

Es el instrumento escrito en el cual constan las condiciones del contrato. Aunque no es indispensable para que exista el contrato.

2.3.2 Contenido de la Póliza

Incierta se mostró la doctrina, durante muchos años, en cuanto al carácter de jurídico de la póliza de seguro, a consecuencia, quizá, de que los textos legales, a su vez, tampoco mostraban claridad suficiente como para influir en uno u otro sentido en las corrientes doctrinarias

Se parte del criterio de que es un contrato que se rige por la idea de buena fe (máxima de buena fe) que debe practicarse por ambas partes, por el asegurado en el sentido de que las cláusulas que ofrezca deben ser claras y no abusivas; y, por otra parte, del contratante porque tiene el deber de informar de determinados riesgos que recaen sobre su persona y que pueden incidir en la cobertura prestada.

Al respecto, en nuestra legislación, de acuerdo a la Ley General de Seguros, según el Art. 25, establece las condiciones de las pólizas, de manera general así:

“Los modelos de pólizas, las tarifas de primas y notas técnicas, requerirán autorización previa de la Superintendencia de Bancos para ponerlas en vigor. Sin embargo copia de las mismas deberán remitirse a dicha Institución por lo menos quince días antes de su utilización y aplicación”.

Las pólizas deberán sujetarse mínimo a las siguientes condiciones:

- a) Responder a normas de igualdad y equidad entre las partes contratantes;
- b) Ceñir su contenido a la legislación sobre el contrato de seguro constante en el Código de Comercio, el decreto supremo No. 1147 publicado en el Registro



Oficial No. 123 de 7 de diciembre de 1963, a la presente Ley y a las demás disposiciones que fueren aplicables;

- c) Ser su redacción de clara comprensión para el asegurado;
- d) Los caracteres tipográficos deben ser fácilmente legibles;
- e) Figurar las coberturas básicas y las exclusiones con caracteres destacados en la póliza;
- f) Incluir el listado de documentos básicos necesarios para la reclamación de un siniestro;
- g) Incluir una cláusula en la que conste la opción de las partes de someter a decisión arbitral o mediación las diferencias que se originen en el contrato o póliza de seguros;
- h) Toda póliza de seguros emitida a plazo superior a un año, que cubra daños a las personas y a los bienes inmuebles, deberá ser expresada en unidades de valor constante (UVC), en moneda extranjera u otra forma de ajuste autorizada por la Superintendencia de Bancos; e,
- i) Señalar la unidad o moneda en la que se pagarán las primas y siniestros.

El valor de la unidad de valor constante (UVC) o la cotización al valor de venta de la moneda extranjera será la vigente a la fecha efectiva de pago de las primas y de las indemnizaciones.

Cuando las condiciones generales de las pólizas o de sus cláusulas especiales difieran de las normas establecidas en la legislación sobre el contrato de seguros, prevalecerán estas últimas sobre aquellas.

Las tarifas de primas se sujetarán a los siguientes principios:

1. Ser el resultado de la utilización de información estadística que cumpla exigencias de homogeneidad y representatividad; o,
2. Ser el resultado del respaldo de reaseguradores de reconocida solvencia técnica y financiera.

Art.26 del Código de Comercio señala: En toda póliza emitida y vigente se entenderán incorporados los requisitos señalados en el artículo 25 aún cuando éstos no consten en su texto en forma expresa. Este incumplimiento será causal para que el Superintendente de Bancos prohíba o suspenda la emisión de nuevas pólizas hasta cuando sea satisfecho el o los requisitos respectivos. Si tales faltas u omisiones resulten reiteradas, el Superintendente de Bancos podrá retirar el certificado de autorización del ramo correspondiente sin perjuicio de las sanciones legales pertinentes.



Las empresas de seguros procederán en los casos de pólizas emitidas con anterioridad y que hayan sido sujetas a observaciones por parte de la Superintendencia de Bancos a notificar a los asegurados de tales enmiendas.

En forma más específica el contenido de la póliza se encuentra establecido en el Art. 7 del Código de Comercio, en la que se señala todos los datos que deben contener la póliza, estos son:

a) El nombre y domicilio del asegurador

En la póliza de seguros es de mucha importancia que conste el nombre o denominación del asegurador.

Si el nombre o denominación del asegurador no aparece consignado en documento que solemniza el contrato, es tanto como si éste no existiera, pues es relevante por las siguientes razones:

- Para que el asegurado o beneficiario sepa a quién puede reclamar sus derechos.
- Frente a quién debe el tomador cumplir con sus obligaciones.

También es importante especificar el domicilio del asegurador por:

- En caso de controversia entre las partes, procesalmente se requiere saber el domicilio del asegurador, para allí presentar la demanda.
- Así mismo, es importante la determinación del domicilio del asegurador para que allí se realice el pago de la prima como establece el artículo 18 del Código del Comercio sobre el contrato de seguros, que dice: "El pago de la prima debe hacerse en el domicilio del asegurador o el de sus representantes o agentes debidamente autorizado".

b) El nombre y domicilio del solicitante, asegurado y beneficiario

El nombre del solicitante o tomador, es muy importante dentro de la póliza, es la persona natural o jurídica que, obrando por cuenta propia o ajena, traslada los riesgos a su contraparte el asegurador y la que, por lo mismo, contrae las obligaciones derivadas del contrato del seguro.

En los seguros de salud generalmente el solicitante también reúne las calidades de asegurado y beneficiario, lo que haría que la póliza lleve un solo nombre; pero en los seguros de vida el beneficiario es un tercero, por lo que el



nombre también debería constar en la póliza, claro que si la póliza de vida específicamente carece del nombre del beneficiario, se estaría frente a lo que dispone el código civil en cuanto a la sucesión.

Igualmente el domicilio de estas personas debe constar por la consideración procesal hecha anteriormente.

c) La calidad en que actúa el solicitante del seguro

Se debe especificar si actúa solo como solicitante o si en él concurren las tres calidades (solicitante, asegurado y beneficiario); igualmente si actúa como agente oficioso o por cuenta de un tercero. Siendo el solicitante una persona importante en la contratación del seguro es preciso, también, que la póliza determine en qué calidad actúa este tomador, o qué interés tiene en que se lleve adelante esa contratación.

Este literal, como podemos inferir tiene íntima relación con el anteriormente analizado.

d) La identificación precisa de la persona o cosa, con respecto a la cual se contrata el seguro

Lo que significa que se debe hacer una descripción completa de lo que se va a asegurar.

En los seguros de vida, es indispensable identificar la persona que está asegurada, esto es, nombres completos, cédula de identidad, edad, etc.

En los seguros de salud, igualmente se debe especificar las coberturas, así como también las exclusiones y limitaciones, identificar la naturaleza de cobertura en toda su extensión, para que el asegurador sepa cuáles son los riesgos que está asumiendo.



e) La vigencia del contrato, con la indicación de fecha y hora de iniciación y vencimiento, o el modo de determinar una u otras

Es importante que en la póliza se establezca el momento preciso en que el asegurador comienza a asumir el riesgo y el momento en que termina la vigencia de la póliza.

En algunos casos, las pólizas comienzan su vigencia en el momento en que la solicitud de seguro está aceptada expresamente por la compañía aseguradora y terminan luego de transcurrido un año completo. Otras veces, desde la inspección de riesgo o desde la emisión de la póliza propiamente dicha; en definitiva la vigencia puede ser variada de acuerdo a las conveniencias de las partes.

Nuestra Legislación señala que la fecha y hora si no pueden ser establecidas, debe en la póliza señalarse el modo de determinar las unas y otras, y esto porque hay pólizas en las que no se puede establecer la fecha exacta del inicio de la vigencia; ejemplo, en la póliza de transporte que generalmente tiene una cobertura de bodega a bodega, el momento de firmar la aplicación o póliza no se conoce la fecha de envío de la mercadería, ni la fecha de llegada, pero la cobertura comienza en el momento en que la mercadería sale de la bodega de inicio y termina en el momento en que llega a la bodega de destino.

f) El monto asegurado o el modo de precisarlo

Decir monto asegurado, equivale a decir límite máximo de responsabilidad de la aseguradora en caso de indemnización, de allí que es importante delimitar esa responsabilidad del asegurador.

En el seguro de personas el valor asegurado es el que el tomador de la póliza cree, de acuerdo al perjuicio económico que cause su muerte a los beneficiarios de esa póliza, y de acuerdo a la capacidad económica del solicitante y de la aceptación del asegurador,

Así mismo, si el monto asegurado no está claramente determinado, se deberá señalar el modo de precisarlo. Por ejemplo en una póliza automática o flotante de transporte en la que no se sabe, exactamente, el monto asegurado global sino que se establece un máximo por embarque y luego se llega a precisar por medio de declaraciones periódicas del asegurado, en este caso, en la póliza debe constar una cláusula, de cada qué tiempo debe darse dicha declaración que, en la generalidad de casos, es de 30 y 45 días.



g) La prima o el modo de calcularla

La prima, como ya se dijo en el capítulo anterior, es un elemento esencial del seguro, sin la cual no existe el contrato. Es el precio que paga el asegurado por trasladar el riesgo, la causa de la obligación del asegurador. Sobre esta prima, al igual que la suma asegurada, nuestra Legislación admite como alternativa al no establecimiento de la prima, el modo de calcularla.

h) La naturaleza de los riesgos tomados a su cargo por el asegurador

Esto constituye, al igual que la prima, aspecto esencial del contrato, pues el asegurador deberá determinar el riesgo que está tomando a su cargo, así como también las limitaciones, restricciones o exclusiones que tenga. Todo esto, normalmente, se lo hace en las condiciones generales de la póliza, que como ya se dijo, son aprobadas por la Superintendencia de Bancos.

Todo esto ratifica nuestra legislación sobre el contrato de seguros en su artículo 10, que señala:

"Con las restricciones legales, el asegurador puede asumir todos o algunos de los riesgos a que están expuestos la cosa asegurada, o el patrimonio, o la persona del asegurado, pero deben precisarse en tal forma, que no queden dudas, respecto a los riesgos cubiertos y a los excluidos..."

i) La fecha en que se celebra el contrato y la firma de los contratantes

Esta fecha es importante ponerla en la póliza, misma que, llegado el caso, puede precisarse tomando como base la fecha de solicitud, la de inspección de riesgo, si la hubiere, la de iniciación de la vigencia de seguro, la de pago de la prima, etc. En la generalidad de casos es la de emisión del documento privado llamado póliza.

En cuanto a la firma de los contratantes, equivale a la aceptación de todos los puntos establecidos en la póliza. En cuanto a la firma del asegurador que es la persona jurídica, deberá ser la firma de su representante legal o la de un mandatario suyo, provisto de poderes suficientes de representación.



j) Las demás cláusulas que deben figurar en la póliza de acuerdo con las disposiciones legales

Este punto se refiere a todas las cláusulas que alteren o modifiquen, limiten o aumenten las condiciones generales, éstas se las llama condiciones particulares o especiales, mismas que para que surtan efectos deben constar en la póliza en forma expresa, así como también no deben ser contrarias a la ley y deben ser aceptadas o aprobadas por la Superintendencia de Bancos en caso de ser especiales.

2.3.3 Condiciones y Documentos de la Póliza

2.3.3.a) Condiciones Generales

Las condiciones generales, están llamadas a aplicarse a todos los contratos de un mismo tipo, otorgados por un mismo asegurador y, en la generalidad de los casos, aplicadas por los aseguradores del mismo mercado.

Tales condiciones deben tener la aprobación de la Superintendencia de Bancos de acuerdo al Art. 25 de la Ley General de Seguros, y el Art. 89 de la Legislación sobre el contrato de seguros. Están destinadas a delimitar, de una parte, la extensión del riesgo asumido por el asegurador de tal modo que guarde la debida equivalencia con la tarifa aplicada, además que es el mecanismo que regula las relaciones entre las partes intervinientes en el contrato, garantiza así mismo el ejercicio de los derechos y obligaciones que tienen las partes.

En consecuencia son las condiciones, estipulaciones o cláusulas a que el tomador se adhiere, las cuales deben ser uniformes para todos los contratos del mismo tipo, emitidas por la misma Compañía.

En las condiciones generales se encuentran:

El amparo que dice relación a la extensión del riesgo que asume el asegurador, esta sección delimita el alcance de la protección contratada por el asegurado, en definitiva, aquí constan todos los aspectos que la póliza cubre.

Esta delimitación de amparo no puede ir sin que consten también los eventos que la póliza no cubre, son las exclusiones mismas que describen los riesgos no amparados.

Así mismo, en las condiciones generales consta una serie de estipulaciones que pretenden dar efectividad al amparo, tales como: normas relativas a



reclamaciones, a la caducidad, a la prescripción, a la subrogación, la jurisdicción, el domicilio y otras.

Creo necesario señalar también la posición que tiene la Superintendencia de Bancos con respecto a las condiciones generales:

"Las cláusulas, condiciones o estipulaciones generales de la póliza, son aquellas que tienen por objeto establecer las responsabilidades básicas de los contratantes, los derechos y obligaciones de las partes, los procedimientos para el uso y correcta aplicación de tales derechos y obligaciones de conformidad a las disposiciones legales en vigencia y con las normas y principios de la técnica.

Estas en su integridad son las de observancia obligatoria para los contratantes, y, por lo tanto, formando parte del contrato, impresas en el interior de la póliza, deben encontrarse aprobadas previamente por la Superintendencia de Bancos...".

2.3.3.b) Condiciones Especiales

Son aquellas que pueden identificarse a través de la práctica contractual como condiciones que, sin ser generales, participan de su naturaleza más que de las condiciones particulares, en cuanto son concedidas como reglamento específico de seguros sobre determinadas clases de interés o determinada modalidad de pólizas.

Como especiales, prevalecen sobre las generales, pero han de entenderse subordinadas a las condiciones particulares si es que de un modo u otro las contradicen o ignoran.

Al respecto, la Superintendencia de Bancos sobre estas condiciones señala:

"Se denominan cláusulas, condiciones o estipulaciones especiales de la póliza, a aquellas que tienen por objeto precisar la aplicación de las condiciones generales; ampliar o restringir las coberturas, introducir modalidades de procedimientos o coberturas no previstas, limitar las exclusiones o incluir como cobertura los riesgos excluidos, siempre y cuando tales modificaciones no se opongan a las disposiciones legales en vigencia, ni a las normas y principios de la técnica...".

Estas cláusulas, condiciones o estipulaciones especiales o adicionales, pueden encontrarse impresas o mecanografiadas en anexos para ser incorporadas a la póliza, según el tipo de seguros y las necesidades o conveniencias de las partes contratantes.



A manera de ejemplo, citamos algunas de aquellas que deben ser consideradas como cláusulas, condiciones o estipulaciones especiales o adicionales, aplicables según correspondan y sean necesarias a los distintos ramos y planes de seguro:

- Terremoto.
- Motín y huelga.
- Daños maliciosos.
- Extensión de cobertura.
- Remoción de escombros.
- Cláusula de guerra.
- Inundación.
- Lucro cesante.

El anexo que contenga las cláusulas, condiciones o estipulaciones especiales requiere, obligatoriamente, de la aprobación previa del Superintendente de Bancos, requisito que al ser incumplido constituye infracción que se halla penada por la Ley General de Seguros, de acuerdo al artículo 26, que señala:

"En toda póliza emitida y vigente se entenderán incorporados los requisitos señalados en el Artículo 25 aún cuando estos no consten en su texto en forma expresa. Este incumplimiento será causal para que el Superintendente de Bancos prohíba o suspenda la emisión de nuevas pólizas hasta cuando sea satisfecho el o los requisitos respectivos. Si tales faltas u omisiones resulten reiteradas el Superintendente de Bancos podrá retirar el certificado de autorización del ramo correspondiente sin perjuicio de las sanciones legales pertinentes".

Toda cláusula, condición o estipulación especial prevalecen sobre las generales de la póliza a la cual se anexan. Todo anexo que contenga cláusulas, condiciones o estipulaciones, debe indicar la identidad precisa de la póliza a la cual se incorpora y además la constancia del pago de la prima adicional correspondiente, cuando haya lugar.

El anexo que contenga las cláusulas, condiciones o estipulaciones especiales debe, además, llevar fecha y firma de los contratantes a menos que, de alguna manera, puedan ser citadas dentro del texto de la póliza con el carácter de obligatorio para las partes que las aceptan.

Finalmente, podemos decir que las condiciones especiales pueden modificar a las generales, por ejemplo, cuando incluye dentro de los amparos algunas exclusiones,

Un ejemplo sobre lo dicho anteriormente sería cuando la póliza de Incendio no ampara daños por terremoto en sus condiciones generales pero en una cláusula especial, con prima independiente, se puede cubrir estos daños a consecuencia de terremoto.



2.3.3.c) Condiciones Particulares

Son aquellas que individualizan el seguro y reflejan la voluntad de los contratantes en un caso concreto, ya que éstas son más discutidas entre las partes que las generales, que como ya se dijo, normalmente son aceptadas en bloque por el asegurado.

En contraste a lo que son las condiciones generales, las particulares identifican a los elementos del contrato como son: las partes que intervienen, el objeto del seguro, la prima, la vigencia, franquicia o deducible, descripción de la cosa o persona asegurada, valores asegurados, etc.

Hay que anotar que las condiciones particulares prevalecen sobre las generales, en el caso de incongruencia.

Al respecto la Superintendencia de Bancos en el instructivo mencionado señala:

"Constituyen cláusulas, condiciones o estipulaciones particulares, además de las que queden señaladas en la póliza, aquellas que tengan por objeto proporcionar mayores detalles y pormenores del contrato de seguro, así como aclarar, limitar o definir sus alcances, a fin de individualizarlo. Por su naturaleza, el contenido de éstas es variable y por lo tanto, pueden ser modificadas de acuerdo entre los contratantes, a través de un anexo, sin requerir la aprobación previa del Superintendente de Bancos.

Las últimas de tales modificaciones suscritas entre las partes, prevalecerán sobre las anteriores convenidas. Estos anexos deben llevar la identificación precisa de la póliza a la cual se incorporan y, además, las fechas de suscripción y las firmas de los contratantes...".

Sin que constituyan un listado completo, se citan a las siguientes como otras de las cláusulas, condiciones o estipulaciones particulares:

- Franquicia.
- Depreciación.
- Límite de circulación.
- Cambio de domicilio.
- Ocupación de bienes.
- Traspaso de bienes.
- Modificación del riesgo.
- Financiación.



Anexos modificatorios

Como su nombre lo indica, son documentos llamados a integrarse a la póliza y cuyo objetivo es modificar aspectos substanciales de forma o de fondo de las pólizas.

Documentos adicionales

Son todos los documentos que se incorporan en la póliza, entre los cuales tenemos:

La solicitud

Es suscrita por el tomador o su representante, sometida al estudio del asegurador directamente o por conducto de un intermediario (Agente o Corredor de Seguros), esta solicitud es un documento original en la gestión del contrato de seguro.

La solicitud se limita a describir el objeto del interés asegurable y a consignar, mediante la evaluación de un cuestionario preimpreso, los pormenores que permitan al asegurador hacer la determinación técnica del riesgo y manifestar si está dispuesto a asumirlo y en qué condiciones.

Inspección de riesgo

Este es un documento solicitado por el asegurador, el cual, en los seguros de daños, está destinado a verificar, en lo posible, la declaración del tomador. Lo mismo puede decirse del examen médico y de otras pruebas de asegurabilidad en los seguros de vida.

Tanto esta inspección como la solicitud, contribuyen a la formación del juicio del asegurador, a la emisión de su consentimiento, y por ende al perfeccionamiento del contrato.

No solo es importante la inspección para verificar la declaración del tomador, sino que permite al asegurador dar sugerencias de seguridad y prevención de siniestros, lo que ayuda a mejorar el riesgo.

Documentos

En referencia a este asunto se puede afirmar que todos los documentos, ya sean estos propuestas, contrapropuestas, correspondencia entre el asegurado y el asegurador, anexos modificatorios, ampliatorios, etc., adicionan a la póliza y son parte integrante de ella.



Para finalizar con el tema podríamos hacer una descripción de todo lo que, para mi criterio, constituye una póliza: la solicitud del tomador, la aceptación del asegurador, la inspección de riesgo, la póliza misma con sus condiciones generales, particulares y especiales, todos los anexos de distinta índole y hasta la correspondencia cruzada entre los contratantes referente al contrato.

2.4 LA PÓLIZA DE SEGUROS VOLUNTARIOS DE SALUD EN EL ECUADOR.

2.4.1 Contenido de la Póliza de Salud

Aplicando lo dispuesto por el Art. 7 del código del comercio la póliza de Seguros Voluntarios de Salud en el Ecuador debe contener los siguientes datos:

1. Nombre de la empresa aseguradora, con el número de RUC
2. Nombre del asegurado, tomador o beneficiario, No. de la Cédula, Dirección, Teléfono o fax.
3. Condiciones generales aprobadas previamente por la Superintendencia de Bancos y Seguros, especiales y particulares expresando manifiestamente que las condiciones especiales y particulares prevalecen sobre las generales.
4. En la carátula constan los datos de:
 - Número de póliza.
 - Ramo de seguro.
 - Número de Código.
 - Producto.
 - Número de código de producto.
 - Documento.
 - Moneda de pago tanto para la indemnización, cuanto para el pago de la prima.
 - Valor asegurado de la póliza.
 - Vigencia de la póliza con la especificación desde y hasta cuando tiene vigencia con la determinación de la hora.
 - Notas de observaciones.
 - Valor asegurado y vigencia del documento con especificación de la hora desde y hasta cuando corre.
 - Riesgos detallando su cobertura: (Ver documento anexo).
 - Coberturas.



