



FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES

LA TERGIVERSACIÓN A LA PREEXISTENCIA EN LOS CONTRATOS DE SEGURO DE
ASISTENCIA MÉDICA

Trabajo de Titulación presentado en conformidad con los requisitos establecidos
para optar por el título de Abogado de los Tribunales y Juzgados de la República

Profesor Guía

Dr. Roberto Santiago Lara Narváez

Autor

Juan Fernando Carrión Robalino

Año

2016

DECLARACIÓN DEL PROFESOR GUÍA

“Declaro haber dirigido este trabajo a través de reuniones periódicas con el estudiante, orientando sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación.”

Roberto Santiago Lara Narváez
Doctor en Jurisprudencia
C.C.1715957799

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

“Declaro que este trabajo es original, de mi autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes”.

Juan Fernando Carrión Robalino
C.C. 1718838285

AGRADECIMIENTO

El presente trabajo ha sido realizado en virtud de la salud, los recursos y la sabiduría provista por la generosidad de Dios, así como al esfuerzo de mis padres quienes a través de sus aportes, he logrado alcanzar esta meta.

DEDICATORIA

El mérito académico durante toda la carrera se refleja en este último trabajo como fin de la misma, el cual lo dedico a mis padres, mis hermanos, quienes han sido fuente de inspiración, la “*Kyrita*”, quien por su cariño y preocupación, este camino a más de una gran historia, resultó más fácil, mis colegas, al Doctor Roberto Lara por el esmero en la enseñanza para este trabajo; y, a mis profesores.

RESUMEN

La sobrevivencia del hombre responde a una naturaleza de protegerse a sí mismo frente a condiciones que afectan no solo a su salud sino también al patrimonio por los gastos incurridos en conservarse saludables. Tal es así que, el ser humano se ha ideado diversas formas para minimizar el costo del riesgo producido en la eventualidad que una persona padezca de una determinada enfermedad, tales como, los contratos de seguro de asistencia médica, operados por empresas debida y legalmente facultadas para ello.

Sin embargo, el problema que enfrentan los afiliados a un seguro de asistencia médica, es sobre la diversidad de criterios respecto del origen de una determinada condición de salud, es decir, si ésta se trata o no de una enfermedad preexistente. De tal forma que, a raíz del trabajo de titulación se realiza un análisis correspondiente a la tergiversación de criterios médicos con la que podrían actuar las compañías de seguros, con el fin de excluir de sus coberturas, una enfermedad en concreto.

Tal es así que, con la finalidad de analizar el dilema, el presente trabajo de titulación se centra en un estudio al contenido del contrato de seguro regulado por el Código de Comercio, título XVII, para de esa forma aproximarse al contrato de seguro de asistencia médica como tal, así como, a la actividad aseguradora de las empresas que comercializan este producto.

Finalmente, realizado el estudio al contrato de seguro de asistencia médica, como a la actividad aseguradora, se plantea una propuesta como solución al problema analizado que enfrentan los asegurados frente a las compañías de seguros médicos privados. Ésta consiste en un instrumento o protocolo médico legal que sirva como guía a las partes intervinientes del contrato para resolver acerca si una determinada condición de salud, está relacionada a una enfermedad anterior.

ABSTRACT

The survival of man meets the natural instinct to protect himself against conditions that affect not only his health but also assets due to the expenses incurred in keeping healthy. Therefore, man has devised various ways to minimize the cost of risk occurred in the event that a person suffering from a particular disease, such as, insurance contracts of medical and health assistance duly operated by licensed companies.

Nevertheless, the problems the affiliates face with a medical insurance company is the diversity of criteria according to the origin of pre-existing medical conditions. In such a way that following the work of qualification, a corresponding analysis is made to the misrepresentation of medical criteria which the medical insurance companies can act on with the final purpose to exclude the coverage of a certain medical condition.

This is so, that with the purpose of analyzing the dilemma the qualification job is centered in the study of the content of the contract of medical assistance as such, as well as, to the insurance activity of the enterprises that commercialize this product.

Finally, after having studied both, the medical assistance insurance contract as well as the operating system, a proposal arises as a solution to the analyzed problem the affiliates are faced with by facing the private medical insurance companies. Which consists on a legal medical protocol that will serve as guide to the interveners of the contract to see if a determined medical condition is related to a previous illness.

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
1. EL CONTRATO DE SEGURO	4
1.1. Concepto.-	4
1.2. Elementos personales del contrato.-	6
1.2.2. Asegurado, Tomador o Solicitante, y Beneficiario.....	9
1.3. Naturaleza jurídica.-.....	11
1.4. Derechos y obligaciones.-.....	13
1.4.1. Del asegurado.....	13
1.4.2. De la aseguradora.....	16
1.5. Elementos esenciales.-.....	17
1.5.1. El interés asegurable.....	17
1.5.2. El riesgo asegurable.....	19
1.5.3. El monto asegurado o límite de responsabilidad.....	20
1.5.4. La prima.	22
1.6. Características.-.....	24
1.6.1. Bilateral.	24
1.6.2. Oneroso.....	25
1.6.3. Principal.....	26
1.6.4. Aleatorio.....	27
2. ANÁLISIS AL CONTRATO DE SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA	29
2.1. Antecedentes.-.....	29
2.2. Seguro de daños.-.....	31
2.3. Seguro de personas.-.....	33
2.4. Amparos accesorios.-.....	35
2.5. Seguro de vida.-.....	37
2.6. Caracteres personales del contrato de seguro médico.- ...	41
2.7. Peculiaridades económicas.-.....	44

2.7.1. Interés económico en la conservación de salud.....	44
2.7.2. Causa del seguro médico.....	46
2.8. Perfeccionamiento del contrato.-.....	47
3. CONDICIONES GENERALES, ESPECIALES Y PARTICULARES DEL CONTRATO DE SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA	50
3.1. Contenido del contrato.-	50
3.2. Buena fe contractual.-	52
3.3. Exclusión a las enfermedades preexistentes-.....	56
3.4. Problema respecto de criterios por preexistencia médica.-.....	59
3.5. Tergiversación a la preexistencia médica.-.....	60
3.5.1. Definición.....	60
3.5.2. Breve relación con la posición de dominio, abuso del derecho y fraude a la ley.....	62
3.6. Casos prácticos.-.....	65
3.7. Propuesta.-	71
CONCLUSIONES	75
RECOMENDACIONES	78
REFERENCIAS:.....	80
ANEXOS	85

INTRODUCCIÓN

El artículo veinticinco de Ley General de Seguros, LGS, como el artículo diez del Código de Comercio, título XVII, determinan el deber que tienen las aseguradoras de fijar claramente dentro de sus pólizas los riesgos que están cubiertos como aquellos que están excluidos, de tal forma que a las partes contratantes no les quede duda respecto de la cobertura que se contrata. Por su parte, el artículo veinticinco de la Ley Orgánica de Discapacidades, LOD, establece que toda compañía que opere contratos de seguros de asistencia médica, previo a su comercialización, deben estar debidamente aprobados por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros. En tal sentido, las compañías que comercializan contratos de seguros de asistencia médica al momento de redactar las condiciones del mismo, deberían hacerlo amparados en las disposiciones legales que rigen a esta materia.

Ahora bien, las leyes y entidades estatales que por acto administrativo regulan al contrato de seguro de asistencia médica, facultan a que las empresas de seguros incorporen dentro de sus pólizas, la exclusión de cobertura a las enfermedades preexistentes, o bien que las incluyan bajo un tope o límite de cobertura. Sin embargo, el problema radica en que no existe un protocolo médico o disposición expresa que defina si una determinada condición de salud puede relacionarse o no, a una enfermedad preexistente, y es allí donde se origina un conflicto entre la diversidad de criterios que pueden tener los asegurados frente a las compañías de seguros. Para tal efecto, es de suma importancia estudiar en principio al contrato de seguro regulado por el Código de Comercio, título XVII, para un acercamiento al análisis del contrato de seguro de asistencia médica y sus condiciones.

Por lo tanto, el presente trabajo de titulación como objetivo principal se enfocará en realizar un análisis respecto a cómo las empresas de seguros médicos tergiversan una condición de salud, a fin de relacionarla a una enfermedad preexistente y de esa manera excluirla de cobertura. En tal

sentido, la investigación se la realizará en virtud de algunos reclamos presentados a las aseguradoras por parte de sus afiliados por negativa de cobertura, que para tal efecto, a través de fuentes secundarias, como técnica y herramienta de investigación, se examinaron las negativas de las empresas de seguros de asistencia médica, que mayores primas netas emitidas percibieron en el año 2015.

En consecuencia, mediante el estudio de fuentes doctrinales jurídicas, escritas por expertos en seguros y cuerpos normativos que regulan la materia, la investigación tendrá como objetivos secundarios, el estudio del contenido del contrato de seguro regular, para de esa forma, aproximarse al análisis del contrato de seguro de asistencia médica en particular. De tal manera que, comprendido el contrato de seguro médico, se estudiará también a la actividad aseguradora que faculta a las empresas de seguros médicos, implementar condiciones excluyentes de cobertura, que para tal efecto, es indispensable hacer una investigación previa, a la buena fe contractual respecto de la obligación del asegurado en declarar objetivamente el estado de riesgo antes de la suscripción del contrato.

De igual manera, a raíz de un juicio de expertos en la materia para validar el contenido, así como, de una inspección de registros y fuentes jurídicas doctrinales, la investigación a su vez se centrará en analizar el perjuicio que enfrentan los asegurados por una presunta posición de dominio, abuso del derecho o fraude a la ley con la que podrían actuar las empresas de seguros médicos al tergiversar criterios con el fin de negar una cobertura. Que como consecuencia, el trabajo se enfocará en el planteamiento de una propuesta con el objetivo de solucionar el problema que existe entre asegurados y aseguradoras respecto de la diferencia de criterios sobre el origen de una determinada condición de salud.

Para tal efecto, el contenido del presente trabajo partirá de una investigación al contrato de seguro en general, seguido de un análisis al contrato de seguro de

asistencia médica como tal, estudiando a su vez otro tipo de contratos de seguros que son los que estructuran al contrato de seguro médico, a fin de exponer el planteamiento del problema objeto de esta investigación; y, finalmente, culminará con la conclusiones y recomendaciones que surgen del presente trabajo de titulación.

CAPÍTULO I

1. EL CONTRATO DE SEGURO

1.1. Concepto.-

Para los propósitos legales el artículo primero del Código de Comercio, título XVII, define al contrato de seguro como aquel mediante el cual, el asegurador se obliga a cambio del pago de una prima, a indemnizar al asegurado dentro de los límites convenidos, de una pérdida o daño producido por un acontecimiento incierto. Mientras que, Vivante (2005, pp. 166) define al contrato de seguro como “aquel en virtud del cual una empresa se obliga a pagar cierta suma al acaecer un caso fortuito, mediante un precio calculado según las probabilidades que acontezca ese hecho”. Por lo tanto, una persona natural o jurídica siempre que tenga un interés económico sobre la protección de sus bienes, vida o salud, los puede proteger de daños inciertos a través de un contrato de seguro, en el cual, la persona que solicita el seguro cancela a la empresa aseguradora un valor proporcional al interés asegurable a cambio que, en caso de sucedido un imprevisto sea la empresa aseguradora la que asuma la pérdida dentro de los límites convenidos.

El contrato de seguro, en legislaciones como la española, se solía contemplar en dos diversas formas.

“Como asociación de las distintas personas que están expuestas al mismo riesgo, que cuando una de ellas sufre un siniestro el resto contribuye a su reparación (seguro de mutuo), o mediante el traspaso a otra personas que se compromete asumir la totalidad a cambio del pago de una determinada cantidad”. (Uría, Menéndez y Soto, 2007, pp. 585)

Tal es así que, la combinación de estas dos formas se puede considerar a la estructura del contrato de seguro regulado en el Código de Comercio, título XVII, pues en el primer caso, desde el punto de vista de la contribución de varios que están expuestos al mismo riesgo, en un contrato contra todo riesgo de vehículos, la prima que pagan los propietarios de los automóviles que no han sufrido daño, sirve como reserva para indemnizar aquellos que sí. Mientras que, manteniendo el mismo ejemplo, el hecho que la compañía de seguros que oferta el seguro contra todo riesgo de vehículo, sea el tercero que se compromete en asumir el riesgo en caso de daños, se relaciona a la segunda forma referida. En tal sentido, el aporte de las primas que pagan los asegurados o solicitantes de un determinado contrato de seguro, constituye una reserva o fondo para que la compañía de seguros indemnice el acontecimiento de un riesgo cubierto.

Actualmente cuando las compañías que operan como aseguradoras ofertan sus productos, se puede evidenciar que tienen estructurado un contrato general, el cual, de conformidad con el artículo veinticinco de la LGS, requiere ser autorizado por parte de la entidad que las regula, que en este caso, de acuerdo al cuerpo legal en mención, es la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, antes la Superintendencia de Bancos. Un ejemplo claro puede tratarse del seguro de salud que comercializa BMI, el cual se adjunta como Anexo Uno. Dicho contrato, de acuerdo al artículo veinticinco de la LOD, previo a su comercialización debió haber sido aprobado por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para brindar este servicio. Como es evidente, la Superintendencia aprobó que la empresa haya establecido montos máximos de cobertura para enfermedades preexistentes; y, a su vez, ideado diversos planes cuyos costos son superiores por mayores beneficios como por ejemplo mayores montos de cobertura a enfermedades preexistentes, como es el contrato denominado como “Plan Infinity, Seguro de Salud – Health Insurance” el mismo que pasa a formar parte del presente trabajo como Anexo Dos. Tal es así que, las empresas de seguros o agentes de seguros al momento de comercializar un contrato de seguro,

independientemente de cual fuera el riesgo cubierto, ofertan al interesado varias opciones para que el tomador del seguro escoja el que más se adapte a su interés y/o situación económica.

Ahora bien, para la plena validez y eficacia del contrato de seguro, el artículo dos del Código de Comercio, título XVII, determina elementos o requisitos esenciales que deben estar claramente establecidos previo a la suscripción del contrato, que entre ellos se encuentran la identificación de las partes contratantes, el interés asegurable, el riesgo asegurable, el monto o límite de responsabilidad del asegurador, la prima o precio del seguro; y, la obligación del asegurador de efectuar el pago del seguro en todo en parte, según la extensión del siniestro. Sin perjuicio que de conformidad con el artículo veinticinco de La LGS, todo contrato de seguro previo a su comercialización deberá ser debidamente autorizado por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, de tal forma que dentro del contrato no se omitan los requisitos con los que debe contar el contrato.

En conclusión, el contrato de seguro es un instrumento privado regulado por el Código de Comercio, título XVII, que previo a su comercialización requiere ser autorizado por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, a través del cual, una empresa se obliga frente al asegurado a cambio de un valor, a indemnizarlo por la pérdida o daño sufrido a su patrimonio, persona o salud por caso fortuito, dentro de los límites convenidos. Para tal efecto es importante que el contrato cumpla con los requisitos establecidos por ley, y que consecuentemente el riesgo cubierto, sea de objeto lícito.

1.2. Elementos personales del contrato.-

1.2.1. Actividad aseguradora y empresa de seguros.

De conformidad con el artículo tercero del Código de Comercio, título XVII, la actividad asegurada corresponde únicamente a personas jurídicas legalmente

autorizadas para ello; y, en consecuencia conforme al artículo tres de la LGS, estas compañías deben ser anónimas constituidas en el territorio nacional o sucursales extranjeras legalmente establecidas en el país, cuyo objeto social únicamente estará encaminado en asumir directa o indirectamente en aceptar o ceder riesgos en base a las primas que reciben por el contratante. Por otra parte, la actividad aseguradora solo incumbe a empresas de seguros económicamente capaces de asumir el riesgo, pues Uría en el año 1992 (pp. 696) explica que “hace tiempo que los aseguradores individuales quedaron desplazados del campo del seguro por la imposibilidad de organizar en un marco de fuerzas puramente individuales el complicado mecanismo de la empresa aseguradora”. En tal sentido, para quien quiera operar seguros individualmente como persona natural, le resultaría física y económicamente imposible, por tanto esto corresponde únicamente a compañías que cuenten con un capital mínimo establecido por ley, el cual de conformidad con el artículo catorce de la LGS, es de ocho millones de dólares de los Estados Unidos de América.

El artículo tercero de la LGS establece que las empresas de seguros son, de seguros generales, de seguros de vida y las que operaban al tres de abril de mil novecientos noventa y ocho en conjunto en las dos actividades. Por lo tanto, a partir de entonces, la actividad aseguradora para las que operan seguros generales asumen el riesgo causado por afecciones, pérdidas o daño de la salud, de los bienes o del patrimonio y riesgos de fianza o garantías. Mientras que, las empresas que operan seguros de vida cubrirán los riesgos de las personas o garantizarán a éstas dentro o al término de un plazo, un capital o una renta periódica para el asegurado. Sin embargo, pese a la clasificación que hace el artículo tres del cuerpo legal en mención a la actividad aseguradora, es importante dejar constancia que no necesariamente consiste solo en el pago del siniestro debidamente comprobado y convenido por los contratantes.

“Normalmente la contraprestación que debe cumplir la empresa aseguradora es el pago de los respectivos siniestros, sin perjuicio que también pueda consistir en la defensa en juicio del asegurado, como sucede en el seguro de responsabilidad civil, o además en suministrar ciertos servicios adicionales”. (Pisani, 2006, pp. 270).

En la actualidad, por la creación de nuevas leyes, se han ideado diferentes ramos sobre los cuales las compañías de seguros generales debidamente autorizadas pueden operar su mecanismo de cobertura. Un ejemplo claro es que a raíz de la entrada en vigencia del Código Orgánico Integral Penal, COIP, por la tipificación del artículo ciento cuarenta y seis con relación al homicidio culposo por mala práctica profesional que sanciona con pena privativa de libertad a la persona que al infringir un deber objetivo de cuidado en el ejercicio o práctica de su profesión, ocasionar la muerte de otra, se constituyeron compañías de seguros como “AMA AMÉRICA S.A. EMPRESA DE SEGUROS” cuya cobertura principal es la de indemnizar a médicos en caso que éstos sean obligados a reparar los daños y perjuicios causado, por la mala práctica profesional.

Ahora bien, entendida la actividad aseguradora y a la empresa de seguros, el asegurador es “la persona que se obliga a indemnizar el daño a cambio de la percepción de la prima” (Lacruz, 2013, pp. 88). Por su parte, para una definición más completa en cuanto a la actividad de aseguradora y asegurador, Alvarez (2012, pp. 77) define al asegurador como “La persona jurídica, sociedad anónima o entidad de naturaleza cooperativa y admitida legalmente, debidamente autorizada para ello por la Superintendencia Financiera con arreglo a las leyes y reglamentos, quien asume el riesgo a cambio de una prima”. Pese a que esta última definición es de normativa colombiana, no varía en absoluto a la actividad aseguradora del Ecuador, salvo que las empresas que operan seguros, son solo sociedades anónimas reguladas por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros.

Por lo tanto, la actividad aseguradora ejercida por una compañía de seguros generales, seguros de vida, o las que operaban al tres de abril de mil novecientos noventa y ocho en conjunto con las dos actividades, es la parte que en virtud del perfeccionamiento de una póliza y a cambio de percibir una prima, se compromete en asumir el riesgo que afecta a los bienes o salud del asegurado. Para tal efecto, la persona que asume el riesgo, debe ser una sociedad anónima legalmente constituida en el país, que cuente con el capital y autorización de ley.

1.2.2. Asegurado, Tomador o Solicitante, y Beneficiario.

El artículo tres del Código de Comercio, título XVII, define al asegurado como la persona interesada en la traslación de los riesgos. Es decir, aquella sobre la cual la empresa de seguros se obliga a indemnizar un valor, en el evento que suceda el riesgo sobre el cual se contrató.

“La persona que tiene interés en prevenir el riesgo, en el seguro, pero la genuina parte contractual lo es el tomador del seguro, que es el dominus negotii que estipula y perfecciona el contrato de seguro declarando su consentimiento o voluntad contractual frente a la otra parte, la aseguradora”. (Lacruz, 2013, pp. 84).

De tal forma que, en una definición más concreta el asegurado es “aquella cuyos son los riesgos que se aseguran o cuyo es el interés o bien sujeto a la eventualidad prevista. Normalmente, se le denomina como el asegurado, pero genéricamente es el solicitante, contratante o tomador” (Peña, 2012, pp. 22). Ahora bien, a través de estas definiciones se han podido identificar al asegurado y tomador, que en la práctica puede ser la misma persona siempre que el solicitante del contrato lo haga a nombre propio, convirtiéndose como tal en titular del contrato. Sin embargo, el artículo trece del Código de Comercio, título XVII, faculta a que una persona contrate un seguro a nombre de un tercero, ejemplo el abuelo que contrata un seguro por gastos médicos a favor

de su nieto quien viajará al exterior a finalizar sus estudios universitarios, por tanto el que se compromete a cancelar el valor de la prima del seguro será el abuelo, pero sobre quien recae la cobertura es el nieto. En tal sentido, a quien corresponde reclamar los derechos de la contratación en caso de sucedido el siniestro es al asegurado, que en el ejemplo citado, le corresponde al nieto que estudia en el exterior, sin perjuicio que está obligado al cumplimiento de las condiciones establecidas en el contrato.

