

**UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR
SEDE ECUADOR**

ÁREA DE DERECHO

**MAESTRÍA EN DERECHO
MENCION FINANCIERO, BURSÁTIL Y SEGUROS**

**LOS DERECHOS DE LAS ASEGURADORAS Y LOS
ASEGURADOS FRENTE AL RECLAMO ADMINISTRATIVO DE
SEGUROS EN EL ECUADOR**

MARGARITA DEL CARMEN RIPALDA RODRÍGUEZ

2009

Al presentar esta tesis como uno de los requisitos previos para la obtención del título de magíster de la Universidad Andina Simón Bolívar, autorizo al Centro de Información o a la biblioteca de la universidad para que haga de esta tesis un documento disponible para su lectura según las normas de la universidad.

Estoy de acuerdo en que se realice cualquier copia de esta tesis dentro de las regulaciones de la universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica potencial.

Sin perjuicio de ejercer mi derecho de autor, autorizo a la Universidad Andina Simón Bolívar la publicación de esta tesis, o de parte de ella, por una sola vez dentro de los treinta meses después de su aprobación.

Ab. Margarita del Carmen Ripalda Rodríguez
Quito D.M., 1 de julio de 2009.

**UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR
SEDE ECUADOR**

ÁREA DE DERECHO

**MAESTRÍA EN DERECHO
MENCION FINANCIERO, BURSÁTIL Y SEGUROS**

**LOS DERECHOS DE LAS ASEGURADORAS Y LOS
ASEGURADOS FRENTE AL RECLAMO ADMINISTRATIVO DE
SEGUROS EN EL ECUADOR**

MARGARITA DEL CARMEN RIPALDA RODRÍGUEZ

DR. LUIS LARREA BENALCÁZAR

QUITO D.M., 2009

RESUMEN

El contrato de seguros es una convención muy especial que se rige por sus propias normas, específicamente por las contenidas en el Decreto Supremo 1147, publicado en el Registro Oficial 123 de 7 de diciembre de 1963; en la citada norma legal, se establece el procedimiento para formalización del contrato de seguros, así como las principales características de este contrato y los derechos, deberes y obligaciones que se derivan del mismo.

Con base a lo anterior, uno de los derechos que poseen las aseguradoras, es el de presentar objeciones a los reclamos presentados por los asegurados, cuando se han presentado situaciones de prescripción, caducidad o exclusiones. Este derecho debe ser objeto de análisis, en virtud de que como contraposición, la propia legislación concede a los asegurados un mecanismo para que esas objeciones puedan ser revertidas; este mecanismo se denomina reclamo administrativo, el cual para mayor comprensión a lo largo del presente trabajo será denominado reclamo administrativo de seguros, cuya reglamentación se ampara en el artículo 42 de la Ley General de Seguros.

Por lo expuesto, es necesario determinar si ese reclamo administrativo posee los caracteres mínimos establecidos por el derecho administrativo para poder ser denominado como tal; y, una vez realizado ese análisis, se debe establecer si el mismo favorece o no al asegurado, y al mismo tiempo, si vulnera o no los derechos de las aseguradoras a esgrimir las circunstancias excluyentes de su responsabilidad, frente a los siniestros reportados por los asegurados.

TABLA DE CONTENIDO

Resumen.....	3
Introducción.....	7
CAPÍTULO I	
LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LA ASEGURADORA Y EL ASEGURADO DERIVADOS DEL CONTRATO DE SEGURO.....	
	9
1.1. Puntos básicos sobre el contrato de seguro.....	9
1.1.1. Conceptualización.....	9
1.1.2. Características.....	10
1.2. Derechos y obligaciones del asegurado y la aseguradora.....	17
1.2.1. Obligaciones y cargas del asegurado en la relación de seguros.....	18
1.2.2. Derechos del asegurado	23
1.2.3. Obligaciones de la aseguradora.....	26
1.2.4. Derechos de la aseguradora.....	28
1.3. El derecho de la aseguradora a presentar objeciones a los siniestros....	30
1.3.1. Exclusiones.....	32
1.3.2. Caducidad.....	35
1.3.3. Prescripción.....	35
CAPÍTULO II	
EL RECLAMO DE SEGUROS.....	
	44
2.1. Análisis de la naturaleza jurídica del reclamo administrativo según la doctrina del derecho administrativo.....	44
2.1.1. El acto administrativo.....	44
2.1.2. Recursos y reclamos administrativos.....	47

2.1.3. La jurisdicción contencioso administrativa.....	50
2.2. Fundamentación legal del reclamo administrativo al amparo de la Ley General de Seguros.....	51
2.2.1. Competencia de la Superintendencia de Bancos y Seguros para conocer reclamos administrativos de seguros.....	53
2.2.2. Trámite ante la Superintendencia de Bancos y Seguros	56
2.2.3. Efectos de la resolución expedida por la Superintendencia de Bancos y Seguros.....	63
2.2.3.1. Resolución condenatoria al pago	63
2.2.3.2. Resolución rechazando la pretensión del asegurado.....	64
2.3. Análisis del tratamiento a las objeciones presentadas la aseguradora, antes de la expedición de la Ley General de Seguros (R.O. 290 de 3 de abril de 1998).....	67
2.4. Análisis de la pertinencia del reclamo administrativo de seguros frente a los derechos de la aseguradora.....	70
2.5. Casos prácticos.....	74
 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	 84
 BIBLIOGRAFÍA.....	 90

INTRODUCCIÓN

En el Ecuador, el Derecho de Seguros se encuentra en pleno desarrollo, por esta razón, la sociedad en general posee un gran interés en que todo el ámbito de los seguros se encuentre debidamente regulado.

Tomando en consideración lo anterior, el Estado a través de sus instituciones ha instaurado mecanismos de control y regulación de la actividad aseguradora, siendo esta una de las razones por las que en el año dos mil uno, la Superintendencia de Bancos pasó a denominarse Superintendencia de Bancos y Seguros, con la finalidad de mostrarse ante la sociedad como un verdadero ente de control del sistema de seguro privado.

Dentro de este afán de regular la actividad aseguradora, la legislación ecuatoriana ha creado mecanismos para la solución de las controversias que pueden producirse entre la compañía de seguros y el asegurado o beneficiario, cuando la aseguradora objeta el pago de un siniestro. Al amparo de lo anterior, en el marco normativo vigente existe la figura del reclamo administrativo (de seguros), como un mecanismo apto para solventar esas discrepancias suscitadas entre las partes.

Por lo expuesto, es necesario realizar un profundo análisis de la anterior figura, estableciendo previamente cuáles son los principales derechos que poseen las compañías de seguros, al momento en el que un asegurado presenta una solicitud tendiente a obtener el pago de una indemnización; y, posteriormente,

verificando si la interposición del reclamo administrativo de seguros ante la Superintendencia de Bancos y Seguros, para que este último órgano de control resuelva si una negativa de pago emitida por parte de la aseguradora es procedente o no, atenta contra el derecho de las compañías de seguros a objetar fundamentadamente los reclamos que por pago de una indemnización pueden presentar los asegurados al momento de producirse un siniestro; tomando en consideración que ese derecho a presentar objeciones se encuentra debidamente fundamentado en la disposición contenida en el artículo 22 del Decreto Supremo 1147, publicado en el Registro Oficial 123 de 7 de diciembre de 1963.

CAPÍTULO I

LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LA ASEGURADORA Y EL ASEGURADO DERIVADOS DEL CONTRATO DE SEGUROS

De manera previa a realizar cualquier estudio y análisis respecto de la relación jurídica generada entre la aseguradora y el asegurado, es necesario remitirnos a las disposiciones contenidas en el Decreto Supremo 1147, publicado en el Registro Oficial 123 de 7 de diciembre de 1963, el cual reglamenta la fuente de esa relación jurídica: el contrato de seguro o más comúnmente conocido como póliza.

Por lo expuesto, es necesario dilucidar cuales son las características y los derechos y obligaciones que poseen las partes en torno a este contrato, para lo cual, es de vital importancia tener en cuenta las definiciones legales y doctrinarias, que se elaborado con relación a este concepto.

1.1. Puntos básicos sobre el contrato de seguro.

1.1.1. Conceptualización.

El Decreto Supremo 1147 define al contrato de seguro de la siguiente manera:

“El seguro es un contrato mediante el cuál 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.”¹

¹ Artículo 1, *Decreto Supremo 1147*, Registro Oficial 123 de 7 de diciembre de 1963.

En lo que se refiere a la definición doctrinaria, uno de los principales juristas en la rama del derecho de seguros, conceptualiza a este contrato como: "...un contrato sustantivo y oneroso por el cual una persona –el asegurador- asume el riesgo de que ocurra un acontecimiento incierto al menos en cuanto al tiempo, obligándose a realizar una prestación pecuniaria cuando el riesgo se haya convertido en siniestro."²

1.1.2. Características.

Basándonos en las dos anteriores definiciones, para un mejor análisis y comprensión, es importante establecer cuales son las características principales de este contrato, las cuales en su conjunto lo permiten diferenciarse de otras figuras contractuales:

- a) Adhesión.- Autores como Efrén Ossa consideran efectivamente que el contrato de seguros es de adhesión, en virtud de que las pólizas de seguros son instrumentos con clausulados preestablecidos, en las que no existe un proceso real de negociación entre las partes:

“En cuanto que habitualmente no es dable al asegurado discutir sus condiciones libremente. Ellas se hallan impresas de antemano en la póliza, son impuestas por la empresa aseguradora a cuya paternidad literaria corresponden, aunque su aplicación está condicionada a la aprobación previa de la Superintendencia Bancaria.

Por ser contrato de adhesión, sus cláusulas ambiguas se interpretan contra la persona o entidad a cuyo cargo estuvo la redacción del documento contractual.”³

² Rubén Stiglitz, *Derecho de Seguros I*. Buenos Aires, Abeledo Perrot, 1997, p. 36.

³ Efrén Ossa, *Tratado elemental de seguros*, Bogotá, Temis, 2da. ed., 1963, pág. 276.

Dentro de la anterior línea, cabe destacar que en el Ecuador, el contenido de las pólizas es preaprobado por parte de la Superintendencia de Bancos y Seguros, conforme lo dispone el artículo 25 de la Ley General de Seguros:

Art. 25.- “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 copias 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 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) Literal derogado.
- 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 serán los vigentes 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 éstas 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.” (el resaltado es mío)

La necesidad de celebrar contratos de seguro, a través de clausulados preaprobados por el órgano de control, más comúnmente conocidos como condiciones generales y que hasta cierto punto son inamovibles, permite afirmar que éste es un contrato de adhesión⁴. En estos clausulados preaprobados, entre otros puntos, se establecen los derechos y obligaciones de cada una de las partes, los límites de la cobertura y sus exclusiones, los documentos que deben presentarse cuando ocurre un siniestro, el plazo de notificación del mismo, entre otros puntos; por lo que, es completamente necesario que el asegurado tenga pleno conocimiento del contenido del contrato, a fin de que en el momento en que se presente un siniestro pueda cumplir con todos los deberes establecidos en la póliza.

Por otro lado, aún cuando se podría pretender afirmar que la adhesión no es una característica del contrato de seguro, ya que las partes pueden eliminar o aumentar coberturas mediante el

⁴ En este sentido, la Primera sala de lo Civil de la Corte Suprema de Justicia, determinó que: “Uno de los contratos típicos de adhesión es el contrato de seguro, en que la compañía aseguradora fija las cláusulas, condiciones o estipulaciones uniformes y al asegurado no le queda otra opción que la de rechazar o consentir, con la diferencia fundamental de que mientras en los contratos de adhesión el oferente fija las cláusulas a su libre querer y saber, en el contrato de seguro las estipulaciones generales deben someterlos a la aprobación de la Superintendencia de Bancos, sin cuya aprobación no podrán usarse o ponerse en vigor”. Resolución No. 240, Registro Oficial 364 de 9 de julio de 2001, p. 37.

otorgamiento de condiciones especiales, cabe recordar que tales condiciones especiales también deben ser preaprobadas por parte de la Superintendencia de Bancos y Seguros, por lo que, el contenido de esos clausulados modificatorios no es fruto de una libre negociación entre las partes, correspondiendo los mismos a un texto estándar al que el asegurado debe adherirse⁵.

Sobre la base de lo anteriormente expuesto, al ser claro que cualquier modificación que se realice al contenido de la cobertura debe ser llevada a cabo mediante la suscripción de condiciones especiales aprobadas por el órgano de control, podemos concluir que la adhesión sí es una característica de este tipo de contratos⁶.

b) Solemne.- Conforme lo determina el Código Civil en su artículo 1459:

“El contrato es real cuando, para que sea perfecto, es necesaria la tradición de la cosa a que se refiere; es solemne cuando está sujeto a la observancia de ciertas formalidades especiales, de manera que sin ellas no surte ningún efecto civil; y es consensual cuando se perfecciona por el solo consentimiento.”

⁵ Para ratificar la rigidez e inamovilidad que tienen en el Ecuador los clausulados de las pólizas, la Superintendencia de Bancos y Seguros expidió la Resolución JB-2008-1219, Registro Oficial 508 de 16 de enero de 2009, por la que reformó las “Normas para la estructura y operatividad del contrato de seguro”, en la que claramente se establece que las condiciones generales solo podrán ser modificadas a través de condiciones especiales previamente aprobadas por la misma Superintendencia, y en el evento de que se dejen sin efecto condiciones generales a través de condiciones particulares (las cuales se emplean para identificar a las partes, establecer la suma, objeto y riesgo asegurado, etc.) o si se utilizan estas últimas como mecanismo para establecer condiciones que por su naturaleza debían ser generales o especiales, la aseguradora puede ser sancionada con la suspensión temporal o definitiva del ramo, según se desprende de los artículos 14 y 15 de la citada resolución.

⁶ En el Ecuador, la Segunda sala de lo Civil y de la Corte Suprema de Justicia, a lo largo de los considerandos dentro del proceso iniciado por Martucci S.A. en contra de Bolívar Cía. de Seguros S.A. ratifica a la adhesión como una característica principal del contrato de seguro, al manifestar entre otras situaciones la siguiente: “Se caracteriza, por tanto, el contrato de seguros, como conmutativo, aleatorio, documental, principal y de adhesión, por ser bilateral oneroso y que, tiene por objeto una obligación condicional, positiva debido a que debe acontecer el riesgo asegurado o acontecimiento o suceso incierto, redactado en términos inteligibles, siendo eminentemente causal, ya que no depende de la voluntad del solicitante, asegurado o beneficiario ni asegurador” Resolución No. 442-2001 de la Segunda Sala de lo Civil de la Corte Suprema, Registro Oficial 562 de 24 de abril de 2002, p.28.

Así, en razón que el contrato de seguro se perfecciona y prueba a través de la póliza y no solo con la mera voluntad de las partes⁷, se considera esta como una característica esencial del contrato.

- c) **Bilateral.**- Esta característica nace en virtud de que ambas partes del contrato, se obligan de manera recíproca la una con la otra: el asegurado asume como una obligación principal pagar la prima y mantener el estado del riesgo, y como contraprestación, la aseguradora se obliga a brindar la cobertura mediante la asunción del riesgo, y a pagar la indemnización correspondiente en el momento en que ocurra un siniestro⁸ que goce de cobertura. En este sentido, es importante resaltar que el incumplimiento de cualquiera de estos deberes puede conllevar a distintos tipos de sanciones para la parte incumplidora.
- d) **Oneroso.**- Esta característica se fundamenta, en que cada una de las partes contratantes debe cumplir una prestación a cambio de la que la otra realiza y, ambas prestaciones tienen un contenido económico: el asegurado debe cancelar la prima; mientras que el asegurador debe brindar la cobertura contratada y, en caso de presentarse un siniestro que se encuentre debidamente cubierto, pagar el monto del valor asegurado.

⁷ *Art. 6.-* “El contrato de seguro se perfecciona y prueba por medio de documento privado que se extenderá por duplicado y en que se harán constar los elementos esenciales. Dicho documento se llama Póliza; ésta debe redactarse en castellano y ser firmada por los contratantes.

Las modificaciones del contrato o póliza, lo mismo que su renovación deben también ser suscritas por las contratantes”, *Decreto Supremo 1147.*

⁸ Artículo 1, *Decreto Supremo 1147.*

- e) Buena fe.- En primera instancia es necesario tener en cuenta que la buena fe más que una característica, es un principio jurídico que debe encontrarse plasmado en todas las relaciones contractuales, conforme lo determina el Código Civil en los siguientes artículos:

Art. 1561.- “Todo contrato legalmente celebrado es una ley para los contratantes, y no puede ser invalidado sino por su consentimiento mutuo o por causas legales.”

Art. 1562.- “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 emanan precisamente de la naturaleza de la obligación, o que, por la ley o la costumbre, pertenecen a ella.”

No obstante lo anterior, en el contrato de seguro, este principio posee una mayor fuerza e importancia, ya que a través del mismo, se constriñe al asegurado a que describa de manera clara y completa la naturaleza del riesgo que requiere asegurar, a su vez, se compromete a mantenerlo inalterable, y en caso de que el mismo sufra una variación, deberá notificar tal alteración a la aseguradora, con la finalidad de que esta última se encuentre en la capacidad de decidir si brindará la cobertura solicitada o si en relación al nuevo estado del riesgo, deberá cobrar una prima superior a la originalmente convenida. De igual manera, la buena fe en este tipo de contratos se la puede observar en el deber que tiene el asegurado de evitar la ocurrencia del siniestro, y una vez producido, intentar que el mismo no se extienda, es decir, procurando el salvamento de los bienes asegurados, los cuales por efectos del pago de la indemnización correspondiente, pasarán a ser propiedad de la

empresa de seguros⁹; por su parte, el asegurador debe explicar de manera clara y precisa al asegurado el contenido, condiciones y limitaciones de la póliza contratada, y en el momento de producirse un siniestro, debe pronunciarse sobre el mismo y pagar la correspondiente indemnización, a menos que tenga objeciones fundamentadas para el pago.

Conforme se manifestó, la buena fe es un principio que debe liderar el proceso de contratación y el desarrollo de la relación aseguradora – asegurado, ya que la aseguradora en la gran mayoría de casos no puede realizar inspecciones a los objetos asegurados o realizar exámenes médicos a los solicitantes del seguro, por lo que se encuentra supeditada al correcto accionar que debe tener el asegurado de la póliza¹⁰.

- f) Simple.- El objeto principal del contrato de seguro es la transferencia del riesgo por parte del asegurado y la asunción del mismo por parte de la aseguradora, de lo cual claramente se concluye que aun

⁹ Art. 68.- “La empresa de seguros que hubiere pagado una indemnización por el valor total de los bienes asegurados, adquiere la propiedad de los mismos sobre los cuales versa el contrato de seguro.