- Valor asegurado.
- Deducible.
- Garantías.
- Ramo.
- Seguridad propia del bien asegurado.
- Prima con su valor.
- Descuento, si lo hay, especificar el valor.
- Base imponible.
- IVA.
- Financiación si lo hay, forma de financiar.
- Adicionales, si lo hay, especificar cuáles son.
- Agente: Nombres completos del agente.
- Fecha de expedición del contrato.
- Firmas de los contratantes.
- Condiciones Particulares, Cláusulas y Anexos; Firma de los contratantes.
- Condiciones generales; Cláusulas y Anexos, firma de los contratantes.
- Cláusulas de cancelación, firma de los contratantes.

Es importante detectar los factores de riesgo que pueden acrecentar la siniestralidad (gastos médicos derivados de una enfermedad o accidente que deben ser reintegrados al asegurado).

- La cobertura asegurada.
- La residencia.
- La profesión.
- El sexo.
- La edad.
- El historial clínico.
- Los antecedentes familiares del candidato.
- El medio ambiente.
- El riesgo subjetivo.

La cobertura asegurada.-

En el seguro de salud, contrariamente con el de vida, el asegurado puede beneficiarse si ocurre el evento.

A las pólizas con coberturas que garanticen la adecuada protección, se recomienda al usuario evitar la reducción considerable de los deducibles.

La Residencia.-

Los costos de salud varían considerablemente de un país o región a otra, en atención a:

- Infraestructura,
- Legislación,



- Nivel de desarrollo,

Salvo raras excepciones, los precios médicos en Norteamérica (el destino preferido de los que tienen una cobertura internacional) son más elevados que en Europa y estos más que en Sudamérica

Profesión.-

Las estadísticas muestran que hay actividades profesionales más propensas a desarrollar enfermedades profesionales, así personas con un alto nivel de estrés tienen mayor incidencia de problemas cardiovasculares.

Sexo.-

Se podría afirmar que la siniestralidad de mujeres es superior a la de los hombres y que las causas se deben a la maternidad y longevidad de las mujeres.

Sin embargo los siniestros superiores a USD 25.000 son cargados a los hombres.

Por motivos comerciales, sin embargo, las compañías prefieren aplicar tasas uniformes.

Edad.-

La siniestralidad aumenta en los extremos de la vida. Esta es la razón de que al aumentar en edad incrementa la prima.

En reclamos superiores a USD 25.000, por persona, y, por año póliza, los gastos más elevados se dieron en la siguiente escala

USD 91.000 por persona con edades de 0 a 1 año

USD 79.000 por persona con edades de 1 a 9 años

USD 62.000 por persona con edades superiores a 75 años

Personas entre 50 y 59 años alcanzaron el 23% del total de los gastos

Historial Clínico.-

El estado de salud es fundamental en la suscripción de este ramo, pues permite saber si el candidato está sano, ofrece información básica para detectar padecimientos preexistentes, permitiendo determinar las condiciones de aceptación o los motivos para rechazar la solicitud.



Antecedentes familiares del candidato.-

Existen enfermedades que pueden ser transmitidas hereditariamente, o bien presentarse con mayor frecuencia en determinadas familias. Es por ello que algunas compañías agregan al cuestionario de salud una pregunta sobre enfermedades familiares.

El medio ambiente.-

La condición del medio ambiente puede tener efectos sobre el estado de salud de la población. En lugares donde la contaminación ambiental es elevada se observa problemas respiratorios.

Entre los contaminantes más frecuentes se encuentran las emanaciones producidas por automóviles y fábricas, el uso de abonos y pesticidas en la agricultura, el descargue de aguas servidas a ríos y canales.

Riesgo subjetivo.-

Se considera como probable aumento de la siniestralidad, debido a los hábitos y estilo de vida del candidato, el abuso de alcohol y tabaco que puede provocar enfermedades graves y costosas como cirrosis hepática, cáncer de lengua, garganta o pulmón.

ManagedCare

Debido al incremento incesante de los costos de salud, aparecieron los programas de contención de costos denominados managedcare; que generalmente busca:

- Establecer acuerdos con proveedores selectos
- Establecer criterios explícitos de selección de proveedores
- Determinar programas destinados a aumentar la calidad de las prestaciones y técnicas de control

Otorgar beneficios financieros a los miembros para que acudan a los proveedores designados y utilicen los servicios cubiertos por el plan.

2.5.- COBERTURAS, EXCLUSIONES Y LIMITACIONES QUE CONTIENEN LAS PÓLIZAS EN LOS DIFERENTES CONTRATOS DE SEGUROS DE SALUD.

- *En el Seguro de Gastos Médicos*

El seguro privado de gastos médicos cubre los perjuicios económicos a consecuencia de enfermedad o accidente, permitiendo acceder a tratamientos



destinados a recuperar la salud, diagnosticar o paliar los efectos de los padecimientos.

COBERTURAS

1. Pensión diaria por habitación y alimentación en un hospital o clínica, legalmente establecida.
2. Honorarios médicos a profesionales, que no sean empleados del hospital o clínica.
3. Servicio de enfermeras privadas debidamente graduadas, que no sean parientes del asegurado, cuando tal servicio se requiera por petición expresa del médico responsable del tratamiento. Se reconocerá este beneficio mientras dure el período de hospitalización. (enfermera en el hogar)
4. Medicinas, radiografías, electrocardiogramas, encefalogramas, exámenes y análisis de laboratorio en general, oxígeno, anestesia, isótopos radio-activos, plasma y sangre, yeso, entablillado, vendas y abrazaderas.
5. Alquiler de sillas de ruedas, pulmón de acero y otros equipos, aparatos y dispositivos, siempre que el médico certifique que tal servicio es necesario para el tratamiento respectivo. En ningún caso estarán cubiertos el alquiler o compra de aparatos de aire acondicionado, purificadores de aire, equipos motorizados de transporte, escaleras mecánicas y ascensores, ayudas acústicas, piscinas o unidades de calefacción.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES.-

- Se excluyen, expresamente, los gastos que se originen por las siguientes causas:
- Enfermedades pre-existentes de cualquier naturaleza; así como los gastos incurridos por cualquier enfermedad con anterioridad a la fecha de inicio del seguro o la de inclusión del asegurado.
- Cirugía estética para fines de embellecimiento y cirugía plástica u ortopédica por condiciones pre-existentes; a menos que dicha cirugía sea consecuencia directa de enfermedad contraída o accidente ocurrido, cubiertos por esta póliza, durante la vigencia de la misma.
- Tratamiento por anomalías congénitas o hereditarias.
- Tratamiento por adicción a drogas, alcoholismo y psicológicos por problemas de conducta.
- Tratamientos médicos o quirúrgicos de enajenación mental o estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, locura y similares.
- Servicios de custodia, curas de reposo o de embellecimiento, o por reclusión en un centro o institución de convalecencia, Spa's, hospicio, asilo u hogar de ancianos (aún cuando tales servicios sean



necesitados por el paciente, o hayan sido certificados como necesidad médica por un médico).

- Accidentes o enfermedades resultantes de intento de suicidio.
- Lesiones causadas voluntariamente por sí mismo o por un miembro de la familia. Riñas o actos delictuosos en que el asegurado participe o se involucre por culpa grave de él o de un miembro de su familia.
- Servicios, inclusive hospitalización, que tengan por objeto diagnóstico y/o chequeo médico.
- Exámenes dentales, extracciones, calzas y cuidados dentales en general, salvo los necesarios a consecuencia de accidente; en cuyo caso la reclamación debe ser hecha dentro de los 10 días subsiguientes al accidente.
- Refracciones visuales; suministro o ajuste de anteojos, lentes de contacto.
- Enfermedades contagiosas que requieran aislamiento o cuarentena y epidemias declaradas por las autoridades de salud pública.
- Práctica de aficiones o deportes, inclusive entrenamientos y competencias, conocidos como peligrosos, tales como, pero no limitados a: Caza mayor, automovilismo, karting, motociclismo, aviación, ala delta, buceo, esquí, boxeo, montañismo, hípica.
- Lesiones o enfermedades como consecuencia directa o indirecta de Guerra (sea ésta declarada o no), terrorismo, revolución, conmoción civil, servicio militar, energía atómica y catástrofes de la naturaleza. Lesiones o enfermedades directamente ocasionadas por motín, huelga y acto delictuoso.
- Esterilización y vasectomía; así como los tratamientos por infertilidad o esterilidad.
- Abortos voluntarios o provocados como consecuencia de un acto criminal.
- Tratamientos por obesidad, pérdida de peso; ginecomastia o mastoplastía.
- Tratamientos experimentales de cualquier naturaleza.
- Cuidado quiropráctico o podiátrico incluyendo cuidado de los pies relacionados con callos, pies planos, arcos débiles, pies débiles, o cualquier otra dolencia de los pies; y soportes de zapatos de cualquier tipo.

➤ **SEGURO DE ENFERMEDAD**

Enfermedad.- Como ya señalamos se entiende por enfermedad a toda alteración o desorden patológico por disturbios en el funcionamiento de uno o varios órganos, sistema o parte del cuerpo producida independiente de la voluntad del asegurado y comprobada por un médico.



➤ SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

Accidente.- Toda lesión corporal que sufra una persona asegurada directa e independiente de cualquier otra causa, por acción repentina de un agente externo, en forma violenta fortuita, imprevista y ajena a su voluntad.

Las modalidades fluctúan de acuerdo al producto pero generalmente en el seguro de asistencia médica se cubren:

- Costos de medicamentos:
 - o Hospitalarios (medicina interna)
 - o Ambulatorios (medicina externa)
- Tratamientos efectuados por médicos
- Tratamientos médicos de alta complejidad UTI
- Honorarios de anestesista, enfermeras médicos auxiliares
- Habitación
- Ambulancia aérea, terrestre
- Capital en caso de fallecimiento-
- Capital en caso de incapacidad total y permanente
- Gastos de asistencia médica
- Gastos de ambulancia
- Gastos dentales
- Gastos de sepelio

EXCLUSIONES

A continuación analizaremos ciertas exclusiones comunes en los contratos de accidentes personales:

- No cubren los accidentes que intencionalmente se cause a sí mismo el asegurado
- Los que sufra cuando se encuentre en estado de perturbación mental, embriaguez o de intoxicación por drogas.
- Los que se cause por suicidio o tentativa de suicidio.
- Los que le sobrevengan por reto o duelo, cataclismo, guerra civil o internacional con o sin declaración, golpes de estado, invasión o rebelión.
- Accidentes ocurridos mientras el asegurado tome parte en competencias o carreras automovilísticas, ya sea en calidad de piloto o acompañante.
- Accidentes que sufra el asegurado a causa de motín, huelgas o alborotos populares, salvo el caso que pruebe que no tomaba parte activa en tales hechos.
- Accidentes que directa o indirectamente sean causados por riña, cualquiera que sea la participación del asegurado, pero esta exclusión



queda sin efecto si el Juez declara que el asegurado actuó en legítima defensa.

- Igualmente quedan excluidos los accidentes producidos por el uso de motocicleta, inclusive como acompañante o por conducir vehículos destinados al transporte público.
- Quedan excluidas de este seguro las enfermedades de cualquier clase y las hernias y enredamientos intestinales.
- En general, quedan excluidas de este seguro las lesiones cuya causa mediata, determinante o agravante es una enfermedad del asegurado; aún cuando tales lesiones fueren agravadas por un accidente.
- También caduca automáticamente el momento que el asegurado fuere afectado por enfermedad o defecto físico grave tales como ceguera, sordera, apoplejía, parálisis, epilepsia o alienación mental.

➤ **MEDICINA PREPAGADA**

- Es un sistema para otorgar y financiar la atención de salud, el cual presta servicios de atención de salud completos a los afiliados
- Participa no solo en el pago de los gastos médicos del asegurado, sino además en el suministro de médicos, hospitales, clínicas y demás organizaciones de atenciones médicas y el personal necesario para proporcionar atención médica a sus afiliados
- A diferencia de los seguros de Vida, la medicina prepagada son sistemas o planes, más no pólizas

CARACTERÍSTICAS

- ✓ Atención completa
- ✓ Atención pagada por adelantado (copago)
- ✓ Prestadores pertenecientes a la Red y Honorarios Negociados
- ✓ Controlar la calidad de los prestadores
- ✓ Negociar honorarios



CAPITULO 3

BREVE ANÁLISIS DE LAS EMPRESAS ASEGURADORAS EN EL ECUADOR

3.1.1 CONCEPTO

3.1.2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

3.1.3 ASPECTOS LEGALES

3.1.3.a) Leyes que Regulan la Actividad de las Empresas Aseguradoras en el Ecuador e Instituciones de Control

3.1.3.b) Requisitos que deben cumplir las Aseguradoras en el Ecuador.

3.1.4 LAS EMPRESAS REASEGURADORAS

3.1.4.a) El Reaseguro: concepto y ámbito

3.2 LOS BROKERS EN EL ECUADOR

3.2.1 Concepto y breve análisis

3.3.2 Aspectos legales



CAPITULO 3

BREVE ANÁLISIS DE LAS EMPRESAS ASEGURADORAS EN EL ECUADOR

3.1.1.- CONCEPTO DE EMPRESA ASEGURADORA

El concepto de empresa revela un trasfondo filosófico que permite conocer la importancia que tienen además de las actividades que se realizan y los recursos que utilizan las "personas" y sus "conversaciones" en el funcionamiento de toda empresa.

- **Ivan Thompson en su libro “Concepto de empresa” señala:**

“La empresa es una organización social que realiza un conjunto de actividades y utiliza una gran variedad de recursos (financieros, materiales, tecnológicos y humanos) para lograr determinados objetivos, como la satisfacción de una necesidad o deseo de su mercado meta con la finalidad de lucrar o no; y que es construida a partir de conversaciones específicas basadas en compromisos mutuos entre las personas que la conforman”.

- **Desde el punto de vista jurídico en el Diccionario Jurídico ESPASA:**

“Es la forma o modo de desarrollar una actividad económica típica de un empresario, caracterizada por la profesionalidad con que se ejercita por ser organizada con arreglo a un plan o proyecto racional y por perseguir un fin de producción o intercambio de bienes o servicios en el mercado. Esta actividad internamente supone la organización de los medios de Producción de los medios productivos, y como externamente, la actuación en el mercado”.

- **Concepto de empresa aseguradora, según la ley general de seguros del Ecuador en el Art. 3 establece que:**

“Son Empresas que realizan operaciones de seguros, las compañías anónimas constituidas en el territorio nacional y las sucursales de empresas extranjeras, establecidas en el país, en concordancia con lo dispuesto en la presente ley y cuyo objeto exclusivo es el negocio de asumir directa o indirectamente o aceptar y ceder riesgos en base a primas”.

Al analizar este concepto vemos que el objeto es exclusivo para este tipo de empresas y consiste en asumir o ceder riesgo en base a primas.

Si aplicamos el concepto general que nos da el diccionario jurídico sobre empresa, la finalidad de ésta es el de brindar un servicio, para el caso que nos ocupa consistente en aseguramiento de un riesgo. Por otro lado, desde el



punto de vista mercantil es una organización social que realiza un conjunto de actividades, para cuyo ejercicio utiliza recursos financieros, materiales, tecnológicos y humanos y que al tratarse de empresas aseguradoras privadas tienen como fin buscar una ganancia o lucro.

El mismo artículo referido establece que las empresas de seguros podrán desarrollar otras actividades afines o complementarias con el giro normal de sus negocios, excepto aquellas que tengan relación con los asesores productores de seguros, intermediarios de seguros y peritos de seguros, con previa autorización de la Superintendencia de Bancos.

3.1.2.- ANTECEDENTES HITÓRICOS

Para el doctor Eduardo Peña Triviño, las aseguradoras que operan en el Ecuador han tenido siempre una historia de eficiencia y honradez, y, que se conozca, no ha quebrado, fraudulentamente, ninguna compañía de seguros. Para el mismo autor es natural que algunas hayan fracasado por la propia naturaleza aleatoria del contrato de seguros y también porque sus administradores cometieron errores, mas no fraudes, en contra de sus clientes.

En la década de los noventa, el país atravesó una serie de dificultades, de carácter político económico, es la última gran crisis. Desde 1997, las pocas compañías de seguros tuvieron que cerrar sus puertas y lo hicieron porque los bancos que eran sus dueños tuvieron dificultades y conflictos de diversa índole y dejaron de operar. Estas compañías pasaron a ser propiedad de la Agencia de Garantía de Depósitos y han sido puestas a la venta.

Se dio el caso de una aseguradora que entró en proceso de liquidación forzosa porque quiso realizar un incremento de capital y los inversionistas extranjeros que estaban dispuestos a comprar parte del paquete accionario de la compañía, cuando ocurrió la congelación de depósitos y el feriado bancario en el año 2000, retiraron su oferta y la compañía entró en liquidación.

La Ley General de Seguros dictada en el mes de Abril de 1998 contiene normas de prudencia sobre la inversión de capital y reservas, como lo señala de manera, casi exhaustiva, el artículo 23. Esta norma abre un abanico de posibilidades de inversión, y ninguna permite dar dinero prestado al público. La misma ley establece disposiciones sobre el margen de solvencia y capacidad operativa, otorgándole amplias facultades de control a la Superintendencia de Bancos y Seguros y el artículo 25 manda que hasta los modelos de pólizas, formularios de solicitudes, notas técnicas y las tarifas de primas sean previamente aprobados por la Superintendencia de Bancos y Seguros.

En su afán de controlar a las compañías de seguros, la Superintendencia de Bancos y Seguros, se valió de la Junta Bancaria para dictar una Resolución, la 779 del 31 de Marzo del 2005, estableciendo el concepto de vinculación, muy



parecido al que contiene la Ley General de Instituciones del Sistema Financiero y consecuentemente prohibiendo que las compañías de seguros celebren contratos de seguros con las personas vinculadas, adquirir o vender bienes de la compañía o celebrar contratos de hipotecas u otorgar préstamos a estas personas vinculadas e incluso la compañía de seguros impide asegurar los bienes de sus socios, de sus accionistas o de sus propietarios.

Se les prohíbe asegurar los bienes de su propio grupo financiero, esto por el inevitable y gravísimo conflicto de intereses.

La Junta Bancaria dicta la Resolución 781 de 28 de Abril del 2005 con la que abolió la prohibición de que las compañías de seguros asegurasen a sus socios y accionistas, pero quedó vigente la prohibición de contratar seguros con los administradores de las empresas.

En la constitución del 2008 en el Art. 373, inciso final, reconoce la existencia legal y le otorga la misma importancia que a la de los seguros públicos y manifiesta: Los Seguros Públicos y Privados, sin excepción, contribuirán al financiamiento del Seguro Social Campesino...

De igual manera, la última codificación realizada de la Ley General de Seguros que data del año 2008, en la misma que se codifican considerando las disposiciones de: la Constitución, Ley para la Transformación Económica del Ecuador, Ley de Contratación Pública, Ley Reformatoria a la Ley del Régimen Monetario, Banco del Estado, Código de Procedimiento Penal, Ley General de Instituciones del Sistema Financiero, Ley del Régimen Tributario Interno y Resolución No. 211-98 TC del tribunal constitucional.

En dicha codificación se establece que las empresas de seguros son: Seguros Generales, Seguros de Vida y las que operaban al 03 de abril de 1998, en conjunto las dos actividades. Las Empresas de Seguro que se constituyeron a partir al 03 de abril 1998, solo podrán operar en seguros generales o seguros de vida.

3.1.3.- ASPECTOS LEGALES

3.1.3.a) Leyes que regulan la actividad de las empresas aseguradoras en el Ecuador e instituciones de control.

Según el Art. 1 de la Ley General de Seguros reza que: la constitución, organización, actividades, funcionamiento y extinción de las personas jurídicas y las operaciones y actividades de las personas naturales que integran el sistema de seguro privado; las cuales se someterán a las leyes de la República y a la vigilancia y control de la Superintendencia de Bancos.



Las principales leyes que contienen normas sobre seguros son:

- La Ley General de Seguros del Ecuador.
- Reglamento a la Ley General de Seguros del Ecuador.
- Ley de Compañías.

La Constitución y Autorización.-

El Art. 9 de la Ley General de seguros dice que:

“Las personas jurídicas que integran el sistema de seguro privado, para su constitución, organización y funcionamiento se sujetarán a las disposiciones de esta Ley, a la Ley de Compañías, en forma supletoria, y a las normas que para el efecto dicte la Superintendencia de Bancos.

Las personas naturales que integran el sistema de seguro privado, para ejercer las actividades previstas en esta ley, requieren de la autorización previa de la Superintendencia de Bancos y Seguros, la que se conferirá de acuerdo a las normas que expida el Superintendente de Bancos, para el ejercicio de dichas actividades”.

En lo referente a la póliza se rigen según el Art. 25 de la ley de seguros, que establece que: Los modelos de pólizas de tarifas de primas y notas técnicas, así como su contenido se rigen por dicha ley y lo expresa el decreto supremo No 11-47 Publicado en el Registro Oficial del 7 de Diciembre de 1963 así como lo que establezca la Superintendencia de Bancos y Seguros.

La Ley General de Seguros en el artículo 28 y subsiguientes establece a cerca de la vigilancia, control e información del sistema de seguro privado

Art. 28. - El Superintendente de Bancos, personalmente o por medio de delegados expresamente acreditados, visitará y auditará con la frecuencia que estime necesaria, a las entidades del sistema de seguro privado autorizadas para operar en el Ecuador.

Para el ejercicio de sus obligaciones de supervisión y control la Superintendencia de Bancos tendrá las más amplias facultades, sin que las personas controladas, sean éstas naturales o jurídicas, puedan aducir reserva de naturaleza alguna en la entrega de información que les sea requerida.

Art. 29.- Las entidades del sistema de seguros privado llevarán su contabilidad y conservarán sus archivos, sujetándose a las disposiciones que imparta la Superintendencia de Bancos a quien presentarán, por lo menos mensualmente, los estados financieros y sus anexos en la forma que ésta establezca. Las intermediarias de reaseguros, los peritos de seguros y los asesores



productores de seguros, presentarán los estados financieros y sus anexos anualmente o en la forma que la Superintendencia de Bancos establezca.