A más del asegurado, puede intervenir una tercera persona que sin ser parte del acto jurídico, adquiere derecho sobre el contrato de seguro una vez que se cumpla la condición por la cual se contrató. Esta persona se la conoce como el beneficiario del contrato de seguro, que según Guardiola (2001, pp. 56) es “la persona designada en la póliza por el asegurado o contratante como titular de los derechos indemnizatorios que en dicho documento se establecen”. A manera de ejemplo, esta designación es común en los seguros de vida en caso de muerte, en la que las compañías de seguros que ofertan este producto, lo hacen principalmente a los padres de familia, para que al momento de la contratación, designen a sus hijos como beneficiarios de una indemnización en caso que éstos fallezcan. De conformidad con el artículo sesenta y ocho del Código de Comercio, título XVII, la designación del beneficiario en este tipo de contratos, puede realizarse a favor de cualquier persona y a título gratuito, sin que tenga derechos en la sucesión del contratante, por tanto no se debe confundir los derechos que tienen los hijos en la sucesión de sus padres con los de beneficiarios de una póliza de seguro.

De tal forma que, el asegurado o solicitante del contrato pueden ser las mismas personas o no, que a su vez pueden designar a un tercero como beneficiario de la indemnización a la que está obligada la compañía de seguros en caso de cumplida la condición sobre la cual se aseguró. Sin embargo, de acuerdo a la contratación que se realice, el beneficiario podrá ser cualquiera de ellos; y, así lo confirma Álvarez en el 2012 (pp. 78) al manifestar que “el beneficiario, es la persona que tiene derecho a recibir la prestación asegurada. Puede ser el

mismo tomador o asegurado o una persona diferente”. Dicho de otra forma, designar a un tercero beneficiario es común en la contratación de seguros de vida en caso de muerte, mientras que, beneficiario y asegurado en mismas calidades es común en los contratos de seguros contra todo riesgo de vehículos, al momento cuando el vehículo sufre un accidente, quien se beneficia de la reparación es el mismo asegurado.

En síntesis, el asegurado y tomador del contrato de seguro pasan a ser un elemento personal del contrato de seguro, sobre el cual, a falta de ellos, no puede perfeccionarse. Sin embargo, el tomador o solicitante del contrato puede hacerlo a nombre propio o por cuenta ajena, que tratándose del primer caso, el tomador adquiere la condición de asegurado y en el segundo caso únicamente como responsable del pago de la prima del seguro, siendo un tercero quien ejerce o se beneficia de los derechos de reclamar la prestación del servicio. Para tal efecto, a esta persona se la conoce como el beneficiario, quien es designado por el solicitante del contrato al momento de la suscripción del mismo.

1.3. Naturaleza jurídica.-

El contrato de seguro se lo encuentra regulado en el título XVII del Código de Comercio, que corresponde al Decreto Supremo número 1147, publicado en el Registro Oficial Suplemento 1202 de fecha veinte de agosto de mil novecientos sesenta, cuyo propósito de acuerdo al artículo primero del cuerpo legal en mención, rige las obligaciones de los comerciantes en sus operaciones mercantiles y los actos y contratos de comercio, aunque sean ejecutados por no comerciantes. Por otro lado, el contrato de seguro al ser un acto de comercio a más de tener un carácter positivo, pertenece al derecho privado, tal es así que la actividad aseguradora de conformidad con el artículo primero de la LGS, es regulada por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, entidad que regula a las empresas privadas, a excepción de aquellas de economía mixta.

Sin embargo, la determinación respecto de la mercantilidad de contrato de seguro, mucho depende también de las partes del contrato,

“La mercantilidad del acto de seguro, dependerá del carácter de la empresa que ejecuta el seguro, verbigracia, si una sociedad anónima de seguros, cumple operaciones propias o relativas a su objeto social, el acto de seguro es mercantil, porque éstas empresas persiguen un fin de lucro y el acto es mercantil”. (Cevallos, 2011, pp. 293).

En tal sentido, la actividad aseguradora es meramente mercantil, pues a través de la contraprestación del servicio, la misma está encaminada a lucrar. Lacruz en el 2013 (pp. 84) cuando se refiere a la actividad aseguradora, manifiesta que “la eficacia de la cobertura del riesgo implica una actividad de intermediación o de reparto de dicho riesgo, cuyo carácter es mercantil”. En tal sentido, si el contrato de seguro está regulado por el Código de Comercio, título XVII; y, éste a su vez regula operaciones mercantiles, no hay lugar a duda que la naturaleza del contrato de seguro es mercantil.

En suma, las empresas de seguros privados reguladas por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros tienen el carácter de mercantiles, pues la finalidad de la actividad aseguradora es la de lucrar, que de acuerdo al artículo uno del Código de Comercio, título XVII, es una operación mercantil regulada. En tal virtud, el contrato de seguro nace de un acuerdo comercial, entre una persona que desea proteger su patrimonio, vida o salud, con una empresa que está dispuesta asumir ese riesgo a cambio de recibir un valor de por medio.

1.4. Derechos y obligaciones.-

1.4.1. Del asegurado.

La sección IV del Código de Comercio, título XVII, prevé los derechos y obligaciones de las partes contratantes, entre ellas considerando una de las más relevantes para los propósitos de la actividad aseguradora, se encuentra el deber del solicitante del seguro de declarar objetivamente el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. Actualmente las empresas de seguros amparados de esta obligación, fijan una cláusula de declaración de preexistencia o antecedentes a fin de excluir o limitar la cobertura de aquellos hechos que aproximan un riesgo, es decir, los que ponen en desventaja a la empresa aseguradora. Por ejemplo, en los casos de seguros médicos “cuando se celebra un contrato asegurativo, la empresa establece que cubre a su cliente por los eventos futuros, y no sobre los que ya ocurrieron” (Lorenzetti, 2009, pp. 426). Tal es así que, conforme se desprende del Anexo Tres, empresas de seguros como BUPA, fija una cláusula de declaración de preexistencias médicas con el fin de que, posterior a la fecha de suscripción del contrato, no quede duda respecto de las enfermedades cubiertas como de las excluidas.

En tal virtud, una obligación primordial es la que tiene el asegurado de declarar objetivamente el estado del riesgo, previo a la suscripción del contrato.

“La importancia que el elemento riesgo tiene en todos los seguros exige su más perfecta descripción en el contrato, mas, como en ese punto el asegurador se ve obligado a depositar su confianza en los datos o indicaciones que le suministra el asegurado, se crea así una situación desigual y desventajosa para el asegurador”. (Uría et al., 2007, pp. 619).

Tal es así que, la aseguradora presumirá la buena fe contractual del tomador del seguro, en el sentido que lo declara es la verdad. Sin embargo, sobre este punto, a través del artículo catorce del Código de Comercio, título XVII, otorga el beneficio de la duda a las compañías de seguros cuando establece que la reticencia o la falsedad acerca de aquellas circunstancias que conocidas por el asegurador, lo hubieren hecho desistir de la celebración del contrato, vician de nulidad relativa el contrato de seguro. De tal forma que, conforme se desprende del Anexo Tres del presente trabajo, las empresas de seguros al momento de redactar el contrato, incorporan este particular.

Por otro lado, adicional a la obligación de declarar objetivamente el estado del riesgo, el asegurado de conformidad con el artículo diecisiete del Código de Comercio, título XVII, por la prestación del servicio que recibe de parte de la aseguradora, está obligado al pago de una prima, la cual se define como “La carga esencial o como algunos autores la llaman principal del solicitante que contrata por sí mismo o a nombre ajeno el seguro es la prima o tarifa, durante los períodos de tiempo convenidos en la póliza, en dinero” (Cevallos, 2011, pp. 306). De tal forma que, de acuerdo a Alonso (2010, pp. 899) la prima es “la contraprestación que paga el tomador del seguro o el asegurado por el desplazamiento del riesgo al asegurador”. Es decir, en virtud de estos dos conceptos junto con lo que determina el artículo dos del Código de Comercio, título XVII, se puede considerar al pago de la prima como un elemento esencial del contrato de seguro, en virtud del cual, a falta de ésta, no habría contrato. Por lo tanto, por la contraprestación del servicio que presta la aseguradora en asumir el riesgo, el asegurado cancela un valor al que se le denomina como prima.

En lo que concierne a los derechos y obligaciones de las partes, respecto de la contratación que se lo hace por cuenta ajena, el artículo trece del Código de Comercio, título XVII, es claro cuando establece que el solicitante del contrato de seguro tiene que cumplir con las obligaciones emanadas del contrato, salvo aquellas que por su naturaleza no pueden ser cumplidas sino por el asegurado.

Es decir que, de acuerdo al inciso segundo del artículo dieciséis del cuerpo legal en mención, a quien corresponde dar aviso de la ocurrencia del siniestro es al asegurado, pues sobre él y/o el beneficiario se derivan los derechos y obligaciones del contrato. Cabe recalcar que de acuerdo al artículo veinte del Código de Comercio, título XVII, el aviso debe darse dentro de los tres primeros días de ocurrido el imprevisto, salvo provisión en contrato, en tal caso, dicho plazo no puede ser inferior al que estipula la ley. Para tal efecto, Álvarez, (2012, pp. 89) cuando se refiere a las obligaciones del asegurado, manifiesta que, “es su deber del asegurado comunicar la realización del siniestro, sus circunstancias y consecuencias, y el deber de salvamento”. En tal sentido, sucedido el siniestro sobre el cual se celebró un contrato de seguro, el asegurado tiene la obligación de dar aviso del mismo dentro del plazo convenido, a fin de hacer valer sus derechos.

Por último, considerando otra de las obligaciones principales para los propósitos de la actividad aseguradora, es que el asegurado o beneficiario deben mantener el estado del riesgo, es decir evitar la producción del siniestro o evitar la propagación o extensión del mismo, pues la finalidad del contrato es la convivencia en tranquilidad que no suceda un imprevisto. Rodríguez (1994, pp.162) sostiene que “Como el contrato de seguro es de indemnización, no puede haber enriquecimiento alguno por parte del beneficiario, que con el seguro sólo verá cubierta la necesidad económica que la realización del siniestro provoque en su patrimonio”. Es decir, se presume la buena fe contractual del asegurado como la del solicitante, en el sentido que no desean provocar un siniestro para generarles ganancia, o que, en caso de haberlo, no alterarán los perjuicios provocados. De esta forma en el evento que el bien protegido se vea afectado o el riesgo se haya agravado por determinadas circunstancias, el solicitante o beneficiario de conformidad con el inciso segundo del artículo dieciséis del Código de Comercio, título XVII, deberá notificar a la empresa de seguros con antelación no menor de diez días a la fecha de modificación del riesgo.

En suma, a partir del artículo veinte del Código de Comercio, título XVII, constan los derechos y obligaciones de las partes contratantes que intervienen en la celebración del contrato de seguro, sin perjuicio de las que puedan derivarse por la naturaleza de cada contrato de acuerdo a su ramo, siempre que éstas no sean contrarias a la ley ni al orden público. Sin embargo, entre las obligaciones principales que abarca el Código de Comercio, título XVII, se pueden destacar o resumir en, la de declarar el estado del riesgo sobre el cual se asegura, pues de esa manera las empresas de seguros fijan un tope de cobertura por condición anterior, o bien las limitan. De igual manera, es fundamental la obligación de mantener el estado del riesgo, pues se entiende que la finalidad del contrato de seguro es la disminuir el daño causado por un siniestro, en tal sentido, el asegurado debe dar aviso cuando el bien asegurado se encuentre próximo a sufrir un daño, en caso de haberlo a no alterarlo. Finalmente, está el pago de la prima como contraprestación del servicio o riesgo que asume la empresa de seguros.

1.4.2. De la aseguradora.

Entre las obligaciones principales del asegurador que contempla el Código de Comercio, título XVII, respecto del contrato de seguro, se encuentra la de indemnizar al asegurado por el siniestro ocurrido, en razón del riesgo sobre el cual se contrató. Es preciso recalcar que la cobertura se la hará en razón de los términos convenidos dentro del contrato. Para tal efecto, sobre este punto Garrigues, (1987, pp. 310) manifiesta que “esta obligación de pago es consecuencia de la antecedente obligación de asumir el riesgo, la cual es causa jurídica de la obligación principal del tomador del seguro”. Por tanto, por el pago de la prima a la que está sujeto el tomador del seguro, la aseguradora como contraprestación de la misma, adquiere la obligación de asumir el riesgo. Para tal efecto, Uría et al., en el 2007 (pp. 623) mencionan que, “como contraprestación a la prima recibida del tomador, el asegurador asume la obligación fundamental de indemnizar el daño causado por el siniestro”. En tal sentido se puede concluir que la obligación de indemnizar de la aseguradora

está vigente siempre que el asegurado cumpla con el pago de la prima acordada.

Sin perjuicio que, en el caso que el asegurado no haga uso de su cobertura, no significa que la empresa está obligada a devolver los valores cancelados, pues el beneficio que brinda la empresa de seguros en asumir el riesgo, no está enfocada únicamente si ocurre el siniestro, sino también en el hecho que el bien asegurado está protegido ante una eventual contingencia. De tal manera que, Alonso (2010, pp. 898) afirma que “esta obligación presenta como característica el mantenerse como abstracta durante la vida del contrato y materializarse sólo cuando se produce el siniestro”. Por tanto, sucedido o no el siniestro, el asegurado como asegurador están obligados al cumplimiento del contrato en todas sus partes, independientemente que el siniestro sucede o no.

En consecuencia, quien contrata un seguro cualquiera que sea su ramo, lo hace por así convenir a sus intereses, es decir, con la finalidad de mantener una tranquilidad consigo mismos, de que el bien objeto del contrato de seguro, en la eventualidad que ocurra un imprevisto, se encuentra protegido por un tercero. Sin embargo, por efectos de la contraprestación del servicio, el solicitante del contrato de seguro está en la obligación de cancelar una prima, la cual será cobrada independientemente de que surja o no, el acontecimiento sobre el cual se contrató.

1.5. Elementos esenciales.-

1.5.1. El interés asegurable.

Dentro de la clasificación de los elementos esenciales a los que se refiere el artículo dos del Código de Comercio, título XVII, se encuentra al interés asegurable, que a falta de éste, el contrato es absolutamente nulo. Para los propósitos del contrato, Veiga (2009, pp. 133) manifiesta que “el interés es el objeto del contrato de seguro”. En tal sentido, quien tiene relación sobre un

determinado bien o cosa, contrata un seguro a fin de que éste se encuentre protegido ante determinados riesgos. Sin embargo, el interés asegurable “no solo se refiere a bienes, sino también al provecho o utilidad y al valor que en sí tiene tales bienes o cosas” (Peña, 2012, pp. 33). Por lo tanto quien contrata un seguro, lo hace por tener algún tipo de relación o estima sobre un determinado bien que puede estar expuesto a un riesgo. Tal es así que, Uría et al., (2007, pp. 700) explican que el interés asegurable es el objeto del contrato de seguro, pues éste viene constituido por la intención del asegurado que el bien expuesto a riesgo esté protegido, de tal forma que lo que se asegura es ese interés, y no el bien en sí. Dicho de otra forma, el interés asegurable es la razón por la cual se da existencia a una relación jurídica entre asegurado y asegurador que constituyen el objeto del contrato de seguro.

En tal virtud, el contrato de seguro surge a raíz del interés o relación que tiene el asegurado sobre determinado bien o cosa expuesta a riesgo, “la relación jurídica-económica que une a un sujeto con un bien o cosa” (Veiga, 2009, pp. 133). Por lo que, es preciso recalcar que el contrato de seguro no se lo hace en razón de un determinado bien o cosa sino sobre el interés que se tiene sobre ello. Por lo tanto, quien tiene interés en que el vehículo de su propiedad se encuentre protegido ante la eventualidad de un accidente, contrata un seguro contra todo riesgo de vehículos; y, así con los diferentes tipos de ramos de seguros.

En conclusión, el interés asegurable constituye un elemento esencial del contrato de seguro, puesto que, a falta de éste no habría objeto del contrato. Es decir, quien tiene relación con un determinado bien o cosa que se encuentra expuesta a determinado riesgo, contrata un seguro con la finalidad de que la empresa aseguradora sea quien asuma la responsabilidad de responder por el daño provocado a raíz de un siniestro. Por lo tanto, son objeto de aseguración todo bien o cosa que este expuesta a sufrir daños, de las cuales quien tiene interés sobre ellas, contrata un seguro.

1.5.2. El riesgo asegurable.

En la clasificación que hace el artículo dos del Código de Comercio, título XVII, sobre los elementos esenciales del contrato de seguro menciona también al riesgo asegurable, el cual se define como “la posibilidad de un evento dañoso” (Sánchez, 2005, pp. 117). Es decir, la causa del contrato de seguro es que exista un riesgo sobre el interés que se asegura.

“El riesgo como posibilidad de que ese evento se produzca, constituya un presupuesto de la causa contractual y sea elemento esencial del contrato. Sin riesgo no puede haber seguro, porque faltando la posibilidad que se produzca un evento dañoso (siniestro) no podrá existir daño indemnizable y el contrato carecería de causa”. (Lacruz, 2013, pp. 78).

Por tanto, quien tiene consciencia sobre los riesgos a los que está expuesto su persona, salud o patrimonio, a través de un contrato de seguro, prevé la pérdida causada por tal hecho en el evento que suceda. Por ejemplo, en un contrato de seguro de asistencia médica, los contratantes están conscientes que las enfermedades existen, pero desconocen si van a ocurrir en la persona asegurada.

Por otro lado, Cevallos (2011, pp. 301) sostiene que “el riesgo asegurable es la causa del contrato para la persona natural o jurídica que toma el seguro, con ello busca ampararse en caso de siniestro”. Por lo tanto, la obligación de indemnizar que tiene la compañía de seguros como contraprestación del cobro de la prima que cancela el solicitante, surge a raíz de la ocurrencia de la causa del contrato, es decir, del riesgo que se intentó prevenir pero que ocurrió. En tal sentido, a manera de ejemplo, quien contrata un seguro médico con cobertura oncológica, lo hace desconociendo si va a padecer o no, pero en la eventualidad de que suceda, la compañía se ve obligada en asumir los gastos incurridos por esta trágica enfermedad. Para mayor comprensión, el siniestro u

ocurrencia del riesgo se define como “la destrucción o pérdida extraordinaria sufrida en relación con personas, cosas o animales, a consecuencia de incendio, terremoto, descarrilamiento, naufragio, etc” (Pina, 1980, pp.432).

Por lo tanto, dada la naturaleza del contrato de seguro en el que las partes desconocen si una contingencia les va a significar pérdida o ganancia, este contrato tiene su razón de ser, como una manera de prevención sobre un hecho que podría afectar al patrimonio o la salud de la persona asegurada. Por tal motivo, el solicitante del contrato consciente de los riesgos a los que están expuestos sus bienes o salud, suscribe un contrato a través del cual, un tercero será quien se compromete en asumir los daños o pérdidas, en caso de ocurrido un siniestro. Dicho de otra forma, el riesgo asegurable es la causa sobre la cual se contrata el seguro, pues es incierta que se produzca pero cierta en el sentido que existe y que pueda suceder.

1.5.3. El monto asegurado o límite de responsabilidad.

En la clasificación que hace el artículo segundo del Código de Comercio, título XVII, sobre los elementos esenciales del contrato de seguro, menciona al monto asegurado o límite de responsabilidad, según el caso. Por lo que, cuando se refiere a “según el caso” es importante distinguir al monto asegurado del límite de responsabilidad, pues la primera responde a los seguros de vida en los que cumplida la condición del contrato, la empresa aseguradora se obliga a pagar al asegurado o beneficiario independientemente del tipo de seguro que se contrate, el valor o monto asegurado. Para tal efecto, Peña en el 2012 (pp. 34) respecto de esta distinción alega que, “la expresión monto asegurado se usa más propiamente en los seguros de vida en los que, el asegurador tiene que pagar al beneficiario o al propio asegurado, el capital de la póliza”; mientras que, a continuación por límite de responsabilidad manifiesta que “se refiere más bien a los seguros generales o de cosas en que se indemniza daños o perjuicios que pueden ser inferiores al monto asegurado

por la póliza” (Peña, 2012, pp. 34). En tal sentido, el límite de responsabilidad está más enfocado a los contratos de seguros generales o de cosas, que en el evento que suceda el siniestro, la aseguradora se ve obligada al pago de una indemnización que puede ser inferior a la del monto asegurado, pero no superior. Al respecto, Cevallos (2011, pp. 257) sostiene que “la responsabilidad del asegurador, nunca puede extender la cantidad del daño realmente producido, o la del límite estipulado en el contrato.” Tal es así que, la indemnización no puede exceder del valor real del interés asegurado en el momento del siniestro, ni del monto efectivo del perjuicio patrimonial sufrido por el asegurado o beneficiario, ni puede sobrepasar el límite de la suma asegurada.

Por otra parte, el monto asegurado o valor del seguro “es el valor del daño apreciado al producirse el siniestro; y suma asegurada es el límite convencional máximo de la indemnización” (Rodríguez, 1994, pp. 171). Cabe precisar que, de acuerdo a la afirmación que hace Uría et al., (2007, pp. 611) el monto asegurado “no solo sirve de base para el cálculo de la prima (a mayor suma, mayor prima) sino que representa además, el límite máximo de la prestación del asegurador”. Por lo que, a manera de ejemplo, al observar los contratos contra todo riesgo de vehículos, se puede observar claramente que las empresas lo aseguran de acuerdo al valor comercial que éste se encuentre, tal es así que, en caso de producido un siniestro, la empresa aseguradora se verá obligada a indemnizar únicamente sobre el valor del perjuicio provocado en el vehículo asegurado; y, hasta el monto asegurado es decir, en este caso, al del valor comercial que tenía el vehículo cuando se celebró el contrato.

En suma, las partes contratantes previo a la celebración del contrato de seguro, fijan el monto asegurado o límite de responsabilidad que tiene la empresa aseguradora en el evento que acontezca el riesgo por el cual se contrató. Generalmente el monto o límite se lo fija en virtud de avalúos comerciales cuando lo que se asegura son bienes muebles o inmuebles, ejemplo en un contrato de seguro contra incendio de una casa, se lo harán en razón del valor

la pérdida que podría ocasionar el daño. Mientras que, contratos de seguros como el de fidelidad que lo que se asegura son daños inmateriales, se lo hace en virtud de la afección o perjuicio que éste podría causar a la empresa. Podrá también asegurarse a la persona humana a través de contratos de seguros de gastos médicos, entre otros. Independientemente del tipo de contrato de seguro que sea, el monto asegurado o límite de responsabilidad es el tope de cobertura al que tiene derecho el asegurado de reclamar, o la compañía de seguros, de asumir.