En los casos de pérdida parcial, los bienes siniestrados pasarán a propiedad de la empresa de seguros, cuando éstos hayan sido reemplazados, a menos que renuncie a este derecho.

El acta de finiquito constituye título de propiedad, no obstante el asegurado o beneficiario, está obligado a realizar todos los actos tendientes a consolidar el dominio del asegurador sobre dichos bienes y a entregarle todos los documentos inherentes a ellos.” *Ley General de Seguros*, Registro Oficial 403 de 23 de noviembre de 2006.

¹⁰ La Primera sala de lo Civil y Mercantil de la Corte Suprema de Justicia, dentro del proceso iniciado por Compañía E. Cuaba S.A. en contra de la compañía El Dorado CA de Seguros y Reaseguros, en el fallo de casación respectivo, al hacer referencia al contrato de seguros, y más específicamente al principio de buena fe en esta materia determinó lo siguiente: “Es además un contrato – refiriéndose al contrato de seguro -, en el cual la buena fe ocupa un lugar fundamental, precisamente porque el asegurado no tiene ánimo de lucro, y porque ella se manifiesta desde la etapa precontractual y obviamente durante su ejecución.” Resolución 394-2001, dictada por la Primera Sala de lo Civil y Mercantil de la Corte Suprema de Justicia, Gaceta Judicial Serie XVII, No. 8, p. 2274.

cuando el siniestro nunca llegue a producirse, el contrato se perfeccionará por el hecho de que el asegurador asumió el riesgo a cambio del pago de una prima.

Sin embargo de lo expuesto, hay autores como Isaac Halperin que consideran a este contrato como condicional, en virtud de que la obligación principal del asegurador (pagar la indemnización), se encuentra ligada con el cumplimiento de una condición o más específicamente hablando, con la ocurrencia de un hecho aleatorio: el suceso del siniestro¹¹. Por mi parte, disiento de esa afirmación, ya que si se considerara a la relación contractual entre aseguradora y asegurado como condicional, en el evento de que el siniestro no llegare a suscitarse, es decir, al no haberse cumplido la condición, el contrato no se habría perfeccionado, teniendo el asegurador la obligación de devolver la prima cobrada.

1.2. Derechos y obligaciones del asegurado y la aseguradora.

Una vez analizadas las principales características de este contrato, es menester comprender que el asegurado es la persona titular del interés asegurado que requiere que los riesgos y las consecuencias derivadas de su acaecimiento sobre tal interés, sean cubiertos por parte de la aseguradora; por lo expuesto, en virtud de que el asegurado posee un interés económico en protegerse de los siniestros que puedan ocurrir, tiene un sinnúmero de

¹¹ Isaac Halperin, *Seguros*, Tomo I, Buenos Aires, Depalma, 1983, p. 32-33.

derechos y obligaciones que debe cumplir, con la finalidad de salvaguardar su derecho al cobro de una indemnización.

De otra parte, la aseguradora asume la cobertura del riesgo del asegurado a cambio del pago de una prima, lo que nos lleva a concluir que ésta también tiene derechos y obligaciones que observar.

En el anterior sentido, es importante conocer cuales son los principales derechos y obligaciones que poseen cada una de las partes.

1.2.1. Obligaciones y cargas del asegurado en la relación de seguros.

El asegurado tiene obligaciones y cargas que cumplir, siendo las principales las siguientes:

- a) Declarar el estado objetivo del riesgo.- Esta carga debe ser cumplida antes de celebrarse el contrato, ya que conforme lo manifiesta la doctrina: “El asegurador no puede asumir riesgos, sin conocer antes su extensión, vale decir la peligrosidad que ellos encierran. Y la fuente natural de ese conocimiento es el asegurado.”¹²; siendo muy importante que la compañía de seguros conozca en su totalidad cuál es el verdadero estado del riesgo, con la finalidad de que pueda determinar si lo asumirá o no. En lo que se refiere a esta carga, es importante aclarar que la misma debe ser cumplida aún cuando la

¹² Efrén Ossa, Op. Cit., p. 386.

aseguradora no ponga a disposición del asegurado un cuestionario para responder¹³.

- b) Pagar la prima.- Conforme se ha manifestado, la prima es el precio que se cancela por la transferencia del riesgo que realiza el asegurado a la aseguradora, por lo que, esta es una obligación principal; es así que en la doctrina se establece lo siguiente:

“El pago de la prima consolida entonces la producción de los efectos o consecuencias jurídicas esenciales del contrato de seguro, ya que es en vista de la plena ejecución el compromiso recíproco, que la constitución el vínculo creditorio ha tenido ha tenido lugar”¹⁴.

El pago de la prima debe ser realizado en el domicilio de la aseguradora, directamente a esta o a la persona que designe para el efecto¹⁵. En nuestra legislación, se permite que el pago pueda ser realizado en cheque; no obstante, el mismo se considerará válido siempre y cuando el citado instrumento se hubiere efectivizado¹⁶.

- c) Mantener el estado del riesgo.- En este sentido, es importante tomar en cuenta que “... el riesgo es la <<causa>> del contrato de seguro en el sentido de motivo último que determina la celebración del contrato por parte del tomador.”¹⁷, por otro lado, hay juristas que coinciden en que:

“... por ser el seguro un contrato de tracto sucesivo, la prima debería ser el equivalente del riesgo, no sólo en el momento en que se estipula,

¹³ Artículo 14, *Decreto Supremo 1147*.

¹⁴ (Cazeaux), citado por Rubén y Gabriel Stiglitz, *Contrato de Seguro*, Buenos Aires, La Rocca, 1998, p. 417.

¹⁵ Artículo 18, *Decreto Supremo 1147*.

¹⁶ Artículo 17, *Decreto Supremo 1147*.

¹⁷ Antonio Guardiola, *Manual de Introducción al Seguro*, Madrid, Mapfre, 2001, p. 19.

sino también en todos los momentos subsiguientes del contrato, y que para mantener la equivalencia objetiva de las prestaciones a todo lo largo de la duración del contrato, le es prohibido al asegurado agravar voluntariamente el riesgo si quiere gozar del beneficio del seguro.”¹⁸

Por lo expuesto, si consideramos a la transferencia del riesgo como la causa del contrato de seguro, es necesario que el mismo se mantenga relativamente inalterable, de lo contrario, al sufrir una agravación, eventualmente la aseguradora perdería interés en cubrirlo o deberá realizar un reajuste a la prima pactada inicialmente¹⁹.

Sin embargo de lo expuesto, el riesgo puede estar sujeto a dos tipos de modificaciones: (i) previsibles; e, (ii) imprevisibles; a las primeras se las puede caracterizar como innatas al bien jurídico sobre el que recae el riesgo; mientras que la presencia de las segundas, genera una carga extra para el asegurado, en virtud de que al alterar el riesgo original, se debería producir un aumento en la prima, aumento que no siempre se produce. Con la presencia de las circunstancias imprevisibles, el asegurado tiene una segunda carga, vinculada con la obligación de informar la alteración que sufrió el riesgo, sin importar si la causa de la variación depende o no de su voluntad.

- d) Notificar el estado y la modificación que sufra el riesgo.- Conforme se manifestó sucintamente, en el momento en que se modifica el estado

¹⁸ (Vivante), citado por Rubén y Gabriel Stiglitz, Op. Cit., p. 370.

¹⁹ “Art. 16.-“... El asegurado o el solicitante, según el caso, debe hacer la notificación a que se alude en el precedente inciso con antelación no menor de diez días a la fecha de la modificación del riesgo, si ésta depende de su propio arbitrio. Si le es extraña, dentro de los tres días siguientes a aquél en que tenga conocimiento de ella. En ambos casos, el asegurador tiene derecho a dar por terminado el contrato o a exigir un ajuste en la prima.”, *Decreto Supremo 1147*.

del riesgo, es imperativo notificar tal particular a la aseguradora; y, en el evento en que falte de esta notificación, el asegurado tiene derecho a dar por terminado el contrato, o a exigir un ajuste el la prima originalmente pactada²⁰.

Adicionalmente, el asegurado también debe informar objetivamente sobre el estado en el que se encuentra el riesgo contratado²¹, a fin de establecer las condiciones, exclusiones, coberturas, monto de prima, etc., bajo las que se contratará el seguro²².

- e) Notificación de la ocurrencia del siniestro y los daños ocasionados por el mismo.- El siniestro es:

“... un acontecimiento que, por causar unos daños concretos previstos en la póliza, motiva la aparición del principio indemnizatorio, obligando a la entidad aseguradora a satisfacer, total o parcialmente al asegurado o a sus beneficiarios, el capital garantizado en el contrato.”²³

El cumplimiento de esta carga le concede al asegurado o beneficiario la posibilidad de ejercer su principal derecho al amparo del contrato de seguro: el de exigir la correspondiente indemnización. Esta notificación es una declaración de conocimiento, la cual a su vez le permite a la aseguradora, en ciertos casos, controlar los daños y evitar que los mismos se propaguen y de otro lado, facilita a la aseguradora el proceso de liquidación de los daños sufridos.

²⁰ Artículo 16 tercer inciso, *Decreto Supremo 1147*.

²¹ Artículo 14, *Decreto Supremo 1147*.

²² Art. 10.- “Con las restricciones legales, el asegurador puede asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos la cosa asegurada o el patrimonio o la persona del asegura pero deben precisarse en tal forma que no quede duda respecto de los riesgos cubiertos y a los excluidos.”, *Decreto Supremo 1147*.

²³ Antonio Guardiola, Op. Cit., p. 30

Como correlación de lo anterior, es importante tener en cuenta que la notificación de la ocurrencia del siniestro debe ser dirigida por a la aseguradora o a su representante autorizado dentro del plazo previsto en la ley o en la póliza, plazo que nunca podrá ser inferior a tres días contados desde la fecha en que el asegurado o beneficiario tuvo conocimiento del mismo y cumpliendo con los requisitos previstos en el póliza, esto de conformidad con lo establecido en el artículo 20 del Decreto Supremo 1147. Respecto de este deber, es importante recalcar que el asegurado o beneficiario, deben probar la ocurrencia del siniestro y la cuantía de los daños ocasionados por el mismo.

- f) Prohibición al asegurado de reconocer su responsabilidad y de transar²⁴.- Esta carga se sustenta en el hecho de impedir que se comprometa la defensa que la aseguradora realizará respecto del asegurado a través su dirección jurídica y, permite salvaguardar la posibilidad de que la compañía de seguros se pueda subrogar en los derechos que podría tener el asegurado en contra del causante del siniestro.

- g) Prevención del siniestro.- El asegurado debe evitar el siniestro, en virtud de que el bien jurídico respecto del cual se ha contratado la póliza es de su interés, siendo así que por ejemplo, deberá tener extintores en su casa, colocar seguro en las puertas de su automóvil,

²⁴ Artículo 52, *Decreto Supremo 1147*.

tener el sistema eléctrico del inmueble en buen estado, etc.; este deber se fundamenta en el siguiente lineamiento:

“El seguro no puede entenderse como una patente que permita al asegurado despojarse de todo interés en la conservación de las cosas.... Por eso obliga al asegurado a conducirse como un ‘diligente padre de familia’ en la defensa de la propiedad asegurada.”²⁵

- h) Salvamento²⁶.- Este deber conlleva la obligación del asegurado de aplicar las medidas necesarias para reducir el peligro y/o los daños que se están ocasionando con la consecuencia del siniestro, tal como si el bien asegurado no estuviera cubierto por el seguro; esta carga tiene que ser cumplida con la debida diligencia y en el menor tiempo posible; y en ciertos casos, la misma se encuentra respaldada por las instrucciones que imparta la propia aseguradora.
- i) Prohibición de cambiar las cosas dañadas.- El principal objetivo es permitir que las huellas del siniestro no desaparezcan, a fin de que la aseguradora pueda determinar las consecuencias del mismo y en ciertos casos, establecer las respectivas responsabilidades.

1.2.2. Derechos del asegurado.

Los principales derechos que posee el asegurado dentro de la relación contractual, son los siguientes:

²⁵ Efrén Ossa, Op. Cit. p. 399.

²⁶ Artículo 21, *Decreto Supremo 1147*.

- a) Gozar de la cobertura contratada.- Desde el punto de vista del asegurado, claramente se podría afirmar que este derecho enmarca la esencia del contrato de seguro; si el asegurado cumple con todas las obligaciones y cargas detalladas anteriormente, posee consustancialmente el derecho a que la aseguradora lo cubra de los riesgos y asuma en caso de siniestro, los daños que sobre el bien jurídico asegurado se produzcan.
- b) Percibir la indemnización.- Este es el segundo derecho básico del asegurado, el cual se lo puede ejercer siempre y cuando el riesgo acaecido haya estado debidamente cubierto. Para ejercerlo, el asegurado o beneficiario según corresponda, deben notificar a la aseguradora con el acaecimiento del siniestro de la siguiente manera:
- Probando la ocurrencia del siniestro, el cual se presume producido por un caso fortuito.
 - Demostrando la cuantía de la indemnización²⁷.
 - Realizando la notificación dentro de los plazos y condiciones establecidos para el efecto en la póliza.
- c) Designar y reemplazar al beneficiario.- Este derecho es de ejercicio personal y exclusivo del asegurado, salvo que el beneficiario haya

²⁷ Artículo 22, *Decreto Supremo 1147*.

sido designado a título oneroso, para lo cual, se requerirá de la anuencia de este último para realizar la sustitución²⁸.

- d) Iniciar un reclamo administrativo de seguros, o una acción judicial o un proceso de arbitraje o mediación en contra de las objeciones presentadas por la aseguradora.- Este es un derecho de origen legal establecido en el artículo 42 de la Ley General de Seguros, cuyo contenido y consecuencias serán analizados más adelante; a través de esa disposición normativa, en el momento en que la aseguradora presenta objeciones a la pretensión de cobro del seguro por parte del asegurado, este último tiene la opción de iniciar un reclamo administrativo ante la Superintendencia de Bancos y Seguros, a fin de que ese órgano de control determine la procedencia o no de dichas objeciones.

Adicionalmente, el mismo artículo 42 concede al asegurado la opción de iniciar directamente una acción judicial o someter el pleito al arbitraje comercial o mediación, según lo que establezca la cláusula de jurisdicción de la póliza.

Cabe aclarar que tanto el reclamo administrativo como la acción judicial o el proceso arbitral o de mediación, son procesos independientes y autónomos, es decir, no es necesario iniciar y concluir el trámite de reclamo administrativo, para que el asegurado

²⁸ Artículo 70, *Decreto Supremo 1147*.

pueda ejercer su derecho ante la vía judicial, arbitral o de mediación, según corresponda.

1.2.3. Obligaciones de la aseguradora

Como contraposición a lo anteriormente manifestado, las obligaciones esenciales de las aseguradoras son:

- a) Brindar la cobertura contratada.- Conforme fue expuesto, esta es su obligación principal, ya que el contrato de seguros es un contrato basado en la traslación del riesgo por parte del asegurado y la asunción del mismo por la aseguradora; por esta razón, de conformidad con lo determinado en el citado artículo 10 del Decreto Supremo 1147, una vez acordados cuáles son los riesgos cubiertos y los excluidos, estos deben quedar claramente establecidos entre las partes, con la finalidad de que la aseguradora pueda cumplir a cabalidad con esta obligación.

- b) Pago de la indemnización.- Esta obligación, nace una vez que se haya producido el siniestro, y siempre y cuando confluyan los siguientes hechos: (i) el siniestro debe gozar de cobertura; (ii) el asegurador o beneficiario tienen que haber cumplido las obligaciones colaterales determinadas por la ley y la póliza. Cumplido lo anterior, la aseguradora debe pagar todo o una parte de la indemnización acordada según corresponda.

- c) Emitir y entregar la póliza.- Es importante no confundir la emisión de la póliza con la obligatoriedad de entregarla para el conocimiento pleno por parte del asegurado; esta obligación se fundamenta en el principio de buena fe que debe primar en los seguros, ya que el asegurado tiene pleno derecho de conocer los alcances de las coberturas que contrata y, la aseguradora debe informar debidamente sobre las mismas.

- d) Notificar al asegurado con la resolución del contrato.- En primer lugar es importante tener en cuenta que la resolución unilateral del contrato no puede ser aplicada al seguro de vida; en los demás ramos de cobertura, la aseguradora podrá resolver el contrato, siempre que medie una notificación por escrito al asegurado en su domicilio, con una anticipación mínima de diez días²⁹.

- e) Comprobar las circunstancias excluyentes de responsabilidad.- Se puede afirmar que este es un derecho/obligación, ya que de presentarse circunstancias que eximan a la aseguradora de responsabilidad para el pago, ésta no cancelará la correspondiente indemnización; sin embargo, tales circunstancias deben ser ciertas y sujetas de prueba, ya que la sola afirmación de la aseguradora no es suficiente.

²⁹ Artículo 19, *Decreto Supremo 1147*.

- f) Pronunciarse sobre el siniestro.- Una vez producido el siniestro, ha quedado claro que el asegurado debe proceder a realizar la notificación respectiva a la aseguradora, suministrando la prueba correspondiente de su ocurrencia y cuantía de los daños; por lo cual, una vez que la aseguradora posea toda esa información, debe emitir un pronunciamiento al respecto, tal como lo determina el primer inciso del Artículo 42³⁰ de la Ley General de Seguros.

1.2.4. Derechos de la aseguradora.

Los principales derechos de las compañías de seguros son:

- a) Cobrar la prima³¹.- Este es su derecho esencial, el mismo es la contraprestación que debe percibir, por la cobertura que brinda al asegurado.
- b) Conocer el estado real del riesgo.- Este derecho le permite a la aseguradora, previo a la suscripción del contrato correspondiente o, cuando se le ha notificado con una variación en el estado del riesgo inicialmente declarado, escoger si asume o no el riesgo dentro de la relación de seguros. En este sentido es importante resaltar que este derecho se encuentra en estricta correlación con las cargas del

³⁰ Art. 42.- “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 y Seguros...”, *Ley General de Seguros*.

³¹ Artículo 1, *Decreto Supremo 1147*.

asegurado de notificar el estado real del riesgo, mantenerlo inalterable y en su defecto, notificar cual ha sido la agravación del mismo.

- c) Subrogación.- El presente derecho opera por el ministerio de la ley, sin que sea necesario acordarlo previamente con el asegurado y, el mismo se encuentra contemplado en el artículo 38 del Decreto Supremo 1147:

“El asegurador que le ha pagado una indemnización de seguro, se subrogará por el ministerio de la Ley, hasta el monto de dicha indemnización, en los derechos del asegurado contra terceros responsables del siniestro....”.

- d) Salvamento.- Se lo ejerce en el momento en que se ha procedido a indemnizar un siniestro, situación que le permite a la aseguradora adquirir la propiedad sobre el bien siniestrado³².