Las entidades del sistema de seguro privado conservarán los comprobantes contables y los documentos de respaldo respectivos, por un período no menor a seis años, contados a partir de la fecha de cierre del ejercicio correspondiente.

Las empresas de seguros están obligadas a conservar los duplicados de las pólizas expedidas y sus anexos, por lo menos hasta tres años después de la fecha de su vencimiento; excepto las pólizas de seguro marítimo que se conservarán por lo menos seis años.

Al efecto podrán utilizar el sistema de microfotografía u otro medio de conservación electrónica, previa autorización del Superintendente de Bancos y con sujeción a las instrucciones que éste imparta, en cuyo caso podrán ser destruidos los originales.

La reproducción o impresión de tales documentos o comprobantes, debidamente certificados por el funcionario autorizado de la entidad controlada, tendrá el mismo valor probatorio que los libros, registros y documentos originales.

Las alteraciones que se realicen en las reproducciones o impresiones serán reprimidas con arreglo a las disposiciones del Código Penal.

Las copias de los documentos, certificados en la forma que determine el Superintendente de Bancos, servirán como medio de prueba conforme al Código de Procedimiento Civil, y su falsificación o alteración acarreará responsabilidad penal.

Las empresas de seguros deberán publicar dentro de los dos meses posteriores al cierre del ejercicio económico anual, en por lo menos uno de los principales periódicos de mayor circulación nacional, los estados financieros auditados y los principales índices financieros y técnicos correspondientes al año inmediatamente anterior, de acuerdo a las normas que para el efecto dicte la Superintendencia de Bancos.

Art. 30.- Sin perjuicio del cumplimiento de otras obligaciones legales y estatutarias, el representante legal de la entidad controlada estará obligado a poner de inmediato en conocimiento del directorio o del organismo que haga sus veces toda comunicación de la Superintendencia de Bancos que contenga observaciones o recomendaciones respecto de la marcha de los negocios, dejando constancia de ello en el acta de la sesión que será firmada por todos los directores y administradores que hayan concurrido a la misma, en la que



constará además la resolución adoptada por el directorio, copia de la cual se remitirá a la Superintendencia de Bancos dentro de los ocho días siguientes.

Art. 31.- La Superintendencia de Bancos editará por lo menos en forma trimestral boletines que contengan la situación financiera de las empresas de seguros correspondiente al trimestre anterior, para distribuirlos al público. Este boletín deberá contener, por lo menos, información sobre la estructura financiera, margen de solvencia e indicadores de rentabilidad y eficiencia.

La Superintendencia de Bancos mantendrá un centro de información cuyos datos serán ampliamente difundidos por los medios electrónicos u otros sistemas a disposición de los partícipes del mercado asegurador, y del público en general.

3.1.3.b) Requisitos que deben cumplir las aseguradoras en el Ecuador.

1.- Constitución y funcionamiento.- Deben tener la autorización previa de la Superintendencia de Bancos y Seguros, la misma que será otorgada de acuerdo a las normas expedidas para el ejercicio de dichas actividades, la admisión o rechazo dependerá de los informes técnico, económico y legal, realizados en función de los estudios de factibilidad y documentos presentados por los fundadores en los mismo que se evalúa, solvencia, probidad y responsabilidad de los solicitantes. El certificado de autorización no habilita, por sí sólo, a las empresas de seguros para asumir riesgos y otorgar coberturas, de ser el caso deberán solicitar un certificado específico para cada ramo, para lo cual solo el superintendente de Bancos y Seguros esta autorizado.

Una vez obtenida la autorización deben iniciar sus operaciones en el transcurso de seis meses, contados a partir de la fecha de otorgamiento del certificado de autorización; caso contrario éste quedará sin valor y efecto y, ello será causal de liquidación de la sociedad.

El Art. 2 establece cuales son las compañías que integran el sistema de seguro privado:

- a) Todas las empresas que realicen operaciones de seguros;
- b) Las compañías de reaseguros;
- c) Los intermediarios de reaseguros;
- d) Los peritos de seguros; y,
- e) Los asesores productores de seguros.

La ley de Compañías, en la Sección 1, Art. 2, manifiesta que hay 5 especies de Compañías, a saber:



- 1.- En nombre colectivo.
- 2.- Comandita simple y divida por acciones.
- 3.- De responsabilidad limitada.
- 4.- Anónima
- 5.- Economía Mixta

El art. 3 de la ley general de seguros establece:

Son Empresas que realicen operaciones de seguros las compañías anónimas constituidas en el territorio nacional y las sucursales de empresas extranjeras, establecidas en el país, en concordancia con lo dispuesto en la presente ley.....

2.- En cuanto al objeto.- El referido artículo 3, de la misma ley, manifiesta que: cuyo objeto exclusivo es el negocio de asumir directa o indirectamente o aceptar y ceder riesgos en base a primas.

Sin embargo la misma norma indica que:

Las empresas de seguros podrán desarrollar otras actividades afines o complementarias con el giro normal de sus negocios, excepto aquellas que tengan relación con los asesores productores de seguros, intermediarios de seguros y peritos de seguros, con previa autorización de la Superintendencia de Bancos.

Las empresas de seguros son: de seguros generales, de seguros de vida y las que actualmente operan en conjunto en las dos actividades. Las empresas de seguros que se constituyan a partir de la vigencia de esta ley, sólo podrán operar en seguros generales o en seguros de vida.

Las de seguros generales.- son aquellas que aseguran los riesgos causados por afecciones, pérdidas o daños de la salud, de los bienes o del patrimonio y los riesgos de fianzas o garantías.

Las de seguros de vida.- son aquellas que cubren los riesgos de las personas o que garanticen a éstas, dentro o al término de un plazo, un capital o una renta periódica para el asegurado y sus beneficiarios. Las empresas de seguros de vida, tendrán objeto exclusivo y deberán constituirse con capital, administración y contabilidad propias. Las empresas de seguros que operen conjuntamente en los ramos de seguros generales y en el ramo de seguros de vida, continuarán manteniendo contabilidades separadas.

3.- En referente al capital.- Debemos analizar qué tipo de empresa es y así tenemos que:



Del Capital y Reserva legal.

- El capital pagado para la constitución de una empresa de seguros, será expresado en moneda de curso legal y no será menor a cuatrocientos sesenta mil cincuenta y siete, con 50/100 dólares de los Estados Unidos de América.
- La empresa que opera en seguros generales; en un solo ramo, tendrá un capital de ciento noventa y siete mil ciento sesenta y siete, con 50/100 dólares de los Estados Unidos de América.
- Si se trata de una empresa de reaseguros el capital será de novecientos veinte mil ciento quince dólares de los Estados Unidos de América.
- El capital pagado para la constitución de intermediarias de reaseguros no podrá ser menor al equivalente al 20% del capital mínimo exigido a las empresas de seguros.

El capital pagado mínimo exigido deberá ser aportado en efectivo.

Para el aumento de capital, los recursos para el incremento de capital podrán provenir:

- 1) De nuevos aportes en efectivo.
- 2) Del excedente de la reserva legal.
- 3) De las utilidades no distribuidas.
- 4) De la capitalización de cuentas de reserva, siempre que estuvieren destinadas a este fin.
- 5) De la capitalización de las reservas formadas por la aplicación de sistemas de corrección de los estados financieros; siempre y cuando se capitalice en numerario una cantidad igual.

Los recursos para el pago de capital no podrán provenir de préstamos u otro tipo de financiamiento directo o indirecto concedidos por la propia empresa. La Superintendencia de Bancos y Seguros verificará la legalidad del pago de dicho capital, su procedencia y aplicación de los fondos.

El capital autorizado no podrá ser materia de publicidad. Las sucursales de empresas extranjeras, que operen en el Ecuador, sólo podrán anunciar la cuantía del capital asignado a la sucursal.

Art. 15.- Las personas jurídicas que integran el sistema de seguro privado, formarán y mantendrán un fondo de reserva legal no inferior al cincuenta por ciento (50%) del capital pagado. Al final de cada ejercicio económico,



destinarán por lo menos el diez por ciento (10%) de sus utilidades netas a la reserva legal.

4.- En cuanto a la representación legal.- Las empresas aseguradoras y reaseguradoras se rigen por lo establecido en la sección 6 de la ley de compañías referente a las compañías anónimas, y lo determinado por la sección 3 del gobierno y administración de la ley general de seguros.

3.2.- LAS EMPRESAS REASEGURADORAS

3.2.a) El Reaseguro

El reaseguro es esencialmente una modalidad de seguro, en la que el asegurado es una entidad de seguros y el asegurador es un reasegurador.

Por mucho que la evolución del reaseguro haya llegado a adoptar fórmulas de protecciones muy variadas y originales, el seguro comparten una naturaleza común: la asunción de un riesgo económico.

La principal diferencia estriba en el hecho de que, mientras por un contrato de seguro, la relación indemnizatoria se establece entre una empresa de seguros y el público en general (individuos o empresas), en el caso del reaseguro el cliente es una entidad de seguros o de reaseguros.

La Ley General de Seguros Privados del Ecuador en su Art. 27 establece:

Las empresas de seguros deberán sujetarse para la contratación de los reaseguros a principios de solvencia y prudencia financieras, así como también a principios de seguridad y oportunidad. Las empresas de seguros deberán contratar los reaseguros con empresas reaseguradoras en forma directa o a través de intermediarias de reaseguros autorizadas a operar en el país o registradas en la Superintendencia de Bancos y Seguros, según sea el caso.

La Superintendencia de Bancos y Seguros expedirá las normas para el registro de las reaseguradoras e intermediarios de reaseguros no establecidos en el país.

Concepto y ámbito

Funcionalista:

El reaseguro es un sistema por medio del cual el asegurador reduce su responsabilidad sobre un riesgo que asume o asumirá, descargando aquella parte del mismo que supera sus capacidades financieras o técnicas, en terceras personas denominadas reaseguradores



Jurídica:

- El reaseguro es un contrato por medio del cual una parte, la cedente o compañía aseguradora, traslada a otra, el reasegurador, parcial o totalmente un riesgo que asume con el tomador de un seguro.

- Nuestra legislación sobre el contrato de seguro da una definición, y, en su artículo 85 establece:

“El Reaseguro es una operación mediante la cual el asegurador cede al Reasegurador la totalidad o una parte de los riesgos asumidos directamente por él.

Reasegurador es la persona o entidad que otorga el reaseguro; puede llamarse cesionario o aceptante”.

Este concepto recoge un criterio básico de lo que es el Reaseguro: el ceder todo o parte del riesgo a otras empresas o personas que pueden ser nacionales o extranjeras, estas personas o entidades se llaman Reaseguradores, pero también, y de acuerdo a la legislación sobre contrato de seguro, se llama cesionario o aceptante.

Es necesario indicar que el contrato de reaseguro es independiente del contrato de seguro suscrito entre el asegurado y el asegurador, pues este contrato de reaseguro, como establece el artículo 87 de la legislación sobre el contrato de seguro, no modifica las obligaciones asumidas por el asegurador, ni da al asegurado acción directa contra el reasegurador.

Debemos anotar que el Art. 87 determina claramente que “el Reaseguro no modifica las obligaciones asumidas por el asegurador, ni da al asegurado acción directa contra el reasegurador”.

3.2.b) Objetivos del Reaseguro

- Aumentar la capacidad del asegurador: Las compañías de seguros muchas veces no tienen suficiente capacidad financiera y patrimonial para asumir ciertos riesgos, por lo tanto, deben recurrir a un Reaseguro para que éste asuma parte del riesgo, permitiendo que la aseguradora asuma la otra parte sin poner en peligro su situación económica ante un eventual siniestro.
- Protección ante catástrofes: El objetivo básico del Reaseguro es distribuir el riesgo, especialmente, ante posibles catástrofes como un terremoto, un huracán o una erupción volcánica. Si una aseguradora asume varios riesgos en una misma zona geográfica y no distribuye



estos riegos mediante un Reaseguro, entonces la aseguradora está poniendo en peligro su situación financiera y patrimonial en caso de una catástrofe que destruya la zona geográfica en mención.

- Estabilización de resultados: El seguro es un negocio, como muchos otros, de largo plazo y, por lo tanto, requiere ser sostenible y rentable en el tiempo. Para que esto sea posible, una aseguradora debe estabilizar sus resultados para que los mismos no se vean afectados por un siniestro severo o por varios siniestros frecuentes. Mediante el Reaseguro, se puede distribuir el riesgo y los resultados se mantienen estables en la ocurrencia de siniestros severos o frecuentes.
- Financiamiento: El Reaseguro también funciona como una fuente de financiamiento para las aseguradoras en el caso de que las mismas se encuentren en una situación financiera delicada. De esta manera, la aseguradora puede cumplir siempre con sus clientes y mantener el negocio estable.
- Asesoría: Una aseguradora generalmente opera en un medio nacional, mientras que un Reaseguro opera en un medio internacional de proporciones mucho mayores. Por lo tanto, el Reaseguro está conectado con todos los nuevos avances en materia de seguro y este conocimiento se trasmite a la aseguradora mediante asesorías.

3.2.c) Formas de Reaseguro

Existen dos formas de Reaseguro que son:

- ✓ **Reaseguro Proporcional**: En el Reaseguro Proporcional la aseguradora, o cedente, traslada al Reaseguro una proporción del riesgo y retiene el resto según su capacidad financiera o patrimonial.

Características

- Las primas y los siniestros se reparten según la misma proporción que se utilizó para repartir el valor asegurado.
- El Reaseguro reconoce una comisión a la aseguradora por las primas cedidas.
- El valor de las primas cedidas influye directamente en el cálculo de las reservas.
- ✓ **Reaseguro No Proporcional**: En el Reaseguro No Proporcional la aseguradora cubre una eventual desviación de su siniestralidad. Funciona mediante el establecimiento de una prioridad y todos los



siniestros que sobrepasen esa prioridad se trasladan al Reaseguro. La contrapartida es un costo que la aseguradora debe pagar al Reaseguro por estos contratos.

Características:

- No existe relación proporcional entre valor asegurado, primas y siniestros.
- No existe el reconocimiento de una comisión a la aseguradora.
- El costo del Reaseguro no influye en el cálculo de las reservas.

3.3 LOS BROKERS EN EL ECUADOR

Un corredor o agente es el término en idioma castellano para definir al broker (en idioma anglosajón), es decir, el individuo o firma que actúa como intermediario entre un comprador y un vendedor, usualmente cobrando una comisión. Además se encarga de asesorar y aconsejar sobre temas relacionados con el negocio. El oficio de agente normalmente requiere de una licencia para ejercer.

3.3.1 Concepto y Breve Análisis

En el buen desarrollo de un negocio, la intermediación de las partes es una parte básica para que los mismos tengan éxito en todo momento; este es el caso de los brokers, que con su participación permiten a nosotros desarrollar una actividad financiera mucho más acertada y eficaz; no obstante, es bueno preguntarnos ¿Qué es un broker?

Los brokers son aquellas personas encargadas de actuar como intermediarios entre los vendedores de negocios y los compradores de los mismos, a fin de posibilitar el acercamiento de las partes y conciliar, una fácil y buena negociación. Una buena analogía que se puede realizar para entender más a fondo que es un broker, es comparando estos con los corredores de bienes raíces, que se encargan de buscar a los vendedores de bienes para acercarlos a los posibles compradores, con el propósito de obtener una comisión por dicho acto; algo así son a su vez los brokers que a diferencia de los corredores no venden bienes, sino empresas.

Una importante característica que poseen los brokers son su manera de operar, pues estos no buscan tanto como su definición lo dice a los compradores y a los vendedores; estos últimos son los que por lo general buscan a los brokers, ya que estos facilitan, como ya se dijo anteriormente, el proceso de negociación. Otra importante característica que se puede mencionar acerca de



los brokers, son su asesoramiento y acompañamiento a las partes durante todo el proceso de negociación; con el propósito que la misma sea realizada no solo bajo todos los parámetros legales, sino a su vez para que beneficie a ambas partes.

JURIDICO

Nuestra Ley General de Seguros, dentro del Art. 7 señala:

Son asesores productores de seguros.....estableciendo en su literal b que:

b) Las agencias asesoras productoras de seguros, personas jurídicas con organización cuya única actividad es la de gestionar y obtener contratos de seguros para una o varias empresas de seguros o de medicina prepagada autorizada a operar en el país.

Las empresas de seguros serán solidariamente responsables por los actos ordenados o ejecutados por los agentes de seguros y las agencias asesoras productoras de seguros dentro de las facultades contenidas en los respectivos contratos

3.3.2 ASPECTOS LEGALES

LEYES QUE REGULAN LA ACTIVIDAD DE LAS EMPRESAS ASESORAS DE SEGUROS EN EL ECUADOR.

Al igual que las empresas aseguradoras, los intermediarios o agencias asesoras se rigen por lo establecido en la Ley General de seguros, Código de Comercio, Ley de Compañías

En sus Artículos 1 y 2 de la Ley de Seguros, se determina qué regula la constitución, organización, actividades, funcionamiento y extinción de las personas jurídicas y las operaciones y actividades de las personas naturales que integran el sistema de seguro privado; las cuales se someterán a las leyes de la República y a la vigilancia y control de la Superintendencia de Bancos y Seguros.

Y que integran el sistema de seguro privado:

- a) Todas las empresas que realicen operaciones de seguros;
- b) Las compañías de reaseguros;
- c) Los intermediarios de reaseguros;
- d) Los peritos de seguros; y,
- e) Los asesores productores de seguros.



Como vemos, dentro de la Clasificación de empresas que integran el sistema de seguros privados se encuentran los asesores productores de seguros y que estos conforme lo establece el Art. 8 del mismo cuerpo legal, debe cumplir con ciertas condiciones a demás de los requisitos legales de toda compañía y para el efecto establece la Ley de Compañías, las mismas que corresponden a:

Los asesores productores de seguros, intermediarios de reaseguros y peritos de seguros, deben tener intachables antecedentes, poseer los conocimientos necesarios por cada rama de seguros, para el correcto desempeño de sus funciones, obtener, mantener su credencial y registro ante la Superintendencia de Bancos y Seguros.

El Superintendente de Bancos y Seguros normará el ejercicio de las actividades de los asesores productores de seguros, señalando sus derechos y obligaciones como intermediarios entre el público y las empresas de seguros.



CAPITULO 4

ASPECTOS JURÍDICOS EN EL MANEJO DE SINIESTROS DEL CONTRATO DE SEGUROS DE SALUD EN EL ECUADOR.

4.1. TRAMITE EN CASO DE QUE OCURRA EL SINIESTRO PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA POLIZA DE SEGUROS.

4.1.1 EL SINIESTRO

4.1.1.a) Conocimiento Generales

❖ Concepto

4.1.1.b) Reclamación:

- Obligación de avisar ocurrencia del siniestro
- Manejo de reclamos y su documentación básica
- Prueba del siniestro
- Responsabilidad por siniestro con antecedentes.

4.1.1.c) Indemnización

- ✓ Límite de pago
- ✓ Coexistencia del Seguro

4.1.1.d) Objeción o Negativa de pago.

- Breve análisis de las causales de inoperancia del contrato.

4.2 EL RECLAMO ADMINISTRATIVO.

4.2.1 Sustento legal y Trámite del Reclamo Administrativo en el Ecuador.

4.3 EL PROCESO JUDICIAL.

- Jurisdicción y Domicilio
- Flujograma del proceso: Vía Verbal Sumaria



CAPITULO 4

ASPECTOS JURÍDICOS EN EL MANEJO DE SINIESTROS DEL CONTRATO DE SEGUROS DE SALUD EN EL ECUADOR.

4.1. TRAMITE EN CASO DE QUE OCURRA EL SINIESTRO PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA POLIZA DE SEGUROS.

4.1.1 EL SINIESTRO

a) Conocimiento Generales:

❖ Concepto.-

Es la manifestación concreta del riesgo asegurado que produce unos daños, garantizados en la póliza hasta una determinada cuantía.

En el Código del Comercio sobre el contrato de seguros en su art. 5 (722.5), da una denominación al siniestro y señala:

"Se denomina siniestro la ocurrencia del riesgo asegurado".

Esto demuestra que si ocurre el acontecimiento incierto previsto en el contrato de seguros llamado riesgo, se entiende que hay un siniestro, el cual influye radicalmente en las relaciones de las partes: da nacimiento a cargas contractuales y legales a cargo del asegurado, y por otra parte da nacimiento al derecho a ser indemnizado por una pérdida o daño sufrido.

El siniestro debe resultar del desarrollo normal del riesgo existente al comienzo formal del seguro, cuando representa la realización del riesgo asumido por el asegurador, es decir que debe ser causado dentro del estado del riesgo fijado en el contrato, por eso no lo es cuando resulta de un cambio arbitrario o de una agravación del estado del riesgo.

Así mismo es necesario que el siniestro se produzca durante la vigencia del seguro para que el asegurado tenga derecho a la indemnización.



b) Reclamación

➤ Obligación de avisar la ocurrencia del siniestro

La reclamación es la presentación por escrito, por parte del asegurado o sus beneficiarios, al asegurador la solicitud del pago del seguro. Debe estar aparejada de los comprobantes que según las condiciones de la correspondiente póliza sean indispensables para el cobro.

La documentación exigida no puede ir más allá de las obligaciones que le impone el legislador al asegurado para hacer valer sus derechos, ante el asegurador, en caso de siniestro, esto es: demostrar la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida. Exigencias por fuera de las precipitadas cargas probatorias no son válidas y de consagrarse en la objeción, podría llevar a que dicha objeción no fuera seria ni fundada.

De lo expuesto, ocurrido un siniestro, el asegurado debe notificar al asegurador de tal hecho, así como también corresponde al asegurado probar la ocurrencia de este y probar la cuantificación de la indemnización pretendida.

Así, pues, mientras el reclamo es la demanda presentada por el asegurado, el siniestro es un acontecimiento que, por originar unos daños concretos previstos en la póliza, motiva la aparición del principio indemnizatorio, obligando a la entidad aseguradora a satisfacer al asegurado o sus beneficiarios el capital garantizado en el contrato.