1.5.4. La prima.

De conformidad con el artículo diecisiete del Código de Comercio, título XVII, el solicitante tiene la obligación de cancelar una prima a cambio del servicio que presta la aseguradora de asumir un riesgo; y, a su vez, el artículo segundo del cuerpo legal en mención, contempla a la prima como uno de los elementos esenciales del contrato de seguro, que a falta de ésta, el mismo se entenderá absolutamente nulo. Para tal efecto, se puede definir a la prima como “la prestación dineraria del tomador del seguro como contraprestación de la asunción del riesgo por parte del asegurador” (Tirado, 2003, pp. 655). En tal sentido, el pago de la prima es fundamental en el contrato de seguro, que para una mayor comprensión, es “el precio del seguro, la prestación dineraria que debe entregar el tomador a cambio de la cobertura del riesgo delimitado en el contrato que ofrece el asegurador” (Vázquez, 2007, pp. 19). Por otro lado, en una definición más precisa, Cevallos (2011, pp. 302) alega que la prima es “el precio del seguro contratado, que hace que el asegurador como contrapartida realice ciertas prestaciones”. En tal virtud, los solicitantes de un determinado contrato de seguro, se obligan al pago de una prima, para que sea un tercero quien se responsabilice por la ocurrencia de un riesgo cubierto.

Ahora bien, para una comprensión más amplia sobre la esencia de la prima en el contrato de seguro se refleja en la siguiente definición.

“En todo contrato de seguro el tomador satisface una determinada cantidad en concepto de prima, cuota o premio, que representa la contraprestación del riesgo asumido por el asegurador. La prima constituye un elemento esencial del seguro, y, sin acuerdo de las partes sobre la misma no habría contrato”. (Uría, 1992, pp. 700).

En tal sentido, previo a la suscripción del contrato como elemento esencial del mismo, la prima deberá quedar debidamente especificada, de tal forma que, para su cálculo “han sido suficientemente estudiadas bien a base de experiencias aun de cálculos actuariales como ocurre en los seguros de vida, bien por el estudio de las posibilidades y experiencias locales, como sucede con los seguros generales” (Peña, 2012, pp. 17). Por otro lado, para considerar otras pautas esenciales que toman en cuenta las empresas aseguradoras previo a la fijación de prima, se la puede definir también como “estadística, financiera y económicamente por el asegurador, conforme a la relación entre riesgo-siniestro e indemnización, de manera que integre el conjunto de servicios y que le permita cumplir con la ecuación del SECAP (costo-tasa de beneficio y precio de mercado)” (Gherzi, 2007, pp. 82). En tal sentido, la prima no es un valor a cancelar escogido al azar, sino que para el cálculo de la misma, interfieren varios factores que contribuyen para la fijación del porcentaje que debe cancelar el asegurado por la contraprestación del servicio.

En conclusión, de conformidad con el artículo dos del Código de Comercio, título XVII, el pago de la prima constituye un elemento esencial del contrato de seguro, que a falta de ésta, el contrato es absolutamente nulo. Consecuentemente, la prima es el valor calculado a través de varios factores como son el monto asegurado, tasas, beneficios, gastos de administración, estadísticas, entre otros, que el solicitante del contrato de seguro se compromete a cancelar a la empresa aseguradora, a fin de que sea ella quien se obligue en asumir un determinado riesgo.

1.6. Características.-

1.6.1. Bilateral.

La sección IV del Código de Comercio, título XVII, contiene los derechos y obligaciones de las partes, a través de la cuales se genera una serie de compromisos entre sí, encaminadas a los propósitos del contrato. Como consecuencia de ello, se crea el carácter de bilateral al contrato de seguro, de tal forma que, Carlos Ghersi (2007, pp. 69) sobre esta característica, manifiesta que las partes se obligan recíprocamente, es decir el asegurado a pagar una prima, y la aseguradora a una indemnización si ocurre la eventualidad prevista en el contrato. Por lo tanto, la dualidad de acciones que obligan a cada parte a cumplir con las condiciones o términos del contrato le da la característica de bilateral.

El artículo seis del Código de Comercio, título XVII, determina que el contrato de seguro se perfecciona a través de un documento privado, al que se le denomina como “póliza”, por lo que, las obligaciones adquiridas de la aseguradora como las del tomador o asegurado del contrato de seguro, se perfeccionarán al momento de la suscripción del mismo, el cual, por disposición legal, contendrá a su vez los elementos esenciales y se extenderá por duplicado. Tal es así que de acuerdo al cuerpo legal en mención, a través del artículo diecisiete, se determina que el pago de la prima al que está obligado el tomador del seguro por la contraprestación del servicio que brinda la aseguradora, el cual deberá hacerlo al momento de la suscripción del contrato, es decir que, al instante del perfeccionamiento del contrato, es que crean derechos y obligaciones para los contratantes.

Por lo tanto, el contrato de seguro es un instrumento privado mediante el cual las partes contratantes fijan los términos y condiciones que regirán a partir de la fecha de suscripción del mismo, que para tal efecto, mediante el

perfeccionamiento del contrato de seguro, las partes adquieren obligaciones recíprocas entre sí, caracterizando al contrato de seguro como bilateral.

1.6.2. Oneroso.

Quien adquiere un seguro independientemente de cual fuere su ramo, lo hace conociendo que por el interés económico que éste tiene sobre los bienes o cosas que asegura, cancelará una prima. Por lo que, el provecho que recibe el asegurado es equivalente al valor de la prima que cobra la compañía de seguros. Para tal efecto, Peña (2012, pp. 169) explica claramente el beneficio del asegurado al decir que el solo hecho de obtener una tranquilidad o paz espiritual al saber amparado el bien de que se trate, significa para la persona asegurada una utilidad de tipo psicológico. En tal virtud, considerando la contraprestación de beneficios, el contrato de seguro “es contrato oneroso, porque ambas partes persiguen la obtención de una ventaja patrimonial” (Uría, 1992, pp. 692).

Por otro lado, desde otra perspectiva sobre el provecho que recibe el asegurado, se puede partir de la siguiente definición.

“El seguro es un contrato oneroso, porque los sacrificios que realizan las partes encuentran su equivalente en el beneficio que obtienen. Así el asegurador indemniza o paga una suma convenida porque recibe del tomador el pago de una prima de la cuota mutualista, y éste, a su vez, satisface dicha cantidad porque será compensado económicamente si se produce el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura”. (Bataller, Latorre, y Olavarría, 2007, pp. 155).

Por lo tanto, el fruto que recibe el asegurado a más de la tranquilidad o certeza de que sus bienes o cosas aseguradas se encuentran protegidos, puede entenderse también como aquella que una vez sucedido el siniestro sobre el cual se contrató el seguro, será compensado económicamente.

En consecuencia, el contrato de seguro es oneroso porque ambas partes contratantes se benefician entre sí, las dos adquieren beneficios que significa o compensa las obligaciones adquiridas en el contrato de seguro. De tal forma que, la empresa de seguros al cobrar una prima al tomador del seguro, brinda al asegurado la tranquilidad de que sus bienes o cosas objeto del contrato, se encuentran protegidos ante un determinado riesgo; y, que, en la eventualidad que suceda el imprevisto por el cual se contrató, la compañía se obliga a reembolsar una cantidad de dinero, conforme fue convenido en la póliza.

1.6.3. Principal.

El contrato de seguro es un instrumento regulado por el Código de Comercio, título XVII, que no requiere de un contrato anterior para su existencia, pues surge de los intereses de las partes contratantes, a excepción de aquellos contratos de garantía como el seguro de fianza, que evidentemente son instrumentos suscritos para asegurar el cumplimiento de una obligación previa. Para tal efecto, el contrato de seguro “es principal porque su existencia no depende de la de otro.” (Peña, 2012, pp. 16).

En tal sentido, para los fines del contrato de seguro, las partes quedan sujetas a los términos y condiciones allí convenidas. En caso de conflicto entre las partes sobre los términos o condiciones, se regirán a lo establecido en el Código de Comercio, título XVII, o a la LGS incorporada al COMF, Libro III que regula al contrato de seguro y a la actividad aseguradora respectivamente.

Por lo tanto, el contrato de seguro nace del acuerdo de las voluntades de las partes sin la dependencia o existencia de un contrato previo, por lo que, éste contrato como instrumento privado, adquiere el carácter de principal.

1.6.4. Aleatorio.

El libro IV del Código Civil dentro de la clasificación a los contratos menciona que el contrato oneroso es conmutativo cuando cada una de las partes se obliga a dar o hacer una cosa que se mira como equivalente a lo que la otra parte debe dar o hacer a su vez; y, si el equivalente consiste en una contingencia incierta de ganancia o pérdida, se llama aleatorio. En tal sentido, el contrato de seguro es oneroso y conmutativo, en cuanto el precio que paga el solicitante a la aseguradora es equivalente a la prestación que recibe, ante esta afirmación sobre los contratos conmutativos, López en el 2004 (pp.64) sostiene que “son aquellos de los que puede predicarse una equivalencia entre las recíprocas prestaciones, pues la obligación de una contratante se mira como equivalente a la de otro.”

Ahora bien, cuando una persona busca suscribir un contrato de seguro, lo hace en virtud del riesgo que amenaza a los bienes o cosas del asegurado o incluso a su propia vida, es decir, contrata a manera de prevención de una contingencia incierta que puede suceder o no, pero que ocurrida su consecuencia significa daños o pérdidas para el asegurado. Sánchez (2005, pp. 117) afirma que el riesgo del contrato es “un elemento esencial, como presupuesto para que el asegurador asuma su obligación fundamental y se conecta con una característica esencial del contrato de seguro, el cual es su aleatoriedad”. Tal es así que, de conformidad con el artículo catorce mil cincuenta y siete del Código Civil, cuando el contrato se refiere a una contingencia incierta de ganancia o pérdida, se trata de un contrato aleatorio. Por lo tanto, el desconocimiento de la ocurrencia del siniestro sobre el cual se contrata, es lo que caracteriza al contrato de seguro como aleatorio, “esta incertidumbre es la que le da el carácter de aleatorio a la relación de seguro” (Morandi, 1971, pp. 84-85). Por otro lado, para una definición más amplia al contrato aleatorio, Lacruz (2013, pp. 74) manifiesta que “el contrato en el que la existencia de una contraprestación o la consistencia de ésta, para ambas o al

menos una de las partes, es un dato que desconocen en el momento de celebrarlo”.

En suma, quien contrata un seguro lo hace por prevención del riesgo al que están expuestos sus bienes, cosas, salud o incluso su propia vida, de tal forma que al momento de contratar se determinará el riesgo asegurable, es decir la causa por la cual se contrató, sin perjuicio que se desconoce si éste va o no a suceder. Tal desconocimiento es lo que caracteriza al contrato de seguro como un contrato aleatorio, pues pese a que las partes están conscientes de la incertidumbre de la ocurrencia del imprevisto, se obligan entre sí, suceda o no, el imprevisto.

En conclusión, a raíz del contenido del contrato de seguro regulado por el Código de Comercio, título XVII, así como, de la actividad aseguradora, las empresas de seguros estructuran una diversidad de contratos que pese a que no tengan una regulación expresa en la ley, se la realiza en virtud de una aproximación a ella, en cumplimiento de los elementos esenciales a los que se refiere el artículo dos del cuerpo legal en mención, título XVII. Tales como, el contrato de seguro de asistencia médica, que si bien no son normados, previo a su comercialización deben cumplir ciertas formalidades, como es la aprobación o autorización de parte de la autoridad de control, que en el caso que ocupa, es la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros.

CAPÍTULO II

2. ANÁLISIS AL CONTRATO DE SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA

2.1. Antecedentes.-

A raíz de la publicación de la reforma a LGS en el Registro Oficial, número 290 de fecha tres de abril de mil novecientos noventa y ocho, se evidencian nuevos elementos de naturaleza jurídica y técnica para el desarrollo de los seguros en el Ecuador, a través de los cuales se realiza una clasificación a las empresas de seguros, en el sentido que, a partir de entonces las empresas de seguros vendrían a prestar sus servicios como: seguros generales, seguros de vida y/o las que operaban conjuntamente con estas dos actividades, por lo que, aquellas compañías de seguros constituidas posterior al tres de abril de mil novecientos noventa y ocho, prestarán sus servicios únicamente como seguros generales o como seguros de vida.

Dentro de la LGS, el artículo tercero define a las empresas de seguros generales como aquellas que aseguran los riesgos causados por afecciones, pérdidas o daños de la salud, de los bienes o del patrimonio y los riesgos de fianza o garantías, mientras que, las de seguros de vida son aquellas que cubren los riesgos de las personas o que garanticen a éstas dentro o al término de un plazo, capital o una renta periódica para el asegurado y sus beneficiarios. En tal sentido, las empresas de seguros generales están facultadas para comercializar cualquier tipo de seguro, entre ellos de conformidad con el artículo sesenta y siete del Código de Comercio, título XVII, se incluyen los amparos accesorios como seguro de personas, de vehículos contra todo riesgo, incendio, entre otros. Un ejemplo es GENERALI COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., que oferta esta diversidad de coberturas. De igual manera, aquellas empresas que comercializan seguros de vida, poseen la facultad a su vez de incluir en sus productos, la cobertura de asistencia médica, ejemplo BMI, según se desprende del contrato que se adjunta como Anexo Uno.

De conformidad con el Anexo Seis del presente trabajo, la Presidenta de la Asamblea Nacional, Gabriela Rivadeneira, en la reunión legislativa del pasado 12 de febrero de 2016, llevada a cabo por la Comisión de la Salud respecto del actual "Proyecto de ley orgánica que regula a las compañías que financien salud integral prepagada y a las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica" destacó que las empresas de seguros médicos privados han cobrado cerca de cuatrocientos sesenta millones de dólares por concepto de primas en el año 2015, de tal forma que puntualizó la importancia de continuar con la estructura del actual "Proyecto de ley", mismo que por resolución de la Comisión Especializada Permanente del Derecho a la Salud, de fecha once de mayo de dos mil dieciséis, aprueba el informe para segundo debate del referido "Proyecto".

Por otra parte, el Código de Comercio no contempla al contrato de seguro médico como tal, sino que lo clasifica dentro del título XVII, capítulo III, sección I, como un seguro de personas con cobertura de los denominados amparos accesorios, que de conformidad con el artículo sesenta y siete del cuerpo legal referido, son aquellos gastos que tengan carácter de daño patrimonial, como gastos médicos, clínicos, quirúrgicos o farmacéuticos que sean susceptibles de indemnización. Sin embargo, los amparos accesorios, pese a que encuentran dentro de la sección del seguro de personas, el Código de Comercio, título XVII, es claro en cuanto a que su regulación se la hará al amparo de las normas relativas al seguro de daños.

"Tienen por finalidad la cobertura de riesgos relativos a la persona humana. Unas veces el riesgo consiste en la posibilidad de un evento que afecte la existencia misma del asegurado (seguro de vida), otras, la posibilidad de que sufra el asegurado lesiones corporales debidas a causa violenta y externa (seguro de accidentes), y otras, en fin el peligro de un quebranto en la salud que amenaza a todos los seres humanos (seguro de enfermedad)". (Uría et al., 2007, pp. 658).

En tal sentido, para el estudio normativo del contrato de seguro médico, se observará su naturaleza como un seguro de personas, pero cuya regulación se lo hace en torno al seguro de daños.

En conclusión, previo a que se publique en el Registro Oficial el actual “Proyecto de ley orgánica que regula a las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y a las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica”, actualmente el contrato de seguro médico, no cuenta con una regulación expresa, sino que de conformidad con el Código de Comercio, título XVII, a éste se lo puede clasificar dentro del seguro de personas y regularse por las normas relativas al seguro de daños. De tal forma que, el contrato de seguro de asistencia médica consiste en un acto jurídico mediante el cual, una empresa de seguros generales o de seguros de vida, asumen el riesgo causado por enfermedades o accidentes de las personas que son beneficiarias de un contrato de seguro de asistencia médica, dicho de otra forma, a través del contrato de seguro médico las empresas de seguros asumen el riesgo que afecta al patrimonio de los tomadores del contrato por el cuidado de la salud humana.

2.2. Seguro de daños.-

De conformidad con el artículo tercero de LGS, el seguro contra daños corresponde a la clasificación de los seguros generales, de tal forma que, conforme se desprende del artículo veintisiete del Código de Comercio, título XVII, el objeto de este tipo de contrato de seguro, es todo interés económico que una persona tenga en que no se produzca un siniestro, es decir como prevención de un riesgo que amenaza a sus bienes, patrimonio, cosas o salud. Para tal efecto, es importante comprender al interés asegurable como “la relación económica de un sujeto con un bien, la cual tiene un valor cuya disminución o pérdida habrá de ser compensada por la indemnización del seguro” (Uría et al., 2007, pp. 610). Mientras que, en una definición más precisa, “el interés es el objeto del contrato de seguro, pero al margen de ser

elemento esencial del contrato es paralelamente presupuesto y condición de su validez” (Veiga, 2009, pp. 133). Es decir, para los propósitos del contrato de seguro contra daños se considera al interés como un concepto económico, el cual, según Garrigues, (1987, pp. 287) cuando el interés se concentra sobre una cosa, se identifica con el valor de ella, es decir, la materialización del interés. Por lo tanto, para que exista un contrato de seguro contra daños es indispensable que exista una relación económica con el bien o cosa que se asegura, tal es así que, el artículo veintinueve del cuerpo legal en mención, indica que el interés debe existir desde el momento en que la aseguradora se compromete a asumir el riesgo, hasta que el riesgo sobre el cual se contrató, efectivamente suceda, pues lógicamente la empresa de seguros asumirá el riesgo siempre que se haya efectivizado una lesión al interés asegurado.

En tal virtud y de conformidad con el artículo segundo del Código de Comercio, título XVII, el interés asegurable es un elemento esencial del seguro contra daños, de tal forma que a falta de éste, el contrato se entiende absolutamente nulo. Por lo tanto, al seguro contra daños se lo define como “aquel que pretende el resarcimiento del daño patrimonial sufrido por el asegurado” (Tirado, 2003, pp. 667), es decir, el valor del interés es indispensable para la consideración del daño producido. A partir del capítulo dos, sección uno del cuerpo legal referido, se contemplan algunos contratos de seguros contra daños, tales como el seguro contra incendios, de responsabilidad civil, y seguro de transporte terrestre, dejando sin individualizar al contrato de seguros de gastos médicos como tal.

Respecto del contrato de seguro de asistencia médica, el artículo sesenta siete, título XVII del Código en mención, únicamente determina que aquellos hechos que tengan carácter de daño patrimonial, como gastos médicos, clínicos, quirúrgicos o farmacéuticos, son susceptibles de indemnización y se regularán por las normas relativas a los seguros de daños, sin perjuicio que su naturaleza responde a un seguro de personas, pues los amparos accesorios “son pertinentes a seguros personales, por su propia naturaleza, no respecto del

objeto asegurado, sino de la materia de la indemnización, tienen carácter de daño patrimonial.” (Peña, 2012, pp. 234). Por lo tanto, la ocurrencia en gastos médicos que hace una persona con el fin de mantenerse saludable, se considera como una pérdida o afectación al patrimonio de quien deposita su dinero por tal situación.

En síntesis, el contrato de seguro contra daños nace a raíz del interés económico que una persona tenga en que no se produzca un siniestro sobre sus bienes, patrimonio, o salud. Por lo que, el interés asegurable es un elemento esencial del contrato de seguro contra daños, que a falta de éste el contrato se entenderá nulo, pues es a través de la suscripción del mismo, es que la empresa aseguradora adquiere la obligación frente al asegurado a indemnizar las pérdidas o daños sufridos en las cosas o bienes sobre las cuales se asegura en caso de ocurrido un siniestro.

2.3. Seguro de personas.-

La clasificación que ha hecho el artículo tres de la LGS entre las empresas que operan seguros generales con las que operan seguros de vida, deja una peculiaridad semejante en el sentido que ambas pueden operar seguros de personas, pues por un lado, las empresas de seguros generales amparadas con el artículo sesenta y siete del Código de Comercio, título XVII, permite que dentro de sus facultades puedan cubrir a los amparos accesorios, cuya regulación se la realizará a través de la norma relativa a los seguros de daños. Sin perjuicio que dichos amparos corresponden al capítulo III de la norma en mención, que contempla al seguro de personas. Por otro lado, el Código de Comercio, título XVII, como el artículo tres de la LGS, no limita a que las compañías de seguros de vida comercialicen únicamente ese tipo de contratos, sino que, por regularse dentro de la sección de personas y facultada para cubrir los riesgos de las mismas, permite la venta de productos como el contrato de asistencia médica, según se refleja del Anexo Uno incorporado al presente trabajo de titulación.

En el artículo sesenta y cinco del Código de Comercio, título XVII, se desprende que toda persona puede tener interés asegurable en su propia vida o en la de otros relacionados, por lo que, los contratos de seguros de personas “cubren contingencias relativas a las personas, como su nombre indica, a diferencia de los seguros de daños, que normalmente se tipifican sobre una cosa” (Fernández, 1991, pp. 662). Es decir, a los contratos de seguros de personas se los puede considerar como aquellos que únicamente otorgan cobertura a riesgos de las personas, como la salud, la vida, los accidentes, entre otros. Tal es así que, de conformidad con el Código de Comercio, título XVII, respecto al seguro de personas, el contrato de seguro de asistencia médica que no consta individualizado como tal, se lo podrá ver reflejado a través de los amparos accesorios, con coberturas a los gastos que tengan carácter de daño patrimonial, como gastos por el cuidado de la salud. A diferencia del contrato de asistencia médica, el seguro de vida si consta de una regulación expresa, la cual se encuentra establecida en la sección II del mismo capítulo.