- e) Retención de primas.- Esta facultad la puede ejercer la aseguradora cuando se rescinde el contrato de seguro como consecuencia de que el asegurado no declaró objetivamente el estado del riesgo, permitiendo que la compañía de seguros pueda retener la prima por el tiempo transcurrido³³.

³² Art. 68.- “La empresa de seguros que hubiere pagado una indemnización por el valor total de los bienes asegurados, adquiere la propiedad de los mismos sobre los cuales versa el contrato de seguro. En los casos de pérdida parcial, los bienes siniestrados pasarán a propiedad de la empresa de seguros, cuando éstos hayan sido reemplazados, a menos que renuncie a este derecho. El acta de finiquito constituye título de propiedad, no obstante el asegurado o beneficiario, está obligado a realizar todos los actos tendientes a consolidar el dominio del asegurador sobre dichos bienes y a entregarle todos los documentos inherentes a ellos.”, *Ley General de Seguros*.

³³ Artículo 15, *Decreto Supremo 1147*.

- f) Presentar objeciones al reclamo.- Este es uno de los principales derechos de la aseguradora, el cual va a ser objeto de un mayor análisis más adelante; conforme fue señalado, las objeciones respectivas deben ser presentadas dentro de los cuarenta y cinco días siguientes a la fecha en que le fue entregado el último documento sobre el siniestro y, las mismas deben estar debidamente fundamentadas.

1.3. El derecho de la aseguradora a presentar objeciones a los siniestros.

En primer lugar, es importante tener presente que el ejercicio de este derecho irá siempre unido a la obligación que tiene la aseguradora de pronunciarse sobre el siniestro que le fue debidamente notificado y documentado; caso contrario, en el evento de que no exista un pronunciamiento expreso al respecto, la ley establece las siguientes sanciones:

- a) Se entendería que la aseguradora ha aceptado de manera tácita pagar la correspondiente indemnización en la cuantía solicitada por el asegurado;
- b) Desde el vencimiento del plazo de cuarenta y cinco días establecido por el artículo 42 de la Ley General de Seguros, empiezan a correr los respectivos intereses por mora respecto del monto de la indemnización; y,
- c) La aseguradora pierde su derecho a objetar de cualquier manera el siniestro ocurrido.

Ahora bien, una vez que ha quedado claro que la aseguradora tiene un lazo determinado para pronunciarse sobre el derecho del asegurado, es básico tener en cuenta que este plazo ha sido concedido con el objetivo de permitir que la compañía de seguros pueda analizar e investigar el reclamo presentado, a fin de conocer plenamente el contenido y alcances del mismo, teniendo incluso la posibilidad de requerir información complementaria al asegurado, siempre que tal requerimiento sea realizado de manera expresa, dentro de límites razonables, respecto de datos relevantes para verificar la existencia del siniestro y/o para determinar hasta donde debe asumir su obligación de indemnizar; siendo improcedente que las aseguradoras realicen un requerimiento adicional de información con el único objetivo de dilatar la contestación al reclamo.

Una vez que la aseguradora posee toda la información necesaria respecto del siniestro, tiene el deber de pronunciarse sobre el mismo, bien sea aceptándolo u objetándolo total o parcialmente. En el evento de que la aseguradora presente objeciones, estas deberán ser notificadas al asegurado y las mismas tienen que presentarse de manera clara, explícita y admisible, determinándose cuáles son las razones por las que se procede a negar el siniestro reportado por el asegurado, ya que conforme lo determina la doctrina respecto de este tema: “La aseguradora debe brindar una explicación coherente y fundada de su actitud, lo que resulta compatible con el principio de la buena fe que debe imperar en las relaciones contractuales”³⁴.

³⁴ Rubén Stiglitz, Op. Cit., p. 174.

Esta facultad para presentar objeciones ante los reclamos presentados por los asegurados, se encuentra contemplada en la parte final del artículo 22 del Decreto Supremo 1147:

Art. 22.- “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 comprobar la cuantía de la indemnización a cargo del asegurador. **A éste incumbe, en ambos casos, demostrar los hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad.**” (lo subrayado es mío)

Debe tenerse en cuenta que la facultad o posibilidad que tiene la compañía de seguros para “demostrar los hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad”, es un derecho fundamental de la misma³⁵, plasmado en la posibilidad que tiene para presentar objeciones a los reclamos de seguros que se le presenten; no obstante lo anterior, esas objeciones deben fundamentarse en uno o varios factores considerados como eximientes del pago; estos factores atacan directamente a la validez o existencia de la relación jurídica contractual; y, en otros casos, al presentarse tornan a esta relación jurídica ineficaz. Los factores antes mencionados pueden ser divididos en tres grandes grupos: (i) exclusiones; (ii) caducidad; y, (iii) prescripción.

1.3.1. Exclusiones.

³⁵ Con relación a este punto, la Primera sala de lo Civil y Mercantil determinó que: “al asegurador toca probar los hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad. Principalmente deberá probar que el siniestro no está amparado, bien porque no está vigente el contrato de seguro es inexistente o está caducado; bien porque, la póliza en vigor, el siniestro es de los hechos que no dependen de caso fortuito; bien porque el hecho alegado como siniestro no puede ser catalogado como tal; ora porque del estudio de las circunstancias se viene a conocer que el asegurado ha actuado de tal manera que ha perdido sus derechos; ora, en fin porque la aseguradora aduce que el siniestro ha sido producido intencionalmente y no por caso fortuito”, Resolución No. 394-2001, Op. Cit.

Las exclusiones pueden ser definidas como “aquellos hechos o circunstancias que, aún siendo origen del siniestro o consecuencia del mismo, no comprometen la responsabilidad del asegurador”³⁶, estas circunstancias se encuentran establecidas en la ley o el contrato de seguros, las mismas deben ser expresas y en el momento en que se presentan, se genera una falta de cobertura.

Las exclusiones, generalmente se refieren a uno de los siguientes hechos: (i) el origen del siniestro (terremotos, convulsiones sociales, radiaciones, guerras civiles o internacionales, etc.); o, (ii) las consecuencias del mismo (depreciación, lucro cesante, sustracciones sufridas después del incendio si no se contrató cobertura de incendio y robo, etc.); las primeras son las más importantes, ya que atentan contra el derecho en sí, mientras que las segundas se aplican con la finalidad de limitar el monto de la indemnización cuando el asegurado busca un reconocimiento adicional o excesivo del derecho ya aceptado por la aseguradora; es así que dentro del análisis del primer tipo de exclusiones, se puede hacer una sub-clasificación:

- a) Convulsiones naturales.-** Como su concepto hace referencia, estas corresponden a fenómenos de la naturaleza que en principal medida se presentan como exclusiones aplicables a los seguros de daños. Los ejemplos más comunes de este tipo de exclusiones son: terremoto, inundación, huracanes, etc.

³⁶ Efrén Ossa, Op. Cit., pp. 421 – 422.

- b) Convulsiones sociales.-** Se refieren a todos los hechos o actos jurídicos que se presentan como una parte anormal dentro del desarrollo natural de un estado o nación, generalmente las mismas están vinculadas a factores políticos o de confrontación social. Los ejemplos más comunes son: motín, guerra, rebelión, huelga, conmoción civil, etc.
- c) Exclusiones de tipo legal.-** La principal exclusión legal de nuestra legislación, es la vinculada con la no cobertura del suicidio dentro de los dos primeros años de vigencia de la póliza de vida; no obstante, podemos anotar otras exclusiones de orden legal, como las establecidas en el artículo 955 del Código de Comercio³⁷, respecto del seguro marítimo; la del seguro de incendio por la que el asegurador no responde por los daños causados por explosión, salvo convención en contrario³⁸, entre otras más.
- d) Exclusiones de carácter personal.-** Este tipo de exclusiones recaen sobre la persona, es decir, son las aplicables a las coberturas vinculadas con la vida; pudiendo encontrar algunas de estas exclusiones en los seguros de accidentes personales y de gastos

³⁷ Art. 955.- “No son responsables los aseguradores de los daños o pérdidas provenientes de alguna de las causas siguientes:

1a.- Cambio voluntario de ruta, de viaje o de nave, sin consentimiento de los aseguradores;
2a.- Separación espontánea de un convoy, habiendo estipulación para navegar en conserva;
3a.- Prolongación de un viaje asegurado a un puerto más remoto que el designado en la póliza;
4a.- Mermas, desperdicios y pérdidas, procedentes de vicio propio de los objetos asegurados;
5a.- Deterioro del velamen y de los demás útiles de la nave, causado por su uso ordinario;
6a.- Dolo o culpa del capitán o de la tripulación, a menos de convención en contrario;
7a.- Hecho del asegurado o de cualquier otra persona extraña al contrato;
8a.- Gastos de remolque y demás que no constituyen avería; y,
9a.- Derechos impuestos sobre la nave o su cargamento.” *Código de Comercio.*

³⁸ Artículo 47, *Decreto Supremo 1147.*

médicos: por ejemplo, no gozan de cobertura las enfermedades preexistentes, la muerte accidental de un asegurado mientras se encontraba vinculado con las fuerzas armadas de un país, cirugías cosméticas, VIH, tratamientos específicos como los de fertilidad, etc.

1.3.2. Caducidad.

La caducidad está vinculada completamente con el incumplimiento de las obligaciones que tiene el asegurado, es decir, cuando éste deja de ejecutar una actuación considerada como indispensable para gozar de la cobertura ó al derecho al cobro de la indemnización, tiene como consecuencia una sanción: su derecho caduca, es decir, se ve imposibilitado de ejercerlo³⁹.

En sí misma la caducidad es una sanción al asegurado, en virtud de que éste incumplió deberes tales como: notificar el siniestro dentro del plazo establecido, no notificar la agravación del riesgo dentro de los diez días posteriores a su modificación, etc. Desde luego, para que la aseguradora pretenda aplicar la caducidad deberá probarla, no basta con la sola afirmación de su existencia.

1.3.3. Prescripción.

Esta es simplemente la extinción del derecho de impugnar por la vía judicial, en razón del paso del tiempo.

³⁹ “La caducidad, modo general de extinción de un derecho, puede, en materia de seguros, definirse como medio o excepción que permite al asegurador, no obstante haberse realizado el riesgo previsto en el respectivo contrato, rehusar la garantía, de sus obligaciones con ocasión del siniestro” (Picard) citado por Efrén Ossa, Op. Cit., p. 427.

En nuestra legislación, el Decreto Supremo 1147, en su artículo 26 determina que: “las acciones derivadas del contrato de seguro, prescriben en el plazo de dos años a partir del acontecimiento que les dio origen”, por lo que, una vez transcurrido ese plazo de dos años, contado desde la fecha de ocurrencia del siniestro, si el asegurado no hace valer su derecho ante los órganos jurisdiccionales, pierde la posibilidad de que el mismo sea reconocido⁴⁰.

Respecto de lo establecido en el artículo 26 antes citado, cabe resaltar que la presentación de un reclamo administrativo de seguros, no interrumpe el plazo de prescripción establecido en el artículo anterior⁴¹. En nuestro país, la legislación aplicable no ha determinado un plazo máximo dentro del cual se pueda presentar ante la Superintendencia de Bancos y Seguros dicho reclamo, por lo que, es importante verificar si esa prescripción de dos años afecta únicamente a la posibilidad de acudir a la vía judicial o también atenta contra la opción de iniciar un reclamo administrativo de seguros.

⁴⁰ La Primera sala de lo Civil y Mercantil determinó que una vez transcurrido el plazo de prescripción de dos años establecido en el Artículo 26 del Decreto Supremo 1147, el asegurado pierde su derecho al cobro del siniestro: “... Si el actor señala que el hecho que dio origen a su reclamación contra la compañía de seguros ocurrió el 1 de agosto de 1999, a partir de esa fecha tenía un plazo de dos años para iniciar una acción judicial contra la compañía; pero de las razones de citación (foja 24 del cuaderno de primer nivel), consta que esta diligencia se perfeccionó el 25 de marzo de 2002, es decir, con exceso al tiempo señalado en el artículo 26 del Decreto Supremo 1147..”, sobre la base de lo expuesto y tomando en consideración que la presentación de reclamo administrativo ante la Superintendencia de Bancos y Seguros, no suspende la prescripción, se rechazó el recurso de apelación presentado por el señor Gonzalo Dávalos, Resolución No. 260-2007.

⁴¹ El tratadista colombiano Hernán Fabio López Blanco en su obra *Comentarios al Contrato de Seguro*, expone que: “Esa [refiriéndose a la citación con la demanda al demandado], y el reconocimiento expreso de la obligación (...) son las únicas formas viables de interrumpir civilmente y naturalmente la prescripción dentro del contrato de seguro, aspecto que considero importante sobre todo para el asegurado o beneficiario, porque el hecho de presentar una reclamación extrajudicial no constituye un factor que la interrumpa como algunos erradamente creen”, Bogotá, Dupré Editores, 4ta. ed., 2004, p. 292.

Para dilucidar lo anterior, es necesario tener presente que se entiende por derecho de acción y petición.

Derecho de Acción.- A lo largo de los años, se han generado varias teorías que buscan definir el derecho de acción, estas teorías han ido evolucionando conforme muy acertadamente lo manifiesta Couture en su Obra Estudios de Derecho Procesal Civil, en la que lleva este concepto en retrospectiva, para establecer que inicialmente en Roma la acción era concebida como el poder de requerir a los tribunales la satisfacción de un crédito o la entrega de una cosa; posteriormente en una subsiguiente etapa se percibe que la acción nace en el momento en que existe la violación de un derecho, es decir, cuando un derecho es conculcado aparece la acción con la finalidad de buscar la defensa del mismo, cabe recalcar que bajo esta concepción, no se le otorga independencia al derecho de acción, ya que solo se la considera como “el derecho en movimiento”; finalmente, Couture establece que la acción tiene una tercera definición, al separarla del derecho material para concebirla como un “*poder jurídico autónomo*”⁴²; bajo la anterior concepción, el autor toma en consideración los puntos de otros juristas de su época y establece que ese poder jurídico tiene tres aristas básicas:

- a) en el estado de derecho, la violencia privada se transforma en petición ante la autoridad;
- b) esa petición ante la autoridad constituye un poder jurídico del individuo, pero es el medio necesario para obtener la prestación de la jurisdicción.
- c) el poder jurídico de acudir ante la autoridad no puede ser quitado a nadie; prohibida la justicia por mano propia, es evidente que debe darse a todo sujeto de derecho la facultad de obtenerlo por mano de la autoridad; privarle de una y otra, sería negarle la justicia misma.⁴³

⁴² Eduardo J. Couture, *Estudios de Derecho Procesal Civil*, Tomo I., Buenos Aires, De Palma, 3ra. ed., 1998, p 26.

⁴³ Eduardo J. Couture, *Op. Cit.*, pp. 31-32.

Con posterioridad a los avances logrados por Couture, autores como Devis Echandía ya no consideran a la acción únicamente como un poder, sino propiamente como un derecho autónomo, independiente y propio de cada persona, separado completamente del derecho de petición, cuya vida jurídica no depende de la violación de un derecho anterior. Sobre la base de lo expuesto, Devis Echandía define al derecho de acción de la siguiente manera:

“Acción es el derecho público subjetivo, cívico, abstracto y autónomo, que tiene toda persona natural o jurídica, para obtener la aplicación de la jurisdicción del Estado a un caso concreto mediante una sentencia, a través de un proceso, o para pedir que se inicie la investigación penal previa al proceso”⁴⁴.

Fundamentados en las teorías modernas, podemos sin lugar a dudas manifestar que el derecho de acción es un derecho subjetivo autónomo, que no se encuentra ligado a un derecho material violentado, cuyo objetivo es lograr que los órganos judiciales se pronuncien respecto de una pretensión determinada, a través de la expedición de una sentencia, la cual puede ser favorable o desfavorable.

Sobre la base de lo expuesto, sin lugar a duda el plazo de dos años establecido en el artículo 26 del Decreto Supremo 1147, hace alusión a la posibilidad de ejercer este derecho de acción ante los órganos jurisdiccionales, con la finalidad de que estos se pronuncien sobre un tema puntual vinculado directamente con el contrato de seguro.

⁴⁴ Devis Echandía, Hernando, Teoría General del Proceso, Editorial Universidad, 2da. ed., Buenos Aires, 1997, p. 189.

Derecho de petición.- Es un derecho autónomo que puede ser ejercido por los administrados, ante la administración pública, con el objetivo de que esta última se pronuncie sobre un pedido específico.

Este derecho puede ser conceptualizado como “la facultad política de poder dirigirse a las autoridades, de cualquiera de las tres ramas del poder público”⁴⁵.

Sobre este derecho, el Doctor Patricio Secaira realiza una precisión muy importante:

“El derecho de petición no solo tiene como propósito permitir a los administrados la posibilidad de recurrir ante la administración pública con sus petitorios, reclamos o recursos, sino que, además, tiene complementos indispensables sin los cuales aquella prerrogativa no tendría sentido racional alguno. Tales complementos se refieren a la obligación administrativa de responder de modo concreto las pretensiones de los administrados pero, además, dentro del tiempo debido y cumpliendo los procedimientos de rigor. Lo cual significa que es obligación del poder público decidir afirmativa o negativamente las peticiones o reclamos formulados al órgano competente”⁴⁶.

La Constitución de la República del Ecuador publicada en el Registro Oficial 449 de 20 de octubre de 2008, define al derecho de petición de la siguiente manera:

“Capítulo sexto
Derechos de libertad

Art. 66.- Se reconoce y garantizará a las personas:

....

23. El derecho a dirigir quejas y peticiones individuales y colectivas a las autoridades y a recibir atención o respuestas motivadas. No se podrá dirigir peticiones a nombre del pueblo”⁴⁷.

⁴⁵ Jaime Vidal Perdomo, *Derecho Administrativo*, Bogotá, Temis, 11ma. Ed., 1997, p. 297.

⁴⁶ Patricio Secaira, *Curso breve de derecho administrativo*, Quito, Ed. Universitaria, 2004, p. 210.

⁴⁷ Cabe anotar que esta conceptualización se distingue de la contenida en el artículo 23 numeral 15 de la Constitución Política de la República del Ecuador, publicada en el Registro Oficial No. 1 de 11 de agosto de 1998, en que ahora mayo de 1998 en los siguientes puntos: i) Actualmente se pueden dirigir quejas

Ahora bien una vez analizados estos dos conceptos, habiendo quedado claro que el derecho de acción se lo ejerce ante las autoridades judiciales, y el derecho de petición ante las autoridades administrativas, al no existir un plazo perentorio para poder presentar un reclamo administrativo de seguros, es importante conocer qué sucede cuando un administrado, en ejercicio de su derecho de petición, presenta ante el órgano de control un reclamo administrativo de seguros con posterioridad a los dos años de haberse suscitado el siniestro.