El Artículo 20 (722.20) establece:

“El asegurado o el beneficiario están obligados a dar aviso de la ocurrencia del siniestro, al asegurador o a su representante legal autorizado, dentro de los tres días siguientes a la fecha en que hayan tenido conocimiento del mismo. Este plazo puede ampliarse, mas no reducirse, por acuerdo de las partes”.

El marco legal establece el plazo mínimo de notificación del siniestro, el cual es de tres días; salvo acuerdo expreso entre las partes, plazo que puede ampliarse mas no reducirse, tiempo que inicia a partir de cuándo el asegurado tuvo conocimiento de los hechos, situación que, en algunos casos, torna a ser manejada para tratar de mantener el amparo sobre el siniestro y evitar su extemporaneidad. (CIRCULAR N° INSP-2008-032 aviso de siniestro)

Prácticamente, el reclamo pasa a tener existencia a partir de una notificación verbal o escrita receptada por la aseguradora; sin embargo, es importante aclarar que una mera notificación telefónica no implica responsabilidad de la aseguradora en una pérdida. Para que un reclamo se constituya en tal, el asegurado deberá ir cubriendo las etapas de formalización, sustentación y cuantificación de los daños por los hechos ocurridos, que serán justamente las instancias que generen la responsabilidad de la aseguradora.



➤ **Manejo de reclamos y su documentación básica**

Importancia de cada documento solicitado

Una vez ocurrido el siniestro y reportado al asegurador, éste podrá realizar una inspección o verificación de los daños, lo que permitirá establecer un monto aproximado de cuanto le puede costar esta indemnización, lo que en términos de seguros se llaman **reservas**.

Así mismo, el asegurador solicitará los documentos necesarios al asegurado no solo para determinar el siniestro y cuantificarlo, sino también para poder ejercer el derecho de subrogación contra terceros responsables de un siniestro.

Finalmente, y, una vez completa la documentación, se procederá al pago del siniestro, de acuerdo a las normas establecidas en las pólizas y la ley, aspecto que se lo trató anteriormente.

Importante es tener en consideración que todo siniestro es diferente uno de otro, sea en el mismo ramo, póliza, asegurado y riesgo, casi siempre las circunstancias que originan el evento serán distintas, razón por la cual dependiendo del caso a tratar, será la forma que optemos para su administración.

La decisión de la forma de manejo es del responsable del área de reclamos

No se puede determinar una norma sobre documentos necesarios para sustentar el reclamo, sin embargo se puede tomar como base lo siguiente:

ACCIDENTES PERSONALES:

- ❖ Documentos de identificación
- ❖ Aviso de Siniestros
- ❖ Respaldos de Gastos
- ❖ Sustentos Médicos

VIDA:

- ❖ Documentos de identificación y justificación
- ❖ Aviso de Siniestros
- ❖ Respaldos de Gastos



- ❖ Sustentos Médicos

GASTOS MÉDICOS:

- ❖ Copia de Cédula de identidad del asegurado.
- ❖ Certificado del médico tratante.
- ❖ Facturas originales de los gastos incurridos con sus respectivos soportes.
- ❖ Copia de la libreta de ahorros en donde conste el débito correspondiente de los tres últimos meses.
- ❖ Certificado emitido por el Banco, en el que conste la fecha en la que se apertura la cuenta.

POR ACCIDENTE:

- ❖ Parte policial correspondiente.
- ❖ Levantamiento del Cadáver.
- ❖ Protocolo de autopsia (según el caso)
- ❖ Historia Clínica.
- ❖ Certificado del médico, detallando las causas de la muerte.
- ❖ Copia de la cédula de identidad del fallecido.
- ❖ Partida de nacimiento del fallecido.
- ❖ Partida de Defunción.
- ❖ Copia de la Cédula de identidad de los derecho - habientes.
- ❖ Posesión efectiva de bienes.
- ❖ Acta de mediación.

POR ENFERMEDAD:

- ❖ Historia Clínica (según el caso)
- ❖ Certificado médico detallando las causas de muerte.



- ❖ Copia de cédula de identidad del fallecido.
- ❖ Partida de nacimiento del fallecido.
- ❖ Partida de defunción.
- ❖ Copia de cédula de identidad de los derecho - habientes.
- ❖ Posesión efectiva de bienes.
- ❖ Acta de mediación.

➤ **Prueba del siniestro**

El Artículo 22 (722.22) del Código de Comercio establece lo siguiente:

“Incumbe al asegurado probar la ocurrencia del siniestro, el cual se presume producido por caso fortuito, salvo prueba en contrario. Así mismo incumbe al asegurado probar la cuantía de la indemnización a cargo del asegurador. A éste incumbe, en ambos casos, demostrar los hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad.”

Es, prácticamente, fundamental para establecer la responsabilidad del asegurador en la pérdida, tener en cuenta los siguientes parámetros, principales:

- ✓ Incumbe al asegurado probar la ocurrencia del siniestro.
- ✓ Se presume caso fortuito, salvo PRUEBA en contrario.
- ✓ Incumbe al asegurado comprobar la cuantía de la pérdida.
- ✓ Incumbe al asegurador demostrar los hechos y circunstancias excluyentes de su responsabilidad.

➤ **Responsabilidad por siniestro con antecedentes**

Dentro del Código de Comercio no se encuentra determinado como tal, sin embargo en del Art. 80 (722.80) se establece la obligación del asegurado “Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no se queda exento de las obligaciones a que se refiere el Art. 14, ni de las sanciones a que su infracción da lugar; pero el asegurador no puede alegar nulidad por error en la declaración proveniente de buena fe exenta de culpa.”

Art. 14 (722.14)



Hay que indicar al respecto que existen obligaciones generales, como obligaciones particulares para cada ramo, entre las generales tenemos las constantes en la legislación sobre el contrato de seguro, y cuya enumeración se hará tomando en cuenta las más importantes.

El solicitante está obligado a declarar los hechos o circunstancias que determinen el estado del riesgo, como se puede observar, esta obligación no emana del contrato; puesto que, debe ejecutarse con anterioridad a él, como una condición básica para el consentimiento del asegurador, éste no puede asumir los riesgos, sin conocer antes su extensión, vale decir el grado de peligrosidad que ello encierra.

El solicitante, en tal sentido, debe manifestar las circunstancias que conforman el estado de riesgo ajustándose, a un cuestionario técnicamente preparado por el asegurador.

La reticencia o falsedad en la declaración produce la nulidad relativa del contrato, esto lo establece al Art. 14 de la Legislación sobre el contrato de seguros cuando manifiesta:

"El solicitante del seguro está obligado a declarar objetivamente el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la falsedad acerca de circunstancias que, conocidas por el asegurador, lo hubieren hecho desistir de la celebración del contrato, o induciéndole a estipular condiciones más gravosas, vician de nulidad relativa el contrato de seguro...".

c) Indemnización

Principio indemnizatorio.- Este principio tiene su fundamento en que la vida humana no tiene precio, mal podría, en consecuencia un asegurador o asegurado tasar el precio de una persona, cada cual es libre de señalar el valor de su interés, en este caso de su propia vida, en lo que considere que vale, pues el valor del interés no tendrá otro límite que el que libremente le asignen las partes. En la praxis las aseguradoras examinan la solicitud de aseguramiento que les proporcione, verifican los ingresos de una persona, su actividad y con estas bases determinan si aceptan el valor asegurado propuesto.

✓ Límite de pago

Todo asegurado tiene la obligación legal de declarar su estado real de salud, la aseguradora tiene la potestad de aceptar o no el riesgo de acuerdo a su



análisis técnico, pudiendo limitarse la cobertura, extra primar al asegurado, o con tasas especiales de riesgo.

Se establecen de acuerdo a negociaciones propias de cada póliza, esto incluye cartera de clientes, promedio de edad, coberturas y tasas negociadas con el cliente.

En el Código de Comercio, el Art. 66 (722.66), establece cuál es el límite del interés asegurable y establece que: “En los seguros de personas, el valor del interés asegurable no tiene otro límite que el que libremente se le asignen las partes contratantes”.

Lo que significa que las partes son las que determinan cual es el interés asegurable, este artículo relacionado con el Art. 23 (722.24) establece que “El asegurador no está obligado a responder por el total y por cualquier concepto, sino hasta la concurrencia de la suma asegurada” por lo tanto también se va a determinar cuál va a ser el límite de pago por parte de la asegurada en cuanto se produzca el siniestro.

✓ **Coparticipación de seguros.**

El Art. 36 del Código de Comercio, establece la coexistencia de seguros para el seguro de daño, sin embargo también se aplica para el seguro de personas con la denominación de Coparticipación de seguros, y, establece: “Cuando existan varios seguros sobre el mismo riesgo, con diversos aseguradores, el asegurado debe comunicar el siniestro a todos los aseguradores, indicando a cada uno de ellos el nombre de los otros. El asegurado puede pedir a cada asegurador la indemnización proporcional al respectivo contrato; las sumas cobradas en conjunto no pueden superar al monto del daño.”

d) Objeción o Negativa de pago.

Durante la etapa precontractual y contractual, antes de la ocurrencia del siniestro, la actividad del asegurador solo es la de formular una promesa respaldada con su patrimonio, bajo la vigilancia de los órganos de control como es la Superintendencia de Bancos y Seguros, promesa de cancelar el siniestro si este ocurre dentro de las condiciones pactadas, siempre que no exista una causal de inoperancia del contrato de seguros.

Ocurrido el siniestro la aseguradora debe pagar dentro de los términos de ley.

Las causales de inoperancia se consagran o formulan en la objeción, documento que debe ser por escrito y, de especial importancia para el



asegurador, puesto que, en él se expresa la razón o razones de ley o convencional por la cual el asegurador se declara exento de su obligación de pagar el valor asegurado.

Las razones de la objeción o negativa deben ser expresadas con precisión y con soporte jurídico.

- **Breve análisis de las causales de inoperancia del contrato.**

Una vez ocurrido el siniestro, el asegurador o aseguradora debe cumplir su promesa de pago, siempre que el suceso se encuentre amparado por el contrato de seguros y que no medie causal que haga inoperante dicho contrato. Lo deja ver el hecho de que a pesar de existir contrato de aseguramiento, se invoque una causal para objetar la reclamación, causales que no son otra cosa que situaciones jurídicas que hacen que el contrato de seguros no produzca efectos.

En consecuencia nos referimos a situaciones tales como:

- a) Eventos en los cuales la ausencia de elementos esenciales al contrato de seguros, lo hace inexistente.
- b) Aquellos que afectan la validez del contrato de seguros, es decir, si bien nació a la vida jurídica, lo hizo con un vicio (error, fuerza o dolo) que lo condena a muerte. Estamos entonces ante las nulidades absolutas o relativas.
- c) Aquellos casos en los que por incumplimiento de las obligaciones de las partes, se termina el contrato de seguro.
- d) Cuando por acuerdo contractual no se amparan determinados eventos de manera total o parcial, o el amparo procede pero a partir de determinados montos; es el caso de los deducibles y las franquiseas.
- e) Cuando las partes, unilateralmente, dan por terminado el contrato a través de la revocación.
- f) Cuando las partes dan por terminado el contrato de mutuo acuerdo.
- g) Cuando se ha producido prescripción.

La compañía de seguros tiene la obligación de pronunciarse ante el asegurado y con copia a la Superintendencia de Bancos y Seguros con el correspondiente pago o negativa por escrito, antes de los 45 días posteriores a la presentación de toda la documentación requerida

La carta de negativa para el cliente debe tener el siguiente esquema:



- Lugar y fecha.
- Oficio numerado.
- Nombre de persona a quien se dirige.

- Ciudad.
- Referencia (póliza, certificado, tomador, asegurado, número de siniestro).
- Sustento legal con base al cual se realiza la negativa.
- Vigencia del seguro.
- Detalle de condición incumplida.
- Resolución MÉDICO-TÉCNICO-LEGAL.
- Firma de responsabilidad.

4.2 EL RECLAMO ADMINISTRATIVO.

4.2.1 Sustento legal y Trámite del Reclamo Administrativo en el Ecuador.

Consistente en la acción que tiene el asegurado cuando se ha dado una negativa a un reclamo; si el asegurado tiene la convicción de que se le está negando un derecho puede interponer un reclamo ante la institución de control.

En el Capítulo VIII de la Ley General de Seguros con título especial se encuentra el Reclamo Administrativo en el art. 42 de la Ley General de Seguros, establece:

“Toda empresa de seguros tiene la obligación de pagar el seguro contratado o la parte correspondiente a la pérdida, debidamente comprobada, según sea el caso, dentro de los cuarenta y cinco días siguientes a aquel en que el asegurado o el beneficiario le presenten por escrito la correspondiente reclamación aparejada de los documentos que, según la póliza, sean necesarios, a menos que la empresa de seguros formule objeciones fundamentadas a tal reclamo, mismas que deberán ser llevadas inmediatamente a conocimiento del Superintendente de Bancos.

Si el asegurado o el beneficiario se allana a las objeciones, la entidad de seguros pagará inmediatamente la indemnización acordada.

Sí, en este caso o en el que se venciere el plazo de cuarenta y cinco días fijado en el inciso primero, la empresa de seguros no efectuare el pago, el asegurado



o el beneficiario pondrá este hecho en conocimiento del Superintendente de Bancos, quien luego de verificar esta situación, ordenará el pago dentro de un plazo no mayor de quince días, junto con los intereses calculados a partir de los cuarenta y cinco días, antes indicados, al tipo máximo convencional, fijado de acuerdo con la ley. De no pagar dentro del plazo concedido dispondrá la liquidación forzosa de la empresa de seguros.

Si la empresa de seguros formulare objeciones al reclamo y no se llegare a un acuerdo con el asegurado o beneficiario, la Superintendencia de Bancos comprobará la existencia de los fundamentos de dichas objeciones y de no haberlos ordenará el pago, caso contrario lo rechazará.

El asegurado o beneficiario podrá acudir, en juicio verbal sumario, ante los jueces competentes o someter al arbitraje comercial o mediación, según sea el caso”.

Procedimiento del Reclamo Administrativo según el Art 42

1.- Es la obligación de la Aseguradora de pronunciarse ante el asegurado dentro de los 45 días siguientes a la presentación de toda la documentación requerida para sustentar el reclamo.

Esta obligación implica un estricto control, tanto de una oportuna como adecuada solicitud de documentos, recomendada por lo tanto un método aplicado a sistemas de cómputos o tarjetas manuales, para evitar caer en el incumplimiento de esta obligación.

El sistema permite, además, efectuar un mejor control de reservas por siniestros, que a lo mejor nunca serán indemnizados por falta de interés del asegurado o del beneficiario.

2.- El pronunciamiento puede ser de pago o no.

3.- De ser de pago el asegurado puede aceptarlo o no.

4.- De no aceptarlo puede interponer este recurso.

Este procedimiento se encuentra regulado por la Resolución 84-029-DS del 30 de Julio de 1984, mediante la cual se establece la información y antecedentes a participar a la Superintendencia de Bancos. En vista de que muchos casos son negados o dados de baja porque nunca se pagó la prima, o también porque se reclama sobre amparos que nunca tuvo la póliza, siempre es conveniente cumplir el requerimiento de notificación a la Superintendencia, ya que, se ha dado el caso de que por una no oportuna negativa o participación al



órgano regulador de ésta las aseguradoras se han visto en la obligación de asumir siniestros plenamente negables.

5.- De ser el pronunciamiento de negativa al pago, éste debe ser fundamentado.

6.- Si la negativa está mal fundamentada, corresponde el pago del reclamo.

7.- Si el asegurado no está de acuerdo puede interponerlo.

8.- El silencio de la compañía, después de transcurrido los 45 días, es causal de reclamo administrativo y por lo concerniente al pago de la indemnización del siniestro, aunque el asegurado no tenga derecho al pago.

Esta extrema acción, prácticamente solo puede darse por negligencia de la propia aseguradora; si existe un adecuado control de plazos en el manejo de reclamos, y, en caso de negativas la oportuna y adecuada notificación, no tiene por qué darse esta situación. Sin embargo, debe entenderse que un caso tiene que ser clara y plenamente negable.

9.- De haber resolución a favor del asegurado, tiene la obligación de pagar dentro de los 15 días siguientes a la notificación de esta más los intereses.

10.- De no hacerlo, la compañía de seguros será intervenida por la Superintendencia de Bancos y seguros y sujeta a liquidación forzosa.

Apelación.-

La Constitución Política de la República del Ecuador, vigente desde el 2008, en el Capítulo Octavo, sobre los derechos de protección, en su art. 76 establece "En todo proceso en el que se determinen derechos y obligaciones de cualquier orden, se asegurará el derecho al proceso que influirá en las siguientes garantías básicas: dentro de las garantías, el literal m, determina. Recurrir el fallo o resolución en todos los procedimientos en los que ese decida sobre sus derechos".

Por otro lado el art. 70 de la Ley General de Seguros dice: De las resoluciones que expida el Superintendente de Bancos y Seguros o su delegado, podrá interponerse recurso de apelación para ante la Junta Bancaria, en el término de ocho días contados desde la fecha de notificación de la resolución. La decisión de la Junta Bancaria, causará estado sin perjuicio de las acciones contencioso administrativas.



11.- De ser la resolución a favor de la compañía de seguros, el asegurado puede seguir ejerciendo su reclamación por la vía judicial por intermedio de un juicio verbal sumario ante un juez de lo civil, o a su vez puede apelar ante la Junta Bancaria.

12.- Si la compañía no está de acuerdo con la resolución de la Superintendencia de Bancos y Seguros, ésta podrá, también, interponer el recurso de apelación ante la Junta Bancaria.

13.- Este recurso lo puede interponer dentro de los 8 días término, contados desde la notificación de la resolución.

4.3 PROCESO JUDICIAL.

De generarse un conflicto entre el asegurado, beneficiario y la aseguradora, según sea el caso y no se han establecido medios alternativos de solución, como la transacción, conciliación o arbitraje, puede dar lugar a la acción por la vía judicial a fin de que se dirima el conflicto, dicho conflicto surge a raíz de la negativa del pago de la aseguradora, mediante el cual niega el todo o parte el pago prometido, una vez puesta a conocimiento de la institución de control, esto es ante la Superintendencia de Bancos y Seguros, la que está obligada a comprobar los fundamentos de las objeciones, que de no haberlos ordenará el pago o caso contrario rechazará, si ha sido rechazado el inciso final de la norma referida establece que el asegurado o beneficiario podrá acudir a la Justicia ordinaria por la vía verbal sumaria.

▪ Jurisdicción y domicilio

En todas las pólizas de seguros se aplica una norma general en cuanto a Jurisdicción y en ella se establece: cualquier litigio que se suscitara entre la Compañía Aseguradora y el asegurado, con motivo del contrato de seguro, queda sometido a la Jurisdicción Ecuatoriana y a la vía verbal sumaria; así lo establece el art. 42 de la Ley General de Seguros ya estudiado.

En cuanto a domicilio, igualmente normas generales para todas las pólizas es que las acciones contra la Compañía deben ser deducidas en el domicilio de esta; y las acciones contra el asegurado, en el domicilio del demandado; lo mismo establece la Legislación sobre el contrato de seguros en su art. 25 (722.25) cuando señala:

"Las acciones contra el asegurador deben ser deducidas en el domicilio de este. Las acciones contra el asegurado o el beneficiario, en el domicilio del demandado".



▪ **Flujograma del Proceso: vía Verbal Sumaria.**

El Código de procedimiento civil determina que están sujetos a este trámite las causas provenientes de un consenso entre las partes que así lo hayan establecido en el contrato, o los que la ley establezca.

En el caso de estudio la Ley de Seguros en el inciso final del Art. 42 establece que el asegurado o beneficiado podrá acudir en Juicio Verbal Sumario o someterse al arbitraje o mediación, según sea el caso.