Por lo tanto, las compañías de seguros de vida como las empresas de seguros generales, tienen plena facultad para comercializar seguros de personas, que entre ellos se encuentran los amparos accesorios, en los que se incluyen coberturas por gastos médicos y accidentes personales. La naturaleza de este tipo de contratos es proteger el interés económico que una persona tiene sobre su salud, su integridad o su existencia, otorgando de esa manera cobertura a riesgos relativos con la persona humana. Dentro del contrato de amparos accesorios, como contrato de seguro de asistencia médica, se puede conceptualizar que a raíz de la celebración del contrato se pretende proteger el cuidado de la salud humana, pues su naturaleza responde a un seguro de personas. Sin embargo, en caso de ocurrido un riesgo a la integridad física del asegurado, su consecuencia provoca una afectación al patrimonio, pues evidentemente requerirá de prestaciones médicas que tendrá que cancelarlas. Por tal motivo es que el Código de Comercio, título XVII, regula a los amparos

accesorios dentro del seguro de personas, pero para su operatividad se observará la norma relativa al seguro de daños.

2.4. Amparos accesorios.-

Considerando que el Código de Comercio, título XVII, no individualiza al contrato de seguro de gastos médicos como tal, sino que lo hace referencia a los amparos accesorios de gastos relacionados al cuidado de la salud que son susceptibles de indemnización, su comercialización no es limitada para empresas que operan seguros generales o seguros de vida. Tal es así que, estas compañías de seguros debidamente autorizadas por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, para vender este tipo de producto lo hacen con el fin de ocuparse de la salud de las personas, puesto que, de conformidad con la sección uno del capítulo III del cuerpo legal en mención, su regularización consta dentro de la parte pertinente al seguro de personas.

De igual manera, la ocurrencia de un accidente personal tiene como resultado un gasto médico, clínico o incluso quirúrgico que estará cubierto a través de los denominados amparos accesorios, así como cualquier enfermedad o condición de salud, que si bien las padece una persona, los consumos afectan o dañan de cierta manera al patrimonio de quien asume esos costos.

“El seguro de accidentes ocupa un lugar intermedio entre el seguro de cosas, que tienen a indemnizar el daño realmente sufrido por una cosa en la que tenemos interés, y los seguros de personas, que tienden al pago de una suma independientemente de que exista o no un daño y de su cuantía, en caso de que exista”. (Garrigues, 1987, pp. 364).

El Código de Comercio, título XVII, no regula de manera expresa al contrato de accidentes personales como lo hace la legislación española, tal es así que una definición precisa sobre este tipo de contrato, la dan Uría et al., (2007, pp. 667)

al mencionar que “es aquel que cubre la lesión corporal que deriva de una causa violenta súbdita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado, ya produzca invalidez temporal o permanente o muerte”. Por lo tanto, las empresas de seguros generales como las de seguros de vida que comercialicen contratos de amparos accesorios, otorgan también cobertura a sus afiliados en caso que padezcan de algún accidente involuntario, pues cuyas consecuencias requieren de prestaciones médicas.

Ahora bien, evidentemente si un asegurado provoca un accidente intencionalmente con el fin de adquirir un capital, la empresa queda liberada de reembolsar los gastos incurridos por tal hecho, o bien de excluirlos como lo hace por ejemplo la empresa BMI en el numeral 15 de las exclusiones del contrato general del “Seguro de Salud - Health Insurance” en sus planes denominados, “Sigma”, “Infinity”, e “Infinity Plus”. Sin embargo, de conformidad con el artículo veintidós del Código de Comercio, título XVII, incumbe al asegurado demostrar los hechos que provocaron las afecciones con la salvedad que éstas se presumirán de caso fortuito, salvo que se compruebe lo contrario. Tal es así que, indiscutiblemente uno de los documentos con mayor influencia para sustentar lo ocurrido, puede ser la historia clínica que redacta todo prestador médico que atiende a un paciente. Sin dejar de lado, que de acuerdo a la política o administración de cada compañía de seguros, los documentos de sustento podrían variar.

Por otro lado, en cuanto al contrato de seguro de enfermedad conocido en el Ecuador como seguro médico, seguro de asistencia médica o seguro de salud, las empresas aseguradoras se obligan al reembolso o pago de ciertas sumas de dinero por los gastos incurridos en prestaciones de servicios con profesionales de la salud, clínicos, quirúrgicos e incluso por la adquisición de productos farmacéuticos requeridos por el tratamiento o cuidado de una determinada enfermedad, afectación a la salud o integridad física. Tirado (2003, pp. 710) sostiene que “El seguro de enfermedad es el que protege al asegurado contra las consecuencias de un estado anormal del cuerpo, según

dictamen médico”. En tal sentido, la aseguradora queda obligada a reembolsar u otorgar una cuantificación valorada en dinero por los gastos médicos producidos por una enfermedad que padece su asegurado, dentro de los plazos, condiciones y montos acordados. Para tal efecto, de conformidad con el artículo sesenta y siete del Código de Comercio, título XVII, los gastos a reembolsar serán todos aquellos considerados como amparos accesorios, esto es, gastos incurridos por prestaciones médicas, clínicas, quirúrgicas y farmacéuticas causadas por un riesgo producido en la salud o integridad de la persona asegurada.

En síntesis, las partes suscriptoras del contrato de seguro de gastos médicos, acuerdan que el valor del interés asegurable no tiene otro límite que el que libremente convengan, pues el valor de una persona es incalculable. Por tal motivo, el monto de la cobertura la escoge el tomador del seguro en virtud a la diversidad de ofertas que le presenta la empresa de seguros previo a contratar. Generalmente las empresas aseguradoras comercializan estos productos en diferentes planes, otorgando a cada uno de ellos mejores beneficios por mayores precios, sin embargo, el tomador del seguro estará en capacidad de adquirir los diferentes planes de acuerdo a sus intereses o ingresos económicos. De todas formas, los amparos accesorios cubiertos a través de un contrato de seguro de asistencia médica, por la naturaleza del mismo, este de acuerdo al Código de Comercio, título XVII, corresponde a los seguros de personas, sin perjuicio que los gastos incurridos por la conservación saludable, significan afectación al patrimonio de quien asume esos costos, por tanto, para efectos operativos, se regulará como a un contrato de seguro de daños.

2.5. Seguro de vida.-

El contrato de seguro de vida es el único que consta individualizado de manera expresa en lo que concierne a los seguros de personas, el mismo que se encuentra establecido en la sección dos del Código de Comercio, título XVII. Este tipo de contrato tiene una peculiaridad especial en el sentido que, su

comercialización de conformidad con el artículo tres de la LGS, es exclusiva de las compañías de seguros de vida, quedando limitada la venta de cualquier otro producto o ramo que no sea el de su competencia. Sin embargo, dicho artículo no solo faculta a que estas compañías garanticen a las personas dentro o al término de un plazo, sino que también cubran los riesgos de las personas, que a manera de ejemplo, empresas como BMI y PANAMERICANA LIFE DE ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., según se desprende de los Anexos Uno y Cuatro respectivamente que forman parte del presente trabajo, comercializan seguros de asistencia médica y accidentes personales a modo de anexo, accesorios al contrato de seguro de vida o bien como un contrato independiente. Por lo que, este tipo de compañías, amparadas en esa disposición legal, junto con el artículo sesenta y siete del Código de Comercio, título XVII, referente al seguro de personas, incluyen en sus productos, a los seguros médicos.

El capítulo III del Código de Comercio, título XVII, no regula de manera expresa a los tipos de contratos de seguros de vida que se comercializa en el Ecuador, sino que, dentro de la sección, únicamente enuncia peculiaridades diferentes de cada uno de ellos. Para tal efecto, a fin de ir desglosando cada tipo de seguro de vida, a éste se lo puede definir como “aquel en virtud de cual, el asegurador se obliga a satisfacer al asegurado o la persona que designe, llamada beneficiario, una suma de dinero o renta cuando fallezca o llegue a una determinada edad” (Fernández, 1991, pp. 624). Por otro lado, a fin de complementar el concepto, Uría et al., (2007 pp. 659) definen al contrato de seguro de vida como aquel en que el asegurador, a cambio de una prima única o periódica, se obliga a satisfacer al suscriptor de la póliza o a la persona que él designe, un capital o una renta cuando la persona asegurada fallezca o llegue a determinada edad. Por lo tanto, el seguro de vida prima sobre la vida del asegurado, en razón de que, depende de su existencia o sobrevivencia para el otorgamiento del dinero acordada por las partes al momento de suscripción del contrato.

Ahora bien, sobre el contrato de seguro de vida, el capítulo tercero del Código de Comercio, título XVII, prevé la existencia de algunas clases o tipos de seguros de esta naturaleza, como por ejemplo el seguro de vida para caso de muerte, en el cual “la cobertura en estos seguros depende de un hecho cierto, como es la muerte, pero incertus quando, es decir, incierto cuando sucederá” (Fernández, 1991, pp. 624). Entendiéndose que, la muerte del asegurado determina la prestación del asegurador, es decir, sobre este tipo de seguro existen algunas variantes, entre ellas el seguro temporal y seguro en caso de muerte, establecidas en el artículo setenta y seis y setenta y ocho respectivamente del cuerpo legal en mención. Una diferencia precisa entre seguro temporal y seguro de vida entera, también como seguro de vida en caso de muerte, se evidencia en que, en el temporal “el asegurador se obliga al pago de la suma asegurada si la muerte del asegurado ocurre dentro del plazo prefijado” (Tirado, 2003, pp. 696); mientras que, sobre el seguro de vida entera indica que la prestación del asegurador se realiza sólo en el momento de la muerte del asegurado, sea cual fuere el momento en que esta se produce. Por lo tanto, independientemente de cual fuere el tipo de contrato, la obligación de indemnizar adquirida por la aseguradora, se ejecutará al momento de la muerte del asegurado.

A través del artículo tercero de la LGS, se puede considerar a otro tipo de seguro de vida, como aquel que garantiza a las personas dentro o al término de un plazo, conocido también como el seguro de sobrevivencia, “el hecho que determina la prestación del asegurador es la supervivencia del asegurado a una determinada fecha o a un determinado acontecimiento” (Garriges, 1987, pp. 350). Es decir que, la obligación del asegurador es ciertamente condicional en este tipo de contrato, pues está sujeta a que el asegurado siga con vida al cumplimiento de una determinada edad. Sobre este tipo de contrato de seguro también existen variantes o subtipos, tales como el seguro de capital diferido y el seguro de renta.

“El seguro de sobrevivencia se subdivide en seguro de capital diferido, cuando el asegurador se obliga, sencillamente, a pagar determinada suma si el asegurado está vivo en una cierta fecha, y seguro de renta, cuando el asegurador se obliga a pagar una renta en vez de un capital”. (Uría et al., 2007 pp. 659).

En tal sentido, a diferencia del seguro de vida en caso de muerte, este tipo de contrato dependerá de la sobrevivencia del asegurado a una fecha acordada.

Legislaciones como la colombiana recogen en su normativa al seguro de vida mixto, el cual surge de una combinación entre seguro de vida para caso de muerte con el seguro de sobrevivencia, “el asegurador se compromete a pagar la suma asegurada si el asegurado alcanza una edad determinada o fallece antes de esa fecha” (Garriges, 1987, pp. 350). Por tanto, en este tipo seguro, el asegurador tiene la obligación de otorgar una suma de dinero en caso que el asegurado sobreviva a una determinada edad, o a su vez, en caso que muera, siempre que la muerte sea anterior a la fecha de sobrevivencia pactada

En suma, el contrato de seguro de vida se presta a estudio a través de varios tipos o clases de contratos, pues están los de seguros para caso de muerte, en que, asegurado designa beneficiarios, para cuando éste fallezca la aseguradora otorgue una suma de dinero, es decir que, para efectos de la prestación del asegurador, es indispensable la muerte del asegurado. Por otro lado están los seguros de sobrevivencia, en el que la fecha de la obligación de la compañía es cierta y condicional, a diferencia del seguro en caso de muerte, pues en el evento en que el asegurado sobreviva a la fecha fijada, la aseguradora otorgará el valor acordado. Finalmente, los seguros mixtos, una combinación entre el seguro en caso de muerte con el seguro de sobrevivencia, en virtud de que, la aseguradora se obliga a otorgar una suma de dinero acordada en caso que el asegurado sobreviva a una fecha establecida, o bien la entrega a sus beneficiarios, en caso que fallezca antes de la fecha de sobrevivencia establecida. Por lo tanto, independientemente del

tipo de contrato de seguro de vida, se puede concluir que su objeto está encaminado a la sobrevivencia o muerte del asegurado.

2.6. Caracteres personales del contrato de seguro médico.-

El artículo dos del Código de Comercio, título XVII, menciona entre los elementos esenciales del contrato de seguro, al asegurador y al solicitante, los cuales, por su naturaleza, son relevantes para analizar al contrato de seguro de gastos médicos. Tal es así que, el artículo sesenta y cinco del cuerpo legal en mención, reconoce que las personas tienen un interés económico sobre su propia vida, la de terceros relacionados, su salud o su integridad corporal. En tal sentido, el riesgo asegurado en este tipo de contratos, no será otro que el cuidado de la salud humana, pues en caso de producido una afectación a la misma, sea ésta fruto de una determinada enfermedad o accidente, sus consecuencias significarán a su vez gastos o disminución del patrimonio de quien asume los costos por las prestaciones médicas requeridas.

En tal virtud, es evidente que dentro del seguro de gastos médicos se debe asegurar a una persona como tal, a quien se la define como “la persona que quiere ponerse a cubierto de un riesgo que le amenaza, y está dispuesta a pagar por ello una prima. Se trata en definitiva el titular del interés asegurado” (Uría et al., 2007, pp. 603). Por lo tanto, partiendo de esta definición, se evidencia que en este tipo de contratos, la enfermedad o los accidentes, hechos que se producen por causas ajenas a la voluntad y que amenazan con la salud de las personas, es la razón por la cual acuden a una empresa de seguros que oferte este tipo de producto, con la única finalidad de protegerse a sí mismos de los riesgos que pueden afectar a su salud, y por tanto al patrimonio por la ocurrencia en gastos médicos.

Ahora bien, respecto de los intervinientes a la celebración del contrato de seguro, el artículo tercero del Código de Comercio, título XVII, reconoce al asegurador o compañía de seguros, como la persona jurídica que asume el

riesgo; al asegurado, que es titular del interés del seguro; al tomador del seguro o solicitante, el cual puede ser o no, asegurado, en la eventualidad que lo haga a nombre de un tercero; y, finalmente, al beneficiario, quien es la persona que se beneficia por la prestación del seguro. Éste último es indispensable en el contrato de seguro de personas, en especial al seguro de vida por caso de muerte, pues al momento de la suscripción del contrato, el asegurado designará a la persona que se beneficiará de la indemnización que hace la aseguradora, en caso de muerte del titular.

Para una mayor comprensión de la relación jurídica que se crea entre asegurado y aseguradora al momento de perfeccionar el contrato de seguro de asistencia médica, es importante desglosar los elementos de carácter personal a los que se refiere el artículo tercero del Código de Comercio, título XVII. Por lo que, en primera instancia se puede partir de la compañía de seguros, la cual según Fernández (1991, pp. 603) es “la persona que soporta el riesgo, y cuando el evento se produce debe pagar la prestación en la forma estipulada”. Es decir, de conformidad con el artículo tres de la LGS, es la empresa de seguros la que adquiere la obligación de asumir el riesgo y por tanto de indemnizar o reembolsar los gastos incurridos por prestaciones médicas, clínicas, quirúrgicas y farmacéuticas causadas por un riesgo producido en la salud o integridad de la persona asegurada.

En segundo lugar se puede considerar al asegurado como otro elemento personal relevante para analizar al contrato de seguro de asistencia médica, el mismo que según Ghersi, (2007, pp. 58) es “sobre quien recae el aseguramiento del riesgo y que de acaecer el siniestro le otorga su cobertura”. Entonces, asegurado es la persona afiliada a un seguro de asistencia médica, el cual, en el caso que padezca de alguna enfermedad, condición de salud o accidente que afecte a su integridad física, la ocurrencia por esos gastos, serán cubiertos por la empresa aseguradora que reembolsará o indemnizará de acuerdo a los términos convenidos en el contrato.

A la celebración del contrato de seguro de asistencia médica, interviene también el tomador del seguro o solicitante, a quienes se los define como “la persona física o jurídica, que junto con el asegurador, celebra el contrato de seguro. El tomador puede ser también el asegurado” (Tirado, 2003, pp. 649) indicando a su vez que es factible que el tomador sea una persona diferente del asegurado. En estos casos, el contratante o tomador de la póliza realiza un contrato de seguro por cuenta ajena a favor de personas determinadas o determinables”. En tal sentido, en caso que el tomador o solicitante de la póliza lo haga por cuenta propia, adquiere la calidad de asegurado, mientras que, si a la celebración del contrato éste designa a un tercero como titular del contrato, la contratación se la realizará por cuenta ajena. Es importante precisar que de conformidad con el artículo trece del Código de Comercio, título XVII, si el seguro se estipula por cuenta ajena, el solicitante tiene que cumplir con las obligaciones adquiridas del contrato, salvo aquellas que por su naturaleza, corresponden únicamente al asegurado. A manera de ejemplo, se puede citar al administrador de una compañía que contrata un seguro médico empresarial o corporativo para sus empleados.

Por último, el artículo tres del cuerpo legal en mención, faculta a las partes contratantes, que a la celebración del contrato de seguro se pueda designar a una tercera persona como beneficiaria de los derechos derivados del mismo. Esta persona según Uría (2007, pp. 604) es “un tercero en favor del cual se estipula el seguro y que, en virtud de sus designación, está legitimado para percibir la indemnización”. La designación del beneficiario es más común e indispensable en los seguros de vida en caso de muerte, pues al momento de la suscripción de la póliza se debe designar al tercero acreedor de la indemnización. Sin embargo, respecto del contrato de seguro de asistencia médica, los asegurados son los beneficiarios de la prestación del servicio, pues de conformidad con el artículo trece del Código de Comercio, título XVII, los derechos derivados del contrato de seguro, corresponden al asegurado. En tal sentido, sin perjuicio que la contratación haya sido por cuenta propia o ajena, el

asegurado es la persona que posee los derechos del contrato, y por tanto beneficiario de la cobertura médica.

En síntesis, los elementos personales son sumamente relevantes para el análisis del contrato de seguro de asistencia médica, puesto que, la empresa aseguradora debidamente facultada para ello, no puede asumir un riesgo si no existe el asegurado. De tal forma que la naturaleza de este tipo de contrato es netamente relacionado a la persona humana, pues la cobertura se la hace en razón del cuidado de su salud ante riesgos que la afectan, como son las enfermedades o accidentes personales. Por otro lado, en el caso del beneficiario que libremente asigna el tomador del seguro previo a contratar, el cual puede ser o no, el asegurado, siempre va a existir, pues sobre él es que derivan o se hacen exigibles, los derechos del contrato de seguro médico.

2.7. Peculiaridades económicas.-

2.7.1. Interés económico en la conservación de salud.

El artículo segundo del Código de Comercio, título XVII, menciona una serie de componentes esenciales con los que debe contar el contrato de seguro. Entre ellos, como peculiaridad económica del contrato, está el interés asegurable, el cual se define como “la relación económica de un sujeto con un bien, la cual tiene un valor cuya disminución o pérdida habrá de ser compensada por la indemnización del seguro” (Uría et al., pp. 609). Ahora bien, respecto del contrato de seguro de asistencia médica, a diferencia del contrato de seguro regular, éste no tiene un valor propiamente establecido en base al valor del bien que se asegura, como sucede por ejemplo en el caso de seguro contra todo riesgo de vehículo que comercializa la empresa de seguros SUCRE que según se desprende de la condiciones generales de la cotización, el interés asegurable podría hacerse en virtud del avalúo del automóvil que se asegura. Por lo que, por la propia naturaleza del contrato de asistencia médica, resulta complejo estimar un valor sobre una determinada persona, tal es así que, las

coberturas por gastos médicos, de conformidad con los primeros cuatro anexos de este trabajo, se las hacen por montos máximos de cobertura debidamente establecidos en los contratos. Por ejemplo, de acuerdo al “Plan Sigma” del Seguro de Salud – Health Insurance de BMI, el cual se adjunta como Anexo Uno al presente trabajo, una mujer embarazada tendrá un límite máximo para el beneficio de maternidad de dos mil dólares de los Estados Unidos de América.

El artículo sesenta y cinco del Código de Comercio, título XVII, menciona que las personas pueden tener interés económico sobre su propia vida, la de un tercero relacionado o sobre su salud o integridad física. Tal es así que, las empresas que comercializan los contratos de seguros de asistencia médica, lo hacen otorgando al afiliado o asegurado, un monto de cobertura por los gastos médicos que tuvieron lugar a causa de una determinada enfermedad o condición de salud, el cual es escogido por el asegurado, después de habersele presentado una serie de ofertas que más se adapten a sus intereses. Uría et al., (2007, pp. 610) en una definición precisa, explican la relación del interés en cuanto a la salud humana, alegando que ese interés existe siempre en toda persona respecto a sí misma, de modo que hay relación entre el hombre como persona y su cuerpo, que puede ser dañando en su integridad física, en su salud o en su vida misma. Es decir que, la amenaza o riesgo a la que está expuesta la salud de las personas, constituye un interés económico sobre dicho riesgo, ya que el mismo cuando es atendido, provoca pérdidas en el patrimonio de quien asume los gastos por las prestaciones médicas.