La Superintendencia de Bancos y Seguros, con relación a la inquietud relativa a si el plazo de prescripción de dos años establecido en el artículo 26 del Decreto Supremo 1147, impide que el asegurado pueda presentar un reclamo administrativo de seguros ante ese órgano de control, mantiene el criterio de que efectivamente el transcurso de ese lapso de tiempo, hace que el asegurado o beneficiario pierda también su derecho a presentar ese tipo de peticiones ante la Superintendencia de Bancos y Seguros, para lo cual, me permito hacer referencia a una resolución expedida por la Junta Bancaria dentro de un recurso de apelación:

Resolución No. JB- 2007-992 de 14 de junio de 2008, pág. 6:

“Que no consta del expediente documento alguno que respalde la afirmación del asegurado de que se realizaron gestiones frente a la aseguradora para el cobro del seguro antes del 1 de julio de 2004; ni tampoco consta el aviso del accidente hecho en el formulario propio de la compañía, tal y como lo exige la póliza de seguro de vehículos No. 0093645; por lo tanto, siendo que el

individuales o colectivas; ii) Se enfatizó en que la respuesta de la autoridad sea motivada; iii) Se omitió colocar que tal respuesta debe ser emitida dentro de un “plazo adecuado”.

siniestro que originó el derecho al cobro de la indemnización ocurrió el 3 de abril del 2002, sin que ese formulario se haya presentado hasta el 7 de abril del 2002, según el plazo estipulado en el contrato; y, que tampoco existe evidencia de que hasta el 3 de abril del 2004 se haya iniciado acción alguna por parte del asegurado en contra de la aseguradora, **en aplicación tanto del artículo 26 del Decreto Supremo No. 1147 “Del contrato de seguro”, publicado en el Registro Oficial No. 123 de 7 de diciembre de 1963, como del artículo 14 de las condiciones generales de la póliza de seguro de vehículos No. 0093645, las acciones o beneficios derivados de esa póliza han prescrito;**

Que el ingeniero Ramiro Fernández Salgado, Gerente General de CEMISE S.A., se negó a presentar al organismo de control documentos que puedan probar que efectivamente se gestionó el pago del reclamo frente a la aseguradora en el tiempo comprendido entre la entrega del oficio No. 71 CEM-02 de 16 de abril de 2002 y el 1 de abril de 2004, fecha en la que según sus afirmaciones mantuvo una reunión con el señor Juan José Rivadeneira en las oficinas de la aseguradora; y,

En ejercicio de sus atribuciones legales,

RESUELVE:

ARTÍCULO ÚNICO.- RECHAZAR la pretensión contenida en el recurso de apelación interpuesto por el ingeniero Ramiro Fernández Salgado, Gerente General de CEMISE S.A.; y, en consecuencia, CONFIRMAR la resolución No. SBS-INSP-2006-399 de 30 de octubre de 2006.” (el resaltado es mío)

El plazo de prescripción de dos años, produce dos efectos: (i) Impedir que el asegurado pueda ejercer su derecho de acción en contra de la aseguradora; (ii) Como resultado de esa prescripción, la supuesta obligación que tendría la aseguradora para cancelar la indemnización, se ha convertido en una obligación meramente natural, la cual no confiere ningún tipo de derecho para exigir su cumplimiento, afectándose de esta manera indirecta, la posibilidad del asegurado de ejercer el derecho de petición ante la Superintendencia de Bancos y Seguros, a través de la presentación de un reclamo administrativo de seguros. La anterior afirmación se sustenta en la siguiente disposición del Código Civil:

Art.1486.- “Las obligaciones son civiles o meramente naturales.

Civiles, las que dan derecho para exigir su cumplimiento.

Naturales, las que no confieren derecho para exigir su cumplimiento, pero que, cumplidas autorizan para retener lo que se ha dado o pagado en razón de ellas.

Tales son:

.....

2. Las obligaciones civiles extinguidas por la prescripción.”

De esta manera, al establecerse expresamente en nuestra legislación que las obligaciones que se encuentran prescritas se convierten en naturales y por ende, sobre las mismas, se ha perdido el derecho a exigir su cumplimiento por cualquier vía, podríamos manifestar que esa es la razón por la cual, sería improcedente aceptar un reclamo administrativo de seguros, una vez que han transcurrido dos años desde el acontecimiento que dio origen a la reclamación.

Ahora bien, una vez que se han analizado cuales son los derechos y obligaciones que tienen los asegurados y la aseguradora dentro de la relación de seguros, cabe establecer como conclusión preliminar que uno de los principales derechos legales que tienen las aseguradoras es el de realizar un exhaustivo examen de los reclamos presentados por los asegurados, con la finalidad de: (i) Verificar que el siniestro acaecido no se encuentre excluido de cobertura, (ii) Que el derecho del asegurado o beneficiario para solicitar el cobro de la indemnización no haya caducado por la falta de cumplimiento de una de sus obligaciones, o (ii) Que el citado derecho no se encuentre prescrito; es decir, la aseguradora tiene pleno derecho para *demostrar las circunstancias excluyentes de su responsabilidad*, circunstancias que al presentarse de manera objetiva y comprobable, se traducirán en objeciones totales o parciales al reclamo de pago iniciado por el asegurado o beneficiario.

Por otro lado, en el momento en que se presentan estas objeciones, el asegurado tiene el derecho de: i) Iniciar un reclamo administrativo al amparo del artículo 42 de la Ley General de Seguros; y/o, ii) Al amparo del mismo artículo, iniciar una acción judicial o, un proceso de arbitraje o mediación, según se haya establecido en la cláusula de jurisdicción contenida en la Póliza.

CAPÍTULO II

EL RECLAMO DE SEGUROS

2.1. Análisis de la naturaleza jurídica del reclamo administrativo según la doctrina del derecho administrativo.

Previo a proceder a analizar la conceptualización que la Ley General de Seguros en su artículo 42 posee sobre el reclamo administrativo de seguros, es importante tener en claro algunos conceptos básicos vinculados con esta institución amparada por la doctrina del derecho administrativo.

2.1.1. El acto administrativo.

El concepto de acto administrativo⁴⁸ ha tenido varias definiciones a lo largo de los años, para lo cual me permito citar algunas de ellas que a mi criterio personal, son las más claras: Marienhoff lo define como “toda declaración, disposición o decisión de la autoridad estatal en ejercicio de sus propias funciones administrativas, productora de un efecto jurídico”⁴⁹. Dromi lo considera como una “declaración unilateral efectuada en ejercicio de la función administrativa, que produce efectos jurídicos individuales”⁵⁰. Para Julio

⁴⁸ En lo que se refiere a la teoría del acto administrativo, Miguel Marienhoff, manifiesta que “el acto administrativo es la forma esencial en que la Administración pública expresa su voluntad, sea de un modo “*general*” (reglamentos) o de un modo “*particular*” o “*especial*” (acto administrativo “*individual*”). El acto administrativo es también sustancialmente “*jurídico*”. Proyecta sus efectos hacia lo “*externo*” de la Administración Pública, y atiende a regular o disciplinar las relaciones de ésta con los administrados. En esto diferénciase netamente del “*acto de administración*”, cuya eficacia, como acto, agótase en lo “*interno*” de la Administración Pública, no regulando ni disciplinando relaciones con terceros.” en *Tratado de derecho administrativo*, Tomo II, Buenos Aires, Abeledo-Perrot, 3ra. ed., 1988, pp-218-219.

⁴⁹ Miguel Marienhoff, Op. Cit., p. 260.

⁵⁰ Roberto Dromi, *El Acto Administrativo*, Buenos Aires, Ediciones Ciudad Argentina, 3ra. ed., 1997, pp. 14-15.

Comadira, el acto administrativo es “toda declaración de un órgano del Estado, o de un ente no estatal, emitida en ejercicio de la función administrativa, bajo un régimen jurídico exorbitante, productora de efectos jurídicos directos e individuales respecto de terceros⁵¹”. Finalmente para García de Enterría y Tomás Ramón Fernández, el acto administrativo es “una declaración de voluntad, de juicio, de conocimiento o de deseo realizada por la Administración en ejercicio de una potestad administrativa distinta de la potestad reglamentaria⁵²”.

Por otro lado, en el entorno doctrinario y legal ecuatoriano podemos tomar las siguientes definiciones de acto administrativo:

“un hecho jurídico que por su procedencia emana de un funcionario administrativo, por su naturaleza se concreta a una declaración especial y por su alcance afecta positiva o negativamente a los derechos administrativos de las personas individuales o colectivas⁵³”.

El Doctor Patricio Secaira, define al acto administrativo de la siguiente manera:

“Es entonces siempre una declaración de voluntad que crea efectos jurídicos directos e inmediatos en terceros. Inmediatos pues al tiempo de ser expedidos la creación, extinción o modificación del derecho subjetivo del administrado se hace evidente y puede ser ejecutada. Directos en razón de que el acto administrativo decide una situación jurídica concreta que atañe a personas jurídicas naturales determinadas⁵⁴”.

“Toda declaración unilateral efectuada en ejercicio de la función administrativa que produce efectos jurídicos individuales de forma directa⁵⁵”

⁵¹ Julio R. Comadira, *Derecho Administrativo*, Buenos Aires, Abeledo-Perrot, 2da. ed., p. 4.

⁵² Eduardo García de Enterría y Tomás Ramón Fernández, *Curso de Derecho Administrativo*, Tomo I, Madrid, Thompson-Civitas, 12da. ed., 2005, p. 550.

⁵³ Hernán Jaramillo, *Manual de Derecho Administrativo*, Loja, Editorial Universitaria. 1992, p. 20.

⁵⁴ Patricio Secaira, Op. Cit., p. 179.

⁵⁵ Artículo 65, Estatuto del Régimen Jurídico Administrativo de la Función Ejecutiva.

Por otra parte, el Estatuto del Régimen Jurídico Administrativo de la Función Ejecutiva determina que acto administrativo es: “toda declaración unilateral efectuada en ejercicio de la función administrativa que produce efectos jurídicos individuales de forma directa”⁵⁶.

Ahora bien, en base a las anteriores definiciones, claramente se puede colegir las siguientes características del acto administrativo:

- Es una resolución tomada por parte de la administración pública de manera unilateral.
- Es emitido al amparo de las atribuciones que le confiere la ley al administrador.
- Tiene efectos jurídicos que modifican, crear o extinguen derechos de los administrados.

Las anteriores características, nos evocan a concluir que un acto administrativo, es el medio para manifestar la voluntad de la administración pública en ejercicio de sus atribuciones, el cual debe ser expedido de conformidad con la forma y procedimientos establecidos en la legislación aplicable, cuyo objetivo final será modificar, crear o extinguir los derechos de los administrados⁵⁷.

⁵⁶ Artículo 65, *Estatuto del Régimen Jurídico Administrativo de la Función Ejecutiva*, Registro Oficial 536 de 18 de marzo de 2002.

⁵⁷ Respecto de este concepto, la sala de lo Contencioso Administrativo de la Corte Suprema de Justicia, en uno de sus fallos determinó lo siguiente: “El acto administrativo al expedirse, nacer o crearse ha de expresar una de las potestades previamente especificadas por el ordenamiento jurídico, entonces el acto no nacerá si no hay una norma específica que lo autorice y prevea ya que el acto administrativo se diferencia sustancialmente del negocio jurídico privado por cuanto es esencialmente típico desde el punto de vista legal, nominado, no obedece a ningún genérico principio de autonomía de la voluntad, sino exclusivamente a la previsión de la ley. La administración pública expresa su voluntad a través de los

2.1.2. Recursos y reclamos administrativos.

Una vez que ha quedado claro que el acto administrativo es una expresión de la voluntad de una autoridad del Estado, cuyo objetivo esencial es modificar, crear o extinguir uno o varios derechos del administrado, en ciertas ocasiones este acto puede vulnerar la ley y/o atacar perjudicialmente al administrado.

Por la anterior razón, la propia normativa confiere al administrado la posibilidad de impugnar las actuaciones de la administración pública en cualquiera de sus fases, mediante la interposición de recursos y reclamos administrativos, con el fin último de precautelar los intereses y derechos de los ciudadanos frente a las actuaciones de la administración:

“En la relación jurídico-procedimental, las partes cuentan con derechos y deberes recíprocos. Así pues, para la protección administrativo se ha previsto una diversidad de remedios: recursos, reclamaciones y denuncias que varían en función de la actividad administrativa cuestionada (aspecto objetivo), de la situación jurídica tutelada (aspecto subjetivo) y de la tramitación y resolución (aspecto formal)”⁵⁸.

De esta manera, al tener claro que ante las actuaciones de la administración, que atenten contra los derechos subjetivos de los administrados o que estén a punto de vulnerarlos, la propia ley confiere de manera general la posibilidad de

actos administrativos, debiendo distinguirse dos notas de suma importancia en el proceso de creación del acto administrativo, debiendo distinguirse dos notas de suma importancia en el proceso de creación del acto administrativo y son: los realiza la administración y está sometido al estado de derecho. En consecuencia, la administración pública manifiesta su voluntad a través de los actos administrativos, los cuales deben ser dictados por una autoridad administrativa que actúa en su condición de poder público, o de un ente privado en uso de las prerrogativas que por delegación legal se le hayan conferido.” Resolución No. 115-2001, Registro Oficial 371 de 18 de julio de 2001, p. 53.

⁵⁸ Roberto Dromi, *El Procedimiento Administrativo*, Buenos Aires, Ciudad Argentina, 1999, p. 41-42.

presentar: (i) Recursos; y, (ii) Reclamos. Siendo importante diferenciar estos dos conceptos:

Recursos administrativos.- “Son los medios impugnatorios que el interesado en determinado asunto formula ante los órganos de la administración pública para lograr la revocatoria o la modificación de la resolución administrativa”⁵⁹. Para García de Enterría y Tomás Ramón Fernández, los recursos administrativos son “actos jurídicos del administrado mediante los que éste pide a la propia Administración la revocación o reforma de un acto suyo o de una disposición de carácter general de rango inferior a la Ley en base a un título jurídico específico”⁶⁰.

Estos medios permiten que el administrado de una manera más simple, pueda buscar que la administración revea el acto emitido, sin que sea necesario iniciar un proceso judicial el cual puede ser largo y costoso. A través de la interposición de un recurso⁶¹, la administración tiene la obligación de revisar a

⁵⁹ Patricio Secaira, Op. Cit., p. 232.

⁶⁰ Eduardo García de Enterría y Tomás Ramón Fernández, *Curso de Derecho Administrativo*, Tomo II, Madrid, Thompson-Civitas, 9na. ed., 2005, p. 526.

⁶¹ “Art. 173.- Objeto y clases.

1. Contra las resoluciones y los actos de trámite, si estos últimos deciden directa o indirectamente el fondo del asunto, determinan la imposibilidad de continuar el procedimiento, producen indefensión o perjuicio de difícil o imposible reparación a derechos e intereses legítimos, podrán interponerse por los interesados los recursos de apelación y de reposición, que cabrá fundar en cualquiera de los motivos de nulidad o anulabilidad previstos en los artículos 129, 30 y 131 de esta norma.

La oposición a los restantes actos de trámite o de simple administración podrá alegarse por los interesados para su consideración en la resolución que ponga fin al procedimiento.

2. Los convenios y tratados internacionales podrán sustituir los recursos de apelación o reposición, en supuestos o ámbitos determinados, y cuando la especificidad de la materia así lo justifique, por otros procedimientos tales como la conciliación, mediación o arbitraje, en los términos de dichos convenios y tratados internacionales y la Ley de Arbitraje y Mediación.

3. Contra las disposiciones administrativas de carácter general no cabrá recurso en vía administrativa, sino solo reclamo. La falta de atención a una reclamación no da lugar a la aplicación del silencio administrativo, sin perjuicio de las responsabilidades previstas en la Ley de Modernización del Estado, Privatizaciones y Prestación de Servicios por parte de la Iniciativa Privada.

fondo el acto administrativo impugnado por el administrado, a fin de proceder a revocarlo, reformarlo o incluso ratificarlo si lo creyere procedente.

Reclamo administrativo.- Por otro lado, el reclamo administrativo puede ser definido de la siguiente manera:

“... El pedido que se hace a la autoridad administrativa para que haga uso de su facultad de revocar o modificar los actos de la Administración. En la reclamación se pueden impugnar tanto los actos como los hechos u omisiones administrativos en defensa de los derechos subjetivos e intereses legítimos. La Administración tiene la obligación de tramitar y resolver”⁶².

En lo que se refiere a la realidad ecuatoriana, específicamente el Estatuto del Régimen Jurídico Administrativo de la Función Ejecutiva, conceptualiza al reclamo administrativo de la siguiente manera:

Art. 172.-“Los reclamos administrativos.

En las reclamaciones los interesados podrán petitionar o pretender:

- a) La formulación de observaciones, consideraciones y reservas de derechos, cuando se impugnaren los actos de simple administración;
- b) La cesación del comportamiento, conducta o actividad; y,
- c) La enmienda, derogación, modificación o sustitución total o parcial de actos normativos o su inaplicabilidad al caso concreto.

En cuanto a la tramitación de una reclamación, ésta debe ser presentada ante el órgano autor del hecho, comportamiento u omisión; emisor del acto normativo; o ante aquél al cual va dirigido el acto de simple Administración. El órgano puede dictar medidas de mejor proveer, y otras para atender el reclamo.”

Sobre la base de lo expuesto, la principal diferencia entre el recurso⁶³ y el reclamo administrativo, es que el primero busca impugnar un acto

4. Los recursos contra un acto administrativo que se funden únicamente en la nulidad de alguna disposición administrativa de carácter general podrán interponerse directamente ante el órgano que dictó dicha disposición.” *Estatuto del Régimen Jurídico Administrativo de la Función Ejecutiva*.

⁶² Roberto Dromi, *El Procedimiento Administrativo*, Op. Cit., p.42.

⁶³ Conforme lo manifiesta Dromi, “es condición necesaria para la procedencia de un recurso administrativo, la existencia de un acto productor de efectos jurídicos inmediatos, sean éstos generales (reglamentos) o individuales (acto administrativo).” *El Acto Administrativo*, Op. Cit., p. 241.

administrativo ya expedido por parte del órgano público, con efectos jurídicos específicos, mientras que la reclamación va encaminada a presentar peticiones, solicitudes u oposiciones directas a la administración pública, antes de la expedición de un acto administrativo o incluso sin que a futuro vaya a expedirse un acto administrativo como tal⁶⁴, con el objetivo último de que a través de la presentación de una de estas reclamaciones se logre que la administración reconozca la existencia de ciertos derechos, que revea ciertos hechos, omisiones o actos de simple administración o que cese de realizar una actuación determinada, etc. Una diferencia adicional entre estas dos vías es que los recursos administrativos suelen tener plazos o términos dentro de los cuales deben ser interpuestos, mientras que en las reclamaciones generalmente no tienen una limitación espacial para presentarlas.