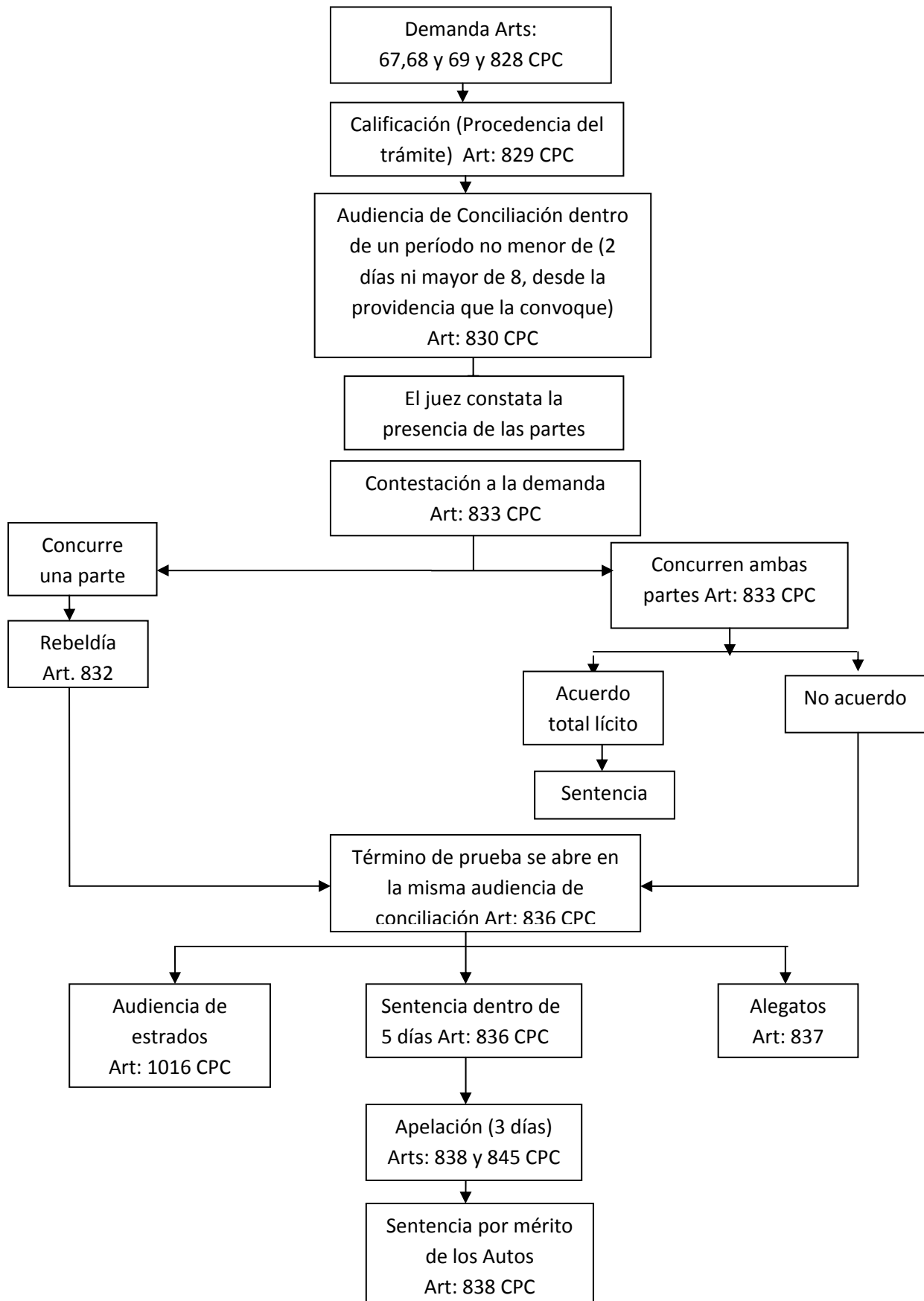
El procedimiento establecido por nuestra legislación del juicio verbal sumario es la siguiente:

1. Propuesta y calificada la demanda, la misma que debe ser clara y completa, el juez ordenará que se cite al demandado con la copia de la misma (Arts. 67,68, 69, 828 y 829 CPC)
2. Practicada la citación, el juez convocará a la audiencia de conciliación, que se realizará en un plazo comprendido entre 2 y 8 días, a partir de la fecha de la convocatoria. (Art. 830 CPC)
3. La Audiencia podrá diferirse únicamente por petición conjunta de las partes. (Art. 831 CPC)
4. Si no concurre una de las partes, se procede en rebeldía (Art. 832 CPC)
5. La audiencia de Conciliación empieza por la contestación a la demanda, que incluye todas las excepciones, y posteriormente el juez buscará la conciliación, que de ocurrir, el juicio concluye. (Art. 833 CPC)
6. En este procedimiento no se admite la reconvenición ni la reforma de la demanda. (Art. 834CPC).
7. De no haberse obtenido el acuerdo de las partes y si no se pudiera liquidar los valores o existieran hechos que deban justificarse, el juez o la jueza abrirá la causa a prueba dentro de la misma audiencia por un término de 6 días. (Art. 836 CPC).
8. Concluido el periodo de prueba, el juez tiene 5 días para dictar sentencia. El juez puede condenar en costas siguiendo las normas del juicio ordinario. Las partes pueden presentar informes en este tiempo. (Art. 837 CPC).
9. En caso de ser apelada al superior, este fallará en mérito de los autos y de su fallo se conceden los recursos que la ley permita (Art. 838 CPC).
10. Ningún incidente puede suspender el trámite, debe ser resuelto al momento de dictar sentencia. (Art. 844 CPC).



11. Se concederá el recurso de apelación de la providencia que niegue el trámite o de la sentencia con relación con lo que señala el Art. 838, ya analizado. (Art. 845 CPC)
12. Si un tercero se siente perjudicado, puede presentar su reclamo por separado. (Art. 846 CPC).
13. Por ser un proceso de conocimiento se puede interponer el recuso de casación. (Art. 320 CPC).

Nota: La Ley de Seguros si bien establece, que para el caso de controversia entre las partes se puede interponer la acción verbal sumaria, sin embargo, no podemos olvidarnos la acción que establece la Ley de Defensa al Consumidor y su reglamento.





5.- CONCLUSIONES:

Del tema de investigación “El Contrato Voluntario de Seguro de Salud”, he llegado a las siguientes conclusiones:

- 1) A pesar que el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, es un Seguro Público de salud y es obligatorio afiliarse al mismo, sin embargo al no cubrir todos los riesgos, las personas sienten la necesidad de contratar un seguro privado de salud.
- 2) En la Constitución de la República del Ecuador, los contratos privados ya están reconocidos y está hace presente en nuestra realidad.
- 3) El Contrato de Seguros a pesar de que se encuentra reglado por el Código Mercantil, y otras leyes especiales, sin embargo, existen vacíos y no establece con exactitud a los Seguros de Salud como tal.
- 4) Del tema investigado se puede determinar que el seguro de salud es uno, sin embargo, las coberturas pueden ser varias dependiendo del tipo de pólizas existentes en la empresa aseguradora o de la necesidad del cliente.
- 5) En el Ecuador no existe material de información suficiente sobre Seguros y más aún sobre el tema investigado.
- 6) El Contrato Voluntario de Salud, es un contrato mediante el cual pueden intervenir personas naturales y jurídicas, en el cual impera la buena fe de las partes contratantes.
- 7) Una característica importante de este tipo de contrato es la adhesión que una vez que haya sido aprobada la póliza en la Superintendencia de Bancos y Seguros, no se puede cambiar, a menos que vaya en beneficio del asegurado y estén de acuerdo las partes.
- 8) Entre los contratantes esto es empresa aseguradora y asegurado pueden suscitarse controversias las mismas que se pueden resolver por:
 - Por la vía administrativa ante la Superintendencia de Bancos y Seguros que es el reclamo administrativo, mismo que puede ser apelada ante la Junta Bancaria, sin perjuicio de las acciones contencioso administrativas.
 - Por la vía Judicial, esto es por la acción Verbal Sumaria, ante el Juez de lo Civil, misma que puede apelase e incluso llegar a la casación por ser un proceso de conocimiento.
 - Además que también podemos aplicar una acción judicial aplicando la Ley de Defensa al Consumidor.



6.- RECOMENDACIONES:

Luego de haber realizado un análisis respecto del Contrato Voluntario de Seguros de Salud propuesto en este estudio, puedo plantear lo siguiente:

Es un imperativo que las universidades, frente a la globalización, den respuestas que permitan al país enfrentar los nuevos retos, los desafíos son múltiples como las actividades del hombre y abarcan variadas actividades económicas, sociales, técnicas, en tal virtud en el campo del derecho es irrenunciable entender las nuevas normativas que revolucionan el comercio y se requiere una visión profunda de las coberturas de seguros en este campo, de igual forma en el campo científico Jurídico- Médico del seguro de Salud o también en el caso de la siniestrabilidad que debe ir aparejada la visión legal con la técnica de la informática para caminar paralelamente y dar al hombre y a los bienes en sentido de protección acorde con los nuevos tiempos.

Que dentro de las Universidades se profundice el estudio de Seguros, fomentando en los alumnos la investigación por ser un tema pertinente en la actualidad, pues se ha podido observar que el área de seguros es amplia y extensa y requiere de una exhaustiva comprensión e interpretación.

Que las Empresas aseguradoras proporcionen mayor información a los asegurados, especificando de manera clara las coberturas, exclusiones, que se puede hacer en caso de siniestro, y cuando ocurre una controversia que acciones proponer.

Que las personas que quieran contratar un seguro, se informen respecto del tema, para que en un futuro no se vea involucrado en problemas en relación al tipo de póliza que vayan a firmar.



7. BIBLIOGRAFÍA

- 1- Curso de capacitación IPBF. Año: 2010 El Contrato Partes y Elementos- Aspectos legales. Autor: Dr. Eduardo Meythaler.
- 2- <http://definición.de/seguro/> (agosto 2011)
- 3- Manual de Derecho Mercantil. 4ta. Edición: Editorial Jurídica del Ecuador. Autor: Víctor Cevallos Vásquez. Año: 2007
- 4- <http://www.monografia.com/trabajos33/seguros/seguros.shtml> (agosto 2011)
- 5- Código Civil Ecuatoriano. Corporación de Estudios y publicaciones. Año: 2009
- 6- Código de Comercio Ecuatoriano (Concordancias). Corporación de Estudios y publicaciones. Año 2009
- 7- Constitución de la República del Ecuador. Publicación oficial de la Asamblea Constituyente. Año: 2008.
- 8- Curso de Capacitación IPBF. Autor: Seguros del Pichincha, Diapositivas. Año: 2010
- 9- Diccionario Enciclopédico Ilustrado Océano Uno.
- 10- Ley Orgánica de Salud, ley 67, Registro Oficial Suplemento 423 de 22 de Diciembre del 2006.
- 11- Curso de Capacitación IPBF. Autor: José Cobo, diapositiva... Año: 2010
- 12- Microsoft ® Encarta ® 2008. © 1993-2007 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos
- 13- Tesis de Licenciatura en Derecho de la UNAM: Tema: "El seguro obligatorio de vehículos, automotores que circulen en el distrito federal". Autor. Fabiola Bezies. Año: 2000
- 14- Curso de Capacitación IPBF: Capacitación sobre Siniestros. Autor. Jalbornoz. Diapositivas.
- 15- Diccionario Jurídico ESPASA SIGLO XXI. Editorial Espasa Calpe S.A. Año: 2007
- 16- <http://www.promonegocios.net/empresa/concepto-empresa.html> (SEPTIMBRE 2011)
- 17- [http://es.wikipedia.org/wiki/Agente_\(econom%C3%ADa\)](http://es.wikipedia.org/wiki/Agente_(econom%C3%ADa)) (septiembre 2011)
- 18- <http://www.invertirforex.com/plataformas-de-operacion/brookers.htm> (septiembre del 2011)
- 19- Ley General de Seguros del Ecuador. H. Congreso Nacional. Cod.2008.
- 20- Capacitación de Siniestros. Curso del IPBF. Jorge Camacho/Hernán Rodríguez. Año: 2010
- 21- Derecho Mercantil Contemporáneo. Colección Derecho Privado y Globalización. Tomo 1. Directores: Jorge Oviedo Albán/Isabel Candelario Macías. Año: 2005.
- 22- Manual Práctico Legal Ecuatoriano. Ediciones Legales. 2da Edición. Año: abril 2011.





8.- ANEXOS


ANEXO: 1 SOLICITUD- CERTIFICADO DE SEGURO

		SEGURO CONTRA ACCIDENTES PERSONALES PLUS SEGURO DIA A DIA SOLICITUD-CERTIFICADO DE SEGURO				CERTIFICADO No. 0029706							
POLIZA No. 000004													
OFICINA Matri. 2- Solano		NOMBRE AGENTE J. Astudillo		FECHA VIGENCIA 31 03 2011		DIA 31		MES 03		AÑO 2011		PERIODO DE PAGO M X T A	
AUTORIZACIÓN DE DEBITO													
Yo, <u>Leon Contreras Tania Marlene</u> identificado con la cédula de identidad <input checked="" type="checkbox"/> o pasaporte <input type="checkbox"/> número: <u>030216504-8</u> autorizo a Seguros del Pichincha debitar de acuerdo con el período de pago elegido de mi:													
<input type="checkbox"/> Cta. Ahorros		<input type="checkbox"/> Cta. Corriente		<input type="checkbox"/> Tarjeta de Crédito		No. <u>5816565100</u>							
Tipo de tarjeta <input type="checkbox"/> Visa-Banco Pichincha		<input type="checkbox"/> Mastercard Banco Pichincha		Vencimiento AÑO MES									
el valor correspondiente a la prima que cause el seguro objeto de este certificado que será la que conste en el espacio "Prima a Pagar" del presente y de allí en adelante, en cada período, de acuerdo con la tarifa vigente. Me comprometo en tal razón a mantener el valor correspondiente para tal fin.													
Cualquier instrucción para que se deje sin efecto esta autorización la presentaré a Seguros del Pichincha, con treinta (30) días de antelación al siguiente cobro y con copia al Asegurado establecido más adelante, adjuntando a dicha petición el recibido de la misma por parte del Asegurado.													
<input type="checkbox"/> Parentesco con el Asegurado:		<input type="checkbox"/> Cónyuge:		<input type="checkbox"/> Padres:		<input type="checkbox"/> Hermano:		<input type="checkbox"/> Hijo:		<input type="checkbox"/> Empleador:			
Cualquier controversia que yo como titular de la cuenta tuviere con respecto a la presente autorización de débito, lo trataré directamente con el Asegurado, liberando de toda responsabilidad al Banco Pichincha y/o Seguros del Pichincha. Finalmente, dejo constancia de que estoy consciente y totalmente de acuerdo en que la única persona que puede cancelar el certificado de seguro objeto de esta autorización es el Asegurado del mismo, Sr (a) _____; adicionalmente, si el titular de la cuenta es el empleador, se deja también constancia de que esta autorización de débito subsiste hasta tanto el Sr.(a); _____ trabaje con _____													
Firma del Titular de la Cuenta/Tarjeta				Firma de Autorización				Firma del Asegurado					
SEGMENTO (Marque X)													
<input type="checkbox"/> JOVEN CONSTRUCTOR		<input type="checkbox"/> JOVEN PROTECTOR		<input type="checkbox"/> FAMILIA SEGURA		<input type="checkbox"/> FAMILIA DORADA		<input checked="" type="checkbox"/> EMPRENDEDORES					
DATOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL				CI <input checked="" type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>		N° <u>030216504-8</u>							
Apellidos: <u>Leon Contreras</u>				Nombres: <u>Tania Marlene</u>									
Día de nacimiento: <u>10</u> mes: <u>02</u> año: <u>1987</u>		Estado civil: <u>Soltero</u>		Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>		Ocupación: <u>Empleado Privado</u>							
Celular 1: <u>092539298</u>				Celular 2: <u>-</u>				E-mail: <u>-</u>					
Envío de Correspondencia Domicilio: <input checked="" type="checkbox"/> Trabajo: <input type="checkbox"/>				Nombre de familiar que no viva con Ud: <u>Manuel Leon</u>				Telf: <u>03224965</u>					
Dirección del Domicilio:				Calle Principal N°:		Transversal:		N° casa/dpto/piso:					
<u>Araquez</u>				<u>Panamericana Norte</u>		<u>Av 24 Mayo Sin</u>							



Barrio/Sector: <u>Puente San José.</u>		Referencia: <u>Junto a la parada de buses.</u>	
Provincia: <u>Cañar</u>	Ciudad: <u>Azogues</u>	Teléfono: <u>07224477</u>	Hora de contacto desde: <u>19:00</u> hasta <u>22:00</u>
Dirección del Trabajo: Calle Principal N°:		Transversal: <u>Parque Industrial</u>	Número:
Barrio/Sector: <u>Parque Industrial</u>		Empresa: <u>ERCO</u>	
Provincia: <u>Azuay</u>	Ciudad: <u>Cuenca</u>	Teléfono: <u>092539 2918</u>	Hora de contacto desde: <u>09:00</u> hasta <u>20:00</u>
TABLA DE COBERTURAS			
PLAN	Marque (x)	COBERTURAS	ASEGURADOS VALOR ASEGURADO
PLAN "A"		Muerte Accidental	Titular \$ 70.000 USD.
		Renta Familiar por Muerte Accidental (12 pagos mensuales)	Titular \$ 1.500 USD.
		Gastos Médicos por Accidente	Titular \$ 7.000 USD. Deducible: 10% valor del siniestro, mínimo \$ 20.
		Asistencia Hogar	Titular (Cerrajería \$75, Plomería \$75, Vidrios \$75 y Electricidad \$75) al año.
PLAN "B"		Muerte Accidental	Titular \$ 50.000 USD.
		Renta Familiar por Muerte Accidental (12 pagos mensuales)	Titular \$ 1.000 USD.
		Gastos Médicos por Accidente	Titular \$ 5.000 USD. Deducible: 10% valor del siniestro, mínimo \$ 20.
		Asistencia Hogar	Titular (Cerrajería \$75, Plomería \$75, Vidrios \$75 y Electricidad \$75) al año.
PLAN "C"		Muerte Accidental	Titular \$ 30.000 USD.
		Renta Familiar por Muerte Accidental (12 pagos mensuales)	Titular \$ 800 USD.
		Gastos Médicos por Accidente	Titular \$ 3.000 USD. Deducible: 10% valor del siniestro, mínimo \$ 20.
		Asistencia Hogar	Titular (Cerrajería \$75, Plomería \$75, Vidrios \$75 y Electricidad \$75) al año.
		PRIMA A PAGAR: \$	<u>14,99</u> USD.
BENEFICIARIOS POR MUERTE (a título gratuito)			
Nombres y Apellidos		Parentesco	Porcentaje 100% Edad
<u>Carlos Jaime Leon Contreras</u>		<u>Padre</u>	<u>50</u> <u>47</u>
<u>Blanca Guillemina Contreras</u>		<u>Madre</u>	<u>50</u> <u>48</u>
 Seguros del Pichincha Una familia para la familia R.U.C. 1791289927001 Compañía de Seguros y Reaseguros		Quito: Av. González Suárez y Coruña (esq.) PBX:2551800 Guayaquil: Justino Comejo y Av. Francisco de Orellana PBX:2285963 Cuenca: Av. Solano y Av.12 de Abril PBX:2341900 Servicio al Cliente: 1800 400-400	 BANCO PICHINCHA En confianza, siempre.
CLIENTE			

ANEXO 2 POLIZA DE SEGURO DE SALUD



PLUS SEGURO
día a día

SEGUROS DEL PICHINCHA S.A.

PLUS SEGURO DIA A DIA

CONDICIONES GENERALES

Por convenio entre Seguros del Pichincha S.A., Compañía de Seguros y Reaseguros, y el solicitante, este instrumento queda sujeto a las exclusiones, edades de ingreso, revocación, causales de terminación, así como a las siguientes condiciones generales:

ARTICULO PRIMERO.- BENEFICIOS Y EXCLUSIONES

MUERTE ACCIDENTAL


BENEFICIO: Si las lesiones corporales sufridas en un accidente fueren la causa única y directa para que el Asegurado fallezca, dentro de los ciento ochenta (180) días contados desde la fecha del accidente, la Compañía pagará a los beneficiarios, la suma contratada en el certificado de seguro y/o carátula de esta Póliza.

Por accidente se entiende el hecho traumático (herida o contusión) no psíquico, súbito, imprevisto e independiente de la voluntad del Asegurado, que sea provocado por una violencia exterior, siempre que ocurra dentro de la vigencia de esta Póliza y que no se encuentre excluido.

EXCLUSIONES:

- Cualquier enfermedad o accidente preexistente a la contratación del seguro.
- Infecciones producidas por picaduras de insectos, tales como fiebre amarilla, malaria, tifo y similares.
- Embarazo, parto, cesárea, aborto y las complicaciones que surjan de ellos.
- Accidentes sufridos durante intervenciones quirúrgicas o como consecuencia de ellas o por tratamientos médicos de rayos X, choques eléctricos y similares, salvo que obedezcan a la curación de lesiones por un accidente amparado.
- Encontrarse el Asegurado bajo el efecto de bebidas embriagantes o de sustancias que por su propia naturaleza produzcan dependencia física o psíquica a menos que el Asegurado no se haya colocado voluntariamente en el mencionado estado.
- Cualquier enfermedad o accidente, causado por el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida SIDA (o cualquier nombre con que se conozca).
- Suicidio, tentativa de suicidio o lesión intencionalmente causada a sí mismo, ya sea en estado de cordura o demencia. Para la cobertura No 1 se cubrirá a partir del 1er año de iniciado el contrato.
- La muerte, desmembración, incapacidad, enfermedad causada por, o en ocasión o en el ejercicio de actividades ilícitas.
- Accidentes causados por violación de cualquier norma legal de carácter penal.
- Lesiones o muerte causadas intencionalmente por otra persona, con excepción de las derivadas de la tentativa de hurto y de robo.
- Accidente provocado por dolor, participación voluntaria en riñas o culpa grave del Asegurado.
- Empresa criminal o aplicación legítima de la pena de muerte, salvo que se trate de la legítima defensa.
- Participación del Asegurado en competencias deportivas profesionales o práctica de los siguientes deportes: carreras de automóviles, boxeo, motos, karting, paracaidismo, parapentismo, cometa, alas delta, bungee jumping, ultralivianos, deportes submarinos o subacuáticos, o escalamiento de montaña.
- Participación del Asegurado en aviación, salvo que vuele como pasajero de una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el transporte de pasajeros.
- Mientras el Asegurado se encuentre en el ejercicio de las siguientes actividades: aerofotografía, bomberos, circenses (artistas, acróbatas y domadores de animales), explosivos (manipulación y/o fabricación), conductores de vehículos transportadores de petróleo o sus derivados, pintores de exteriores de edificios, limpiadores de vidrios exteriores de edificios, siderúrgicas (jefes o auxiliares de altos hornos), tauromaquia (matador de toros, picador, banderillero, rejoneador o peón).
- Mientras el Asegurado se encuentre sirviendo activamente en labores militares en las fuerzas armadas o de policía de cualquier país o autoridad nacional o internacional. En caso que el Asegurado fuese llamado a prestar servicio militar o se incorpore a cualquier cuerpo armado, la Compañía le devolverá la prima de seguro correspondiente al lapso de duración de dicho servicio, liquidada a prorrata.
- Guerra civil o internacional, motín, huelga, movimientos subversivos o en general conmociones civiles de cualquier clase.
- Acontecimientos catastróficos originados por reacciones nucleares.

2



Seguros del Pichincha S.A.
Una familia para la familia

PLUS SEGURO día a día

RENTA FAMILIAR POR MUERTE ACCIDENTAL

BENEFICIO: Si a consecuencia única y directa de un accidente, el Asegurado muere dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes contados a partir de la fecha del accidente, la Compañía pagará a los beneficiarios la renta mensual contratada sin exceder el período pactado en el certificado de seguro y/o carátula de esta Póliza.