Por lo tanto, en el contrato de seguro de asistencia médica, las personas tienen un interés económico sobre sí mismas, respecto de su salud o integridad física. De tal forma que, conscientes que un momento incierto, su salud o integridad, puedan verse afectadas por una determinada enfermedad o accidente, acuden a las empresas de seguros, para que sean estas últimas quienes se obliguen en asumir el riesgo o el costo de las prestaciones médicas en caso de haberlas. Para tal efecto, la empresa brindará el servicio con límites máximos

de cobertura debidamente escogidos por el asegurado previo a perfeccionar la póliza.

2.7.2. Causa del seguro médico.

El artículo tres de la LGS hace una clasificación peculiar a las empresas de seguros, enunciando a las de “seguros generales” como aquellas que aseguran los riesgos causados por afecciones, pérdidas o daños de la salud; y, a las de “seguros de vida”, como aquellas que cubren los riesgos de las personas. En tal sentido, independientemente de la clasificación que hace la ley, las empresas que comercializan el contrato de seguro de asistencia médica, tienen como fin, ocuparse de la salud de las personas. Peña, (2012, pp. 34) sostiene que “las cosas están expuestas a sufrir daños o modificaciones perjudiciales, lo cual pertenece a la naturaleza propia de lo existente”. De tal forma que, de acuerdo a la consideración que hace la LGS, así como de esta definición, las personas están expuestas a riesgos que pueden afectar a su salud, por lo que, consecuentemente la protección de la misma, es la causa o razón del contrato de seguro médico.

En virtud de lo cual, las empresas que venden productos como el seguro médico, lo hacen en virtud del interés que tienen las personas en protegerse de determinados riesgos que afectan a su salud, tales como, una enfermedad o accidente que afecte a su integridad física. Para tal efecto, Fernández (1991, pp. 601) afirma que “los riesgos cubiertos deben ser reales y su delimitación debe constar en el elemento formal del contrato, la póliza”. Es decir, partiendo entonces de este concepto, dentro del contrato de seguro de asistencia médica, el riesgo que se asegura es el daño o afectación que puede existir en la salud de una persona, que como consecuencia de ello, produce una disminución en el patrimonio de quien asume los costos por las atenciones médicas.

En conclusión, la causa o motivo por el cual se suscribe un contrato de seguro de asistencia médica, es el riesgo que amenaza a las personas. Puesto que, los seres humanos, conscientes de las enfermedades o accidentes de los que están expuestos, contratan un seguro médico, para que sea una empresa de seguros debidamente facultada para ello, la que asuma los costos médicos, clínicos, quirúrgicos e incluso farmacéuticos en caso de haberlos, producto de una afectación a la salud del asegurado. Cabe precisar que los riesgos cubiertos variarán de acuerdo a los términos y condiciones del contrato, pues conforme se desprende de los primeros cuatro anexos de este trabajo de titulación, las empresas fijan límites máximos de cobertura.

2.8. Perfeccionamiento del contrato.-

El artículo seis del Código de Comercio, título XVII, determina que el contrato de seguro se perfecciona mediante la suscripción de documento privado al que se le denominará como póliza. Para Peña (2012, pp. 63) “el perfeccionamiento del contrato y su prueba, están supeditados a la existencia de un documento extendido por duplicado que se llama póliza”. De igual manera, con el fin de complementar el concepto, Ghersi (2007, pp. 90) menciona a la póliza de seguro como “el instrumento probatorio del contrato y “presupone” su perfección”. En tal sentido, el contrato de seguro de asistencia médica como cualquier otro tipo de contrato de seguro, se entiende perfeccionado una vez que las partes contratantes, después de haber analizado los términos y condiciones que regirán la cobertura médica, suscriben en dos ejemplares de igual valor y contenido, al que, conforme el cuerpo legal referido, se le denominará como póliza.

Por otro lado, dentro del referido artículo seis del Código de Comercio, título XVII, se evidencia que la suscripción de la póliza no solo es el medio de perfeccionamiento del contrato, sino que también es el documento probatorio de la relación jurídica que se crea entre asegurador y aseguradora. De tal forma que, cualquier contingente que surja durante la vigencia del contrato, las

partes en primera instancia se sujetaran al contenido de la póliza, que de conformidad con el artículo mil quinientos sesenta y uno del Código Civil, todo contrato legalmente celebrado es una ley para los contratantes. Sin perjuicio que la póliza reúna todos los requisitos a los que se refiere el artículo siete del Código de Comercio, título XVII, no limita a que los afiliados del mismo, presenten reclamos por no coberturas. A manera de ejemplo, un problema evidenciable es que, las empresas fijan dentro de sus cláusulas la exclusión de enfermedades preexistentes, que si bien el asegurado acepta, al momento de presentar una condición de salud, la aseguradora la puede asimilar o relacionar a una enfermedad preexistente, que por tanto no gozaría de cobertura. Como consecuencia, se genera una diversidad de criterios entre asegurado y la compañía sobre si una determinada enfermedad es o no es el origen de una enfermedad contraída previo a la celebración del contrato de seguro de asistencia médica.

Por lo tanto, la póliza es el documento privado, que debidamente firmado por las partes contratantes, a más de ser un instrumento probatorio, perfecciona al contrato de seguro. Dicho en de otra forma, la póliza contendrá todos los términos y condiciones entre asegurado y aseguradora, que en caso de duda, se remitirán a lo establecido en la LGS, al Código de Comercio, título XVII, y como norma supletoria el Código Civil. Para los propósitos legales del contrato de seguro de asistencia médica, los términos y condiciones de la cobertura, quedarán debidamente perfeccionados al momento de la suscripción de la póliza.

En conclusión, el contrato de seguro de asistencia médica, es un instrumento que pese a que carece de norma expresa, cumple con los elementos esenciales a los que hace referencia el artículo dos del Código de Comercio, título XVII, y por tanto tiene facultad legal para ser comercializado por empresas debidamente autorizadas para ello. Para tal efecto, este contrato debe cumplir con ciertas formalidades, como es la aprobación por parte de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, la cual, conforme se

desprende de los anexos que se acompañan, autoriza para que estas compañías, incorporen dentro de sus cláusulas, condiciones excluyentes de cobertura, tales como, enfermedades preexistentes a la fecha de celebración del contrato.

CAPÍTULO III

3. CONDICIONES GENERALES, ESPECIALES Y PARTICULARES DEL CONTRATO DE SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA

3.1. Contenido del contrato.-

El contrato de seguro de asistencia médica por su naturaleza mercantil, está compuesto por una serie de condiciones que determinan claramente los derechos y obligaciones de las partes contratantes, tal es así que, la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros (s.f., pp. 14-15) dentro del Glosario de Términos que ofrece la Guía de Usuarios del portal de información, define con claridad las Condiciones Generales, Especiales y Particulares del contrato de seguro regular.

Respecto de las Condiciones Generales las define como aquellas que establecen las responsabilidades básicas de los contratantes, así como los derechos y obligaciones, los procedimientos para el uso y correcta aplicación de los mismos, de conformidad con las disposiciones legales en vigencia y con las normas y principios de la técnica. De tal forma que, según se desprende del contrato de seguro de asistencia médica de BUPA, el cual se adjunta como Anexo Tres, las Condiciones Generales podrán ser entonces, la definición de los riesgos cubiertos, las exclusiones, modalidades de pago, entre otras. De acuerdo al Glosario, éstas en su integridad son las de observancia obligatoria de las partes contratantes, que impresas dentro de la póliza, forman parte integrante del contrato, el cual, según el artículo once de la LGS y artículo veinticinco de la Ley Orgánica de Discapacidades, éste debe ser previamente autorizado y aprobado por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros.

Sobre las Condiciones Especiales, la Superintendencia se refiere como aquellas que tienen por objeto precisar la aplicación de las Condiciones Generales; es decir, ampliar o restringir las coberturas, introducir modalidades

de procedimientos o coberturas no previstas, así como limitar las exclusiones o incluir como cobertura los riesgos excluidos, siempre y cuando tales modificaciones no sean contrarias a la ley ni a los principios de la técnica. En tal sentido, de acuerdo a esta definición, dentro del contrato de seguro de asistencia médica, las Condiciones Particulares estarían sobre las Condiciones Generales, pues a través de ellas se precisan los riesgos cubiertos como los excluidos.

Por último, con relación las Condiciones Particulares, la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, las define como aquellas que tienen por objeto proporcionar mayores detalles y pormenores del contrato de seguro, así como, aclarar, limitar o definir sus alcances con la finalidad de individualizarlo. Para tal efecto, bastará con un acuerdo entre los contratantes a través de un anexo, sin que requiera aprobación de parte de la Superintendencia. Dentro del contrato de seguro de gastos médicos, los anexos serán documentos que debidamente suscritos por las partes, amplían o modifican los beneficios de la cobertura contratada. Por ejemplo, una empresa de seguros que tenga a los tratamientos odontológicos excluidos de su cobertura médica en el contrato general, podría cubrirlos mediante la suscripción de un anexo que amplía las condiciones del contrato como un beneficio adicional, lo mismo con coberturas de enfermedades metabólicas, internacionales, cáncer, o simplemente por mayores montos de cobertura en los riesgos cubiertos.

Por lo tanto, el contrato de seguro de asistencia médica está compuesto por una serie de condiciones que esclarecen la prestación del servicio, cuya finalidad es englobar los derechos y obligaciones de las partes contratantes. De tal forma que, la clasificación que hace la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, respecto de las Condiciones Generales, Especiales y Particulares del contrato, sirven únicamente para precisar cada una de esas obligaciones o derechos que se adquieren en virtud de la póliza suscrita por las partes contratantes. Para tal efecto, estas condiciones, por disposición legal, deberán ser aprobadas por la Superintendencia previo a su comercialización,

de tal manera que no se obvian las condiciones o requisitos mínimos con los que debe contar la póliza, de los que hace referencia el artículo veinticinco de LGS.

3.2. Buena fe contractual.-

De conformidad con el artículo diez del Código de Comercio, título XVII, la aseguradora se compromete en asumir los riesgos a los que está expuesto el asegurado, que para tal efecto se deben precisar en tal forma que no quede duda respecto a los riesgos cubiertos y a los excluidos. Tal es así que, de conformidad con el artículo catorce del cuerpo legal en mención, el solicitante del seguro está obligado a declarar objetivamente el estado de riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. De igual manera, la norma determina que la reticencia o falsedad acerca de aquellas circunstancias que conocidas por el asegurador, lo hubieran hecho desistir de la celebración del contrato, o inducido a estipular condiciones más gravosas, vician de nulidad relativa el contrato de seguro.

En tal sentido, es evidente que una de las obligaciones principales del asegurado en el contrato de seguro de asistencia médica, es la declarar con veracidad las enfermedades preexistentes, pues de esa forma la empresa de seguros conocerá el riesgo que se compromete en asumir. Lorenzetti (2009, pp. 427) menciona que “Las enfermedades preexistentes solamente pueden establecerse a partir de la declaración jurada del usuario y no pueden ser criterio de rechazo de la admisión de los usuarios”. De tal forma que, la cobertura médica a las enfermedades preexistentes, se la realizará en virtud a la declaración que hizo el asegurado previo afiliarse a la compañía. Conforme se desprende del Anexo Uno de este trabajo, la cobertura a las enfermedades preexistentes en este caso en particular, se la realizará con un tope máximo anual; y, siempre que hayan sido debidamente declaradas por el asegurado y diagnosticadas por un profesional de la salud. Mientras que, de aquellas

enfermedades que por su naturaleza son preexistentes y no fueron declaradas, absolutamente estarán exentas de cobertura.

Respecto de la obligación del asegurado a la que hace mención el artículo catorce del Código de Comercio, título XVII, la buena fe en declaración de las enfermedades preexistentes, es sumamente relevante para la empresa que va asumir el riesgo. Pues al momento de la suscripción del contrato, la empresa aseguradora se encuentra en una posición que no le queda más que creer en la declaración realizada por el asegurado, la cual se refleja en el cuestionario que le fue debidamente proporcionado.

“La importancia que el elemento riesgo tiene en todos los seguros exige su más perfecta descripción en el contrato, mas, como en ese punto el asegurador se ve obligado a depositar su confianza en los datos o indicaciones que le suministra el asegurado, se crea así una situación desigual y desventajosa para el asegurador”. (Uría et al., 2007, pp. 619).

En virtud de lo cual, las compañías de seguros médicos estarán obligadas en otorgar cobertura médica conforme haya sido convenido en el contrato, únicamente de aquellas enfermedades no preexistentes, es decir, aquellas que fueron adquiridas posterior a la fecha de suscripción del mismo. Empresas como BMI, según el Anexo Uno incorporado a este trabajo, otorgan cobertura a las preexistencias médicas al pasar de los años con diferentes topes o montos máximos de cobertura. Sin embargo, respecto de aquellas enfermedades de las que el asegurado padece posterior a la fecha de suscripción del contrato, pueden surgir una serie de conflictos, pues la exclusión de cobertura que hacen las empresas de seguros médicos a las enfermedades preexistentes, está ligada también a las que tengan relación u origen con la enfermedad declarada. De tal forma que, el problema radica en la diversidad de criterios entre el asegurado y la aseguradora y la falta de normativa médico legal respecto de una determinada condición de salud. Puesto que, por un lado, el asegurado

puede alegar que una determinada enfermedad o patología no tiene origen, o no tiene relación con la enfermedad preexistente debidamente declarada en un principio, mientras que, la aseguradora a fin de mantenerse en la exclusión, puede alegar lo contrario.

Peña en el 2012 (pp. 86) considera al contrato de seguro como un contrato de buena fe, porque se basa en la recíproca confianza de las partes, pues al momento de la suscripción del contrato es la palabra del solicitante y/o asegurado contra la de la aseguradora. Sin perjuicio que de conformidad con el artículo catorce en mención, en caso de falsedad u omisión en la declaración de las enfermedades médicas preexistentes, vician de nulidad relativa al contrato. Para tal efecto, sobre la buena fe del contrato de seguro, Bataller et al., (2009, pp. 155) sostienen que, “el asegurado tiene una indemnización con el interés asegurado que hace indispensable su leal colaboración al momento de suscribir el contrato, donde deberá declarar todas las circunstancias relativas al riesgo”. Por lo que, la lealtad u honestidad del asegurado o solicitante del contrato de seguro médico, equivale a un acto de cooperación o buena conducta para con la aseguradora, pues de esa manera la aseguradora tiene la certeza que la información que le es proporcionada es real y de esa manera podrá establecer un criterio del riesgo que asume y así establecer condiciones respecto de los antecedentes médicos de importancia.

Veiga (2009, pp. 61) cuando se refiere a la buena fe en el contrato de seguro, manifiesta que, “es un comportamiento conductual y colaborativo, especialmente en la descripción del riesgo”. Ahora bien, no solo el asegurado es quien debe obrar de buena fe declarando con veracidad los antecedentes médicos de importancia, sino también la aseguradora al momento de motivar su negativa de cobertura, en el sentido que, con la misma veracidad con la que declara el asegurado sus antecedentes médicos, la aseguradora motive o fundamente su negativa, a fin de que no quede duda si es que el criterio de negativa, es el correcto, y no se trate de una tergiversación de criterio para relacionarla a una enfermedad preexistente.

Respecto al contrato como tal, Pájaro de Silvertri (2013, pp. 60) recuerda que uno de los principios fundamentales de los contratos es la autonomía de la voluntad que se complementa con la fuerza obligatoria de tal autonomía y el efecto relativo. Así mismo afirma que esos principios o pilares del contrato, deben necesariamente enmarcarse en el principio de la buena fe, es decir el comportamiento honesto acorde a la ley y la conciencia, creencia sobre la legitimidad de lo actuado. Por lo tanto, en virtud de esta definición, partiendo del contrato de seguro de gastos médicos, evidentemente es un contrato de buena fe, pues respecto de la obligación que tiene el solicitante o asegurado a declarar con veracidad los antecedentes médicos de importancia; y la aseguradora de motivar su negativa, constituyen un elemento esencial para la prestación del servicio, pues en primera instancia, a raíz de la declaración del asegurado es que la empresa aseguradora formara un criterio del riesgo que se obliga en asumir; y, en segunda instancia, en caso de negativa, la empresa motivará o fundamentará en virtud de los antecedentes debidamente declarados.

Es decir que, parte de las obligaciones que se crean al momento de la suscripción del contrato de seguro médico, mucho tiene que ver la verdad y la buena fe. Gastaldi (2005, pp. 306) sobre la veracidad al momento de contratar, manifiesta que “el fundamento del vínculo contractual está en el orden de las verdades necesarias, en los principios necesarios de la equidad material”. Por lo tanto, toda vez que el solicitante y/o el asegurado del contrato de gastos médicos previo a la suscripción del contrato declara con veracidad sobre las preexistencias médicas que conoce haber tenido, está actuando de buena fe, o sea sin la finalidad de perjudicar o poner en desventaja a la empresa que asume el riesgo.

En conclusión, la obligación del asegurado en declarar objetivamente el estado del riesgo según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador previo a la suscripción del contrato de seguro médico, es fundamental, pues en virtud

de la declaración de antecedentes médicos, es que la compañía tendrá consciencia del riesgo que se compromete en asumir por las enfermedades padecidas. Para tal efecto, la veracidad del declarante es estrictamente relevante, pues en el caso que éste tenga preexistencias médicas, la aseguradora fijará topes de cobertura o incluso exclusiones respecto de las mismas. Sin embargo, pese a la veracidad con la que actúa el asegurado, no limita a que entre asegurado y aseguradora pueda surgir una serie de conflictos respecto de si una determinada enfermedad es o no una condición preexistente, ya que actualmente no existe un protocolo médico legal que guíe a los contratantes a resolver sobre esta diversidad de criterios.

3.3. Exclusión a las enfermedades preexistentes-

El artículo catorce del Código de Comercio, título XVII, es claro cuando manifiesta que el solicitante del contrato está obligado a declarar objetivamente el estado del riesgo según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador; así como, el artículo diez del cuerpo legal en mención, manifiesta que dentro del contrato de seguro se debe precisar de tal forma que no quede duda respecto a los riesgos cubiertos y a los excluidos de los que está expuesto la persona asegurada. Por su parte, el artículo veinticinco de la LGS cuando se refiere a la póliza, determina que ésta debe sujetarse entre otras, a ciertas condiciones, tales como figurar las coberturas básicas y a las exclusiones con caracteres destacados. En tal sentido y en virtud de estas disposiciones legales, no queda duda que la ley reconoce a las compañías de seguros establecer dentro de sus contratos, exclusiones de cobertura, siempre que las mismas se encuentren debidamente especificadas.

Ahora bien, Lorenzetti (2009, pp. 425) sostiene que dentro del contrato de seguro privado de salud “las exclusiones de cobertura son las enfermedades o tratamientos no incluidos”. De tal forma que, conforme se desprende de los contratos de seguro de asistencia médica que como anexos pasan a formar parte integrante de este trabajo; y, al estar éstos debidamente aprobados por la

Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, conforme lo establece el artículo veinticinco de la LOD, las compañías de seguros médicos poseen la facultad de establecer a las enfermedades preexistentes, como exclusión de cobertura. Tal es así que, la declaración objetiva del estado del riesgo de la que está obligado hacer el asegurado o solicitante previo a la suscripción del contrato de seguro de asistencia médica respecto de las enfermedades padecidas, es fundamental, pues de esa forma las aseguradoras elaborarán un criterio del riesgo que se comprometen en asumir, con la salvedad que aquellas enfermedades declaradas, no serán cubiertas, o bien, estarán bajo un tope máximo de cobertura.

Por su parte, el artículo treinta y cuatro del “Proyecto de ley orgánica que regula a las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y a las de seguros que oferten coberturas de seguros de asistencia médica”, el cual, según resolución de la Comisión Especializada Permanente del Derecho a la Salud, de fecha once de mayo de dos mil dieciséis, aprueba el informe para segundo debate, propone que las enfermedades preexistentes debidamente declaradas, recibirán cobertura en los contratos individuales, de acuerdo a los lineamientos obligatorios que establezca la Autoridad Sanitaria Nacional en cuanto a periodos de carencia, alcances de cobertura, entre otros. De igual manera, dentro del mismo artículo, el “Proyecto de ley” plantea que en los contratos con cobertura de enfermedades preexistentes, el usuario, beneficiario, afiliado, dependiente o asegurado recibirá, desde el momento de la contratación, cobertura de las prestaciones que no fueran parte de la preexistencia. Tal es así que, actualmente, previo a la publicación en el Registro Oficial del “Proyecto” en mención, de conformidad con el ranking “2015” que ofrece la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros (s.f., pp. 1) en el portal de información; y, conforme consta de los contratos de asistencia médica que se adjuntan como anexos al presente trabajo, se puede evidenciar claramente que estas compañías que mayores primas netas percibieron, establecen como condición la exclusión a enfermedades preexistentes. Es decir que, la cobertura médica aplicará únicamente para

aquellas enfermedades que fueran contraídas por el asegurado, posterior a la fecha de suscripción del contrato.

Sobre las enfermedades preexistentes, Padilla (s.f., pp. 1), define como aquella enfermedad, lesión o defecto congénito y/o físico y/o mental que haya sido diagnosticado o se presuma que su origen proviene con anterioridad a la fecha de suscripción del contrato. De tal forma que, Pérez (s.f., pp. 6), ampliando el concepto, define a las enfermedades preexistentes como aquellas patologías o enfermedades que la persona ya presenta previo a la suscripción del contrato de seguro de asistencia médica. Que para tal efecto, el Doctor Guerra (2011, pp. 1) precisa que una condición de salud anterior se torna existente cuando la enfermedad haya sido diagnosticada por un médico, erogado gastos por esa enfermedad, o bien que por sus síntomas o signos no pudieron pasar desapercibidos, es decir de evidente conocimiento. En tal virtud, las empresas al momento de redactar sus contratos, estipulan como exclusión de cobertura a las enfermedades preexistentes, o bien las cubren bajo un tope de cobertura, considerándolas como aquellas condiciones de salud o patologías que haya sido conocida por el tomador o asegurado, con anterioridad a la fecha de suscripción del contrato.