2.1.3. La jurisdicción contencioso administrativa.

Finalmente, cabe realizar una breve reseña de la jurisdicción contenciosa administrativa. Ésta realiza un control de legalidad de las actuaciones de la administración pública, se distingue de la jurisdicción ordinaria básicamente por el objeto que conoce, el cual se circunscribe a buscar: “el control jurídico externo del Gobierno y de la Administración Pública, en su doble manifestación

⁶⁴ Ante esto García de Enterría y Tomás-Ramón Fernández, manifiestan que “Más que una auténtica impugnación, supuesto que en estos casos el procedimiento aún no ha concluido, la reclamación constituye un trámite más de dicho procedimiento, un trámite con cuya práctica pretende suplirse la consulta previa e individualizada de cada uno de los interesados, que, dado el elevado número de estos (aprobación –provisional- del escalafón de un Cuerpo de funcionarios o de la lista de admitidos a una oposición o concurso, por ejemplo) sería difícilmente organizable o supondría una demora innecesaria”. *Curso de Derecho Administrativo*, Tomo II, Op. Cit., p. 526.

funcional de regulaciones de rango y eficacia reglamentaria y actuación concreta administrativa”⁶⁵.

Cabe resaltar que la jurisdicción contenciosa administrativa, no tiene como objetivo principal tutelar que la norma jurídica y el derecho subjetivo del particular, no hayan sido vulnerados con la expedición del acto administrativo contrario a derecho⁶⁶. Al acudir a la vía contenciosa administrativa, se busca la anulación del acto administrativo emitido.

De manera específica, en lo que se refiere al recurso subjetivo o de plena jurisdicción, cabe resaltar que a través de la interposición del mismo, el administrado afectado por la resolución del administrador tendrá que demostrar que el acto administrativo objeto de la demanda carece de valor jurídico, en virtud de que el mismo contraría una norma jurídica, buscando de esta manera que mediante la expedición de la sentencia correspondiente, se declare a ilegalidad del acto administrativo para en última instancia, restituir el derecho de la persona afectada.

2.2. Fundamentación legal del reclamo administrativo al amparo de la Ley General de Seguros.

⁶⁵ Luciano Parejo Alfonso, Antonio Jiménez-Blanco y Luis Ortega Álvarez, *Manual de Derecho Administrativo*, Buenos Aires, Ariel S.A., 4ta. ed., 1998, p. 681.

⁶⁶ Cuando Augustín Gordillo hace la diferencia entre el recurso en sede administrativa y en sede judicial, establece como una de las diferencias que en el recurso judicial, el “control es de legitimidad y considera objetivamente la conformidad con todo el ordenamiento jurídico, incluso cuando no afecta los derechos del individuo o este no los ha reclamado. Es también, control de oportunidad.”, tomado de Tratado de Derecho Administrativo, Tomo IV, Buenos Aires, Fundación de Derecho Administrativo, 5ta. ed., 2002, pp. 5-6.

Una vez analizado el reclamo administrativo bajo la lupa del derecho administrativo, es importante recapitular y recordar que en el Capítulo I del presente trabajo, se procedió a determinar que uno de los principales derechos que tienen las aseguradoras frente a los asegurados, es el de objetar total o parcialmente el pago de la correspondiente indemnización, en ese momento el asegurado puede acudir a: (i) la vía judicial a través del juicio verbal sumario; (ii) arbitraje, si esto fuere pactado en las condiciones generales de la póliza; o, (iii) acudir ante la Superintendencia de Bancos y Seguros, mediante la presentación del reclamo administrativo, conforme lo dispone el artículo 42 de la Ley General de Seguros:

CAPÍTULO OCTAVO DEL RECLAMO ADMINISTRATIVO

Art. 42.- "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.

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

Si 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, 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 formule 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.”

Sobre la base de la anterior disposición legal, se puede manifestar que el llamado “reclamo administrativo”, según la Ley General de Seguros, es un procedimiento administrativo otorgado al Asegurado al amparo de la legislación ecuatoriana, cuyo objetivo primordial es conseguir que la Superintendencia de Bancos y Seguros, como órgano de control del sistema de seguros privado, proceda a analizar las objeciones planteadas por la compañía de seguros y determine si las mismas son procedentes o no, conforme reza el inciso cuarto del artículo 42, y de esta manera determinar si el asegurado tenía o no derecho a percibir la indemnización correspondiente.

2.2.1. Competencia de la Superintendencia de Bancos y Seguros para conocer reclamos administrativos de seguros.

En primer lugar a manera de noción general, es necesario tener presente que los órganos de la administración pública, respecto de sus controlados, poseen atribuciones de control, sanción, reglamentación, vigilancia, entre otras; sin que la Superintendencia de Bancos y Seguros respecto de la actividad aseguradora privada se encuentre fuera de ese ámbito⁶⁷; tomando en consideración esas atribuciones, al órgano de control de las compañías de seguros se le ha

⁶⁷ Otras atribuciones de la Superintendencia de Bancos y Seguros, contempladas en la Ley General de Seguros, se supeditan principalmente a: (i) Controlar el proceso de constitución de las aseguradoras y demás entidades que conforman el sistema de seguro privado en el Ecuador, (ii) autorizar la actividad de la aseguradora en los distintos ramos, (iii) verificar que la misma cumpla con márgenes de solvencia, conformación de reservas técnicas y contratación de reaseguros, (iv) aprobar el clausulado de las pólizas, (v) normar la actividad de seguros mediante la expedición de resoluciones, circulares y oficios y, (vi) en general vigilar, fiscalizar, controlar y en ciertos casos sancionar a la aseguradora. Todo lo anterior tendrá como finalidad última precautelarse que el interés de la masa asegurada no se vea afectada por una posible mala administración de los riesgos y de la compañía en general.

conferido una atribución adicional, la contenida en el artículo 42 de la Ley General de Seguros para conocer reclamos administrativos de seguros.

Cabe resaltar que en lo que se refiere a la atribución de conocer sobre los reclamos administrativos de seguros, al analizar de manera integral las normas que rigen la actividad de la Superintendencia de Bancos y Seguros, es decir, tomando en consideración las disposiciones de la Ley General de Instituciones del Sistema Financiero y la Ley General de Seguros, se puede concluir que en ambos cuerpos legales, se le concede a este Órgano facultades de vigilancia y control⁶⁸ y, solamente en el Artículo 42 de la Ley General de Seguros, se le entrega la atribución de resolver los conflictos que se presenten entre los particulares con ocurrencia de la celebración de un contrato de seguro, y el acaecimiento posterior de un siniestro; ya que en lo relativo al área financiera, la Superintendencia de Bancos y Seguros, no posee ninguna atribución similar para resolver las desavenencias que se pueden suscitar entre los clientes y las instituciones financieras controladas.

Por lo expuesto, dentro de la atribución que le permite a la Superintendencia de Bancos y Seguros conocer y analizar las objeciones presentadas por la aseguradora, cabe resaltar que de la investigación realizada, se ha podido

⁶⁸ Art.1.- “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”, *Ley General de Seguros*.

Art. 171.- “La Superintendencia de Bancos y Seguros, organismo técnico con autonomía administrativa, económica y financiera y personería jurídica de derecho público, está dirigida y representada por el Superintendente de Bancos y Seguros. Tiene a su cargo la vigilancia y el control de las instituciones del sistema financiero público y privado, así como de las compañías de seguros y reaseguros, determinadas en la constitución y en la Ley”, *Ley General de Instituciones del Sistema Financiero*, Registro Oficial 250 de 23 de enero de 2001.

constatar que doctrinariamente⁶⁹ no se le confiere al órgano de control de las compañías de seguro la potestad para verificar la procedencia de esas objeciones, ya que la discusión sobre las mismas suele ser solventada por las autoridades judiciales competentes.

Sobre la base de lo expuesto, la facultad legal contenida en el tan mencionado artículo 42, tiene tres ejes sobre los cuales la Superintendencia de Bancos y Seguros podrá operar:

1. Cuando ha transcurrido el plazo de cuarenta y cinco días establecido en la ley para que la aseguradora realice el pago, y si el mismo no es cancelado u objetado, el órgano de control conocerá este particular ordenando a la aseguradora a que realice el pago junto con los intereses de ley dentro del plazo de quince días, caso contrario dispondrá la liquidación forzosa de la compañía de seguros.
2. En el evento de que existan objeciones parciales y la aseguradora no pague la indemnización correspondiente, el asegurado o beneficiario puede informar este particular al órgano de control a fin de que el mismo verifique estos hechos y ordene que la compañía de seguros cancele el valor correspondiente, dentro del plazo establecido en el numeral anterior.

⁶⁹ En razón de la similitud que tenemos con las legislaciones de Argentina y Colombia en esta materia, en la investigación sobre las atribuciones doctrinarias del órgano de control, tomé en consideración las principales obras que sobre esta materia han realizado importantes tratadistas de seguros de esos países, así: Efrén Ossa en su "Tratado Elemental de Seguros", Rubén Stiglitz en "Derecho de Seguros Tomo I y II" e Isaac Halperin en su obra "Seguros I y II", no contemplan como una de las atribuciones del órgano de control de las aseguradoras, la posibilidad de que puedan conocer sobre las objeciones presentadas a los reclamos que por pago de indemnizaciones han presentado los asegurados, estos doctrinarios se fundamentan en las disposiciones legales de sus países de origen, en las que se establece que el mecanismo adecuado para conocer sobre la procedencia o no de esas objeciones, en la vía judicial.

3. En caso de haberse presentado una objeción total en contra del reclamo del asegurado, este último podrá acudir a la Superintendencia de Bancos y Seguros, para presentar el reclamo administrativo de seguros correspondiente, a fin de que el órgano de control conozca el fundamento de tales objeciones y verifique si las mismas son procedentes o no.

Sobre la base de lo expuesto, podemos concluir que la atribución conferida a la Superintendencia de Bancos y Seguros para conocer reclamos administrativos de seguros, tiene un sustento netamente legal, basado en el contenido de la Ley General de Seguros.

2.2.2. Trámite ante la Superintendencia de Bancos y Seguros.

Previo a la presentación del reclamo administrativo de seguros ante la Superintendencia de Bancos y Seguros, el asegurado o beneficiario debe presentar ante la compañía de seguros, dentro del plazo establecido en la póliza, el cual no podrá ser inferior a tres días, la correspondiente reclamación de la indemnización por la ocurrencia del siniestro. Si la aseguradora no se pronuncia sobre el siniestro o no paga la indemnización correspondiente sobre la parte del siniestro no objetada, o si presenta objeciones totales a dicho reclamo, el beneficiario o asegurado podrá acudir ante la Superintendencia de Bancos y Seguros a fin de que éste resuelva sobre esos hechos.

Ahora bien, una vez aclarado cuándo es procedente presentar iniciar este proceso ante el órgano de control, se debe determinar cuáles son los pasos a seguir:

- a) **Presentación del reclamo.-** En el momento en que la aseguradora emita sus objeciones totales o parciales al reclamo presentado y, si las partes no llegan a un acuerdo sobre las mismas, tales objeciones serán puestas en conocimiento de la Superintendencia de Bancos y Seguros, mediante la presentación del escrito de reclamación, al que se deberá aparejar la documentación que sustente la ocurrencia del siniestro y la cuantía a la que ascienden los daños. En este sentido, son legitimados para presentar el correspondiente reclamo administrativo, el asegurado o el beneficiario, el cual puede haber sido nombrado a título oneroso o gratuito y, en este último caso, el beneficiario puede pasar a tener esa calidad por disposición legal (Ej.: los herederos por la muerte del asegurado)⁷⁰.

- b) **Plazo .-** Dentro del tema vinculado con la presentación del reclamo, es importante precisar que el artículo 42 de la Ley General de Seguros no determina un plazo máximo hasta el cual el asegurado o beneficiario podrá presentar el reclamo administrativo; no obstante, conforme fue materia de análisis en el capítulo primero, el plazo de prescripción de dos años contemplado en el artículo 26 del Decreto Supremo 1147, afecta la posibilidad de interponer un reclamo

⁷⁰ Artículo 68 y 69, *Decreto Supremo 1147*.

administrativo ante la Superintendencia de Bancos y Seguros, en virtud de que una vez transcurrido ese lapso de tiempo, la posible obligación que tenía la aseguradora de cubrir la indemnización al asegurado, se convirtió en una obligación meramente natural, respecto de la cual, la legislación no confiere derecho alguno a exigir su cumplimiento, conforme fue explicado en el capítulo anterior.

- c) Respuesta de la aseguradora.- La Intendencia Nacional del Sistema de Seguro Privado o a la respectiva Intendencia Regional, es la entidad que toma conocimiento del reclamo administrativo presentado por el asegurado, solicita a la aseguradora que en un término perentorio presente básicamente los siguientes documentos: (i) copia de la póliza y sus anexos; (ii) copia de la notificación del siniestro; (iii) copia de la última documentación presentada por el asegurado; (iv) copia de la negativa del reclamo; y, (v) cualquier otra documentación que considere pertinente; la aseguradora debe dar respuesta a tal requerimiento, caso contrario tiene menores posibilidades de que el reclamo sea rechazado.

Una vez analizada la anterior información, la Superintendencia de Bancos y Seguros, emite la resolución correspondiente, mediante la expedición del acto administrativo respectivo⁷¹, a través del cual, se

⁷¹ En este sentido, se entendería que la Superintendencia de Bancos y Seguros, emite un acto administrativo nominativo, principal, de tipo externo, porque produce efectos jurídicos para los terceros, y discrecional porque es expedido en virtud de una atribución conferida por la ley a la administración, para que pueda resolver determinados puntos, pudiendo manifestarse que: “Esta especie de libertad entregada al administrador, le permite decidir los asuntos aplicando la sana crítica, el efecto de justicia y la garantía

podrá rechazar el reclamo; sin embargo, si se considera que el mismo es procedente, se obligará a la empresa de seguros a cancelar el valor de la respectiva indemnización dentro del plazo de quince días, y en el evento de que la misma se niegue a hacerlo, se ordenará su liquidación.

- d) Plazo para resolver.- Con relación a este punto, se presenta otra laguna legal, porque en el artículo 42 no se determina cuál es el plazo máximo dentro del cual el órgano de control debe emitir su resolución, existiendo casos en los que han transcurrido hasta diez meses sin que se expida la misma.

Cuando se procede a discutir este tema, surgen varias inquietudes y controversias respecto de la naturaleza jurídica de este procedimiento, en razón de que se puede afirmar que por tratarse de un “reclamo administrativo”, es decir, por el hecho de haberse presentado una solicitud a la administración para que se pronuncie sobre un tema particular, se podría manifestar que la misma tiene el término perentorio de quince días estipulado en la Ley de Modernización del Estado⁷², dentro del cual, si no existe una

del bien público protegido”, conforme lo expone el Dr. Patricio Secaira en su obra *Curso breve de derecho administrativo*, Op. Cit., p. 199.

⁷² Art. 28.- “DERECHO DE PETICION.- Todo reclamo, solicitud o pedido a una autoridad pública deberá ser resuelto en un término no mayor a quince días, contados a partir de la fecha de su presentación, salvo que una norma legal expresamente señale otro distinto. En ningún órgano administrativo se suspenderá la tramitación ni se negará la expedición de una decisión sobre las peticiones o reclamaciones presentadas por los administrados. En todos los casos vencido el respectivo término se entenderá por el silencio administrativo, que la solicitud o pedido ha sido aprobada o que la reclamación ha sido resuelta en favor del reclamante. Para este efecto, el funcionario competente de la institución del Estado tendrá la obligación de entregar, a pedido del interesado, bajo pena de destitución, una certificación que indique el vencimiento del término antes mencionado, que servirá como instrumento público para demostrar que el

resolución, se entendería que opera el silencio administrativo⁷³ positivo a favor del administrado, lo cual podría perjudicar a la aseguradora, en virtud de que ni siquiera se procedió a analizar a profundidad la procedencia de sus objeciones.

No obstante lo anterior, es necesario tener presente que el silencio administrativo positivo sólo puede ser aplicado ante la falta de pronunciamiento de la administración, respecto de reclamos, peticiones o solicitudes realizadas por los administrados, en los que existiere una conexión directa y totalmente bilateral entre aquellos y la administración. En base a este último criterio, no se aplicaría el término de quince días estipulado en la Ley de Modernización del Estado y, por ende, tampoco cabría la aplicación del silencio administrativo positivo para los casos de interposición de reclamos administrativos al amparo de la Ley General de Seguros, conforme bien lo sabe manifestar el Doctor Patricio Secaira:

“Tampoco puede operar el efecto positivo del silencio administrativo cuando la pretensión del solicitante, reclamante o recurrente puede de alguna manera, involucrar derechos de otras personas que debían concurrir o han concurrido al procedimiento administrativo; puesto que dicho efecto solo se aplica para el caso de derechos, directos, individuales, reclamados por los particulares que no afectes a derechos que pueden pertenecer a terceras personas”⁷⁴.

reclamo, solicitud o pedido ha sido resuelto favorablemente por silencio administrativo, a fin de permitir al titular el ejercicio de los derechos que correspondan.” *Ley de Modernización del Estado*, Registro Oficial 349 de 31 de diciembre de 1993.

⁷³Doctrinariamente el silencio administrativo puede ser conceptualizado de la siguiente manera “El llamado silencio administrativo ocurre cuando quiera que formulada una petición a la administración o cuando quiera que interpuesto un recurso, la petición o el recurso no son decididos por la autoridad competente dentro del plazo legalmente establecido.” González Rodríguez M., tomado de Orlando García-Herreros, *Lecciones de Derecho Administrativo*, Bogotá, Universidad Sergio Arboleda, 2da. ed., 1997, Pág.180.

⁷⁴ Patricio Secaira, Op. Cit., p. 218.

En relación a lo anterior, es menester señalar que dentro de la experiencia personal en este campo, no he verificado la existencia de reclamos administrativos de seguros resueltos dentro del término establecido por la Ley de Modernización del Estado; y, por otro lado, tampoco he logrado establecer la existencia de precedentes relativos a la concesión de resoluciones favorables para el administrado, basadas en la aplicación del silencio administrativo positivo.

Por otra parte, un punto que sí debe ser aclarado, es que la Junta Bancaria sí resuelve los recursos de apelación presentados en contra de las resoluciones emitidas al amparo del artículo 42 de la Ley General de Seguros, dentro del término de quince días establecido en la Ley de Modernización del Estado, y en el caso de que dicho término fuere insuficiente, antes del vencimiento del mismo, se procede a notificar al asegurado con la prórroga de plazo en quince días hábiles adicionales.

- e) Apelación.- De la resolución expedida por parte del Superintendente a través del Intendente General o Regional, tanto el asegurado como la aseguradora pueden presentar un recurso de apelación, conforme lo determina la Ley General de Seguros, con la finalidad de que la Junta Bancaria sea quien conozca sobre la resolución del inferior y emita el dictamen definitivo:

Art.- 70.- "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.”