Por accidente se entiende el hecho traumático (herida o contusión) no psíquico, súbito, imprevisto e independiente de la voluntad del Asegurado, que sea provocado por una violencia exterior, siempre que ocurra dentro de la vigencia de esta Póliza y que no se encuentre excluido.

EXCLUSIONES:

- Cualquier enfermedad o accidente preexistente a la contratación del seguro.
- Accidentes sufridos durante intervenciones quirúrgicas o como consecuencia de ellas o por tratamientos médicos de rayos X, choques eléctricos y similares, salvo que obedezcan a la curación de lesiones por un accidente amparado.
- Intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas.
- Encontrarse el Asegurado bajo el efecto de bebidas embriagantes o de sustancias que por su propia naturaleza produzcan dependencia física o psíquica a menos que el Asegurado no se haya colocado voluntariamente en el mencionado estado.
- Cualquier enfermedad o accidente, causado por el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida SIDA (o cualquier nombre con que se conozca).
- Suicidio, tentativa de suicidio, o lesión intencionalmente causada a sí mismo, ya sea en estado de cordura o demencia. Para la cobertura No 1 se cubrirá a partir del 1er año de iniciado el contrato.
- La muerte, desmembración, incapacidad, enfermedad causada por, o en ocasión o en el ejercicio de actividades ilícitas.
- Accidentes causados por violación de cualquier norma legal de carácter penal.
- Lesiones o muerte causadas intencionalmente por otra persona, con excepción de las derivadas de la tentativa de hurto y de robo.
- Accidente provocado por dolor, participación voluntaria en riñas o culpa grave del Asegurado.
- Empresa criminal o aplicación legítima de la pena de muerte, salvo que se trate de la legítima defensa.
- Participación del Asegurado en competencias deportivas profesionales o práctica de los siguientes deportes: carreras de automóviles, boxeo, motos, karting, paracaidismo, parapentismo, cometa, alas delta, bungee jumping, ultralivianos, deportes submarinos o subacuáticos, o escalamiento de montaña.
- Participación del Asegurado en aviación, salvo que vuele como pasajero de una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el transporte de pasajeros.
- Mientras el Asegurado se encuentre en el ejercicio de las siguientes actividades: aerofotografía, bomberos, circenses (artistas, acróbatas y domadores de animales), explosivos (manipulación y/o fabricación), conductores de vehículos transportadores de petróleo o sus derivados, pintores de exteriores de edificios, limpiadores de vidrios exteriores de edificios, siderúrgicas (jefes o auxiliares de altos hornos), tauromaquia (matador de toros, picador, banderillero, rejoneador o peón).
- Mientras el Asegurado se encuentre sirviendo activamente en labores militares en las fuerzas armadas o de policía de cualquier país o autoridad nacional o internacional. En caso que el Asegurado fuese llamado a prestar servicio militar o se incorpore a cualquier cuerpo armado, la Compañía le devolverá la prima de seguro correspondiente al lapso de duración de dicho servicio, liquidada a prorrata.
- Guerra civil o internacional, motín, huelga, movimientos subversivos o en general conmociones civiles de cualquier clase.
- Acontecimientos catastróficos originados por reacciones nucleares.

GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE

BENEFICIO: Si el Asegurado sufre lesiones corporales como consecuencia única y directa de un accidente cubierto bajo el presente seguro, dentro de los ciento ochenta (180) días contados a partir de la fecha del mismo, y requiere de tratamiento médico o quirúrgico, la Compañía, una vez comprobadas dichas lesiones, pagará al Asegurado, el costo del tratamiento médico, quirúrgico, ambulancia, hospital, enfermera y medicamentos que se receten, sin exceder de la suma asegurada.

El importe correspondiente a medicamentos sólo será pagadero previa presentación de la respectiva receta médica, acompañada de la factura de compra.

Para efectos de este seguro, por gastos médicos por accidente se entiende aquellos gastos indispensables, razonables y equitativos de acuerdo con el parámetro normal que se maneja con gastos similares dependiendo del establecimiento médico, clínico u hospitalario y de la localidad en que se atienda al Asegurado a consecuencia del accidente.



El término ambulancia significa, el vehículo de transporte de pacientes equipado para tal efecto y legalmente autorizado, que traslade al Asegurado desde el lugar del accidente hasta la unidad o centro médico, clínico u hospitalario más cercano.

Por accidente se entiende el hecho traumático (herida o contusión) no psíquico, súbito, imprevisto e independiente de la voluntad del Asegurado, que sea provocado por una violencia exterior, siempre que ocurra dentro de la vigencia de esta Póliza y que no se encuentre excluido.

El presente amparo es acumulable con el seguro de vida, por lo tanto, una vez pagada la indemnización por este amparo, el Asegurado quedará excluido del mismo pero podrá continuar amparado bajo el seguro de vida, con el pago de la prima correspondiente a dicho amparo.

Toda indemnización bajo esta cobertura estará sujeta a un deducible, el cual se encontrará estipulado en esta Póliza o en los certificados de seguro que se expidan con fundamento en ella, excepto en el caso en que el gasto médico corresponda al traslado en ambulancia terrestre.

EXCLUSIONES:

- Cualquier enfermedad o accidente preexistente a la contratación del seguro.
- Exámenes médicos de rutina cuando no haya síntomas objetivos de deterioro de la salud del Asegurado.
- Infecciones producidas por picaduras de insectos, tales como fiebre amarilla, malaria, tifo y similares.
- Accidentes sufridos durante intervenciones quirúrgicas o como consecuencia de ellas o por tratamientos médicos de rayos X, choques eléctricos y similares, salvo que obedezcan a la curación de lesiones por un accidente amparado.
- Cirugía plástica o cosmética, a menos que haya necesidad de practicarla como consecuencia de un accidente ocurrido dentro de la vigencia del seguro.
- Intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas.
- Encontrarse el Asegurado bajo el efecto de bebidas embriagantes o de sustancias que por su propia naturaleza produzcan dependencia física o psíquica a menos que el Asegurado no se haya colocado voluntariamente en el mencionado estado.
- Cualquier enfermedad o accidente, causado por el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida SIDA (o cualquier nombre con que se conozca).
- Suicidio, tentativa de suicidio, o lesión intencionalmente causada a sí mismo, ya sea en estado de cordura o demencia. Para la cobertura No 1 se cubrirá a partir del 1er año de iniciado el contrato.
- La muerte, desmembración, incapacidad, enfermedad causada por, o en ocasión o en el ejercicio de actividades ilícitas.
- Accidentes causados por violación de cualquier norma legal de carácter penal.
- Lesiones o muerte causadas intencionalmente por otra persona, con excepción de las derivadas de la tentativa de hurto y de robo.
- Accidente provocado por dolor, participación voluntaria en riñas o culpa grave del Asegurado.
- Empresa criminal o aplicación legítima de la pena de muerte, salvo que se trate de la legítima defensa.
- Participación del Asegurado en competencias deportivas profesionales o práctica de los siguientes deportes: carreras de automóviles, boxeo, motos, karting, paracaidismo, parapentismo, cometa, alas delta, bungee jumping, ultralivianos, deportes submarinos o subacuáticos, o escalamiento de montaña.
- Participación del Asegurado en aviación, salvo que vuele como pasajero de una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el transporte de pasajeros.
- Mientras el Asegurado se encuentre en el ejercicio de las siguientes actividades: aerofotografía, bomberos, circenses (artistas, acróbatas y domadores de animales), explosivos (manipulación y/o fabricación), conductores de vehículos transportadores de petróleo o sus derivados, pintores de exteriores de edificios, limpiadores de vidrios exteriores de edificios, siderúrgicas (jefes o auxiliares de altos hornos), tauromaquia (matador de toros, picador, banderillero, rejoneador o peón).
- Mientras el Asegurado se encuentre sirviendo activamente en labores militares en las fuerzas armadas o de policía de cualquier país o autoridad nacional o internacional. En caso que el Asegurado fuese llamado a prestar servicio militar o se incorpore a cualquier cuerpo armado, la Compañía le devolverá la prima de seguro correspondiente al lapso de duración de dicho servicio, liquidada a prorrata.
- Guerra civil o internacional, motín, huelga, movimientos subversivos o en general conmociones civiles de cualquier clase.
- Acontecimientos catastróficos originados por reacciones nucleares.

ASISTENCIA HOGAR COBERTURA MATERIAL

En virtud del presente anexo, la Compañía garantiza la puesta a disposición del Asegurado de una ayuda material inmediata, en forma de prestación económica de servicios con el fin de limitar y controlar los

PLUS SEGURO día a día

daños materiales, presentados en la edificación del inmueble asegurado a consecuencia de un evento fortuito, de acuerdo con los términos y condiciones consignados en el presente anexo y por hechos derivados de los riesgos especificados en el mismo.

AMBITO TERRITORIAL DE LAS PRESTACIONES

El derecho a las prestaciones de este anexo se extiende a los inmuebles asegurados que se encuentran en el territorio ecuatoriano.

BENEFICIO: En virtud del presente anexo, la Compañía garantiza la puesta a disposición del Asegurado de una ayuda material inmediata en forma de prestación de servicios, cuando éste se encuentre en dificultades, como consecuencia de un evento fortuito ocurrido en su domicilio habitual, de acuerdo con los términos y condiciones consignados en el presente anexo, y sobre los siguientes eventos:

- **Plomería:** En caso de una avería en las instalaciones de abastecimiento que imposibilite el suministro o evacuación de las aguas, se enviará a la mayor brevedad un técnico especializado, que realizará la "Asistencia de Emergencia". El servicio de emergencia no tendrá ningún costo para el Asegurado, hasta por la suma establecida en las condiciones particulares.
- **Electricidad:** Cuando a consecuencia de una avería en las instalaciones eléctricas se produzca una falta de energía eléctrica, se realizará la "Asistencia de Emergencia" necesaria para establecer el suministro del fluido eléctrico. El servicio de emergencia no tendrá ningún costo para el Asegurado hasta por la suma establecida en las condiciones particulares.
- **Cerrajería:** Cuando a consecuencia de cualquier hecho accidental, como pérdida, extravío o robo de las llaves o inutilización de la cerradura por intento de hurto u otra causa que impida la apertura del inmueble, realizará la "Asistencia de Emergencia" necesaria para restablecer el acceso al inmueble. El servicio de emergencia no tendrá ningún costo para el Asegurado, hasta por la suma establecida en las condiciones particulares. El valor anterior incluye el costo de materiales y la mano de obra.
- **Vidrios:** Cuando se produzca la rotura de los vidrios de las ventanas de la vivienda, se realizará la "Asistencia de Emergencia" que permita la reposición del cristal. El servicio de emergencia no tendrá ningún costo para el Asegurado, hasta por la suma establecida en las condiciones particulares.

• Conexión con profesionales

- **Servicio "Atención Inmediata".** - veinticuatro (24) horas al día los trescientos sesenta y cinco (365) días del año. El Centro de Atención al Cliente cuenta con personal calificado que garantiza el funcionamiento permanente.
- **Estándares.**- personal calificado de acuerdo con los estándares de funcionamiento impuesto por la Compañía.
Por lo anterior se puede atender al cliente con tiempos de respuesta que en promedio no exceden de 30 minutos, exceptuando casos especiales que por su complejidad requieren de más tiempo.
- **Los profesionales.**- han sido calificados, revisando sus antecedentes, su experiencia y capacidad dentro de su campo.
- **Garantía.**- cada cliente debe llenar una hoja aceptando el trabajo a realizarse y el precio del mismo. Al terminar este, el operador de la central tiene la obligación de llenar con el cliente un formulario de satisfacción sobre el trabajo realizado.
- **Todas las labores realizadas.**- tienen garantía de sesenta (60) días y Ecuasistencia S.A., realiza el contacto con el cliente final para comprobar su satisfacción.
- **Precio al cliente.**- por tener volúmenes de operación alto, los precios que estos profesionales cobran por su trabajo al cliente son menores al promedio del mercado. En relación al trabajo que se realiza este necesariamente debe ser efectuado con materiales de óptima calidad.

EXCLUSIONES:

Plomería:

- Grifos, cisternas, depósitos, calentadores junto con sus acoples, tanques hidroneumáticos, bombas hidráulicas, y en general de cualquier elemento ajeno a las condiciones de agua propias de la vivienda.
- El destaponamiento de baños y sifones; arreglo de canales y bajantes, reparación de goteras debidas a una mala impermeabilización o protección de la cubierta o paredes exteriores del inmueble, ni averías que se deriven de humedades o filtraciones.

Electricidad:

- Enchufes o interruptores.
- Elementos de iluminación, tales como lámparas, bombillos o fluorescentes.
- Electrodomésticos, tales como: estufas, hornos, calentadores, lavadoras, secadoras, neveras y en general cualquier aparato que funcione por suministro eléctrico.



PLUS SEGURO día a día

Cerrajería:

- Reparación y/o reposición de cerraduras que impidan el acceso a partes internas del inmueble a través de puertas interiores, así como también la apertura o reparación de cerraduras de guardarrobas y alacenas.

Vidrios:

- A todo tipo de vidrios que a pesar de hacer parte de la edificación, en caso de una rotura no comprometen el cerramiento de la vivienda.
- Cualquier clase de espejos.

EXCLUSIONES GENERALES DEL ANEXO DE ASISTENCIA DOMICILIARIA**1. No son objeto de la cobertura de este anexo las prestaciones y hechos siguientes:**

- Los servicios que el Asegurado haya concertado por su cuenta sin previo consentimiento de la Compañía; salvo en caso de fuerza mayor, según su definición legal, que le impida comunicarse con la Compañía.
- Los servicios adicionales que el Asegurado haya contratado directamente con el especialista reparador bajo su cuenta y riesgo.

2. Quedan excluidos de la cobertura objeto del presente contrato las consecuencias de los hechos siguientes:

- Los causados por mala fe del Asegurado.
- Los fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico tales como inundaciones, granizo, terremoto, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas, caídas de cuerpos siderales y aerolitos.
- Hechos derivados del terrorismo, motín o tumulto popular.
- Hechos o actuaciones de las fuerzas armadas o de cuerpos de seguridad.
- Los derivados de la energía nuclear radioactiva.
- Los actos malintencionados de terceros.

1. Obligaciones del Asegurado.

En caso de evento cubierto por el presente anexo el Asegurado deberá solicitar siempre la asistencia por teléfono, a cualquiera de los números indicados en el manual de bolsillo, debiendo indicar el nombre del Asegurado, destinatario de la prestación, número de cédula de identidad o pasaporte, número de la Póliza de seguro, lugar donde se encuentra, número de teléfono y tipo de asistencia que precisa. Las llamadas telefónicas serán con cobro revertido, y en los lugares en que no fuera posible hacerlo así, el Asegurado podrá recuperar el importe de las llamadas, contra prestación de los recibos.

2. Incumplimiento

La Compañía queda relevada de responsabilidad cuando por decisión autónoma del Asegurado o de sus responsables, no pueda efectuar cualquiera de las prestaciones específicamente previstas en este anexo; así como de los eventuales retrasos debido a contingencias o hechos imprevisibles, incluidos los de carácter meteorológico u orden público que provoquen una ocupación preferente y masiva de los reparadores destinados a tales servicios, así como tampoco cuando se presenten daños en las líneas telefónicas o en general en los sistemas de comunicación.

3. Pago de Indemnización

El Asegurado deberá tener en cuenta que las indemnizaciones fijadas en las coberturas serán en todo caso complemento de los contratos que pudiese tener el Asegurado cubriendo el mismo riesgo.

ARTICULO SEGUNDO: DISPOSICIONES FUNDAMENTALES

Las partes contratantes se someten a las disposiciones de las Leyes del Ecuador y a las de la presente Póliza que la complementan o modifican, cuando ello es admisible. En caso de no coincidir las condiciones generales con las especiales, se estará a lo que dispongan estas últimas.

Esta Póliza ha sido emitida por la Compañía, sobre la base de las declaraciones suscritas por el Contratante y por los Asegurados. Toda declaración falsa, inexacta u omisión de circunstancias conocidas por el Contratante o por los Asegurados, aún hechos de buena fe, que a juicio de la Compañía hubiere impedido el contrato o la aceptación de los seguros individuales, o habría modificado las condiciones de los mismos, si la Compañía hubiese conocido el verdadero estado del riesgo, vicia de nulidad relativa el contrato o los certificados de los Asegurados, según el caso.

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, los vicios enumerados en el inciso anterior, producen el mismo efecto, siempre que el solicitante encubra culpablemente circunstancias que agraven objetivamente la peligrosidad del riesgo.

La nulidad de que trata este artículo se entiende saneada por el conocimiento de parte de la Compañía, de las circunstancias encubiertas, antes de perfeccionarse el contrato, o después si las acepta expresamente. (Artículo 14, Sección 4 a, capítulo I, capítulo XVII del Código de Comercio Ecuatoriano)

PLUS SEGURO día a día

Aunque la Compañía prescinda del examen médico, el Asegurado no queda exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 14 mencionado anteriormente, ni de las sanciones a que su infracción da lugar; pero la Compañía no puede alegar nulidad por error en la declaración proveniente de buena fe exenta de culpa. (Artículo 80, Sección 2ª, capítulo III, título XVII del Código de Comercio Ecuatoriano).

ARTICULO TERCERO: VIGENCIA

Esta Póliza adquiere fuerza legal desde el día y hora indicados en las Condiciones Particulares como comienzo de su vigencia y permanecerá en vigor por el espacio de un año, pudiendo renovarse automáticamente de acuerdo con las condiciones generales establecidas en esta Póliza.

ARTICULO CUARTO: PERSONAS ASEGURABLES

Se consideran asegurables a la fecha de emisión de esta Póliza, todas aquellas personas que hayan cumplido un (1) año de edad, pero que su edad no supere las establecidas en la tabla de edades máximas de ingreso que forma parte de esta Póliza y cuya solicitud de seguros sea aceptada por la Compañía. Los Asegurables que en lo futuro deseen incorporarse a esta Póliza, serán asegurados a partir del día que la Compañía emita el respectivo certificado individual de seguro. Los Asegurados que reingresen a esta Póliza podrán hacerlo a partir de que la nueva solicitud sea aceptada por la Compañía.

ARTICULO QUINTO: FORMA Y PLAZO PARA SOLICITAR EL INGRESO A ESTA POLIZA

Todo Asegurable que desee incorporarse a esta Póliza deberá solicitarlo por escrito en los formularios de solicitud individual que a este efecto proporciona la Compañía.

Los Asegurables que soliciten su incorporación a esta Póliza como los que vuelvan a solicitar el seguro después de haberlo rescindido deberán presentar pruebas de asegurabilidad satisfactorias para la Compañía y pagar los gastos y primas que se originen para obtenerlas.

ARTICULO SEXTO: CANTIDAD MINIMA DE ASEGURADOS Y PORCENTAJE MINIMO DE ADHESION

Es requisito primordial para que este seguro pueda mantenerse en vigencia, en las condiciones pactadas en materia de capitales asegurados y tarifa de primas, que la cantidad de Asegurados, alcance por lo menos el número de veinte (20).

Si en un determinado momento no se reunieren el mínimo antes mencionado, la Compañía se reserva el derecho de reducir las sumas aseguradas o de modificar la tarifa de primas aplicada. La Compañía notificará su decisión por escrito al Contratante y/ o Asegurado con una anticipación mínima de treinta (30) días calendario.

ARTICULO SEPTIMO: FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE CADA SEGURO INDIVIDUAL

El seguro de los Asegurados que hubieren solicitado su incorporación a esta Póliza hasta las cero (0) horas del día fijado como comienzo de su vigencia, comenzará a regir desde dicha hora y fecha.

El seguro de los Asegurados que soliciten su incorporación a esta Póliza con posterioridad al momento de su vigencia, regirá a partir de la hora y fecha que se indica en el certificado individual.

El Contratante y / o Asegurado deberá comunicar de inmediato a la Compañía todo aumento o disminución de cualquier suma asegurada. La modificación regirá desde la fecha en que la Compañía reciba la mencionada comunicación, la acepte y extienda el correspondiente endoso.

ARTICULO OCTAVO: SUMAS ASEGURADAS

La suma asegurada con la cual se indemnizará a cada Asegurado cuando a ello tenga derecho, se consigna en el certificado individual como suma máxima asegurada.

ARTICULO NOVENO: LIMITE AGREGADO DE RESPONSABILIDAD

La Compañía no será responsable en ningún caso por suma alguna en exceso del límite agregado de responsabilidad estipulado en las condiciones particulares de la presente Póliza. Si la totalidad de las sumas que individualmente hubiere tenido que pagar la Compañía como consecuencia de un sólo accidente, excediere de dicho límite, la Compañía pagará a cada Asegurado que hubiere sido afectado por tal accidente, la suma que proporcionalmente le correspondiera del límite agregado de responsabilidad.

Esta estipulación será aplicable únicamente cuando bajo la presente Póliza se otorgue cobertura a un número plural de Asegurados.

ARTICULO DECIMO: RESIDENCIA, VIAJES Y RIESGOS NO CUBIERTOS

El Asegurado está cubierto por esta Póliza sin restricciones en cuanto a residencia y viajes que pueda realizar, dentro o fuera del país.

La Compañía no pagará la indemnización que pudiere corresponder por esta Póliza cuando el hecho se produjere por alguna de las causas establecidas en el cuadro de exclusiones anexo al presente condicionado.


ARTICULO DECIMO PRIMERO: CERTIFICADOS INDIVIDUALES

La Compañía proporcionará a cada Asegurado, si así se requiere, un certificado individual en el que se establecen los derechos y obligaciones de las partes, así como también el monto del respectivo capital Asegurado, la fecha de su entrada en vigor y el nombre(s) del(los) beneficiario(s) designado(s). Otorgará además un certificado suplementario cada vez que se produzca un aumento o disminución de la cantidad asegurada que reemplazará a él o los certificados anteriores.