Por lo tanto, el Código de Comercio, título XVII, la LGS y la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, conscientes de la naturaleza del giro del negocio de las empresas aseguradoras, otorgan la facultad para que las compañías de seguros médicos incluyan dentro de sus pólizas, las cláusulas de exclusión de cobertura, que entre ellas se encuentra la exclusión por enfermedades preexistentes, es decir, de aquellas condiciones que fueron adquiridas previo a la celebración del contrato. En tal sentido, las aseguradoras estarán obligadas en otorgar la cobertura de acuerdo a los términos y condiciones del contrato de seguro de asistencia médica, de todas aquellas enfermedades que padezca el asegurado a partir de la fecha de perfeccionamiento y no de las que el asegurado ya ha padecido.

3.4. Problema respecto de criterios por preexistencia médica.-

El literal e) del artículo veinticinco de la LGS, como el artículo diez del Código de Comercio, título XVII, dan lugar a que las empresas de seguros médicos establezcan dentro de sus pólizas, condiciones excluyentes de cobertura, que entre ellas se encuentran a las enfermedades preexistentes. Sin embargo, respecto de esta condición, pese a que el artículo veinticinco de la LOD establece que la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, antes la Superintendencia de Bancos y Seguros, revisa y aprueba los contratos globales o generales de salud, no considera que deja un campo muy abierto a interpretaciones o tergiversaciones tanto del asegurado como de la empresa aseguradora, respecto a los criterios de si una condición de salud tiene relación a una enfermedad preexistente. De tal forma que, al no existir un informe médico que sirva para determinar si una condición de salud es el origen o no de una enfermedad preexistente, en caso de negativa por un padecimiento anterior, se constituye un dilema por la diversidad de criterios médicos.

El problema parte entonces al momento en que el asegurado presenta su reclamo ante la empresa de seguros; y, éste es negado por fundamentarse que se trata de una supuesta enfermedad preexistente. De esa forma se genera un conflicto de criterios médicos, pues por un lado el asegurado junto con su médico de confianza tendrá un concepto diferente del que puede tener la empresa aseguradora para fundamentar su negativa. Lamentablemente no hay un protocolo médico legal al que deben sujetarse las partes, respecto de si es, o no es, una determinada enfermedad, preexistente. De igual manera, si presentado el reclamo ante la compañía de seguros, ésta mantiene su posición de negativa, el problema tiende a incrementarse cuando el asegurado decide agotar una instancia más presentando un reclamo administrativo ante la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, entidad que no opera con profesionales de la salud que puedan dar o acercarse a un criterio médico acertado respecto si una determinada condición está relacionada a una enfermedad preexistente.

En conclusión, si bien el contrato de seguro de asistencia médica, es un contrato de buena fe, al momento que el asegurado quiere hacer uso de la póliza contratada y éste recibe de parte de la aseguradora una negativa de cobertura fundamentada en una supuesta preexistencia médica, se genera un problema, pues cada parte por convenir a sus intereses ejercen toda acción posible para hacer valer su criterio. En tal sentido, el dilema radica en que no existe un reglamento médico legal fije los parámetros para determinar a ciencia cierta, si es que una determinada condición de salud tiene o no origen en una enfermedad anterior.

3.5. Tergiversación a la preexistencia médica.-

3.5.1. Definición.

Como consecuencia de la obligación a la que se refiere el artículo catorce del Código de Comercio, título XVII, con relación al deber del asegurado en declarar objetivamente el estado del riesgo previo a la suscripción del contrato, así como, de la obligación que tienen las empresas de seguros en fijar claramente las condiciones de la póliza, de tal manera que no quede duda respecto de los riesgos cubiertos como de los excluidos de la persona asegurada, empresas como BUPA, según Anexo Tres, al momento de redactar sus contratos, dejan un espacio en el que el tomador del seguro o asegurado está obligado a declarar objetivamente el estado del riesgo, esto es, los antecedentes médicos de importancia. De igual manera, conforme consta en el Anexo Uno, Dos y Tres, se puede evidenciar que las empresas fijan una cláusula de exclusión de cobertura o plantean límites de cobertura para aquellas enfermedades preexistentes que fueron declaradas al momento de la celebración de contrato. Cabe recordar que las empresas aseguradoras están debida y legalmente facultadas para ello, pues de conformidad con el artículo once de LGS y al artículo veinticinco de LOD, todo contrato previo a su

comercialización debe ser autorizado y aprobado por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros.

Ahora bien, pese a que el contrato de seguro de asistencia médica no cuenta con regulación expresa, no limita a que las empresas de seguros médicos establezcan en sus contratos la exclusión a enfermedades preexistentes, es decir que, en caso de reclamo, no se especifica a profundidad que enfermedades son preexistentes y cuáles no, o bien bajo qué criterios médicos o parámetros se puede considerar a una condición de salud como preexistente. Por lo tanto, al momento que el asegurado padezca de una condición de salud y presente el reclamo a la compañía de seguros médicos, la empresa podría tergiversar el concepto de esa enfermedad con el fin asimilarla a un padecimiento anterior, excluyéndola de su cobertura. Lo mismo podría suceder con los asegurados, que conscientes de la exclusión a las enfermedades preexistentes, alterarían los criterios de su salud con el fin de generarse beneficios de parte de las empresas que prestan ese servicio.

Para tal efecto, de la definición tomada del Diccionario de la Lengua Española, tergiversar es “dar una interpretación forzada o errónea a palabras o acontecimientos”. Mientras que, Cabanellas (2003, pp. 48), respecto de la tergiversación, en una definición más completa, sostiene que es “el falseamiento de la argumentación para engañar o excusarse”. Por lo tanto, al ser el contrato de seguro de asistencia médica un contrato que no cuenta con una regulación expresa, no impide que las empresas de seguros de asistencia médica facultadas en incluir exclusiones dentro sus contratos, tergiversen los criterios de una condición de salud, a fin de relacionarla a una enfermedad anterior. Pues conforme se desprende de los Anexos Uno, Dos y Tres de este trabajo, las compañías de seguros fijan en sus cláusulas la exclusión a enfermedades preexistentes, sin que existan lineamientos o parámetros para considerarlas como tales.

En síntesis, la falta de normativa sobre las exclusiones a las enfermedades preexistentes en el contrato de seguro de asistencia médica, respecto de que se desconocen parámetros que guíen a las partes contratantes a determinar si es que una enfermedad en concreto está relacionada o no, a un padecimiento anterior a la fecha de suscripción del contrato, da lugar a muchas interpretaciones de parte de la aseguradora y/o asegurado. De tal forma que, en la eventualidad que el asegurado durante la vigencia del contrato de seguro médico presente una condición de salud, la empresa no se ve limitada a tergiversar el criterio u origen de esa enfermedad con fin de relacionarla a un acontecimiento anterior, que como consecuencia queda excluida de la cobertura.

3.5.2. Breve relación con la posición de dominio, abuso del derecho y fraude a la ley.

El artículo siete de la Ley Orgánica de Regulación y Control del Poder de Mercado, LORCPM, dentro de la definición de “Poder de Mercado”, establece que es la capacidad de los operadores económicos para influir significativamente en el mercado, esclareciendo que dicha capacidad se puede alcanzar de manera individual o colectiva. De tal forma que, quienes tienen poder de mercado u ostentan de posición de dominio, son los operadores económicos que por cualquier medio sean capaces de actuar de modo independiente con prescindencia de sus competidores, compradores, clientes, proveedores, consumidores, usuarios, distribuidores u otros sujetos que participen en el mercado. Actualmente no cabe duda que la actividad aseguradora es un negocio lucrativo, pues conforme consta en el Anexo Seis, los datos proporcionados por la Presidenta de la Asamblea Nacional, Gabriela Rivadeneira, el pasado 12 de febrero de 2016 en la reunión legislativa que mantuvo La Comisión de la Salud respecto al actual “Proyecto de ley orgánica que regula a las compañías que financien salud integral prepagada y a las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica”, precisó que esta normativa es importante porque llega a ochocientos mil personas afiliadas

a seguros médicos privados, quienes han pagado cuatrocientos treinta y ocho millones de dólares en el 2014 y cuatrocientos sesenta millones de dólares en el 2015.

En tal sentido, conforme se desprende del portal de información de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros (s.f., pp. 1), el Ranking 2015 de las compañías de seguros de asistencia médica que mayores primas netas percibieron, demuestra claramente que el negocio de la aseguradora es indudablemente lucrativo, de tal forma que, de acuerdo a la definición de la LORCPM respecto de la posición de dominio así como el concepto que brinda Conde (2004, pp. 30) al decir que “una empresa está en posición de dominio cuando le es posible actuar en el mercado sin tener en cuenta a sus competidores y a sus compradores”, se puede considerar que de acuerdo al Anexo Siete, que refleja a las nueve compañías que mayores primas netas percibieron en el año 2015, éstas ostentan de posición de dominio frente a sus asegurados.

Ahora bien, cabe precisar que la LORCPM no sanciona a la posición de dominio como tal, sino al abuso de esta posición, que de acuerdo a la Doctora Alvear (2014, pp. 15) colinda con el abuso del derecho, cuando sostiene que éste “transcendió del derecho civil a otras áreas del derecho como el de la corrección económica, llegando al derecho de competencia vía regulación del abuso de posición dominante o del poder de mercado”, mientras que, respecto de la definición de abuso del derecho como tal, manifiesta que “es una situación dañosa causada por el ejercicio disfuncional de un derecho sea por el ejercicio excesivo o contrario a los límites normales impuestos por principios como la buena fe, la moral y las buenas costumbres”. Por otra parte, una definición más concreta, la brindan los autores Hees, Emiliozzi y Zarate, (s.f., pp. 4) al decir que “existirá ejercicio abusivo del derecho cuando el sujeto actúe con la intención de perjudicar al otro”. En tal sentido, cabe precisar que para que exista abuso del derecho debe existir una facultad o disposición legal, por cuanto al momento en que las empresas que operan seguros médicos

tergiversan criterios de condiciones de salud a fin de relacionarlas a una enfermedad preexistente, se presume que abusan de la facultad legal que permite a las empresas de esta naturaleza, excluir de la cobertura médica, a aquellas enfermedades preexistentes.

Otro tema a considerar respecto de la actividad aseguradora con relación a la forma de tergiversar los criterios médicos para relacionarlos con las enfermedades preexistentes que declara o no el asegurado previo a la suscripción del contrato; y, de esa manera excluir de su cobertura, es el fraude a la ley, que a diferencia del abuso del derecho el autor Eduardo Riggi, (2010, p. 67) sostiene que el abuso del derecho se refiere a acciones que constituyen el ejercicio de un derecho subjetivo, mientras que, el fraude a la ley, concierne a acciones que comprenden el uso de un poder normativo. Por su parte, el fraude a la ley “consiste en burlar, buscar y obtener que sea otra disposición favorable a la que se aplique” (Mansilla y Mejía, s.f., pp. 107). Por lo tanto, quien comete fraude lo hace en uso del ordenamiento o poderes normativos que tiene, en el caso de las empresas que operan seguros médicos, lo hacen al momento de tergiversar los criterios médicos o condiciones de salud, favoreciéndose en que la ley les faculta negar o excluir una cobertura médica, cuando se trata de una enfermedad preexistente.

En conclusión, de acuerdo al Ranking del 2015 de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, el gran número de primas netas que percibe la mayoría de empresas de seguros de asistencia médica, reflejan claramente que estas empresas ostentan de posición de dominio en el mercado frente a sus afiliados. Sin embargo, pese a que el abuso del derecho por la posición de dominio o fraude a ley son ramas que no corresponde netamente al derecho de seguros, sus conceptos doctrinarios permiten formar un criterio de la forma de actuar de las empresas que comercializan seguros de asistencia médica. En el sentido que, en virtud del poder con el que cuentan las empresas frente a los asegurados; y, a la facultad legal de excluir de sus coberturas a las enfermedades preexistentes, no limita a que estas compañías tergiversen las

condiciones de salud que padecen sus clientes posterior a la fecha de suscripción del contrato, con la única finalidad de relacionarlas a preexistencias médicas.

3.6. Casos prácticos.-

Ahora bien, tras haber analizado la falta de normativa que guíe a las partes intervinientes en un contrato de seguro de asistencia médica definir si es que una determinada condición de salud es o no el origen de una enfermedad preexistente; así como, del estudio a la posición de dominio con la que cuentan las empresas que comercializan este tipo de productos, es importante analizar la manera de operar de las compañías de seguros cuando reciben un reclamo de parte de uno de sus afiliados al momento que solicitan cobertura médica por una enfermedad de la que padecen posterior al perfeccionamiento del contrato.

En tal sentido, a fin de determinar si es que efectivamente las empresas de seguros de asistencia médica, en virtud de su posición de dominio, tergiversan o no, criterios médicos respecto de una determinada enfermedad o condición de salud para relacionarla a una enfermedad preexistente, se han analizado algunos reclamos presentados por asegurados respecto de una negativa de cobertura de parte de las aseguradoras de las cuales son afiliados. Por lo tanto, como técnica y herramientas de investigación, se han examinado algunas de las negativas remitidas por las aseguradoras que operan seguros de asistencia médica que mayores ingresos por primas netas emitidas, han percibido a partir del 01 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2015. Para tal efecto, el análisis se lo realiza en virtud de fuentes secundarias que de acuerdo a Torres, M., Paz, K. y Salazar, F. (s.f, pp. 3) “las fuentes secundarias son aquellas que parten de datos pre-elaborados, como pueden ser datos obtenidos de anuarios estadísticos, de Internet, de medios de comunicación”. En tal sentido, el valor de las primas netas emitidas fueron tomados de una inspección de registros del portal de información de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros

(s.f., pp.1.) en la cual, a través del “Ranking de compañías” del año 2015, se puede evidenciar los valores exactos de primas netas emitidas.

Por lo tanto, después de haberse escogido a las empresas de seguros de asistencia médica que mayores primas netas percibieron en el año 2015, es importante determinar el número de casos y de compañías que serán objeto de análisis. Para tal efecto, se ha obtenido la opinión del Doctor Eduardo Peña Triviño, quien a más de haber sido Vicepresidente de la República del Ecuador y contar con una experiencia de más de cincuenta años de trabajar como ejecutivo de empresas de seguros y reaseguros, es un experto en la materia, cuya opinión y bibliografía pasa a formar parte integrante del presente trabajo como Anexo Cinco. Por su parte, Escobar y Cuervo (2008, pp. 29) sostienen que “El juicio de expertos se define como una opinión informada de personas con trayectoria en el tema, que son reconocidas por otros como expertos cualificados en éste, y que pueden dar información, evidencia, juicios y valoraciones”. Mientras que, para la elección del experto, Astigarraga (s.f., pp. 4) manifiesta que “el experto será elegido por su capacidad de encarar el futuro y posea conocimientos sobre el tema consultado”.

En tal virtud, a través del cuadro que se presenta a continuación, se podrá analizar el problema por diversidad de criterios que ha surgido entre un asegurado y una empresa de seguros de asistencia médica, respecto si una determinada enfermedad se puede o no, relacionar a una enfermedad preexistente. Para tal efecto, y basado en la opinión del Doctor Eduardo Peña, el número en analizar es de cinco, por lo que, se analizará un criterio médico por cada afiliado presentado a cada una de las cinco empresas que mayores primas netas percibieron en el año 2015. De tal forma que, de la negativa de la aseguradora se hará un análisis con el fin de diagnosticar si existe o no, una tergiversación por parte de las compañías de seguros médicos sobre la condición de salud de que padeció el asegurado, con el fin de asemejarla a una enfermedad anterior.

Previo a desarrollar el cuadro de análisis a los casos prácticos, es importante dejar constancia que en el mismo se han omitido los nombres de los pacientes o afiliados que han presentado el reclamo ante las empresas de seguros. Puesto que, por la naturaleza de la información que revela historiales clínicos, es privilegiada y/o confidencial. De tal forma que, el artículo siete de la Ley Orgánica de Salud, LOS, respecto de los derechos que tienen las personas, menciona el tener una historia clínica única, redactada en términos precisos, comprensibles y completos; así como, la confidencialidad respecto de la información en ella contenida. Por su parte, el artículo trescientos sesenta y dos de la Constitución, garantiza la confidencialidad de la información de los pacientes, así como al consentimiento informado. Sobre este punto, Apressyan et al., (2008, pp. 44) sostienen que, el deber de mantener la confidencialidad forma parte de la ética médica occidental desde Hipócrates, por lo que es anterior a la noción de que la privacidad es un derecho; y, que por lo tanto, para revelar información sanitaria personal obtenida en el curso de una investigación, es necesario contar con el consentimiento del paciente, que para efectos de este trabajo, existió el consentimiento de los afiliados en obtener la información para el análisis, pero no para divulgarla.

Tabla 1. Casos Practicos

ASEGURADORA	RECLAMO DEL ASEGURADO	NEGATIVA DE LA ASEGURADORA	ANÁLISIS
BMI	<p>La afiliada presenta reclamo por una condición diagnosticada como Apendicitis Aguda.</p> <p>Debido a un dolor incontrolable que sufría la paciente, tuvo que practicarse una intervención quirúrgica inmediata. Del diagnóstico realizado, se evidencia que la paciente presentó una inflamación aguda del</p>	<p>De los antecedentes médicos declarados por la afiliada previo a la celebración del contrato de seguro de salud, se desprende que años atrás presentó Torsión Ovárica por problemas Ginecológicos. Por tanto, la empresa niega la cobertura de la intervención quirúrgica por tratarse de una condición anterior. Pues sostiene que el diagnóstico de Apendicitis es Clínico,</p>	<p>Tras no contar con un examen médico previo a la intervención quirúrgica; y, de la Torsión Ovárica que presenta la afiliada como enfermedad preexistente, la empresa niega la cobertura de la intervención quirúrgica, por tratarse de una condición de</p>

	Apéndice Cercal, producida por la obstrucción de la luz del mismo e infectada por gérmenes del Colon.	solo por examen médico; y, que la misma, para confirmar que es Apendicitis, se practica una biopsia del Apéndice donde indica el proceso inflamatorio e infeccioso.	salud anterior.
BUPA	El titular de contrato de seguro de asistencia médica, presenta reclamo por condición de Bronquiolitis diagnosticada a su hijo, quien es dependiente de la cobertura. Del diagnóstico realizado, se evidencia que el menor presenta infección de vías respiratorias bajas que provoca bronco espasmos y proceso inflamatorio, aumento de las secreciones bronquiales, que es producido por una infección de virus sincitial respiratorio. De la evaluación se refleja que esto presentan niños menores de un año.	Del formulario de solicitud del plan individual al contrato de seguro de asistencia médica, el titular del contrato manifiesta que el menor a los primeros días de nacer, padeció de Asma Bronquial, la cual se cataloga como una enfermedad hereditaria. La empresa niega la cobertura por los gastos médicos de Bronquiolitis por tratarse de un Asma Bronquial.	En el presente caso, al ser los síntomas de la Bronquiolitis similares a las del Asma Bronquial, la empresa de seguros la relaciona como a una condición preexistente, cuando de acuerdo al médico tratante, pese a la similitud de sintomatología, la Bronquiolitis es una infección de tipo viral, adquirida en la comunidad, fácilmente identificable mediante un examen de secreción nasal, la cual permitirá identificar el virus sincitial respiratorio.
	. El Afiliado del contrato de seguro de gastos médicos presenta un reclamo por una condición de salud a la que el médico tratante la diagnosticó como Glaucoma. La cual, de la evaluación médica realizada, se describe como	La empresa de seguros cuando remite la negativa al reclamo presentado por el afiliado, concuerda que esta enfermedad es saliente de síntomas y signos no evidentes en adultos, pero que, la pérdida progresiva del campo visual, viene desde el nacimiento de	La empresa de seguros, amparada en la exclusión de cobertura a enfermedades preexistentes, tergiversa el concepto de Glaucoma, afirmando que se trata de una

PANAMERICAN A LIFE	pérdida progresiva de campo visual que puede llegar hasta la ceguera. Esta enfermedad se puede presentar recién en personas adultas, o bien haber nacido con ella.	las personas. De tal forma que esta enfermedad se trata de una condición congénita, es decir que el afiliado nació con ella y por tanto es una condición anterior.	enfermedad congénita, es decir, una condición anterior. Por tanto, se niega la cobertura, cuando de conformidad con el criterio del asegurado y médico tratante, al diagnosticar esta enfermedad, se debe preservar la salud, agudeza y campo visual, sin importar el tiempo de evolución.
SUCRE	El afiliado presenta reclamo por enfermedad diagnosticada como Retinopatía Diabética. La cual, de la evaluación médica realizada por el profesional de la salud que le trató, se determinó que provoca pérdida de visión progresiva que puede llegar hasta un desprendimiento de retina en caso de no tratarse.	La empresa de seguros fundamenta su negativa al decir que de esta enfermedad desencadenan signos y síntomas que variarán de los valores de Glucosa. Por tanto, meses atrás al haberse diagnosticado en el paciente Diabetes tipo II, la Retinopatía Diabética tiene origen con la Diabetes, por lo que, queda excluida de cobertura.	La empresa de seguros considerando que en la Diabetes tipo II, resulta difícil determinar desde cuando está presente la Retinopatía Diabética, la compañía la relaciona con la Diabetes, pues, diagnosticada la enfermedad, los daños en la retina son susceptibles de evidenciar, por lo tanto, afirma que son síntomas anteriores como consecuencia de la Diabetes.
GENERALI	La afiliada presenta reclamo por condición diagnosticada como Adenocarcinoma	De los antecedentes médicos declarados por la afiliada, se refleja que padeció de	Dado que el factor de riesgo es alto respecto de que una

	<p>Gástrico.</p> <p>De la evaluación médica, se determina que ésta puede ser o no, consecuencia de la Gastritis Atrófica Meta-plástica Autoinmunitaria, de la que padeció la paciente años atrás. De la historia clínica de la paciente, se cómo una enfermedad autoinmunitaria que afecta a las células parietales, lo que provocó en la afiliada, hipoclorhidria y menor producción de factor intrínseco. Como consecuencia de ello, la paciente presentó Gastritis Atrófica, malabsorción de B12; que puede causar anemia perniciosa.</p>	<p>sintomatología anemia perniciosa y síntomas gástricos, que por endoscopia se diagnosticó Gastritis Atrófica Meta-plástica Autoinmunitaria. En virtud de esto, la Compañía se sostiene en que la Adenocarcinoma Gástrico es consecuencia de la Gastritis Atrófica Meta-plástica Autoinmunitaria de la que paciente ya padeció.</p>	<p>Adenocarcinoma Gástrico provoque una Gastritis Atrófica Meta-plástica Autoinmunitaria, la empresa de seguros afirma que la Adenocarcinoma Gástrico es consecuencia de la Gastritis Atrófica Meta-plástica Autoinmunitaria, mientras que, el médico tratante y el asegurado, afirman lo contrario, que no necesariamente es consecuencia la una de la otra.</p>
--	--	--	---

En virtud del cuadro de casos prácticos, se puede evidenciar claramente que el problema entre asegurado y aseguradora surge a raíz de una negativa de cobertura por parte de las empresas de seguros hacia el asegurado, en el sentido que, independientemente de cual fuere la condición de salud que presenció el afiliado, la empresa sostiene que se trata de una enfermedad relacionada a un padecimiento preexistente. Mientras que, el criterio del afiliado junto con su médico tratante, alegan lo contrario. Por lo tanto, el problema se incrementa en que no existe un protocolo o instrumento que guíe o determine los parámetros, para resolver bajo qué criterios se puede considerar a una condición de salud como preexistente, sino que es el criterio de uno, frente al de otro.