La Intendencia Nacional del Sistema de Seguro Privado es quien resuelve si se concede o no el recurso de apelación respectivo, para que el mismo sea conocido y tramitado por la Junta Bancaria. Si dicha Intendencia considera pertinente, puede solicitar al reclamante que complete la respectiva solicitud de apelación en el término de ocho días después de presentado, o si el mismo fue interpuesto fuera del plazo concedido por el anterior artículo, procederá a negarlo vía resolución, sin que se pueda interponer algún otro recurso a nivel de la Superintendencia de Bancos y Seguros.

De la resolución expedida por parte de la Junta Bancaria, a través de la cual se resuelve el recurso de apelación, cualquiera de las partes (aseguradora o asegurado) podrá interponer ante el mismo órgano de control un recurso de aclaración o ampliación, dentro del término de ocho días posteriores a la notificación; adicionalmente, podrán presentar un recurso contencioso administrativo de plena jurisdicción o subjetivo⁷⁵.

No obstante lo anterior, es importante tener presente que en cualquier momento el asegurado podrá iniciar una acción judicial, a través del procedimiento verbal sumario o someter el pleito a arbitraje

⁷⁵ “Art. 3.- El recurso contencioso - administrativo es de dos clases: de plena jurisdicción o subjetivo y de anulación u objetivo. El recurso de plena jurisdicción o subjetivo ampara un derecho subjetivo del recurrente, presuntamente negado, desconocido o no reconocido total o parcialmente por el acto administrativo de que se trata (...)” *Ley de la Jurisdicción Contencioso Administrativa*, Registro Oficial 338 de 18 de marzo de 1968.

a fin de que ante una de estas dos vías, la que corresponda según lo disponga la cláusula de jurisdicción de las condiciones generales de la póliza, se resuelva sobre la procedencia de las objeciones presentadas por la aseguradora; ya que no es un requisito exigido por la normativa aplicable, que el asegurado o beneficiario inicien y terminen la vía administrativa, para iniciar el procedimiento judicial o arbitral.

2.2.3. Efectos de la resolución expedida por la Superintendencia de Bancos y Seguros:

Respecto de la resolución expedida por la Superintendencia de Bancos y Seguros, bien sea a través de la Intendencia de Seguros o de la Junta Bancaria, se generan los siguientes efectos:

2.2.3.1. Resolución condenatoria al pago:

Si la resolución es favorable al asegurado, es decir, si condena a la aseguradora a que esta realice el pago de la indemnización que corresponda, la compañía de seguros se encuentra obligada a cumplir con dicho pago dentro del plazo de quince días de expedida la resolución, caso contrario, la Superintendencia de Bancos y Seguros, declarará la disolución de la aseguradora.

Si esta resolución condenatoria fue expedida por la Intendencia de Seguros, se podrá apelarla ante la Junta Bancaria o también, se podrá interponer

directamente un recurso subjetivo o de plena jurisdicción ante el Tribunal Contencioso Administrativo.

No obstante lo anterior, al amparo de la nueva Constitución de la República del Ecuador, cabe resaltar que la posibilidad de interponer una acción de protección, también sería procedente.

2.2.3.2. Resolución rechazando la pretensión del asegurado:

Si la Superintendencia de Bancos y Seguros, considera improcedente el reclamo administrativo de seguros interpuesto por el asegurado, y por ende, determina que este no tiene derecho a percibir la indemnización, el asegurado tiene como opción interponer un recurso de apelación ante la Junta Bancaria, o un recurso subjetivo o de plena jurisdicción ante el Tribunal Contencioso Administrativo.

No obstante lo anterior, de manera adicional, podrá acudir ante uno de los jueces de lo civil a través del trámite verbal sumario ó ante un tribunal arbitral, según lo determine la póliza, a fin de que estos declaren la existencia del derecho del asegurado a percibir la indemnización que corresponda, y en caso de que la autoridad judicial declare mediante la expedición de una sentencia que la aseguradora debe realizar el pago, esta deberá cumplir con dicha sentencia o en su defecto, podrá presentar los recursos judiciales que correspondan. Cabe aclarar que dentro del proceso judicial o arbitral, la resolución expedida por la Superintendencia de Bancos y Seguros, a través de la Intendencia de Seguros o de la Junta Bancaria, no tiene una fuerza

probatoria especial o superior a la que poseen las otras pruebas aportadas por ambas partes a lo largo del proceso.

Con relación a la posibilidad del asegurado de presentar una acción de protección respecto de la resolución expedida por la autoridad administrativa, cabe aclarar que esa también es una opción posible de ser ejecutada.

Para finalizar cabe destacar que es acertado manifestar que el reclamo administrativo es un medio de defensa otorgado por la ley al asegurado, a fin de que éste defienda su supuesto derecho legítimo a percibir una indemnización; sin embargo, como contraposición, es muy importante tener en cuenta, conforme se lo manifestó en el primer capítulo, que las aseguradoras proceden a objetar fundamentadamente los siniestros cuando se presentan casos de caducidad, prescripción o exclusiones de coberturas, por lo que, al amparo de lo anterior cabe preguntarse: ¿hasta qué punto la posibilidad de que el asegurado o beneficiario puedan someter a la resolución de la administración pública (Superintendencia de Bancos y Seguros) la pertinencia de las objeciones presentadas por la aseguradora, coloca a ésta última en una situación de desventaja, ya que si la resolución final es desfavorable para la compañía de seguros ésta únicamente puede presentar un recurso de apelación ó uno contencioso de plena jurisdicción, mientras que si la resolución es desfavorable para el asegurado o beneficiario, éste a más de las dos opciones arriba mencionadas (recurso de apelación o contencioso de plena jurisdicción) puede someter dichas objeciones al conocimiento de un juez o un

árbitro, siendo estas dos últimas vías las expeditas para conocer esas discrepancias generadas entre aseguradora y asegurado?

En lo que se refiere a la consideración de si esta vía es o no pertinente para conocer las objeciones presentadas por la aseguradora⁷⁶, por un lado se podría afirmar que la negativa de pago emitida por parte de parte de la compañía de seguros, en última instancia conllevaría un posible incumplimiento de contrato, el cuál debe ser declarado como tal, únicamente por parte del juez competente y no por parte de una autoridad administrativa; no obstante lo anterior, también se podría manifestar que la Superintendencia de Bancos y Seguros posee los conocimientos técnicos necesarios para analizar la tecnicidad de las objeciones esgrimidas, por ende, este será un punto de discusión que siempre generará polémica.

Sin embargo lo anterior, volviendo a realizar un análisis más profundo sobre la competencia que posee la Superintendencia de Bancos y Seguros para conocer estos reclamos, es importante tener presente que el artículo 42 determina que el órgano de control “[...] comprobará la existencia de los fundamentos de dichas objeciones y de no haberlos ordenará el pago, caso contrario lo rechazará.” En este sentido, lo que estrictamente debería verificar

⁷⁶ Cabe resaltar que en otras legislaciones como la colombiana, se ha establecido que las objeciones al pago de los siniestros, deben ser analizadas a través de un proceso judicial de tipo declarativo: “Si el contrato de seguro origina discrepancias entre las partes, ello conduciría a que mediante un proceso ordinario se ventilaran dichas discrepancias y a que se precisara en él la existencia de obligaciones a cargo de alguno de los contratantes, salvo naturalmente, la posibilidad de adelantar un proceso arbitral, que es también una modalidad de proceso declarativo, si se celebra un pacto arbitral”, Hernán Fabio López Blanco, Op. Cit., p. 305. No obstante lo anterior, si el inconveniente se genera en la falta de respuesta por parte de la aseguradora, dentro del plazo de treinta días establecido en la ley colombiana para que pague o presente objeciones (Art. 1053 C. Comercio colombiano), la acción para el cobro tendrá el carácter excepcional de ejecutiva, a manera de sanción a la empresa de seguros por no haberse pronunciado sobre el siniestro dentro del plazo establecido.

la administración es que las objeciones presentadas correspondan objetivamente a causas de caducidad, prescripción o exclusión de cobertura.

Dejando de lado a quienes estén a favor o en contra de esta vía, muchos de los participantes en el mercado de seguros, coincidimos en que el procedimiento que se sigue ante la Superintendencia de Bancos y Seguros, no debería denominarse `reclamo administrativo`, en virtud de que la naturaleza jurídica del citado procedimiento administrativo colisiona con el objetivo y la estructura de fondo que la Ley de Seguros pretende darle como un medio para defender los intereses del asegurado.

2.3. Análisis del tratamiento a las objeciones presentadas la aseguradora, antes de la expedición de la Ley General de Seguros (R.O. 290 de 3 de abril de 1998)⁷⁷.

Dentro del presente análisis es de suma importancia realizar una retrospectiva, con la finalidad de conocer cuáles eran las opciones que tenía el asegurado en el momento en que la aseguradora presentaba sus objeciones al pago del seguro, antes de la vigencia de la Ley General de Seguros en el año de 1998.

Para lo anterior, es necesario remontarnos a las disposiciones contenidas en la Ley General de Compañías de Seguros, específicamente a la contenida en el artículo 100:

⁷⁷ La citada Ley General de Seguros, fue recodificada y publicada en el R.O. 403 de 23 de Noviembre de 2006.

“Toda Compañía 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 sesenta días siguientes a aquél en que el asegurado o el beneficiario le presenten por escrito la correspondiente reclamación aparejada de los documentos que, según la póliza, sean indispensables, a menos que la compañía formule objeciones a tal reclamo, las mismas que deberán ser llevadas inmediatamente a conocimiento del Superintendente de Bancos.

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

Si en este caso o en el de que se venciere el plazo de sesenta días fijado en el inciso primero, la compañía no efectuare el pago, el asegurado o el beneficiario pondrá este hecho en conocimiento del Superintendente de Bancos, quien, oídas las razones de la Compañía, le dará un plazo prudencial de hasta treinta días para que pague indefectiblemente, junto con los intereses, calculados a partir de los sesenta días antes indicados, al tipo máximo convencional fijado de acuerdo a la Ley. De no pagar dentro del plazo concedido, el Superintendente ocupará la compañía y procederá de acuerdo con la Ley. Esta resolución no será apelable.

Si la compañía formule objeciones y no se allanare a un acuerdo con el asegurado o beneficiario, se resolverá la reclamación en juicio verbal sumario. En caso de sentencia condenatoria con intereses, estos se liquidarán a partir de los noventa días posteriores a la fecha del reclamo presentado por la compañía.”

Dentro de lo anterior, cabe anotar las siguientes diferencias con el artículo 42 de la Ley General de Seguros vigente:

1. Antes se concedía un plazo extremadamente largo a las compañías de seguros para que se pronuncien sobre el siniestro (sesenta días), el cual fue reducido a cuarenta y cinco días, posiblemente con la finalidad de solucionar con mayor celeridad el conflicto suscitado entre las partes.
2. En la vigente ley, se recalca como una exigencia fundamental que las objeciones esgrimidas por la aseguradora estén debidamente fundamentadas, siendo este un avance sumamente importante, en razón de que conforme fue expresado en el capítulo primero,

la aseguradora debe dar una explicación coherente, razonada y sustentada del porqué niega el reclamo presentado por el asegurado.

3. Conforme ha sido expuesto, la actual ley determina que si la aseguradora no se pronuncia dentro de los cuarenta y cinco días siguientes a la presentación del reclamo por parte del asegurado, la Superintendencia de Bancos y Seguros, le concederá a la compañía de seguros un plazo adicional de quince días para que realice el pago, caso contrario ordenará su liquidación; en la anterior ley, el plazo adicional era de hasta treinta días.
4. Un gran avance de la nueva ley es la posibilidad de que los pleitos de seguros, puedan ser sometidos a la resolución de un tribunal arbitral, proporcionándose así una opción adicional para la solución de estas controversias.
5. Finalmente, la diferencia medular entre estas dos disposiciones es que la Ley General de Compañías de Seguros, establecía que las desavenencias entre las partes por las objeciones que se presenten, debían ser resueltas mediante juicio verbal sumario y no a través del conocido reclamo administrativo de seguros, figura que fue creada en nuestra legislación de seguros desde hace apenas diez años aproximadamente.

En el anterior sentido, desde mi punto de vista, concuerdo con gran parte de lo dispuesto en el artículo 100 de la Ley General de Compañías de Seguros, específicamente respecto a que las objeciones al pago, debían ser resueltas a

través de un juicio verbal sumario, ya que es la autoridad judicial la que tendría plena potestad para conocer dichas objeciones y, determinar dentro de un juicio si las mismas son procedentes o no.

2.4. Análisis de la pertinencia del reclamo administrativo de seguros frente a los derechos de la aseguradora.

Haciendo una pequeña recapitulación, es importante recordar que las causas por las que una entidad de seguros presenta objeciones a los reclamos presentados por sus asegurados, se basan en cuestiones legales tales como: aspectos de caducidad, prescripción o cuestiones contractuales, estas últimas vinculadas principalmente con la presencia de exclusiones.

En el anterior sentido, la legislación aplicable⁷⁸ confiere a la aseguradora la potestad de demostrar “*las circunstancias excluyentes de su responsabilidad*” y, en este sentido, se podría afirmar que en el momento en que la aseguradora recibe un reclamo por parte de un asegurado o beneficiario, procede a analizarlo a fondo, con el objetivo de establecer si el siniestro acaecido se encuentra exento de circunstancias vinculadas con aspectos de incumplimiento de obligaciones legales o contractuales, ya que: (i) al haberse presentarse un incumplimiento de cargas por parte del asegurado, su derecho caduca automáticamente; (ii) si se presenta un tema de prescripción, el asegurado

⁷⁸ Art.22.- “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 comprobar la cuantía de la indemnización a cargo del asegurador. A éste incumbe, en ambos casos, demostrar los hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad”, *Decreto Supremo 1147*.

pierde su derecho al cobro de la indemnización, por el transcurso el tiempo⁷⁹; y, (iii) si se presenta una exclusión, al no tener el siniestro cobertura, no existe un derecho que reclamar por parte del asegurado.

Por otro lado, el órgano que conoce sobre las objeciones presentadas por la aseguradora, no es una entidad que posee potestad para proceder a resolver si las mismas tienen o no el sustento necesario; sin embargo, se le concede la facultad de expedir una resolución que en el fondo, pretende dirimir el conflicto suscitado entre dos particulares (aseguradora y asegurado).

En este sentido, si bien es cierto que en apariencia el reclamo administrativo protege los derechos de los asegurados, el mismo como contraposición atenta contra los derechos de las compañías de seguros, en virtud de lo siguiente:

- (i) Conforme se ha manifestado tantas veces, se debe partir tomando en consideración que la aseguradora niega un reclamo al asegurado, cuando se ha presentado alguna circunstancia de caducidad, prescripción o exclusión de cobertura, por lo que, se entendería que a consecuencia de que el asegurado incumplió con alguna de sus obligaciones legales o contractuales, se procede a rechazar su requerimiento.

⁷⁹ Art. 2392.- “Prescripción es un modo de adquirir las cosas ajenas, o de extinguir las acciones y derechos ajenos; por haberse poseído las cosas, o no haberse ejercido dichas acciones y derechos durante cierto tiempo, y concurriendo los demás requisitos legales. Una acción o derecho se dice que prescribe cuando se extingue por la prescripción”, *Código Civil*, última codificación, Registro Oficial Suplemento 46 de 24 de julio de 2005.

- (ii) Si el asegurado acude ante la Superintendencia de Bancos y Seguros, para que esta dirima sobre las objeciones presentadas por la aseguradora, se le está confiriendo a ese órgano cierta potestad jurisdiccional, porque la resolución de la Intendencia de Seguros, si es favorable al asegurado y no es cumplida por la aseguradora, causará la liquidación forzosa de la compañía de seguros; sin que esta última pueda interponer algún recurso distinto que el de apelación o el contencioso de plena jurisdicción, el cual básicamente resolverá sobre la legalidad de la resolución expedida y no sobre las pretensiones particulares de la aseguradora o el asegurado⁸⁰.
- (iii) Como contraposición a los mecanismos de defensa adicionales que se confieren a la aseguradora, según ya ha sido expuesto anteriormente, al asegurado se le otorga una posibilidad más para hacer valer su supuesto derecho a percibir la indemnización: puede acudir ante el juez de lo civil mediante trámite verbal sumario o al tribunal de arbitraje correspondiente, siendo estas dos últimas vías las realmente expeditas para determinar si esas objeciones son pertinentes o no, en virtud de que conforme se manifestó, la expedición de tales objeciones en el fondo conllevarían un posible incumplimiento de contrato por parte de la aseguradora, en virtud de que esta última no ha cumplido con su obligación contractual

⁸⁰ El Doctor Patricio Secaira, lo manifiesta así en su obra *Curso Breve de Derecho Administrativo*: “El recurso subjetivo o de plena jurisdicción, al tutelar el derecho de un determinado sujeto pasivo (administrado persona natural o jurídica), defiende sus derechos subjetivos establecidos en una norma jurídica presuntamente violados por el acto administrativo que se recurre. Ese derecho debe ser perfecto, claro, fundado y demostrable. No defiende, los meros intereses de los administrados por más legítimos que sean”. Op. Cit., p. 255.

principal, la de pagar la indemnización correspondiente por la ocurrencia del siniestro.

Como un punto adicional al presente análisis, si bien se puede concluir que la Superintendencia de Bancos y Seguros es legalmente competente para conocer y pronunciarse sobre las objeciones emitidas por la aseguradora dentro de un reclamo de seguros, también ha quedado claro que el procedimiento a través del cual ése órgano conoce estas objeciones, no puede denominarse reclamo administrativo, porque de esta manera se estaría utilizando un concepto propio del derecho administrativo que se diferencia sustancialmente del procedimiento contenido en la Ley General de Seguros, de conformidad con lo siguiente:

- (i) El reclamo administrativo al amparo del artículo 42 de la Ley General de Seguros tiene como objetivo conocer las objeciones que ha presentado la aseguradora frente al requerimiento del asegurado sobre el pago de una indemnización; mientras que el reclamo administrativo propiamente dicho conoce sobre las reclamaciones y/o quejas que emiten los administrados respecto de las actuaciones de la propia administración pública.

- (ii) En el reclamo administrativo de seguros intervienen tres partes: (a) la aseguradora; (b) el asegurador; y, (c) la Superintendencia de Bancos y Seguros, en su calidad de órgano de resolución; mientras que en términos generales en el reclamo administrativo, intervienen dos

partes: (a) el administrado, titular del posible derecho afectado por el obrar de la administración; y, (b) la administración, en su calidad de emisor del hecho o acto de administración impugnado y, como órgano que resuelve la reclamación o queja presentada.

- (iii) El reclamo administrativo de seguros, principalmente conoce sobre cuestiones de tipo contractual, ya que los aspectos vinculados con las objeciones, nacen de lo estipulado en el contrato de seguros; mientras que en el reclamo administrativo, se conoce sobre las posibles afectaciones que pueden sufrir los administrados por una actuación concreta de la administración.