ARTICULO DECIMO SEGUNDO: DESIGNACION Y CAMBIO DE BENEFICIARIOS

1. La designación de beneficiario o beneficiarios la hará cada Asegurado por escrito, en su solicitud individual de seguro o en cualquier otra comunicación como se establece en el inciso 3) de este Artículo.
2. Designadas varias personas sin indicación de proporciones, se entiende que el beneficio es por partes iguales. Si un beneficiario hubiere fallecido antes o al mismo tiempo que el Asegurado, la asignación correspondiente del seguro irá a favor de los herederos del Asegurado. Cuando se designe a los hijos se entiende los concebidos y sobrevivientes al tiempo de ocurrido el evento. Cuando se designe a los herederos, se entiende a los que por ley suceden al Asegurado. Cuando el Asegurado no designe beneficiario o por cualquier causa la designación resulte ineficaz o quede sin efecto, se entiende que designó a sus herederos.
3. Todo Asegurado podrá cambiar, en cualquier momento, el beneficiario o beneficiarios por él designados, salvo que la designación sea en carácter de beneficiario irrevocable. El cambio de beneficiario surtirá efecto frente a la Compañía, si el Asegurado dirige a sus oficinas la comunicación respectiva y presenta el certificado para que se efectúe en éste la anotación correspondiente. Si el cambio no hubiere llegado a ser registrado por la Compañía en el certificado individual de seguro, en caso de fallecimiento del Asegurado, el pago se hará a los que consten como beneficiarios al momento del fallecimiento. Atento el carácter irrevocable de la designación de beneficiario, la Compañía en ningún caso asume responsabilidad alguna por la validez del acto jurídico que dio lugar a tal designación, por las cuestiones que se susciten con motivo de esa designación.

ARTICULO DECIMO TERCERO: INFORMACIONES QUE DEBEN SUMINISTRARSE A LA COMPAÑIA

El Asegurado en cuanto sea razonable, se compromete a suministrar toda la información necesaria para el fiel cumplimiento de esta Póliza, tales como fecha de nacimiento, fecha de ingreso o vinculación con el contratante, ingresos, pruebas o cualquier otra que se relacione con el seguro.

ARTICULO DECIMO CUARTO: NOMINA DE ASEGURADOS

El Contratante entregará a la Compañía en forma mensual, la nómina de los Asegurados, indicando las respectivas sumas aseguradas y periódicamente, listas adicionales de modificación por el ingreso y/o egreso de Asegurados y/o por el aumento o reducción de capitales asegurados individuales.

ARTICULO DECIMO QUINTO: PRIMAS DEL SEGURO

La prima inserta en las condiciones particulares de esta Póliza regirá durante el primer (1er) año de vigencia del seguro. Dicha prima será ajustada en cada aniversario de esta Póliza por la Compañía, de acuerdo a la edad real del Asegurado y los costos vigentes.

En cualquier momento en que se produzca una variación superior al veinticinco por ciento (25%) en la cantidad de Asegurados y/o en la suma de los seguros individuales, el Contratante o la Compañía podrán exigir un nuevo cálculo de prima, la que regirá hasta el próximo aniversario de esta Póliza.

ARTICULO DECIMO SEXTO: PAGO DE LAS PRIMAS

Las primas deberán ser pagadas a los quince (15) días de facturadas por la Compañía en las oficinas de ésta, en sus agencias oficiales, en los bancos o en el domicilio de corresponsales debidamente autorizados por ella para dicho fin.

La Compañía no está obligada a cobrar las primas en el domicilio del Contratante o Asegurado ni dar aviso de su vencimiento y en caso que así lo hiciere, ello no implica obligación alguna para la misma, ni modifica el contrato en ese sentido.

ARTICULO DECIMO SEPTIMO: PAGO DE PRIMAS EN CASO DE SINIESTRO

Queda entendido y convenido que en caso de ocurrir un siniestro, el Contratante y/o el Asegurado y/o el beneficiario está(n) obligado(s) a pagar la totalidad de la prima y los gastos del Asegurado siniestrado, como condición previa para que la Compañía reconozca el reclamo.

ARTICULO DECIMO OCTAVO: FALTA DE PAGO DE LAS PRIMAS

Si cualquier prima no fuere pagada dentro del plazo de gracia de quince (15) días, esta Póliza caducará automáticamente, pero el Asegurado adeudará a la Compañía la prima correspondiente, al período de

PLUS SEGURO día a día

gracia, salvo que dentro de dicho plazo hubiese solicitado por escrito su rescisión, en cuyo caso deberá pagar la parte de prima calculada a prorrata por los días transcurridos desde el vencimiento de la prima no pagada hasta la fecha de envío de tal solicitud.

ARTICULO DECIMO NOVENO: EJECUCION DEL CONTRATO

Las relaciones entre la Compañía y los Asegurados o beneficiarios de éstos se desenvolverán por intermedio del contratante o en forma directa. El Contratante pagará las primas que se indiquen en los respectivos certificados individuales de seguro, en las oficinas de la Compañía.

Lo convenido precedentemente no excluye el derecho propio que contra la Compañía tienen los Asegurados y sus respectivos beneficiarios desde que ocurriere alguno de los eventos previstos por esta Póliza.

ARTICULO VIGESIMO: AVISO DE OTROS SEGUROS COLECTIVOS

Los Asegurados que estuvieren o llegaren a estar incorporados a otra Póliza de seguro de vida en grupo emitida por la Compañía, deberán comunicarlo por escrito a ésta, la que podrá aceptar esa situación o reducir la suma a asegurar con respecto a los riesgos complementarios al de muerte. En caso de transgresión, la Compañía considerará válido únicamente el certificado vigente de mayor suma y devolverá las primas cobradas de cualquier otro por el período de coberturas superpuestas.

ARTICULO VIGESIMO PRIMERO: TERMINACION DEL SEGURO INDIVIDUAL

El seguro de cada Asegurado terminará en los siguientes casos:

- Por cancelación por parte del Asegurado;
- Por vencimiento de la vigencia de esta Póliza o por caducidad del efecto vinculante;
- Por cumplir el Asegurado la edad señalada en la tabla de edades máximas;
- Por falta de pago de la prima o su contribución.

La cancelación a que se refiere el punto a) deberá ser comunicada por escrito a la Compañía por intermedio del Contratante o por el propio Asegurado con cinco (5) días hábiles de antelación a la fecha en que se deba hacer el pago de prima correspondiente y tendrá efecto a partir de esa fecha de pago. En caso de que el aviso de cancelación no se reciba en el período establecido, la cancelación se hará efectiva a partir de la siguiente fecha de pago.

En los casos previstos en los puntos b) y c) el seguro quedará rescindido a las veinticuatro (24) horas en que se haya producido la renuncia, o rescisión o caducidad, o el Asegurado haya cumplido la edad señalada en la tabla de edades máximas.

Se presumirá que un Asegurado ha cancelado el seguro, sin admitirse prueba en contrario, cuando no pague la prima de este seguro o su contribución en la forma y plazo previsto en estas condiciones generales.

En cualquier caso de vencimiento o caducidad de esta Póliza, terminarán simultáneamente todos los seguros individuales cubiertos por ella salvo las obligaciones pendientes a cargo de la Compañía.

ARTICULO VIGESIMO SEGUNDO: COMPROBACION DEL SINIESTRO.

Corresponde al Asegurado o al (o los) beneficiario (s) instituido (s):

- Denunciar la muerte, el accidente, incapacidad, lesión corporal o enfermedad cubiertos por esta Póliza dentro de los quince (15) días de la fecha en que haya ocurrido, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho, sin culpa o negligencia, so pena de perder todo derecho a la indemnización, de acuerdo con el artículo 24 de la sección 4ª del capítulo I, del Título XVII del Código de Comercio Ecuatoriano.
- Suministrar pruebas sobre la fecha y las causas del reclamo, como acerca de la manera y el lugar en que se produjo el hecho;
- Presentar a la Compañía el diagnóstico de la enfermedad, confirmado mediante evidencias médicas, exámenes de laboratorio clínico, químico o patológico efectuados por un profesional médico o médico legista (para muerte accidental), autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión;
- Facilitar cualquier comprobación o aclaración, incluso hasta dos exámenes médicos por facultativos designados por la Compañía con gastos a cargo de ésta.
- Adoptar todas las medidas posibles conducentes a disminuir las consecuencias del accidente, enfermedad o lesión.

La Compañía, en caso de muerte del Asegurado, se reserva el derecho de gestionar la exhumación del cadáver y practicar la autopsia en presencia de uno de sus facultativos, con gastos a cargo de la misma. El beneficiario prestará su conformidad y su concurso para la obtención de las correspondientes autorizaciones para realizarla.



PLUS SEGURO
día a día

ARTICULO VIGESIMO TERCERO: DOCUMENTACION MINIMA EN CASO DE SINIESTRO

Dentro del término legal, la Compañía pagará por conducto del Contratante a los beneficiarios, o directamente a éstos, la indemnización a que está obligada por esta Póliza y sus amparos adicionales si los hubiere, al acreditar la ocurrencia del siniestro y la cuantía del mismo; para el efecto podrá utilizar todos los medios probatorios admitidos en la Ley ecuatoriana, y en especial la documentación mínima relacionada en el cuadro de documentos mínimos requeridos en caso de siniestro.

Para que la Compañía pague la indemnización correspondiente a los diferentes amparos, el Asegurado y/o los beneficiarios deberán presentar pruebas fehacientes que determinen la existencia del hecho amparado, de acuerdo con los términos de esta Póliza.

La Compañía se reserva el derecho de comprobar la veracidad y la exactitud de tales pruebas.

La Compañía podrá hacer examinar al Asegurado tantas veces como lo estime conveniente, mientras se encuentre pendiente un reclamo bajo el presente amparo.

ARTICULO VIGESIMO CUARTO: PLAZO DE PRUEBA

La Compañía dentro de los cuarenta y cinco (45) días calendario de recibido el aviso y/o la respectiva prueba de la ocurrencia del siniestro y su cuantía, contados desde la fecha que sea posterior, deberá hacer saber al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a que se refiere el artículo vigésimo segundo no resultaran concluyentes, la Compañía podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor de tres (3) meses, a fin de confirmar el diagnóstico.

ARTICULO VIGESIMO QUINTO: DUPLICADO DE POLIZA Y DE CERTIFICADOS - COPIAS

En caso de robo, pérdida o destrucción de esta Póliza o de cualquier certificado individual, el Asegurado, podrá obtener su sustitución por un duplicado. Las modificaciones o suplementos que se incluyan en el duplicado, del Asegurado, serán los únicos válidos.

El Asegurado tiene derecho a que se le entregue copia de su declaración efectuada con motivo de este contrato y copia no negociable de esta Póliza o del correspondiente certificado individual.

Serán por cuenta de los solicitantes los gastos que origine la extensión de duplicados y copias.

ARTICULO VIGESIMO SEXTO: IMPUESTOS, TASAS Y CONTRIBUCIONES

Los impuestos, tasas y contribuciones de cualquier índole y jurisdicción que se crearen en lo sucesivo o los aumentos eventuales de los existentes, estarán a cargo de los Asegurados, o de sus beneficiarios, según el caso, salvo cuando la ley los declare expresamente a cargo exclusivo de la Compañía.

ARTICULO VIGESIMO SEPTIMO: FACULTADES DEL PRODUCTOR O AGENTE

El productor o agente de seguro, cualquiera sea su vinculación con la Compañía, autorizado por ésta para la intermediación, sólo está facultado con respecto a las operaciones en las cuales interviene, para:

- Recibir propuestas de celebración y modificación de contratos de seguro;
- Entregar los instrumentos emitidos por la Compañía referentes a contratos o sus prórrogas;
- Aceptar el pago de la prima si se halla en posesión de un recibo de la Compañía.

ARTICULO VIGESIMO OCTAVO: CESIONES

Los derechos emergentes de esta Póliza y los certificados respectivos son intransferibles. Toda cesión o transferencia se considerará nula y sin efecto alguno.

ARTICULO VIGESIMO NOVENO: DECISION ARBITRAL O MEDIACION

Cuando entre la Compañía y el Asegurado y/o beneficiarios se suscitare alguna diferencia sobre la existencia o persistencia, carácter y grado del accidente, lesión corporal o enfermedad, incapacidad total y permanente o invalidez, entonces, de común acuerdo, se podrá recurrir al arbitraje. Para este efecto, cada parte designará un médico, los cuales deberán elegir dentro de los ocho (8) días calendario de su designación, a un tercer facultativo, si esto último no fuese posible por falta de acuerdo entre las partes, el dirimente será nombrado por el Colegio de Médicos del domicilio de la Compañía.

Los médicos designados por las partes deberán presentar su informe dentro de los quince (15) días calendario y, en caso de divergencia, el tercero deberá expedirse dentro del plazo de ocho (8) días calendario.

Si una de las partes omitiere designar médico dentro del octavo (8º) día de requerido por la otra, o si el tercer facultativo no fuere electo en el plazo establecido en el párrafo anterior, la parte más diligente previa intimación a la otra, procederá a su designación.

Los árbitros juzgaran sobre la base de la práctica del seguro y no en estricto derecho.

El laudo arbitral tendrá fuerza obligatoria para las partes. Cada parte pagará los honorarios de su respectivo árbitro y el honorario del dirimente será cubierto a medias por las partes.



PLUS SEGURO
día a día

ARTICULO TRIGESIMO: DOMICILIO

El domicilio en que el Contratante, Asegurados o beneficiarios deben efectuar los avisos y declaraciones es el domicilio social de la compañía o aquel que esté expresamente autorizado por la Compañía. Para efectos del presente contrato toda notificación deberá constar por escrito, salvo norma legal en contrario y hacerse a la última dirección conocida por las partes.

ARTICULO TRIGESIMO PRIMERO: JURISDICCION

Cualquier litigio que se suscitare entre la Compañía y el Contratante, Asegurado o beneficiarios, con motivo del presente contrato de seguro, queda sometido a la jurisdicción ecuatoriana. Toda controversia judicial relativa al presente contrato será dirimida exclusivamente ante los tribunales de la ciudad del demandado, mediante trámite verbal sumario.

ARTICULO TRIGESIMO SEGUNDO: PRESCRIPCION

Los derechos, acciones y beneficios que se deriven de esta Póliza prescriben en dos (2) años a partir del acontecimiento que les dio origen. Para el tercer beneficiario de la Póliza, el plazo se computa desde que éste conoce la existencia del beneficio, pero con el límite máximo de dos años desde la ocurrencia del siniestro. La presente Póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Bancos y Seguros, mediante Resolución No. SBS-INS-2005-189 de 11 de mayo de 2005.

**SEGUROS DEL PICHINCHA S.A. PLUS SEGURO DIA A DIA
CUADRO DE DOCUMENTOS MINIMOS EN CASO DE SINIESTRO**

DOCUMENTOS MINIMOS REQUERIDOS EN CASO DE SINIESTRO	COBERTURAS		
	MUERTE ACCIDENTAL	RENDA FAMILIAR POR MUERTE ACCIDENTAL	GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE
Original o copia del certificado individual del seguro.	X	X	X
Carta de aviso de siniestro.	X	X	X
Copia certificada de la Cédula de ciudadanía del Asegurado o partida de nacimiento.	X	X	X
Copias autenticadas de las Cédulas de ciudadanía y/o partidas de nacimiento de los beneficiarios.	X	X	
Certificación notariada de cetro en caso de ser beneficiarios menores de edad.	X	X	
Copia autenticada de la posesión efectiva de herederos legales en caso de no constar los beneficiarios.	X	X	
Copia autenticada del certificado de defunción.	X	X	
Informe del levantamiento de cadáver.	X	X	
Informe médico legal (autopsia).	X	X	
Facturas Originales.			X
Certificado de días de internación otorgado por la clínica u hospital.		X	
Formulario de reclamación.	X	X	X
Copia de la planilla de aporte al IESS en los casos en que se requiera probar la dependencia laboral.	X	X	X
Parte Policial incluyendo exámen de alcoholerxia.	X	X	X

**SEGUROS DEL PICHINCHA S.A. PLUS SEGURO DIA A DIA
EIDADES MAXIMAS DE INGRESO Y PERMANENCIA**

COBERTURAS	EDAD DE INGRESO	EDAD DE PERMANENCIA
Muerte accidental	65	70
Renda familiar por muerte accidental	65	70
Gastos médicos por accidente	65	70
Asistencia al hogar		

EL ASEGURADO



LA COMPAÑIA

El Contratante y/o Asegurado podrá solicitar a la Superintendencia de Bancos y Seguros la verificación de este texto.



ANEXO 3: SOLICITUD PARA EL RECLAMO

ETAPA CUENCA
EMPRESA PÚBLICA MUNICIPAL DE TELECOMUNICACIONES,
AGUA POTABLE, ALCANTARILLADO Y SANEAMIENTO DE CUENCA

SOLICITUD DE BENEFICIOS

Para evitarles molestias y demoras innecesarias en la atención de su reclamo, por favor contestar todas y cada una de las preguntas de este formulario.

Cualquier solicitud fraudulenta privará inmediatamente al TRABAJADOR Y/O DEPENDIENTE de los beneficios a que pudiera tener derecho.

PARA SER LLENADO POR EL TRABAJADOR

Por este medio SOLICITO, los beneficios a que tengo derecho, como resultado de los gastos incurridos:

POR MI _____ POR MI CONYUGE _____ POR MI HIJO (A) _____

NOMBRES COMPLETOS DEL TRABAJADOR: _____

NOMBRES COMPLETOS DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ ESTUDIA: SI NO

CENTRO DE ESTUDIOS: _____ AÑO QUE CURSA: _____

EN CASO DE ENFERMEDAD:

Cuándo comenzó el tratamiento actual?: _____

Indique los síntomas de la enfermedad: _____

EN CASO DE ACCIDENTE:

Fecha de ocurrencia: _____ Lugar de ocurrencia: _____

Cómo ocurrió? _____

NOMBRES DEL MEDICO CONSULTADO: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

ESTUVO ANTERIORMENTE HOSPITALIZADO O EN TRATAMIENTO POR ESTA ENFERMEDAD:

Si es afirmativo:

Nombre del Médico: _____ Nombre del Centro Hospitalario: _____

Fecha: desde: _____ hasta: _____

Dirección del médico: _____ Dirección del Centro Hospitalario: _____

INDIQUE SI USTED O SUS DEPENDIENTES TIENEN OTRO TIPO DE SEGUROS DE ASISTENCIA MEDICA.

Nombre de la Aseguradora: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

CERTIFICO, que todas las respuestas y declaraciones anteriores son verídicas y ajustadas a la realidad, y autorizo a todos los doctores y otras personas que me atendieron, y a todos los hospitales y otras instituciones para que suministren a Tecniseguros S.A. cualquier información incluyendo copias exactas y certificadas de sus archivos relacionados con la enfermedad, accidente y/o caso quirúrgico de que trata esta solicitud.

FIRMA DEL TRABAJADOR: _____



ANEXO 3: NEGATIVA POR PARTE DE LA ASEGURADORA

Quito, 29 de julio del 2010
XXXXXXXXXX

Señora
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Ciudad

**Ref.: CONTRATANTE XXXXXXXXXXXXXXXX
 POLIZA VIDA COLECTIVO-No. XXXXX
 RENDA DIARIA POR HOSPITALIZACION
 XXXXXXXXXXXXX
 STRO. XXXXXXXXXXXXXXXX**

De nuestra consideración:

Por medio de la presente y atento a la circular INS-98-064 del 28 de julio de 1998, y al amparo del artículo 42 de la Ley General de Seguros, pongo en su conocimiento que mi representada ha procedido a objetar el pago de la indemnización reclamada al amparo de la póliza de VIDA COLECTIVA NoXXXXXXXX al respecto nos permitimos manifestarle lo siguiente:

XXXXXXXXXXXXXXXX S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros a partir del 1 de julio del 200X asumió los riesgos amparados por la póliza de VIDA COLECTIVA No. XXXX con estricto apego a las condiciones de la misma, aceptadas por usted y en especial a la que transcribo a continuación:

VIGENCIA DEL CERTIFICADO DEL SEGURO

18 - MAYO - 20XX/ 18 - MAYO - 20XX

RENDA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

A. BENEFICIO

Por la hospitalización del Asegurado originada por un accidente o una enfermedad no excluidos, la Compañía pagará al Asegurado, la renta diaria contratada, a partir del segundo (2do.) día de ingreso a la institución hospitalaria.

B. EXCLUSIONES:

Para la presente cobertura aplican las siguientes exclusiones:
- Cualquier enfermedad o accidente preexistente a la contratación del seguro.

RESOLUCION TECNICO MEDICO LEGAL

Basándonos en los documentos enviados, se desprende que la Sra. XXXXXXXXXXXXXXX, presentaba al momento de la hospitalización, DIABETES MELLITUS 2 E INSUFICIENCIA RENAL CRONICA, enfermedades por las que ya



recibía tratamiento desde hace 22 años, es decir son preexistentes a la contratación del seguro, por lo que no tiene cobertura por ser una exclusión de esta póliza.

Por lo anteriormente expuesto a la fecha se procede con la objeción formal del reclamo.

Muy Atentamente,

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Gerente
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

C.C. Dra. Paulina Guerrero Vivanco
INTENDENTA NACIONAL DE SEGUROS
SUPERINTENDENCIA DE BANCOS Y SEGUROS



Quito, 29 de julio del 20XX
XXXXXXXXXX

Señores:

SUPERINTENDENCIA DE BANCOS Y SEGUROS

Quito.-

De nuestra consideración:

Por medio del presente, comunicamos a usted que hemos procedido a negar el siniestro que a continuación detallamos:

- a) Nombre y/o razón social del asegurado: **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**
- b) Ramo: **VIDA COLECTIVO**
- c) Póliza No.: **XXXXXXX**
- d) Siniestro No.: **XXXXXXXXXXXX**
- e) Fecha de expedición de la póliza: **01/07/20XX**
- f) Vigencia de la póliza: Desde: **18/05/20XX** Hasta: **18/05/20XX**
- g) Fecha de presentación del reclamo: **26/07/20XX**
- h) Fecha del último documento con el cual el formalizó el reclamo: **26/07/20XX**

XXXXXXXXXX S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros a partir del 1 DE julio del 20XX asumió los riesgos amparados por la póliza de VIDA COLECTIVA No. XXXX con estricto apego a las condiciones de la misma, aceptadas por usted y en especial a la que transcribo a continuación:

VIGENCIA DEL CERTIFICADO DEL SEGURO

18 - MAYO - 20XX / 18 - MAYO - 20XX

RENDA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

A. BENEFICIO

Por la hospitalización del Asegurado originada por un accidente o una enfermedad no excluidos, la Compañía pagará al Asegurado, la renta diaria contratada, a partir del segundo (2do.) día de ingreso a la institución hospitalaria.