Por lo expuesto, aún cuando se considere que el procedimiento adecuado para conocer estas objeciones es el reclamo administrativo de seguros, este procedimiento debe ser reenfocado, a fin de que el mismo tenga una institucionalidad jurídica distinta de la que actualmente posee, ya que actualmente su estructura no tiene correspondencia con la del reclamo administrativo propiamente dicho.

2.5. Casos prácticos.

A fin de verificar si el reclamo administrativo de seguros es un mecanismo idóneo para conocer sobre las objeciones al pago presentadas por las aseguradoras, es necesario analizar algunos casos prácticos, en los que desde mi particular punto de vista, el ejercicio del legítimo derecho que tienen las

aseguradoras para presentar objeciones a los reclamos de seguros, ha sido vulnerado por la expedición de resoluciones en las que se han decidido ciertos aspectos que eventualmente debían ser conocidos por los órganos jurisdiccionales, en virtud de que si existe algún tipo de duda sobre la pertinencia de tales objeciones, dicho dilema debería ser dilucidado únicamente mediante la práctica de cierto tipo de pruebas que solamente podrían ser ordenadas por un juez o un árbitro.

Resolución JB- 2008-1110:

Dentro de esta resolución, como antecedente cabe resaltar que la aseguradora negó el pago de una indemnización por muerte accidental, en virtud de que los beneficiarios no presentaron la reclamación dentro del plazo establecido en la póliza, ya que alegan no haber conocido la existencia de la póliza sino hasta varios meses después del fallecimiento de la asegurada, en este sentido, la Intendencia General del Sistema de Seguro Privado aceptó el reclamo de los beneficiarios y ordenó a la aseguradora pagar el siniestro.

La citada resolución fue apelada ante la Junta Bancaria y ésta ratificó el criterio de la Intendencia, al aceptar categóricamente que los beneficiarios no conocían sobre la citada póliza, sin que los mismos hayan presentado algún tipo de prueba que respalde dicha afirmación; y, del análisis integral del expediente, se puede colegir que no se presentó una prueba fehaciente que permita concluir con total certeza que los beneficiarios desconocían de la existencia de la póliza, ya que a lo largo de todo el reclamo administrativo, únicamente existen

afirmaciones de aquellos determinando que se enteraron sobre el contrato de seguro un año y medio después de la muerte de su madre⁸¹.

En el anterior sentido, considero que lo más conveniente era que la Superintendencia de Bancos y Seguros se inhiba de conocer tal reclamación, en virtud de que existen hechos (el desconocimiento de la existencia de la póliza), que deben ser probados a través de un procedimiento judicial, ya que el órgano de control no puede otorgar legitimidad a la aseveración de una parte, fundamentada únicamente en las afirmaciones que ella realiza y no en la entrega de pruebas objetivas que respalden dicha aseveración.

Resolución JB-2008-1115 y JB-2008-1131.

Estas son dos resoluciones independientes y con las que se concluye un recurso de apelación, las cuales tienen como característica esencial que las mismas confirman la resolución inicialmente expedida por la Intendencia

⁸¹ “QUE es determinante, además, citar la Cláusula Sexta “Suficiencia de Aviso” de las condiciones generales de la póliza de seguro, que literalmente establece: “El aviso por o a nombre del Asegurado o del Beneficiario, según fuere el caso, dado a la Compañía o a cualquier agente autorizado de la misma con suficientes datos para identificar al Asegurado será considerado como aviso a la Compañía. **La falta de dar dicho aviso dentro del tiempo señalado en esta póliza no invalidará cualquier reclamación si se demuestra que no fue razonablemente posible dar aviso y que este se dio lo más pronto posible**”.

La cláusula transcrita se ajusta a los hechos, ya que, **como se dijo, los beneficiarios y herederos de la señora Sonia Beatriz Domínguez Yumbra no tuvieron conocimiento de la existencia de la póliza bajo la cual se encontraba amparada su madre, sino hasta el 28 de mayo del 2007, puesto que su madre no les había comunicado del seguro de la cuenta Ganadólar;**

QUE los beneficiarios del seguro, hermanos Mosquera Domínguez, al haber dado aviso del fallecimiento de su madre, señora Sonia Beatriz Domínguez Yumbra (+) el 8 de junio del 2007, esto es, al año y cinco meses de ocurrido el siniestro, han actuado dentro de la previsión contractual citada, lo que implica que su derecho no ha prescrito;

RESUELVE:

ARTÍCULO ÚNICO.- DESECHAR la pretensión contenida en el recurso de apelación interpuesto por la señora Diana Pinilla Rojas, Presidenta Ejecutiva de AIG Metropolitana Compañía de Seguros y Reaseguros S.A.; y, en consecuencia, CONFIRMAR la resolución No. SBS-INSP-2007-330 de 12 de septiembre del 2007, expedida por el Intendente Nacional del Sistema de Seguro Privado.” (el resaltado es mío). Resolución JB-2008-1110, 3 de abril de 2008, pp. 2-3.

COMENTARIO: Conforme se puede observar, en ningún momento se ha establecido la forma en que los beneficiarios demostraron que desconocían la existencia de la póliza, y que por esta razón no les fue posible notificar a tiempo el siniestro.

Nacional de Seguros, a través de la cual se obligó a las respectivas aseguradoras a cancelar la totalidad de la indemnización sobre los siniestros suscitados; sin embargo, en la primera no se reconoce el derecho de la aseguradora a retener la suma correspondiente al deducible por el siniestro⁸², mientras que en la segunda resolución sí se le reconoce a la compañía de seguros el derecho a percibir el valor relativo al deducible⁸³, siendo necesario cuestionarse como puede ser posible que solo a una de las compañías de seguros se le reconozca su legítimo derecho a cobrar el deducible respectivo.

Resolución JB-2008-1160

⁸² “QUE mediante resolución No. SBS-INSP-2007-434, de 13 de diciembre del 2007, el Intendente Nacional del Sistema de Seguro Privado, con base en el memorando de la Subdirección Legal de esa Intendencia No. INSP-SSL-2007-1671, de 13 de diciembre del 2007, **ordenó que AIG Metropolitana Compañía de Seguros y Reaseguros S.A., pague en un plazo de quince días contados a partir de su notificación, al señor Piero Patricio Rivera Quiñónez, la suma de US\$ 5.400,00 en concepto de indemnización** derivada de la póliza maestra de seguro de vehículos No. 51894, al tenor de lo dispuesto en el inciso cuarto del artículo 42 de la Ley General de Seguros, sin intereses, en virtud de que la objeción de pago se la efectuó dentro del plazo de los cuarenta y cinco días previstos en la citada norma legal;

RESUELVE:

ARTÍCULO ÚNICO: RECHAZAR la pretensión contenida en el recurso de apelación interpuesto por la señora Diana Ingrid Pinilla Rojas, Presidenta Ejecutiva de AIG Metropolitana Compañía de Seguros y Reaseguros S.A.; y, en consecuencia, **CONFIRMAR la resolución No. SBS-INSP-2007-434, de 13 de diciembre del 2007.**” (el resaltado es mío). Resolución JB-2008-1115 de 17 de abril de 2008, pp.1-2.

⁸³ “Que con resolución No. SBS-IRG-SRASSPG-G3-2007-088 de 13 de diciembre del 2007, el abogado Bolívar Martínez Ortiz, Intendente Regional de Guayaquil, **ordenó que Interoceánica C.A. de Seguros y Reaseguros pague a favor del señor Aldrin Fernando Escobar Pico la suma de US\$ 14.000,00 por el robo del vehículo plazas GHZ-341, junto con los intereses al tipo máximo convencional fijado de acuerdo a la ley**, que tienen que calcularse a partir del 6 de agosto del 2007, fecha en la cual feneció el plazo de los cuarenta y cinco (45) días determinados en el artículo 42 de la Ley General de Seguros;

RESUELVE:

ARTÍCULO UNO.- RECHAZAR la pretensión contenida en el recurso de apelación interpuesto por la señora Victoria López Zambrano, Gerente General de Interoceánica C.A. de Seguros y Reaseguros; y, en consecuencia, CONFIRMAR la resolución No. SBS-IRG-SRASSPG-G3-2007-088 de 13 de diciembre del 2007; mediante la cual el Intendente Regional de Guayaquil, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 42 de la Ley General de Seguros, ordenó que la empresa de seguros pague a favor del señor Adrin Fernando Escobar Pico la suma de catorce mil dólares americanos (US\$ 14.000,00), por concepto del robo total del vehículo asegurado, junto con los intereses calculados al tipo máximo convencional fijado de acuerdo con la ley, a partir del 6 de agosto del 2007, fecha en que feneció el plazo de cuarenta y cinco (45) días que tenía la aseguradora para negar fundamentadamente el reclamo, **debiendo deducir de dicha indemnización los valores pactados en la póliza.**” (el resaltado es mío). Resolución JB-2008-1131 de 26 de mayo de 2008, p. 1.

En este caso la compañía de seguros niega el reclamo fundamentada en los siguientes puntos: (i) Los equipos sobre los cuales se contrató la cobertura de la póliza, no eran de propiedad del asegurado, conforme se desprende de unos documentos aparejados al expediente, por lo que, no existe un interés asegurable que pueda ser amparado por el contrato de seguro; y (ii) Al haber el asegurado contratado una cobertura sobre unos equipos como que fueran de su propiedad, sin que realmente sea así, no se procedió a declarar el estado real del riesgo, lo cual vicia el contrato y, produce la nulidad relativa del mismo.

Sobre estos particulares, la Intendencia Nacional del Sistema de Seguro Privado, expidió una resolución inhibiéndose de conocer el reclamo presentado, básicamente fundamentada en que la primera objeción presentada por la aseguradora relativa a que el asegurado no es el propietario de los equipos, debe ser dilucidada ante un juez de lo civil y no ante la autoridad administrativa. Por su parte, la Junta Bancaria al conocer la apelación que el asegurado presentó sobre esta resolución, no analizó la primera objeción de la aseguradora ni el argumento esgrimido por la Intendencia, rechazando adicionalmente el informe del área técnica, y únicamente analiza la segunda objeción de la compañía de seguros, para manifestar que la nulidad relativa a la que hace referencia la aseguradora, debe ser declarada por un juez, por lo que, no es aceptable que se niegue el reclamo de seguros; sin que la Junta Bancaria haya analizado un punto medular y primigenio como era el de quien es el real propietario de los equipos⁸⁴, expidiéndose una resolución en la que

⁸⁴ “Que mediante resolución No. SBS-INSP-2008-070 de 18 de febrero del 2008, el Intendente Nacional del Sistema de Seguro Privado resolvió rechazar el reclamo administrativo presentado por el ingeniero Luis Castillo Noboa, Gerente y Representante Legal de Constructora, Asistencia Técnica y Servicios CONSATS Cía. Ltda. en contra de Río Guayas Compañía de Seguros y Reaseguros S.A., en virtud de que

pasó por alto un punto medular de análisis, atentándose de esta manera contra el derecho de la compañía de seguros a presentar sus objeciones.

En este caso, considero que la Junta Bancaria debió analizar las dos objeciones de manera integral y, no pronunciarse solamente sobre una de ellas, especialmente si una de las objeciones obliga a que la autoridad judicial conozca sobre el caso en cuestión, a fin de que se pronuncie sobre la validez o no de los títulos de propiedad sobre los bienes asegurados.

RESOLUCIÓN JB-2008-1174

solo un juez de derecho puede determinar a quién le corresponde la propiedad de los equipos asegurados, ya que el organismo de control carece de competencia para calificar las pruebas y emitir juicios de valor respecto a la veracidad de los documentos presentados por las partes;

Que Río Guayas Compañía de Seguros y Reaseguros S.A., dentro de las explicaciones y objeciones que ha dado a esta institución, ha señalado que procedió a negar la reclamación del siniestro, sin derecho a indemnización alguna, por cuanto no existe interés asegurable por parte del ingeniero Luis Castillo Noboa en los equipos asegurados, pues los mismos son de propiedad de la señora Rosario del Pilar Vásquez Díaz y no del ingeniero Luis Castillo Noboa, ni de la empresa Constructora, Asistencia Técnica y Servicios CONSATS Cía. Ltda., de la cual es su Gerente y representante legal; señalando además que, al no ser el propietario de los equipos y asegurarlos como si fueran de su propiedad, no ha cumplido con la obligación de declarar con veracidad el estado del riesgo, por lo que el contrato de seguro tiene vicios de nulidad relativa;

Que la Junta Bancaria en sesión celebrada el día 6 de agosto del 2008, se constituyó en comisión general para escuchar las exposiciones tanto del ingeniero Luis Castillo Noboa, Gerente y Representante Legal de Constructora, Asistencia Técnica y Servicios CONSATS Cía. Ltda, como de la abogada Elena Guamanzara en representación de Río Guayas Compañía de Seguros y Reaseguros S.A., luego de lo cual, concluyó que Río Guayas Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. no ha presentado la declaratoria de nulidad relativa del contrato de seguros contenido en la póliza de seguros de equipo electrónico 200235-0, efectuada por un juez competente, por lo cual el mismo se encuentra plenamente vigente; y, por lo tanto, no acogió el informe de la Intendencia Nacional Jurídica constante en memorando INJ-SAL-2008-0656 de 20 de junio del 2008;

RESUELVE:

ARTÍCULO UNO: ACEPTAR la pretensión contenida en el recurso de apelación interpuesto por el ingeniero Luis Castillo Noboa, Gerente de la Constructora, Asistencia Técnica y Servicios CONSATS Cía. Ltda.; **DEJAR SIN EFECTO la resolución SBS-INSP-2008-070 de 18 de febrero del 2008, expedida por el Intendente Nacional del Sistema de Seguro Privado; y, en consecuencia ORDENAR a Río Guayas Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. que pague a favor del ingeniero Luis Alfonso Castillo Noboa, Gerente y Representante Legal de la Constructora Asistencia Técnica y Servicios CONSATS Cia. Ltda. la indemnización estipulada en la póliza de seguros de equipo electrónico 200235-0, cuyo valor es de US\$ 27.570, menos las deducciones pactadas en el contrato y sin intereses**, en virtud de que la compañía de seguros presentó su objeción de pago dentro de los cuarenta y cinco días previsto en el artículo 42 de la Ley General de Seguros. (el resaltado es mío). Resolución JB-2008-1160 de 6 de agosto de 2008, p.1-2.

El presente reclamo presentado por las beneficiarias de una póliza de accidentes personales, fue negado por la aseguradora en virtud de que según el parte mortuario del asegurado, este no falleció por un accidente, por ende, al encontrarse excluida de cobertura la muerte generada por causas no accidentales, se rechaza el reclamo, lo cual es aceptado por la Intendencia Nacional del Sistema de Seguro Privado; se eleva el caso en apelación y, la Junta Bancaria considera que si bien la muerte del asegurado, fue ocasionada por un shock séptico, provocado presumiblemente por la aplicación de una terapia alternativa con células de borrego, la razón por la que se aplicó ese tratamiento, fue porque el asegurado sufrió un golpe con una pelota de tenis, por ende, la causa real de la muerte fue el golpe con dicha pelota, lo cual sí es un hecho accidental según la Junta Bancaria⁸⁵.

⁸⁵ “Que la compañía Aseguradora del Sur C.A., a través de comunicación No. ASQAP-163-07 de 9 de abril del 2007, negó el pago de la indemnización reclamada por la señora Luz Marina Daza Anchudía, fundamentándose en el artículo 3 “Exclusiones” de las condiciones generales de la póliza de seguro de accidentes personales No. 021351, **ya que el asegurado murió a consecuencia de un shock séptico, es decir, a criterio de la empresa de seguros, por una bacteria, hongo o algún virus; sin embargo, el señor Diego Francisco Saá Burbano fue hospitalizado el 10 de abril del 2006 y recibió tratamiento de terapia alternativa con una inyección de células de borrego por el golpe en el glúteo izquierdo causado durante un partido de tenis; por tanto, la causa original fue el accidente que se dio fortuitamente**, encasillándose el siniestro ocurrido en lo previsto en los numerales 1.1. “Riesgos cubiertos” y 1.2. “Beneficios” del artículo 1 “Riesgos cubiertos”, y los artículos 5 “Bases del seguro” y 6 “Definiciones” de las condiciones generales de la póliza de seguro de accidentes personales 021351; Que en cuanto al argumento de la empresa de seguros de que el golpe en el glúteo izquierdo no produjo la muerte del asegurado, sino la inyección aplicada por los médicos del Hospital Vozandes, cabe indicar que, conforme lo señala el artículo 5 “Bases del seguro” de las condiciones generales de la póliza de seguro de accidentes personales No. 021351, la aseguradora cubre las consecuencias de los accidentes corporales, esto significa que el hecho de que el señor Diego Francisco Saá Burbano haya fallecido por shock séptico o ataque al miocardio, es irrelevante, ya que como se indicó, está amparado el origen y efecto que produjo el golpe durante el partido de tenis, ya que el mismo fue accidental; Que según se desprende de la Hoja de Egreso HVO del Hospital Vozandes de Quito, el señor Diego Francisco Saá Burbano ingresó en la mencionada casa de salud luego de 72 horas de haber recibido un golpe en el área lumbar y glútea izquierda durante un juego de tenis, motivo por el cual se le aplicó terapia alternativa, y falleció el 14 de abril del 2006 a consecuencia de un infarto agudo del miocardio, disfunción multiorgánica y shock séptico. **Sobre la causa de la muerte del asegurado, constan en el expediente tres certificados médicos;** **Que sobre el contenido de los certificados transcritos, la Superintendencia de Bancos y Seguros no se puede pronunciar, pero si en torno al origen de la muerte del señor Diego Francisco Saá Burbano el cual, en opinión de este organismo colegiado, fue accidental, pues, se produjo durante un partido de tenis; por tanto, si la empresa de seguros tiene dudas sobre el origen y desarrollo del proceso infeccioso o cualquier otro tema médico debe llevar su polémica a las entidades especializadas en el tema;**

En este caso, cabe recalcar que la Junta Bancaria en una de las consideraciones de su resolución, determina que “ha criterio de la empresa de seguros” la causa de la muerte fue por un hongo, virus o bacteria (conforme es conocido, básicamente estos organismos son los que causan problemas sépticos); y, por otro lado, manifiesta la Junta Bancaria que si bien no se puede pronunciar sobre el contenido de los certificados médicos, sí puede pronunciarse sobre el origen de la muerte, el cual “a criterio de este órgano colegiado” fue el accidente causado por la pelota de tenis; es decir, el órgano de control no acepta el criterio de la aseguradora sobre cual fue la causa de la muerte, el mismo que es reemplazado por otro criterio generado al interior de la Junta Bancaria.