B. EXCLUSIONES:

Para la presente cobertura aplican las siguientes exclusiones:
- Cualquier enfermedad o accidente preexistente a la contratación del seguro.

RESOLUCION TECNICO MEDICO LEGAL



Basándonos en los documentos enviados, se desprende que la Sra XXXXXXXXXXX, presentaba al momento de la hospitalización, DIABETES MELLITUS 2 E INSUFICIENCIA RENAL CRONICA, enfermedades por las que ya recibía tratamiento desde hace 22 años, es decir son preexistentes a la contratación del seguro, por lo que no tiene cobertura por ser una exclusión de esta póliza.

Por lo anteriormente expuesto a la fecha se procede con la objeción formal del reclamo.

Muy Atentamente,

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Gerente
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

COPIA



REPUBLICA DEL ECUADOR

SUPERINTENDENCIA DE BANCOS Y SEGUROS

CIRCULAR N° INS-2003-037

Quito, 10 junio del 2003

Señor
GERENTE GENERAL
Presente.

De mi consideración:

El Artículo 42 de la Ley General de Seguros, inciso primero, dispone: *“Toda empresa de seguros tiene la obligación de pagar el seguro contratado o la parte correspondiente a la pérdida debidamente comprobada, según sea el caso, dentro de los cuarenta y cinco días siguientes a aquel en que el asegurado o el beneficiario le presenten por escrito la correspondiente reclamación aparejada de los documentos que, según la póliza, sean necesarios, a menos que la empresa de seguros formule objeciones fundamentadas a tal reclamo, las mismas que deberán ser llevadas inmediatamente a conocimiento del Superintendente de Bancos.”*

Les recuerdo la obligación legal de notificar a esta Superintendencia de Bancos y Seguros las objeciones a los reclamos presentados por los asegurados o beneficiarios; y, con el objeto de llevar adelante un mejor control y atender en debida forma las reclamaciones que se presentan de conformidad con la Ley General de Seguros, solicito que en la comunicación con la cual se notifica la negativa de pago de un siniestro, se haga constar la siguiente información:

- a) Nombre y apellidos o razón social del asegurado o beneficiario, según el caso;
- b) Ramo de seguro;
- c) Número de póliza;
- d) Fecha de expedición de la póliza;
- e) Vigencia de la póliza;
- f) Fecha de ocurrencia del siniestro;
- g) Fecha de presentación del reclamo por parte del asegurado;
- h) Fecha del último documento con el cual el asegurado formalizó el reclamo;
- i) Fecha de la objeción al pago; y
- j) Fundamentos claros y precisos con las justificaciones pertinentes de tal objeción.

Además, se servirá adjuntar copia de la comunicación que se dirija al reclamante con la negativa de pago, en la que se indique las circunstancias excluyentes de la responsabilidad de la aseguradora, fundamentada en las condiciones generales, particulares y especiales de la póliza de seguro.

Atentamente,
DIOS, PATRIA Y LIBERTAD

Dr. Renán Calderón Villacís
INTENDENTE NACIONAL DE SEGUROS.



Quito, 27 de septiembre de 2011
GNI-224-2011

**Señor Abogado
Raúl Alcívar Segarra
Intendente Nacional del Sistema de Seguro Privado
SUPERINTENDENCIA DE BANCOS Y SEGUROS
En su despacho**

De mi consideración,

Adjunto a la presente, remito copia de la comunicación No. XXXX, de fecha xx de XXXX del 2011; en la cual se presentan las objeciones al reclamo presentado a nuestra compañía por parte del Sr. XXXXXXXXXXXXXXXX y cuyos datos generales son los siguientes:

- a) Nombre y Apellido o razón social del asegurado o beneficiario, según el caso;
- b) Ramo de Seguro;
- c) Número de Póliza;
- d) Fecha de expedición de la póliza;
- e) Vigencia de la póliza;
- f) Fecha de ocurrencia del siniestro;
- g) Fecha de presentación del reclamo por parte del asegurado;
- h) Fecha del último documento con el cual el asegurado formalizó el reclamo;
- i) Fecha de objeción al pago; y
- j) Fundamentos claros y precisos con las justificaciones pertinentes de tal objeción

Particular que pongo en su conocimiento para los fines correspondientes.

Atentamente,

COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A.

c.c. Ing. Gustavo Muñoz Gonzalez – Intendente Regional de Cuenca (en caso de Sucursales en donde haya Intendentes Regionales)

ANEXO 4: RECLAMO ADMINISTRATIVO

Cuenca, abril 8 de 2011

Ingeniero
Gustavo Muñoz González
INTENDENTE REGIONAL DE CUENCA
Ciudad

De mi consideración:

Desde hace varios vengo padeciendo de una Anemia Ferropénica, por la que cada cierto tiempo debo realizarme chequeos médicos, con la finalidad de determinar los niveles de hierro en mi organismo, pues con frecuencia he debido ponerme hierro por vía parenteral. Es así que los primeros días de diciembre de 2010 me realicé los exámenes de sangre correspondientes para verificar los niveles de hierro pues empecé a sentir varios síntomas de mi enfermedad, exámenes con los que se estableció que los niveles de hemoglobina estaban nuevamente por debajo de aquellos normales por lo que el médico tratante, Dr. [REDACTED], recomendó otras evaluaciones por parte de un Gastroenterólogo y un Ginecólogo, con la finalidad de establecer el origen de mi anemia, procedimientos normales en estos casos pues, la anemia ferropénica se produce por pérdida de glóbulos rojos que podría ser causada por sangrados gástricos o períodos menstruales abundantes.

Siguiendo la recomendación del médico tratante acudí a consulta con el Dr. [REDACTED], Gastroenterólogo, quién recomendó que, dadas las características de recurrencia de mi enfermedad, habría que realizar un procedimiento mediante de una capsula endoscópica, con la finalidad de revisar todo el tracto digestivo, procedimiento que se realizó el día 20 de diciembre de 2010, luego del cual se determinó la existencia de LINFANGIECTASIA INTESTINAL, DUODENITIS EROSIVA, HEMORRAGIA YEYUNAL Y POSIBLE ILEITIS, razón por la que recomendó la realización de un estudio colonoscópico con toma de biopsia a nivel ileal, evaluación que se llevó a cabo el día 30 de diciembre, determinándose la existencia de un eritema leve a nivel del íleon terminal, diagnósticos que, sin embargo, no sustentaría fehacientemente la causa de la anemia que padezco.

El 10 de enero del 2011 presenté el reclamo correspondiente a Bolívar Compañía de Seguros, por un monto total de US\$ 2168.52 correspondiente a todos los exámenes requeridos por el médico tratante, es decir, los correspondientes a las evaluaciones realizadas por el hematólogo, gastroenterólogo y el ginecólogo.

Luego de varios días, Tecniseguros, Agencia Asesora productora de Seguros que maneja la póliza de seguro médico que la Superintendencia de Telecomunicaciones mantiene con Bolívar, me informó que el pago correspondiente al procedimiento realizado mediante la capsula endoscópica me estaba siendo negado, pero que los demás procedimientos realizados iban a ser pagados y por tanto no se me reembolsaría la cantidad de US\$ 1300,00 correspondiente el costo de ese tratamiento, pues este procedimiento era utilizado para patologías gastrointestinales y no hematológicas, por lo que solicité a Tecniseguros me ayudaran a conseguir el pago de este examen pues, ese procedimiento gastrointestinal fue realizado para determinar un posible sangrado gástrico o intestinal que pudiera ser la fuente de la



ferropenia marcada que padezco, por lo que Tecniseguros puso el caso en manos de su Médico Auditor, quién con fecha 2 de marzo de 2011, suscribe una comunicación a la referida aseguradora en la que menciona que "no existen fundamentos médicos para la negación del procedimiento de estudios diagnósticos que llevan a un diagnóstico final como es el caso.

La endoscopia digestiva demuestra que existe una gastroduodenitis erosiva y el examen de la capsula endoscópica que es un estudio complementario que permite la visualización del intestino delgado que no se puede tener acceso por estudios endoscópicos (Endoscopia alta y colonoscopia), este examen llevó al diagnóstico de ileitis, yeyunitis erosiva y linfagiectasias intestinal.

Razones por las cuales solicitamos que se proceda a revisar la liquidación de la referencia ya que existe un diagnóstico que justifica los exámenes realizados."

Como podrá usted concluir, no existe fundamento para la negativa pues los procedimientos realizados fueron efectuados para establecer el origen de mi enfermedad, es decir, con la finalidad de arribar a un diagnóstico definitivo, los que además arrojaron resultados de otros padecimientos que si bien no tienen una directa relación directa con la ferropenia que padezco, han servido para realizar un diagnóstico de mi enfermedad.

Cabe mencionar que el literal x) del contrato de Asistencia Médica dice lo siguiente: "Se otorga cobertura para exámenes de laboratorio e imagen ordenados por el médico tratante, siempre y cuando sean necesarios para llegar al diagnóstico."

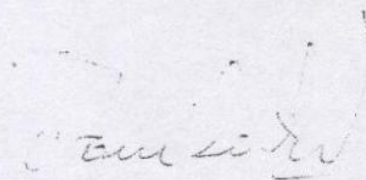
En razón de lo dicho, presento este reclamo de conformidad con lo dispuesto por el artículo 42 de la Ley General de Seguros para que se disponga a Bolívar Compañía de Seguros el pago del examen realizado mediante la capsula endoscópica, por el valor de US\$ 1300,00.

Notificaciones que me correspondan las recibiré en mi domicilio ubicado en la _____ esquina o en las oficinas de la Superintendencia de Telecomunicaciones, ubicadas en la calle Luis Cordero 16-50 y Héroes de Verdeloma.

Autorizo al Dr. _____ para que suscriba los escritos que sean necesarios en defensa de mis intereses.

Atentamente,

RECLAMANTE


Dr.
ABOGADO PATROCINADOR



Señor
Ing. Gustavo Muñoz González
INTENDENTE REGIONAL DE CUENCA
Ciudad.-

De nuestra consideración:

Reciba un cordial saludo de quienes formamos Bolívar Compañía de Seguros del Ecuador, la presente tiene como finalidad dar respuesta sobre el siniestro presentado por la Sra. _____, afiliada de la Superintendencia de Telecomunicaciones con diagnóstico de Anemia Ferropénica:

- 1.- La anemia Ferropénica es la forma más frecuente de anemia, debida a varias causas entre las más frecuentes: pérdida de sangre, absorción deficiente de hierro o muy poco hierro en la dieta.
- 2.- Dentro de los métodos diagnósticos primarios que existen para esta patología no se encuentra la CAPSULA ENDOSCOPICA (pill Cámara para tubo digestivo), si la sospecha del médico es que la causa se debe a problema gastrointestinal según los protocolos internacionales primero se debe utilizar pruebas diagnósticas convencionales y primarias como son la video endoscopia alta y baja.
- 3.- En el caso de la Sra. _____, dentro de los resultados de la endoscopia digestiva alta ya se evidencian zonas de hemorragia subepitelial en estómago y primera porción del duodeno. Resultados que ya dan un diagnóstico sin tener que llegar a utilizar otros métodos.
- 4.- La Cápsula Endoscópica, solo ratifica el diagnóstico ya obtenido y además se tuvo que recurrir a la Videoendoscopia baja (colonoscopia) para la toma de la biopsia, y dar el tratamiento definitivo.
- 5.- Además la asegurada fue notificada con anterioridad por parte de Auditoría médica que el examen no tendría cobertura.

Por lo tanto y respetando el criterio del médico tratante, debo indicarle que nos mantenemos en la negativa ya que el diagnóstico presentado no justifica la realización de este examen.

Atentamente,

BOLÍVAR COMPAÑÍA DE SEGUROS DEL ECUADOR S.A.

Guayaquil: Cda. Kennedy Norte, Av. Fco. De Orellana, Edif. Centro Empresarial "Las Camaras", Piso 11 y 12. PBX:04-2681777. Fax:04-683363
Quito: Av. 12 de Octubre 26-97 y Abraham Lincoln, Edif. Torres 1492, Piso 3 y 12. PBX:02-2986990. Fax:02-2986991
Cuenca: Av. 12 de Abril 227 y Arirumba. Telfs.: 07-818902 / 881452 / 882105. Fax: 07-815239

www.seguros-bolivar.com

03/05/2011



REPUBLICA DEL ECUADOR
SUPERINTENDENCIA DE BANCOS Y SEGUROS

Ocher
y co

RESOLUCION SBS-IRC-2011-468

ING. GUSTAVO MUÑOZ GONZÁLEZ
INTENDENTE REGIONAL DE CUENCA

CONSIDERANDO:

Que mediante escrito s/n recibido en esta Intendencia el 14 de abril de 2011, con el patrocinio de un abogado, la señora Mora presentó un reclamo administrativo planteado contra Bolívar Compañía de Seguros S.A. por la póliza de Asistencia Médica signada como 200121;

Que el 15 de abril de 2011, mediante oficio IRC-SRASC-2011-1386, se acepta a trámite el reclamo presentado por en contra de Bolívar Compañía de Seguros S.A.

Que en esa misma fecha, mediante oficio No. IRC-SRASC-2011-1387, se comunica al Gerente Regional SEGUROS BOLÍVAR S.A. el inicio del reclamo presentado en contra de su representada y se solicita que en el término de 8 días presente las explicaciones del caso y adjunte la documentación relacionada con el mismo;

Que el 5 de mayo de 2011, la Aseguradora comunica a la Intendencia Regional de Cuenca que se mantienen en la negativa del reclamo presentado por la Ingeniera y adjunta la documentación requerida en el oficio IRC-SRASC-2011-1387;

Que en el mes de diciembre de 2010, la reclamante, en su calidad de empleada de la Superintendencia de Telecomunicaciones, entidad contratante del seguro, se realiza una serie de exámenes médicos para determinar la causa de una anemia ferropénica que padece;

Que el día 10 de enero de 2011, la Asegurada a través del formulario correspondiente, presenta a la Aseguradora el reclamo por los exámenes realizados y requeridos por el especialista al que derivó el caso el médico tratante;

Que en consecuencia el día 27 de enero de 2011 con orden de pago Numero: 1187841, la compañía aseguradora emite la liquidación por USD\$ 810.76, en la referida orden señalan como observaciones que no se cubre el valor de USD 1,307.76, arguyendo que el examen de cápsula endoscópica, por ser examen de diagnóstico en estudio, está fuera de la cobertura de la póliza contratada. El total de gastos presentados suma USD 2,168.52. El acta de finiquito no se encuentra firmada por la asegurada, ni existe negativa comunicada de manera formal a la señora a este organismo de control en la que consten los argumentos por los que se niega el pago del examen referido;

Que el 2 de marzo de 2011, mediante comunicación de TECNISEGUROS, suscrita por el Médico Auditor (asesor de la compañía contratante del seguro) a Seguros Bolívar, se menciona lo siguiente: "debemos señalar que no existe fundamentos médicos para la negación del procedimiento de estudios diagnósticos que llevan a un diagnóstico final como es el caso. La endoscopia digestiva demuestra que existe una gastro duodenitis erosiva y el examen de la cápsula endoscópica que es un estudio complementario que permite la visualización del intestino delgado que no puede tener acceso por estudios endoscópicos (endoscopia alta y colonoscopia), este examen llevó al diagnóstico de ileilitis yeyunitis erosiva y



REPUBLICA DEL ECUADOR
SUPERINTENDENCIA DE BANCOS Y SEGUROS

8
Ochoent
y tres

linfagiectasias intestinal. Razones por las cuales solicitamos que se proceda a revisar la liquidación de la referencia ya que existe un diagnóstico que justifica los exámenes realizados”;

Que el 18 de marzo de 2011, la Compañía Aseguradora remite un oficio a TECNISEGUROS en relación con el caso de la señora _____ en el que ratifican su negativa, argumentado que el examen de cápsula endoscópica es un proceso utilizado para patologías gastrointestinales, más no hematológicas, cuyo diagnóstico fue ileitis, yeyunitis erosiva y linfaectasias intestinales, diagnósticos que no cursan con una ferropenia marcada como la encontrada en la paciente, por lo que no está justificada como causa de su patología;

Que en literal x) de la cláusula quinta de las condiciones particulares de la póliza se establece que: “Se otorga cobertura para exámenes de laboratorio e imagen ordenados por el médico tratante, siempre y cuando sean necesarios para llegar al diagnóstico.”

Que de la revisión de la documentación que obra del expediente se desprende lo siguiente:

1. La asegurada al presentar el reclamo en la compañía entrega las facturas y órdenes de exámenes emitidos por los médicos tratantes, la compañía aseguradora emite el pago correspondiente a la consulta médica y algunos exámenes y no realiza el pago del examen con CAPSULA ENDOSCOPICA, argumentando que se trata de un método no justificable en relación con la enfermedad preexistente, por lo tanto es innecesario y no consta dentro de los métodos de diagnóstico primario según los protocolos internacionales.
2. La Aseguradora rechaza el informe presentado por TECNISEGUROS, en el que se manifiesta que los exámenes realizados son procedentes y sugiere que se revise nuevamente el pago de los mismos. La compañía de seguros, manifiesta en la comunicación de 18 de marzo de 2011, remitida a la asesora productora **que se mantiene en la negativa**; sin embargo, no existe documento alguno dentro del expediente del reclamo del que se desprenda que la negativa fue comunicada de manera formal a la asegurada, tampoco ha sido comunicada a este organismo de control, solo existe una referencia en la liquidación en la que se menciona como observación que no se cubre el examen referido en el párrafo anterior.

Mediante circular INS-2003-037 de 10 de junio de 2003, se recordó a las compañías de seguros la obligación de notificar a este organismo de control las objeciones a los reclamos presentados por los asegurados o beneficiarios. En la comunicación referida, se señalan además algunos datos que deben constar en las cartas de negativa y se menciona que se debe remitir copia del documento con el que se comunica al reclamante, en el que se indique las circunstancias excluyentes de la responsabilidad de la aseguradora, fundamentada en las condiciones generales y particulares de la póliza.

De lo dicho se desprende que la compañía no emitió una negativa en los términos señalados en la circular INS-2003-037.

3. El Artículo 42 de la Ley General de Seguros, en el inciso primero señala que “Toda empresa de seguros tiene la obligación de pagar el seguro contratado o la parte correspondiente a la pérdida debidamente comprobada, según sea el caso, **dentro de los cuarenta y cinco días siguientes a aquel en que el asegurado o el beneficiario le presenten por escrito la**



REPUBLICA DEL ECUADOR
SUPERINTENDENCIA DE BANCOS Y SEGUROS

Ocha
y Do

correspondiente reclamación aparejada de los documentos que, según la póliza, sean necesarios, a menos que la empresa de seguros formule objeciones fundamentadas a tal reclamo, las mismas que deberán ser llevadas inmediatamente a conocimiento del Superintendente de Bancos y Seguros." (Las negrillas y el subrayado no son del texto).

Como ya se mencionó no existe negativa, por lo que la compañía ha incumplido con el plazo para el pago del examen de CAPSULA ENDOSCOPICA, suma que asciende a USD 1.307,76.

4. En cuanto al examen que no es cubierto, en las condiciones particulares de la póliza se menciona en la cláusula quinta literal (x) que: "se otorga cobertura para exámenes de laboratorio e imagen ordenados por el médico tratante, siempre y cuando sean necesarios para llegar al diagnóstico"

La condición referida, no hace diferencia alguna, ni restringe el tipo de exámenes de laboratorio e imagen, por lo que los mismos quedan a criterio del médico tratante.

El médico tratante derivó a otro especialista quien ordenó los exámenes a practicarse por la paciente, los que resultan necesarios a criterio del médico para llegar a una conclusión eficaz del diagnóstico.

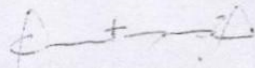
En ejercicio de las atribuciones constantes en el literal j) del Artículo 21 de la Resolución No. ADM-2006-7617 de 16 de Mayo de 2006, ratificada por el señor Superintendente de Bancos y Seguros mediante Resolución No. ADM-2011-10076 de 6 de enero de 2011.

RESUELVE:

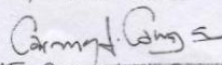
ARTICULO UNO.- ACEPTAR el reclamo presentado por la señora contra Bolívar Compañía de Seguros S.A. derivado de la póliza de Asistencia Médica signada como 200121;

ARTICULO DOS.- DISPONER a la aseguradora que cubra el valor reclamado, esto es, USD\$ 1.300,00, menos las deducciones pactadas en la póliza, más los intereses de ley a partir del vencimiento de los cuarenta y cinco días que tenía la aseguradora para negar el reclamo, tomando la tasa activa referencial del Banco Central del Ecuador vigente a la fecha en que venció el plazo para el pago del reclamo, esto es, el 24 de febrero de 2011.

COMUNIQUESE.- Dada en la Intendencia Regional de Cuenca, de la Superintendencia de Bancos y Seguros, a los veinte y cinco días del mes de mayo de dos mil once.


Ing. Gustavo Muñoz González
INTENDENTE REGIONAL DE CUENCA

LO CERTIFICO.- Cuenca, veinte y cinco de mayo de dos mil once.


Abg. Carmen Lucía Carrasco
SECRETARIA AD-HOC