En este mismo caso, la Superintendencia de Bancos y Seguros determina lo siguiente: “si la empresa de seguros tiene dudas sobre el origen y desarrollo del proceso infeccioso o cualquier otro tema médico debe llevar su polémica a las entidades especializadas en el tema;”, en torno a lo anterior, cabe resaltar que de la redacción del texto se desprende aparentemente que a criterio de la Junta Bancaria, esta no tiene ningún tipo de dudas sobre el origen y desarrollo del proceso infeccioso.

RESUELVE:

ARTÍCULO UNO.- ACEPTAR la pretensión contenida en el recurso de apelación interpuesto por la señora Luz Marina Daza Anchudia y sus hijas María Isabel y María Daniela Saá Daza; DEJAR SIN EFECTO la resolución No. SBS-INSP-2008-126 de 9 de abril del 2008, emitida por el Intendente Nacional del Sistema de Seguro Privado; y, en consecuencia, ORDENAR que Aseguradora del Sur C.A. pague a la señora María Luz Marina Daza Anchudia y sus hijas María Isabel y María Daniela Saá Daza la cantidad de US\$. 20.000,00 en concepto de indemnización al amparo de las pólizas de seguro de accidentes personales Nos. 213092 y 213051, menos los descuentos previamente pactados en la póliza.” Resolución JB-2008-1174, de 25 de septiembre de 2008, pp. 1-2.

En el anterior sentido, si bien discrepo del criterio de la Junta Bancaria respecto a la causa de la muerte, ¿no habría sido más prudente inhibirse de conocer el caso, a fin de que un juez a través de la práctica de exámenes y peritajes sea quien llegue a determinar si la verdadera causa de la muerte fue el golpe recibido por una pelota de tenis o la aplicación voluntaria de una terapia alternativa con células de animal?, ¿puede por sí mismo un golpe con una pelota ser la causa eficiente de una muerte?, o también, se podría decir que: ¿si no se hubiese producido el golpe, no se habría aplicado la terapia alternativa y por ende, la muerte del asegurado no se hubiese producido?. Estas son varias preguntas que surgen en torno al presente caso, pero ¿si la Junta Bancaria, conforme lo reconoce en la motivación de su resolución, no puede pronunciarse sobre el contenido de los certificados médicos, sobre cuál fundamento puede aseverar con toda certeza que la causa de la muerte fue el golpe en la cancha de tenis? ¿Porqué le niega validez al criterio de la aseguradora respecto a que la muerte no fue accidental, reemplazándolo por la afirmación de que la causa de muerte fue a consecuencia del golpe sufrido?

Conforme se puede observar, estos hechos debieron ser aclarados ante el Juez competente, ya que ante éste se puede solicitar la práctica de diversas pruebas que sí permitirían llegar a la conclusión de cual fue la causa real de la muerte del asegurado, sin embargo, a través del reclamo administrativo, se deja al solo criterio del órgano de control, la determinación de si esa muerte fue o no accidental.

Una vez verificado el contenido de estos casos, se podría manifestar que el reclamo administrativo de seguros, no es una figura apropiada que goza de equidad, para ambas partes, ya que en muchos casos el mismo resuelve cuestiones que deben ser sometidas a conocimiento de la administración de justicia, ya que solo esta a través de la práctica de ciertas pruebas, podría comprobar fehacientemente la procedencia o no de las objeciones en conflicto.

Por otro lado, conforme se ha manifestado, con posterioridad a la resolución del reclamo administrativo y su posterior apelación, las partes se encuentran en desigualdad de derechos, ya que a la aseguradora únicamente le resta acudir a la vía contenciosa administrativa, mientras que el asegurado tiene la posibilidad adicional de hacer valer su supuesto derecho ante el árbitro o juez competente.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Claramente ha quedado establecido que el contrato de seguros es un contrato bilateral, en el que ambas partes poseen derechos y obligaciones a su favor, por lo que, al facultar a un órgano de carácter netamente administrativo para que conozca sobre la procedencia de las objeciones presentadas por la aseguradora, lo que conllevaría a que esta emita una resolución sobre la controversia suscitada entre estas dos partes, se estaría entregando una facultad de juzgador a esta entidad, facultad que solo puede ser ejercida por los jueces competentes.

De manera adicional, el contrato de seguros por su característica de ser de adhesión, tiene muy pocas posibilidades de ser negociado, en razón de que el asegurado debe sujetarse a las condiciones generales previamente aprobadas por la Superintendencia de Bancos y Seguros, y cualquier modificación que requiera realizar a las coberturas o a las exclusiones, debe ser incorporada a través de cláusulas especiales que también deben gozar de la aprobación del órgano de control.

El plazo de prescripción de dos años establecido en el Decreto Supremo 1147, no afecta de manera directa la posibilidad de iniciar un reclamo administrativo de seguros ante la Superintendencia de Bancos y Seguros, sin embargo, al presentarse la prescripción, la supuesta obligación de pagar la indemnización que tendría la aseguradora, se transformaría en una obligación meramente

natural, sobre la cual la ley no confiere al asegurado un derecho para exigir su cumplimiento, por ende, la interposición de un reclamo administrativo de seguros en este caso sería infructuoso.

Es importante dejar claro que la posibilidad que tiene el asegurado o beneficiario para acudir ante el juez de lo civil o el árbitro, para hacer valer su supuesto derecho a percibir la indemnización objetada por la aseguradora, no se encuentra supeditada a que primero inicie y/o culmine el proceso del reclamo administrativo de seguros ante la Superintendencia de Bancos y Seguros.

La facultad que posee la Superintendencia de Bancos y Seguros para conocer sobre los reclamos administrativos presentados por los asegurados, efectivamente tiene un fundamento legal, sin embargo, esta facultad contraría la naturaleza y los fines últimos que debería tener la Superintendencia como órgano de control del sistema asegurador.

Desde el punto de vista doctrinario, podemos manifestar que nuestro órgano de control cumple con las expectativas esperadas respecto de los controles que debe realizar a la actividad aseguradora.

Sin embargo lo manifestado, una vez analizada la doctrina argentina y colombiana, se ha podido verificar estas no consideran al órgano de control de las empresas de seguros como una institución que deba tener facultades

resolutivas respecto de los problemas que se presenten entre asegurados y aseguradoras.

No obstante lo anterior, si el sistema jurídico en sí considera conveniente mantener la figura del reclamo administrativo de seguros en la ley, es necesario que se proceda a reconceptualizarlo nuevamente, ya que tal como se encuentra en la actualidad, vulnera la naturaleza jurídica establecida para este procedimiento por parte del derecho administrativo.

El reclamo administrativo según el derecho administrativo, es un mecanismo concedido a los administrados para protegerse de las actuaciones de los órganos públicos que puedan atentar contra sus derechos; mientras que el reclamo administrativo al amparo del artículo 42 de la Ley General de Seguros, no posee la misma esencia, el mismo básicamente busca analizar las objeciones presentadas por la aseguradora, a fin de determinar la procedencia de las mismas, logrando en ciertos casos de una manera indirecta que se resuelva el conflicto suscitado entre estas dos partes.

Del análisis de ciertos casos particulares, se ha podido verificar que las resoluciones expedidas por la Superintendencia de Bancos y Seguros, no siempre responden a un principio de justicia y equidad, ya que en ciertos casos son contradictorias entre situaciones análogas, y en otras circunstancias, resuelven sobre cuestiones que deben ser declaradas por los jueces o árbitros competentes, en razón que se requiere de la práctica de pruebas especiales que no pueden ser ordenadas por la autoridad administrativa.

Netamente desde el punto de vista de los asegurados y beneficiarios, el reclamo administrativo de seguros sí puede ser considerado como un medio efectivo de protección de sus derechos, en virtud de que en la misma se toman resoluciones con mayor celeridad que a través de un proceso judicial.

Como contraposición a lo anterior, al analizar si se vulneran o no los derechos de la aseguradora a través de la interposición de un reclamo administrativo de seguros, la respuesta terminará siendo positiva, en virtud de que conforme se manifestó, se coarta el derecho de la entidad de seguro para demostrar las circunstancias excluyentes de responsabilidad y, a su vez, se la deja en desigualdad de condiciones frente al asegurado, ya que este último tiene la posibilidad de acudir ante un juez de lo civil o un árbitro, según corresponda, para que aquellos declaren la existencia de su derecho al cobro de la indemnización, sin que la ley le confiera a la aseguradora es misma posibilidad.

En el momento de concluir que el reclamo administrativo, no brinda iguales garantías para ambas partes, se debería establecer un procedimiento más equitativo, de esta manera, si el asegurado considera que la aseguradora realizó una errónea aplicación de la ley y de las disposiciones del contrato al emitir sus objeciones, debería acudir ante la autoridad judicial, a fin de que esta sea la que en su calidad de órgano investido de jurisdicción, proceda a resolver la discrepancia que se haya suscitado.

Fundamentada en lo anterior, propongo una reforma al artículo 42 de la Ley General de Seguros, en el cual se mantendrían ciertos puntos que son positivos para el asegurado, pero se instauraría un procedimiento adecuado para la solución de las controversias derivadas de la presentación de objeciones por parte de la aseguradora. A continuación refiero la propuesta de reforma:

“Art. 42.- Toda compañía 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 la totalidad de los documentos que según la póliza sean necesarios, a menos que la compañía de seguros formule objeciones fundamentadas a tal reclamo, las mismas que deberán ser notificadas inmediatamente a la Superintendente de Bancos y Seguros.

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

Si en este caso o una vez vencido el plazo de cuarenta y cinco días fijado en el inciso primero, la compañía de seguros no efectuare el pago, el asegurado o el beneficiario pondrá este hecho en conocimiento del Superintendente de Bancos y Seguros, quien, de verificar esta situación, ordenará a la compañía de seguros que realice el pago inmediato dentro de un plazo no mayor a diez días, junto con los intereses calculados a partir de los cuarenta y cinco días antes indicados, según la tasa de interés máxima convencional fijada de acuerdo con la ley, más la correspondiente tasa de mora también fijada de conformidad con la ley. De no pagar dentro del plazo concedido, el Superintendente de Bancos y Seguros dispondrá la liquidación forzosa de la compañía de seguros.

Si la compañía de seguros formule objeciones al reclamo y no se llegare a un acuerdo, la procedencia de dichas objeciones, junto con la controversia suscitada, serán resueltas por un juez competente a través de un juicio verbal sumario o se las someterá al arbitraje comercial o mediación, según se haya estipulado en la póliza. En caso de sentencia condenatoria, se liquidarán los intereses respectivos según la tasa de interés máxima convencional fijada de acuerdo con la ley, calculados a partir de la notificación con las objeciones por parte de la compañía de seguros al asegurado o beneficiario”.

En lo que se refiere al pago de intereses por parte de la aseguradora al asegurado relacionados con cobro de una indemnización, cabe manifestar que

en el evento de que la aseguradora no cancele la respectiva indemnización dentro del plazo establecido en la ley, no solo debería reconocer los intereses corrientes al asegurado, sino también los intereses de mora por el perjuicio que le está ocasionando; sin embargo, si el pago de la indemnización obedece a la expedición de una resolución dentro de un reclamo administrativo de seguros ó a una sentencia o laudo arbitral definitivo, los intereses que se reconozcan deben ser únicamente los corrientes, en virtud de que se presumiría que la aseguradora no obró de mala fe al momento de objetar el siniestro.

BIBLIOGRAFÍA

- Bustamante, Jaime y, Ana Uribe Osorio. *Principios Jurídicos del Seguro*, Bogotá, Colombo, 2da. ed., 1994.
- Comadira, Julio R., *Derecho Administrativo*, Buenos Aires, Abeledo-Perrot, 2da. ed..
- Couture, Eduardo, *Estudios de Derecho Procesal Civil*, Tomo I, Buenos Aires, Desalma, 3ra. ed., 1998.
- Devis Echandía, Hernando, *Teoría General del Proceso*, Buenos Aires, Editorial Universidad, 2da. ed., 1997
- Dromi, Roberto, *El Acto Administrativo*, Buenos Aires, Ciudad Argentina, 3ra. ed., 1997.
- Dromi, Roberto. *El Procedimiento Administrativo*, Buenos Aires, Ciudad Argentina, 1999.
- Fiorini, Bartolomé. *Teoría Jurídica del Acto Administrativo*, Buenos Aires, Abeledo Perrot, 1969.
- García de Enterría, Eduardo y Tomás-Ramón Fernández, *Curso de Derecho Administrativo*, Tomo I, Madrid, Thompson-Civitas, 12da. ed., 2005.
- García de Enterría, Eduardo y Tomás-Ramón Fernández, *Curso de Derecho Administrativo*, Tomo II, Madrid, Thompson-Civitas, 9na. ed., 2005.
- García- Herreros, Orlando. *Lecciones de Derecho Administrativo*, Bogotá, Universidad Sergio Arboleda, 2da. ed., 1997.
- Gonzalez Perez, Jesús, "Justicia Administrativa", en *El Derecho Público de Finales de Siglo*, compilados por Eduardo García de Enterría y Manuel Clavero Arevalo, España, Civitas, 1ra. ed., 1997.
- Gordillo, Agustín, *Tratado de Derecho Administrativo*, Tomo IV, Buenos Aires, Fundación de Derecho Administrativo, 5ta. ed., 2005.
- Guardiola, Antonio, *Manual de Introducción al Seguro*, Madrid, MAPFRE, 2da. ed., 2001.
- Halperin, Isaac, *Lecciones de Seguros*, Buenos Aires, Depalma, 1997.
- Halperin, Isaac, *Seguros I*, Buenos Aires, Depalma, 2da. ed., 1991.
- Halperin, Isaac. *Seguros II*, Buenos Aires, Depalma, 2da. ed., 1991.

- Marienhoff, Miguel, *Tratado de Derecho Administrativo*, Tomo I, Buenos Aires, 4ta. ed., Abeledo Perrot, 1990.
- Marienhoff, Miguel, *Tratado de Derecho Administrativo*, Tomo II, Buenos Aires, Abeledo-Perrot, 3ra. ed. 1988.
- Monroy Cabra, Marco, *Introducción al Derecho*, Bogotá, Temis, 10ma. ed., 1996.
- Núñez, María del Carmen, *Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados*, España, Marcial Pons, 1998.
- Ospina Fernández y Ospina Acosta, *Teoría General del Contrato y del Negocio Jurídico*, Bogotá, Temis, 5ta. ed., 1998.
- Ossa, Efrén, *Tratado Elemental de Seguros*, Bogotá, Temis, 2da. ed., 1963.
- Ossa, Efrén, *Teoría General del Seguro, El Contrato*, Bogotá, 2da. ed., Temis, 1991.
- Palacio, Lino, *Manual de Derecho Procesal Civil*, Buenos Aires, Abeledo Perrot, 15ta. ed.
- Pareja, Luciano, Antonio Jiménez Blanco y Luis Ortega Álvarez, *Manual de Derecho Administrativo*, Barcelona, Ariel S.A., 4ta. ed., 1998.
- Peña, Eduardo, *Manual de Seguros*, Quito, Edino, 3ra. ed., 2003.
- Ponce Martínez, Alejandro, *Derecho Procesal Orgánico*, Quito, Fundación Antonio Quevedo, 1ra. ed., 1991.
- Rodríguez, Libardo, *Derecho Administrativo General y Colombiano*, Bogotá, Temis, 12da. ed., 2000
- Secaira, Patricio, *Curso Breve de Derecho Administrativo*, Quito, Universitaria, 1ra. ed., 2004.
- Stiglitz, Rubén, *Derecho de Seguros I*, Buenos Aires, Abeledo-Perrot.
- Stiglitz, Rubén, *Derecho de Seguros II*, Buenos Aires, Abeledo-Perrot.
- Stiglitz, Rubén y Gabriel Stiglitz, *Contrato de Seguro*, Buenos Aires, La Rocca, 1988.
- Vásconez, Willam, “Los procedimientos administrativos establecidos en el Estatuto de Régimen Jurídico Administrativo de la Función Ejecutiva”, en *Reajustes y Conflictos en los Contratos Públicos*, editados por Genaro Eguiguren, Quito, Corporación Editora Nacional, 2001.
- Vidal, Jaime, *Derecho Administrativo*, Bogotá, Temis, 11ra. ed., 1997.

Zavala, Jorge. *El Estatuto del Régimen Jurídico Administrativo de la Función Ejecutiva en el Ordenamiento Jurídico*. Quito, C.L.D.

Legislación:

Constitución Política de la República del Ecuador, Registro Oficial 1 de 11 de agosto de 1998.

Codificación del Código Civil, Registro Oficial Suplemento 46 de 24 de julio de 2005.

Codificación de la Ley General de Seguros, Registro Oficial 403 de 23 de Noviembre de 2006.

Codificación de la Ley General de Instituciones del Sistema Financiero, Registro Oficial 250 de 23 de Enero de 2001.

Ley de la Jurisdicción Contencioso Administrativa, Registro Oficial 338 de 18 de Marzo de 1968.

Ley de Modernización del Estado, Registro Oficial 349 de 31 de diciembre de 1993.

Decreto Supremo 1147, Registro Oficial 123 de 7 de diciembre de 1963.

Estatuto del Régimen Jurídico Administrativo de la Función Ejecutiva, Registro Oficial 536 de 18 de marzo de 2002.

Normas para la estructura y operatividad del contrato de seguro (Resolución JB-2008-1219), Registro Oficial 508 de 16 de enero de 2009

Ley General de Compañías de Seguros, RO. 83 de 13 de marzo de 1967.

Resoluciones:

Resolución No. 260-2007, Primera sala de lo Civil y Mercantil de la Corte Suprema de Justicia.

Resolución No. 442-2001, Segunda sala de lo Civil y Mercantil de la Corte Suprema de Justicia, Registro Oficial 562 de 24 de abril de 2002.

Resolución No. 394-2001, Primera sala de lo Civil y Mercantil de la Corte Suprema de Justicia, Gaceta Judicial Serie XVII, No. 8.

Resolución No. 115-2001, sala de lo Contencioso Administrativo de la Corte Suprema de Justicia, Registro Oficial 371, 18 de julio de 2001.

Resolución No. 240-2001, Primera sala de lo Civil y Mercantil de la Corte Suprema de Justicia, Registro Oficial 364 de 9 de julio de 2001.

Resolución No. JB-2008-1174, Junta Bancaria, 25 de septiembre de 2008

Resolución No. JB-2008-1160, Junta Bancaria, 6 de agosto de 2008.

Resolución No. JB-2008-1131, Junta Bancaria, 26 de mayo de 2008.

Resolución No. JB-2008-1115, Junta Bancaria, 17 de abril de 2008.

Resolución No. JB-2008-1110, Junta Bancaria, 3 de abril de 2008.

Resolución No. JB- 2007-992, Junta Bancaria, 14 de junio de 2007.

Sitios Web:

www.mapfre.com.

www.superban.gov.ec.