En conclusión, la diversidad de criterios que se evidencia entre asegurado y la compañía de seguros de asistencia médica, constituye un problema grave al

momento que el afiliado exige se haga efectiva la cobertura contratada, pues por un lado está el criterio del asegurado en que la condición de salud de la cual reclama, no está relacionada con una enfermedad anterior a la fecha de suscripción del contrato; y, por otro lado, está el criterio de las empresas de seguros médicos que mantienen su visión contraria. Por lo tanto, al no existir un protocolo médico legal que encamine a las partes contratantes determinar si es que una determinada condición de salud es o no, el origen de una enfermedad preexistente, las compañías de seguros, carecen de limitación alguna en tergiversar los criterios médicos, con el objetivo de relacionar a una enfermedad, como un antecedente médico.

3.7. Propuesta.-

De conformidad con el artículo trescientos sesenta y uno de la Constitución de la República del Ecuador, el Estado regulará, normará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud a través de la autoridad sanitaria nacional, que conforme al artículo cuatro de la LOS, la autoridad es el Ministerio de Salud Pública (MSP). En tal sentido, el Estado tiene la obligación de garantizar los servicios para el bienestar de las personas, que entre ellos como base o eje se encuentra la salud, pues de conformidad con el artículo treinta y dos de la Constitución, le corresponde garantizar a las personas, entre otros, el acceso a servicios de promoción y atención integral de salud. De tal forma que, en virtud de las atribuciones con las que se encuentra investida el Ministerio de Salud Pública (MSP), debe emplear mecanismos de regulación a las instituciones que presten servicios de salud, tales como las empresas de seguros de asistencia médica.

Por lo tanto, a raíz del problema que enfrentan los asegurados frente a las compañías que operan seguros de asistencia médica, respecto a la diversidad de criterios médicos sobre si una determinada enfermedad es o no preexistente o si bien es el origen o relación de la misma, propongo que el Ministerio de Salud Pública a través de la Dirección Nacional de Talento Humano realice un

proceso de selección de profesionales de la salud para la creación de un protocolo con parámetros médicos que sirva como un documento médico legal obligatorio, que deberá formar parte integrante del contrato de seguro general; y, que guíe a las partes intervinientes, determinar si es que efectivamente una condición de salud, puede o no, ser la causa o el origen de una enfermedad anterior. De tal forma que, en el evento que surja un problema a futuro, la existencia de un protocolo médico legal, orientará de mejor manera a las partes contratantes, a resolver el conflicto. La selección de los profesionales de la salud se la realizara en virtud de “un grupo de expertos a los que se les pregunta su opinión sobre cuestiones referidas a futuro” (Astigarra, s.f., pp. 2). Para tal efecto, la elección de médicos escogidos para la elaboración del protocolo médico legal, se la hará de acuerdo a sus conocimientos y experticia, pues conforme lo manifiestan Escobar y Cuervo (2008, pp. 27) que la validez del contenido se centra en la utilización del juicio de expertos, de manera que sus resultados sean acertados y eficientes para los propósitos del contenido, el cual se define como una opinión informada de personas con trayectoria en el tema que son reconocidas por otros como expertos cualificados en éste, y que puedan dar información, evidencia, juicios y valoraciones.

Ahora bien, si pese a la creación del protocolo médico legal, las partes no llegaren a resolver el problema respecto de si una determinada enfermedad está relacionada a un padecimiento anterior, el asegurado podrá acogerse a lo que establece el artículo cuarenta y dos de la LGS, y presentar un reclamo administrativo ante la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros. Para tal efecto, en la eventualidad que esto suceda, la Superintendencia podrá trabajar conjuntamente con el Ministerio de Salud Pública (MSP), en el sentido que, la entidad de control remitirá un oficio para que en un término prudente, los médicos seleccionados se pronuncien sobre el reclamo que presenta el asegurado, respecto si la negativa de la aseguradora está debidamente fundamentada, es decir, si se trata o no, de una enfermedad preexistente. De tal forma que, el pronunciamiento de los expertos seleccionados, constituya

elemento suficiente para que la Superintendencia emita la Resolución que tenga carácter de ejecutoriada.

En la reunión legislativa que mantuvo la Comisión del derecho a la Salud llevada a cabo el 12 de febrero de 2016 en la Asamblea Nacional, el Vicepresidente de la Comisión, señor Carlos Velasco, plantea que el actual “Proyecto de ley orgánica que regula a las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y a las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica” impulsado por la asambleísta Pamela Falconí, disponga que las aseguradoras tomen acciones preventivas a través de paquetes básicos en el que conste la realización de exámenes médicos antes del proceso de aseguramiento. De tal forma que, a través de esta sugerencia, el asegurado como la aseguradora estarán conscientes que la cobertura no aplicará sobre aquellas enfermedades diagnosticadas previo a la celebración del contrato sino de las venideras a la fecha de perfeccionamiento del mismo. Sin embargo, puede que a futuro el asegurado presente nuevas condiciones de salud, de las cuales, la aseguradora las relacione como el origen de las enfermedades preexistentes que fueron debidamente diagnosticadas en un principio. Por lo tanto, a fin de prevenir un problema, recomiendo que exista este protocolo médico legal creado por expertos en la materia, en la medida que sirva para determinar si las nuevas condiciones de salud que padece el asegurado luego de haber suscrito la póliza, tienen relación o no, con las enfermedades preexistentes a la fecha de celebración del contrato.

En conclusión, la propuesta se centra en que el Ministerio de Salud Pública como entidad controladora de todas las actividades relacionadas con la salud, a través de la Dirección Nacional de Talento Humano, realice un proceso de selección de profesionales de la salud para que elaboren un protocolo médico legal, en el que se configuren parámetros claros para descartar si una determinada enfermedad es el origen o no, de una condición preexistente. De esta forma, constituyendo el protocolo un anexo obligatorio al contrato de

seguro de asistencia médica, se crea más seguridad para la protección de los derechos del asegurado, puesto que, mediante la creación de este protocolo, se minimizaran los problemas que surgen por la diversidad de criterios médicos entre asegurado y aseguradora, que como consecuencia, por ser un protocolo de sujeción obligatoria para las aseguradoras como para el asegurado, disminuirán también la presentación de reclamos administrativos ante la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros. En tal sentido, el protocolo tendrá como objetivo limitar que las empresas de seguros de asistencia médica con el fin de negar una cobertura, tergiversen los criterios médicos, respecto de si una determinada enfermedad tiene relación con una condición anterior.

CONCLUSIONES

El Código de Comercio, título XVII, no regula de manera expresa al contrato de seguro de asistencia médica como tal, sino que, dentro del capítulo tres del cuerpo legal en mención con relación al seguro de personas, hace referencia a los denominados amparos accesorios como gastos susceptibles de indemnización que tengan carácter de daño patrimonial, como gastos médicos, clínicos, quirúrgicos o farmacéuticos. Sin embargo, si bien el ser humano incurre en este tipo de gastos por el cuidado de su salud, el Código hace una peculiaridad sobre los mismos, mencionando que se regularán por la norma relativa a los seguros de daños, pese a que su naturaleza corresponde al seguro de personas. Tal es así que, previo a analizar el contrato de seguro de asistencia médica, es indispensable partir de un estudio global al contenido del contrato de seguro general.

De tal manera que, si bien la naturaleza de los amparos accesorios corresponde a los seguros de persona, y su regulación se la hace en torno a la norma correspondiente a los seguros de daños, no limita a que empresas de seguros de vida como seguros generales, comercialicen seguros de asistencia médica. Por lo tanto, conforme se desprende del artículo tres de LGS, las empresas de seguros de vida podrán cubrir riesgos de las personas. Mientras que, empresas de seguros generales, entre otras, podrán cubrir los riesgos causados por afecciones, pérdidas o daños de la salud. En tal sentido, independientemente de cual fuere la naturaleza de las empresas de seguros, el Código de Comercio, título XVII, como la LGS, faculta que ambas empresas incluyan dentro de sus coberturas, al contrato de seguro de asistencia médica, por lo que, previo a analizar la tergiversación a la preexistencia en los contratos de seguros de asistencia médica, es fundamental, estudiar este contrato.

Ahora bien, respecto del contrato de seguro, el artículo diez del Código de Comercio, título XVII, como el artículo veinticinco de la LGS, son muy claros cuando enuncian que dentro del contrato, no debe quedar duda respecto de los

riesgos cubiertos como de los excluidos, tal es así que, el artículo catorce del Comercio, título XVII, establece la obligación del asegurado de declarar objetivamente el estado del riesgo. De tal forma que, en virtud de esta declaración, es que la empresa de seguros formará un criterio respecto del riesgo que se compromete en asumir y así definir los términos y condiciones del contrato. En ejemplo del contrato de seguro médico, la declaración del riesgo que hace el asegurado, es respecto de sus enfermedades preexistentes, la cuales, por la naturaleza del negocio del seguro como contrato aleatorio, son excluidas de la prestación del servicio, o bien, de acuerdo a la empresa, cubiertas bajo un tope máximo de cobertura.

En tal sentido; y, en virtud de la naturaleza del contrato de seguro que protege a un bien o un persona de una contingencia incierta, las empresas de seguros de asistencia médica agregan dentro de sus pólizas, las condiciones excluyentes de cobertura, tales como, las enfermedades preexistentes. Por lo tanto, de conformidad con el artículo veinticinco de la LOD, actualmente todo contrato de seguro de asistencia médica comercializado por empresas que han actuado conforme a la ley, tienen aprobado por parte de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, antes Superintendencia de Bancos y Seguros, las condiciones de exclusión a enfermedades preexistentes.

Sin embargo, la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, como el Código de Comercio, título XVII, la LOD y la LGS, dejan un campo muy abierto respecto de la exclusión a las enfermedades preexistentes, puesto que, al momento que un asegurado presenta una condición de salud, la empresa de seguros como el asegurado, podrán tener un criterio diferente respecto de esa enfermedad en el evento que la cobertura haya sido negada por tratarse de una condición anterior. En tal sentido, las compañías de seguros no se ven limitadas para tergiversar el criterio de un antecedente médico, con el fin de relacionarla a una enfermedad preexistente, que como consecuencia de ello, queda excluida de cobertura y afecta al asegurado.

Por lo tanto, la propuesta de este trabajo consiste en la creación de un protocolo médico legal elaborado por un grupo de expertos seleccionados por la autoridad de control, que sirva como guía a las partes contratantes del seguro de asistencia médica, o de ser el caso, a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, resolver acerca de si una determinada enfermedad puede ser el origen o no, de una preexistencia médica. Para tal efecto, el objetivo del protocolo es contar con parámetros claros que limite a las empresas de seguros, tergiversar criterios médicos con el fin de negar una cobertura.

RECOMENDACIONES

En virtud de este trabajo de titulación, en primera instancia recomiendo se haga un análisis al actual “Proyecto de ley orgánica que regula a las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y a las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica”, en el sentido que, se considere la opción de agregar lineamientos o parámetros que limite a las empresas de seguros médicos, tergiversar los criterios de las condiciones generales o particulares del contrato general, con la finalidad de excluir de la cobertura. Entre ellos, por ejemplo exámenes dentales cuando el tratamiento sea consecuencia de un accidente, enfermedades y/o accidentes del uso o consumo de estupefacientes, alcohol y o droga, hipoestrogenismo, climaterio, menopausia, prótesis, e incluso a las mismas enfermedades preexistentes que se analizó en este trabajo muy aparte del “Proyecto de ley”.

En segundo lugar, de la propuesta planteada, respecto de la creación de un Protocolo Médico Legal que sirva como guía a las partes contratantes determinar si una determinada enfermedad es o no es, el origen de una condición anterior, recomiendo se estudie la forma de creación del mismo. Es decir, la forma metodológica de la selección de los profesionales de la salud para la elaboración del protocolo, así como al órgano de control. En tal sentido, recomiendo se estudie al funcionamiento del protocolo; y, si los médicos seleccionados para su elaboración, deberán formar parte de una Agencia, Órgano adscrito al Ministerio de Salud, un Departamento de Auditoria Médica, entre otros.

Finalmente, como última recomendación, propongo se reforme el capítulo VIII de la LGS referente al reclamo administrativo. En el sentido que, cuando el reclamo tenga naturaleza de un seguro de asistencia médica, la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros previo a resolver, remita un oficio al Ministerio de Salud Pública, para que, los médicos seleccionados en la elaboración del Protocolo Médico Legal, se pronuncien acerca si una

determinada enfermedad, tiene relación a una condición anterior, sujetándose al protocolo que será de cumplimiento obligatorio.

REFERENCIAS:

- Alonso, R. (2010). *Contratos de Seguros, en lecciones de Derecho Mercantil, Aurelio Menéndez y Ángel Rojo*. Madrid, España: Civitas- Thomson Reuters.
- Álvarez, M. (2012). *Contratos Mercantiles*. Tolima, Colombia: Dupre Editores.
- Alvear, P. (2014). En C. Ramírez (Coord). *Derecho Administrativo y Corrección Económica. Memorias Seminario Internacional*. Quito, Ecuador: Biblioteca de la Corte Nacional de Justicia.
- Apressyan, R., Balasubramaniam, D., Carmi, A., De Castro, L., Evans, D., Gracia, D., Guessous-Idrissi, N., Ten Have, H., y Williams, J. (2008). *Programa de base de estudios sobre Bioética*. Uruguay, Montevideo: Unesco.
- Astigarraga, E. (s.f.). *El método Delphi*. Recuperado el 10 de marzo de 2016 de http://www.prospectiva.eu/zaharra/Metodo_delphi.pdf
- Bataller, J., Latorre, N., y Olavarría, J. (2007). *Derecho de los Seguros Privados*. Madrid, España: Marcial Pons Educaciones Jurídicas.
- Cabanellas, G. (2003). *Diccionario Enciclopédico de Derecho Usual*. Tomo VII. (24ª. ed.). Buenos Aires, Argentina: Editorial Heliasta.
- Cevallos, V. (2011). *Manual del Derecho Mercantil*. Tomo 1. (2ª. ed.). Quito, Ecuador: Editorial Jurídica del Ecuador.
- Código de Comercio. Del Contrato de Seguro*. Registro Oficial Suplemento 1202 de 20 de agosto de 1960.
- Conde, A. (2004). *Abuso de Posición Dominante*. España: Ediciones Deusto-Planeta de Agostini Profesional y Formación S.L.
- Constitución de la República del Ecuador. Registro Oficial 449 de 20 de octubre de 2008 y Registro Oficial 490, Suplemento, de 13 de julio de 2011.
- Escobar, J. y Cuervo, A. (2008). *Validez de Contenido y Juicio de Expertos, una aproximación a su utilización*. Recuperado el 10 de marzo de 2016 de http://www.humanas.unal.edu.co/psicometria/files/7113/8574/5708/Articulo3_Juicio_de_expertos_27-36.pdf
- Fernández, J. (1991). *Fundamentos del Derecho Mercantil* (3ª.ed.). Madrid, España: Edersa.

- Garrigues, J. (1987). *Curso de Derecho Mercantil*. Tomo II. (7ª.ed.). Bogotá, Colombia: Temis S.A.
- Gastaldi, J. (2005). *La buena fe en el derecho de los contratos. En tratado de la buena fe en el derecho*. Doctrina nacional. Buenos Aires, Argentina: Editorial La Ley.
- Gherzi, C. (2007). *Contrato de Seguro*. Buenos Aires, Argentina: Astrea.
- Guardiola, A. (2001). *Manual de Introducción al Seguro*. Madrid, España: Marcial Pons Educaciones Jurídicas.
- Guerra, M. (2011). *Que es la preexistencia. Preguntas frecuentes*. Recuperado el 10 de febrero de 2016 de <http://especialistasensegurosdf.blogspot.com/2011/04/que-es-la-preexistencia-preguntas.html>
- Hees, E. y Emiliozzi, J. (s.f.). *La Naturaleza Jurídica del Abuso del Derecho*. Universidad Nacional del Centro. Argentina. Recuperado el 05 de febrero de 2016. <http://www.cartapacio.edu.ar/ojs.antes.patch/index.php/ctp/article/viewFile/1217/1486>.
- Lacruz, M. (2013). *Formación del contrato de seguro y cobertura del riesgo*. Madrid, España: Editorial Reus.
- Ley General de Seguros. Libro III, Código Orgánico Monetario y Financiero*. Registro Oficial 403 de 23 de noviembre de 2006.
- Ley Orgánica de Discapacidades, LOP*. Registro Oficial Suplemento 796 de 25 de septiembre de 2012.
- Ley Orgánica de la Defensoría del Pueblo*. Registro Oficial 7 de 20 de febrero de 1997.
- Ley Orgánica de Defensa del Consumidor*. Registro Oficial Suplemento 116 de 10 de julio de 2000.
- Ley Orgánica de Regulación y Control del Poder de Mercado*. Registro Oficial Suplemento 555 de 13 de octubre de 2011.
- Ley Orgánica de Salud*. Registro Oficial Suplemento 423 de 22 de diciembre de 2006.

- López, Hernán. (2004). *Comentarios al contrato de seguro* (4ª.ed.). Bogotá, Colombia: Dupre Editores.
- Lorenzetti, Ricardo. (2009). *Consumidores* (2ª. ed.). Buenos Aires, Argentina: Rubinzal – Culzoni Editores.
- Mansilla y Mejía, M. (s.f.). *Fraude a la ley: Fraus Legis Facta*. Facultad de Derecho de la Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM. Recuperado el 07 de febrero de 2016. [http://www.derecho.unam.mx/investigacion/publicaciones/revista-cultura/pdf/CJ\(Art_7\).pdf](http://www.derecho.unam.mx/investigacion/publicaciones/revista-cultura/pdf/CJ(Art_7).pdf).
- Morandi, J. (1971). *Estudios de derecho de seguros*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Pannedille.
- Padilla, R. (s.f.). *La Preexistencia en los seguros de salud. Publicación de INDECOPI (Instituto Nacional de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual)*. Recuperado el 02 de febrero de 2016 de <http://www.indecopi.gob.pe/documents/51779/178244/28.-Segurossalud.pdf/23f3016c-af79-4f4d-aa01-9d14a64c33df>
- Pájaro de Silvestri, L. (2013). *El contenido del principio de la buena fe: análisis de la relación contractual del tercer adquirente en pública subasta judicial*. Colombia: Editorial Universidad del Norte.
- Peña, E. (2012). *Manual de Derecho de Seguros*. (4ª. ed.). Guayaquil, Ecuador: Edino.
- Pérez, C. (s.f.). *Salud y Medicina. Que son las preexistencias en el seguro médico. Revista Naturvida*. Recuperado el 10 de febrero de 2016 de <http://www.natursan.net/que-son-las-preexistencias-en-el-seguro-medico/>. Naturvida, Contenidos Digitales.
- Pina, R. (1980). *Diccionario de Derecho*. México: Balam
- Pisani, O. (2006). *Elementos de Derecho Comercial* (2ª.ed.). Buenos Aires, Argentina: Astrea.
- Proyecto de Ley que regula a las Compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y a las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica*. Resolución CAL-2013-2015-100. De 04 de abril de 2014.

- Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la Lengua Española* (24ª. ed.). Madrid, España: ASALE.
- Resolución de la Defensoría del Pueblo 58. *Defensoría del Pueblo, Reglas Admisibilidad y Trámite de Competencia*. Registro Oficial Suplemente 683 de 03 de febrero de 2016.
- Riggi, E. (2010). *Interpretación y ley penal: un enfoque desde la doctrina del fraude de ley*. España: Editorial Atelier.
- Rodríguez, J. (1994). *Derecho Mercantil*. Tomo II. (21ª.ed.). México: Porrúa.
- Sánchez, F. (2005). *Comentarios a la Ley de Contrato de Seguro*. (1ª.ed.). Madrid, España: Marcial Pons Educaciones Jurídicas.
- Superintendencia de Compañías Valores y Seguros, (Sin Fecha). Glosario de términos. Recuperado el 28 de marzo de 2016 de http://appscvs.supercias.gob.ec/guiasUsuarios/images/guias/glo_ter/GLOSARIO_TERMINOS.pdf
- Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, (Sin Fecha). Ranking de Compañías, 2015. Recuperado el 30 de marzo de 2016 de http://bin/cognos.cgi?b_action=cognosViewer&ui.action=run&ui.object=%2fcontent%2ffolder%5b%40name%3d%27Seguros%27%5d%2ffolder%5b%40name%3d%27Reportes%27%5d%2ffolder%5b%40name%3d%27Consolidado_Variables_Margen_Contrib%27%5d%2ffolder%5b%40name%3d%27Reporte5%27%5d%2freport%5b%40name%3d%27Estadisticas_boletines%27%5d&ui.name=Estadisticas_boletines&run.outputFormat=&run.prompt=true
- Tirado, F. (2003). *Derecho Mercantil*. Madrid, España: Edersa.
- Torres, M., Paz, K. y Salazar, F. (s.f.). *Métodos de Recolección de datos para una investigación*. [Boletín Electrónico Número 3]. Recuperado el 15 de febrero de 2016 de http://www.tec.url.edu.gt/boletin/URL_03_BAS01.pdf
- Vázquez, J. (2007). *La obligación de pago de la prima en la Ley de Contrato de Seguro*. Valencia, España: Tirant lo Blanch.
- Veiga, A. (2009). *Tratado del Contrato de Seguro*. Madrid, España: Civitas-Thomson Reuters.

- Vivante, C. (2005). *Derecho Mercantil*. Buenos Aires, Argentina: Valleta.
- Uría, R., Menéndez, A., y Soto, R. (2007). *Curso de Derecho Mercantil*. Tomo II (2da. ed.). Madrid, España: Arazandi.
- Uría, R. (1992). *Derecho Mercantil* (19ª. ed.). Madrid, España: Marcial Pons Ediciones Jurídicas.

ANEXOS

Anexo 1

- 1.1. Contratos de seguro de salud “SIGMA” de BMI.**
- 1.2. Seguro individual de vida BMI.**



Condiciones del Plan de Medicina Prepagada Individual con cobertura nacional:

2 de marzo de 2016

Titular: JUAN FERNANDO CARRION ROBALINO 25 años

BENEFICIOS MÁXIMOS	PLAN SIGMA						
Límite máximo por incapacidad, por afiliado	USD 100.000						
Período de incapacidad	365 días						
Período de presentación de reclamos	120 días						
Periodo de carencia para cualquier incapacidad no accidental o enfermedad infecciosa	90 días						
Periodo de carencia para Apendicitis y Colecistitis	No aplica						
GASTOS HOSPITALARIOS							
Cuarto y Alimento diario al 100% hasta	USD 200						
Unidad de cuidados intensivos	100%						
Máximo de días de hospitalización	240 días						
Copago por incapacidad hospitalaria dentro de Red Mas Medical Care	90%						
Copago por incapacidad hospitalaria dentro del Círculo de Servicios	80%						
Copago por incapacidad fuera del Círculo de Servicios	70%						
Límite de copago hospitalario por persona, por año contrato	\$ 8.000,00						
GASTOS AMBULATORIOS							
Deducible por año contrato para todas las incapacidades ambulatorias, por afiliado	USD 120						
Emergencia por Accidente hasta USD 1,000, al (no aplica deducible, ni copago)	100%						
Copago por incapacidad Ambulatoria	80%						
MATERNIDAD							
Límite máximo para el beneficio de Maternidad	USD 2.000						
Límite máximo para complicaciones Post Parto y Complicaciones de maternidad	USD 25.000						
Límite Máximo de Cobertura para el Recién Nacido	USD 25.000						
Preservación de células madre del cordón umbilical con Biocells y CelAlcivar	50%						
Período de carencia (espera) para el beneficio de Maternidad, complicaciones Post Parto, complicaciones de maternidad, Cobertura para el Recién Nacido y Preservación de células madre	1 año						
TRASPLANTE DE ÓRGANOS							
Límite Máximo para Trasplantes (Límite Vitalicio)	USD 50.000						
Límite Máximo de Cobertura de Gastos Médicos al Donante Vivo (Límite Vitalicio)	USD 5.000						
ASISTENCIA EN VIAJES AL EXTERIOR (SOLO PARA EMERGENCIA)							
Límite máximo por viaje, por afiliado	USD 15.000						
Deducible por viaje, por afiliado	USD 150						
Máximo de días por viaje	30 días						
Este beneficio es prestado en el exterior por MULTI ASSISTENCE SERVICES y no aplica para condiciones pre-existentes							
EXONERACION DE PRIMAS							
Exoneración de primas por fallecimiento de titular	1 año						
CONDICIONES PREEXISTENTES							
Condiciones preexistentes no declaradas carecen de cobertura							
COBERTURA PARA CONDICIONES PREEXISTENTES DECLARADAS, POR PERSONA POR AÑO CONTRATO							
Período de carencia (espera) para cobertura de preexistencias declaradas	1 año						
Cobertura a partir del 2do. año	USD 2.000						
COBERTURA PARA CONDICIONES PREEXISTENTES DE ACUERDO A LA LEY ORGANICA DE DISCAPACIDADES Y SU REGLAMENTO							
Condiciones Pre-existentes para personas con discapacidad debidamente calificadas de acuerdo a la Ley Orgánica de Discapacidades y su Reglamento y disposiciones legales, relacionadas a su discapacidad, por persona por año contrato.							
Período de espera para cobertura de condiciones preexistentes relacionadas a una discapacidad	90 días						
V.01/DIC/2015	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Contado**</th> <th>Tarjeta de Crédito*</th> <th>Débito mensual</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>\$ 969,33</td> <td>\$ 1.058,26</td> <td>\$ 88,19</td> </tr> </tbody> </table>	Contado**	Tarjeta de Crédito*	Débito mensual	\$ 969,33	\$ 1.058,26	\$ 88,19
Contado**	Tarjeta de Crédito*	Débito mensual					
\$ 969,33	\$ 1.058,26	\$ 88,19					

ELEGIBILIDAD

El presente producto podrá ser contratado por aquellas personas que residen en el Ecuador, cuya edad no supere los 65 años, y podrán mantener su cobertura hasta los 99 años.

RED MAS MEDICAL CARE

Los proveedores que son parte de nuestra Red Selecta Son:

RED MAS MEDICAL CARE		
PROVEEDORES HOSPITALARIOS		
QUITO Clínica Axxis Clínica de especialidades del Sur Clínica la Primavera Clínica Pasteur Clínica Pichincha Novaclínica	GUAYAQUIL Clínica San Francisco Clínica San Gabriel Clínica Santa María Hospitales de la Junta de Beneficencia Kennedy Alborada Omnihospital	
PROVEEDORES AMBULATORIOS		
Consulta médica en especialidades, exámenes de laboratorio e imagen; siempre y cuando estén amparados por un diagnóstico médico, sin aplicación de deducible, carencia de 90 días ni copago de \$4.		
QUITO Asistanet Avantmed Biodimed Cefavis Clínica USFQ CM Hospital de los valles Integramed Veris	GUAYAQUIL Avantmed Mediglobal Medilink Medimas Veris	CUENCA Red Médica Veris
FARMACIAS		
Medicity Sana Sana		

TARJETA BMI

	AMBULANCIA AÉREA Servicio de Ambulancia Aérea local por emergencia médica comprobada o accidente que ponga en riesgo la vida del paciente.		PLAN DE EXEQUIAS Servicios exequiales a nivel nacional será prestados a través de Grupo Jardines del Valle. Servicio completo a través de plan oro.
	AMBULANCIA TERRESTRE En Quito y Guayaquil, servicio de atención médica en caso de emergencia por enfermedad, o accidente. Para el resto del país podrá comunicarse con el proveedor de su elección, la cobertura se dará mediante reembolso a costos normales, razonables y acostumbrados del Ecuador.		SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA Beneficio para segunda opinión médica en caso de enfermedades graves (enfermedades neurovasculares, cáncer, enfermedades que involucren la pérdida de un miembro y/o enfermedades que involucren peligro de muerte)

COBERTURA DE CHEQUEO GINECOLÓGICO

Cobertura adicional para una consulta ginecológica y pap test, para la titular afiliada o cónyuge del titular; este beneficio podrá ser usado luego de un año de vigencia del contrato, a costos normales, razonables y acostumbrados del Ecuador. No aplica deducible ni copago.

BENEFICIOS ADICIONALES

Dentro de este producto se incluye cobertura de beneficios adicionales, estos beneficios podrán ser usados luego de un año de vigencia del contrato, a costos normales, razonables y acostumbrados del Ecuador; siempre aplicando copago y deducible.

- Las Vacunas a continuación detalladas: BCG, DTP, SARAMPION, PVO, HEPATITIS A, FIEBRE AMARILLA, MENINGITIS.
- Prótesis y aparatos ortopédicos, siempre que sean médicamente requeridos
- Ligadura de trompas y vasectomía
- Zapatos ortopédicos, una vez por año contrato.

- Leche medicada para niños menores de 2 años, siempre y cuando sean parte del tratamiento de una incapacidad.
- SIDA y sus consecuencias, hasta un máximo US\$ 5.000 vitalicio
- Extracción de terceros molares únicamente en red de proveedores Odontológicos Mas Ecuador.
- Corrección de deficiencia refractiva con exímer láser luego de las 5,5 dioptrías únicamente con: Dr. Francisco Rivera y Dr Antonio Ordoñez.
- Plantillas ortopédicas, una vez por año contrato.

RED DE HOSPITALES Y CLINICAS

Para brindar la mejor atención contamos con una excelente red de Hospitales y Clínicas en todo el Ecuador, donde ofrecemos los servicios de hospitalización y cirugía, con cobertura a través de crédito para garantizar el mejor servicio. La red de BMI puede ser consultada en la dirección <http://www.bmi.com.ec/servicios/busqueda-de-proveedores/>

COBERTURA AMBULATORIA

La cobertura de gastos ambulatorios que ofrecen los planes BMI, le permiten gozar de las coberturas más altas del mercado con beneficio de libre elección de médicos siempre que estos estén legalmente autorizados para ejercer la profesión de la medicina en especialidades reconocidas por la Federación Médica Ecuatoriana. Incluye Cobertura de Homeopatía y Acupuntura.

EXCLUSIONES DEL CONTRATO

1. Lesiones o enfermedades resultantes de: catástrofes, desastres naturales, guerra declarada o no, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas, amotinamiento, motín, sublevación, huelga, conmoción civil, guerra civil, actos terroristas, rebelión, revolución, insurrección, conspiración, sedición, asonada, poder militar o usurpado, ley marcial o estado de sitio o cualquiera de los sucesos o causas que determinen la proclamación o mantenimiento de decreto o ley marcial o estado de sitio, comiso, cuarentena dispuesta por cualquier gobierno o autoridad pública o local o por orden de dicho gobierno o autoridad, o cualquier arma o instrumento que emplee fisión o fusión nuclear o contaminación radiactiva provocada directa o indirectamente, ya sea en tiempo de paz o de guerra. Esta exclusión no resultará afectada por cualquier contrato o estipulación que no haga alusión específica a la misma, en parte o en todo.
2. Condiciones preexistentes no declaradas, salvo que se estipule lo contrario en las Condiciones Especiales de Contratación. La condición preexistente declarada podrá ser cubierta si así se establece en las Condiciones Especiales de Contratación. En caso de que el afiliado fuere discapacitado al amparo de la legislación ecuatoriana, las condiciones preexistentes relacionadas con su discapacidad serán cubiertas, de igual forma, conforme a las Condiciones Especiales de Contratación.
3. Cualquier tratamiento durante los primeros noventa (90) días después de la fecha de vigencia de este contrato, con excepción de Accidentes y Enfermedades infecciosas.
4. Servicio de ambulancia sea esta terrestre, aérea y/o marítima.
5. Curas de reposo, enfermedades nerviosas, psiquiátricas, psicológicas y/o trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas, así como tratamientos para corregir trastornos de la conducta y el aprendizaje.
6. Terapia ambiental de descanso y/o para observación, servicios o tratamientos en instituciones asistenciales, hidroclínicas, baños termales, sanatorios, clínicas de reposo.
7. Exámenes generales de salud (chequeos médicos).
8. Exámenes y tratamientos dentales y/u odontológicos en general, a menos que sean a consecuencia de Accidente ocurrido durante la vigencia del Contrato.
9. Cirugía electiva, estética, ortopédica o plástica, a menos que sea necesaria a consecuencia de Accidente ocurrido durante la vigencia de este Contrato.
10. Tratamientos y/o métodos correctivos generados por defectos de refracción visual (optometría).
11. Equipos médicos duraderos, costos por adaptación de vehículos o cuartos de baños.
12. Prótesis y dispositivos de corrección que no sean quirúrgicamente necesarios.
13. Compra o alquiler de audífonos.
14. Aborto y sus consecuencias, salvo que fuere realizado por razones médicas avalado por dos médicos designados por la Compañía y con certificación previa de cobertura por la Compañía.
15. Daños causados a sí mismo estando o no en uso de sus facultades mentales.
16. Síndrome inmunológico de deficiencia adquirida (SIDA), el síndrome complejo relativo al SIDA (SCRS) y todas las enfermedades causadas por o relacionadas con el virus HIV positivo.
17. Honorarios médicos facturados por parte de un MIEMBRO DE FAMILIA hasta el cuarto grado de consanguinidad y tercero de afinidad, incluyendo autoterapia y autoprescripción de medicinas.
18. Transplante de órganos, excepto los descritos en el Capítulo I, Definiciones. En ningún caso se cubre los gastos incurridos por el donante a menos que se estipule lo contrario en las Condiciones Especiales de Contratación
19. Costo de adquisición e implantación de corazón artificial y dispositivos mono o biventriculares.
20. Cualquier crío-preservación y la implantación o re-implantación de células vivas.
21. Tratamientos en vía de experimentación o en fase de estudios.
22. Tratamiento no aceptado por la ciencia o por la medicina tradicional.
23. Gastos médicos causados a consecuencia de Accidente que surjan como resultado de servicio en la Policía, en las Fuerzas Armadas, empresas de seguridad, bomberos u otros organismos de socorro.

24. Desórdenes en la articulación temporomandibular (TMJD) o maloclusión.
25. Enfermera privada dentro o fuera del hospital.
26. Gastos médicos por concepto de tratamientos que ocurran con posterioridad a la expiración o terminación del Contrato.
27. Exámenes de diagnóstico y gastos innecesarios por servicios o equipos médicos no relacionados o inherentes con la incapacidad.
28. Incapacidad proveniente del uso o consumo de alcohol, drogas y/o estupefacientes, así como las originadas en delitos o faltas a la ley.
29. Gastos médicos causados a consecuencia del tratamiento del Papiloma Virus HPV.
30. Tratamientos relacionados con delgadez, sobrepeso, obesidad, talla corta y/o alopecia; así como lo relacionado a fertilización, esterilización, Inseminación artificial e impotencia.
31. Enfermedades que sean declaradas como epidemias o pandemias por el Ministerio de Salud Pública o por autoridad competente o por organización mundial reconocida.
32. Lesiones o enfermedades como consecuencia de la aplicación de rayos x, radioterapia, radium e isótopos.
33. Incapacidad a consecuencia de la práctica profesional de cualquier deporte. De igual forma, tratamiento para lesiones resultantes de la participación en competencias que expongan al participante a peligro o riesgo.
34. Cuidados podiátricos, incluyendo, de manera enunciativa pero no taxativa, cuidados de los pies relacionados con callos, juanete, neurona de Morton, pies planos, arcos débiles, pies débiles y otras quejas sintomáticas de los pies, incluyendo zapatos e insertos especiales de cualquier tipo o forma.
35. Tratamientos quiroprácticos
36. Incapacidad generada en condiciones de prisión o privación de libertad

Atentamente,

Esta cotización tiene validez de 30 días y no implica concesión de cobertura

Yo, JUAN FERNANDO CARRION ROBALINO declaro que he revisado las coberturas detalladas en el presente documento y que estoy de acuerdo con los límites de cobertura especificados.

Para mayor información y detalle de las coberturas favor remitirse al contrato.

JUAN FERNANDO CARRION ROBALINO
C.I.

Agente Asesor

Esta cotización no es válida sin todas las hojas

BMI del Ecuador Compañía de Seguros de Vida S.A.

Una Ilustración de Seguro de Vida

***** Term 95 *****

**Una Póliza de Seguro a Término Renovable y No Convertible
Con devolución de Primas****Término (30) años**Preparado para: **MARIA PEREZ**
Edad 35, Femenino, No Fumador

SUMA ASEGURADA INICIAL:	\$	100.000,00	
			CREDITO CONTADO
PRIMA NETA INICIAL ANUAL:	\$	491,70	447,00
CONTRIBUCION SBS:	\$	17,21	15,65
CONTRIBUCION SEGURO CAMPESINO:	\$	2,46	2,24
SUBTOTAL (1):	\$	511,37	464,88
GASTOS ADMINISTRATIVOS:	\$	82,00	75,00
OTROS CARGOS:	\$	0,00	0,00
SUBTOTAL (2):	\$	593,37	539,88
I.V.A.:	\$	0,00	0,00
TOTAL	\$	593,37	539,88
		\$ 49,45	Cuota mensual
		\$ 148,34	Cuota trimestral
		\$ 296,68	Cuota semestral

Si el pago es de contado, adjuntar el cheque por \$539,88(valor total) a nombre de BMI Del Ecuador Compañía de Seguros S.A.

Página 1 de 3

QUITO: Calle Suecia y Av de los Shyris, Edificio Plaza Renazzo, Planta Baja

PBX: 3330 111 - Fax: 3330 178 e-mail: webmaster@bmi.com.ec

GUAYAQUIL: Urbanización Kennedy Norte, Av. Francisco de Orellana

Complejo Empresarial World Trade Center Torre B piso 8 Of. 811 PBX. 2630273 Fax 2630274



BMI del Ecuador Compañía de Seguros de Vida S.A.

Term 95 (30) años con devolución de Primas

PARA: MARIA PEREZ

EDAD DE EMISION 35, FEMENINO, NO FUMADOR PROTECCION INICIAL: \$ 100000,000

PAGO INICIAL ANUAL: \$ 539,88000

Final Año	Edad	Contribución Anual	Proteccion
1	36	\$ 522,00	\$ 100.000,00
2	37	\$ 522,00	\$ 100.000,00
3	38	\$ 522,00	\$ 100.000,00
4	39	\$ 522,00	\$ 100.000,00
5	40	\$ 522,00	\$ 100.000,00
6	41	\$ 522,00	\$ 100.000,00
7	42	\$ 522,00	\$ 100.000,00
8	43	\$ 522,00	\$ 100.000,00
9	44	\$ 522,00	\$ 100.000,00
10	45	\$ 522,00	\$ 100.000,00
11	46	\$ 522,00	\$ 100.000,00
12	47	\$ 522,00	\$ 100.000,00
13	48	\$ 522,00	\$ 100.000,00
14	49	\$ 522,00	\$ 100.000,00
15	50	\$ 522,00	\$ 100.000,00
16	51	\$ 522,00	\$ 100.000,00
17	52	\$ 522,00	\$ 100.000,00
18	53	\$ 522,00	\$ 100.000,00
19	54	\$ 522,00	\$ 100.000,00
20	55	\$ 522,00	\$ 100.000,00
21	56	\$ 522,00	\$ 100.000,00
22	57	\$ 522,00	\$ 100.000,00
23	58	\$ 522,00	\$ 100.000,00
24	59	\$ 522,00	\$ 100.000,00
25	60	\$ 522,00	\$ 100.000,00
26	61	\$ 522,00	\$ 100.000,00
27	62	\$ 522,00	\$ 100.000,00
28	63	\$ 522,00	\$ 100.000,00
29	64	\$ 522,00	\$ 100.000,00
30	65	\$ 522,00	\$ 100.000,00

*A estos valores se deben incluir los Impuestos de Ley

ESTA ILUSTRACION FUE ESPECIFICAMENTE DISEÑADA PARA SER USADA

UNICAMENTE EN LA REPUBLICA DEL ECUADOR

ESTO ES UNA ILUSTRACION, NO UN CONTRATO

ESTA ILUSTRACION NO ES VALIDA SIN TODAS LAS PAGINAS

Preparado el: 31 de marzo de 2016

Preparado por:

Página 2 de 3

QUITO: Calle Suecia y Av de los Shyris, Edificio Plaza Renazzo, Planta Baja

PBX: 3330 111 - Fax: 3330 178 e-mail: webmaster@bmi.com.ec

GUAYAQUIL: Urbanización Kennedy Norte, Av. Francisco de Orellana

Complejo Empresarial World Trade Center Torre B piso 8 Of. 811 PBX. 2630273 Fax 2630274



Anexo 2

2.1. Contrato de seguro de salud “Infinity” de BMI.



Infinity

Condiciones del Plan de Medicina Prepagada Individual con cobertura nacional:

2 de marzo de 2016

Titular: JUAN FERNANDO CARRION ROBALINC 25 años

BENEFICIOS MÁXIMOS	INFINITY	INFINITY PLUS
Límite máximo por incapacidad, por afiliado	USD 500.000	
Período de incapacidad	365 días	
Período de presentación de reclamos	120 días	
Período de carencia para cualquier incapacidad no accidental o enfermedad infecciosa	90 días	
Período de carencia para Apendicitis y Colectitis	No aplica	
GASTOS HOSPITALARIOS		
Cuarto y Alimento diario al 100% hasta	USD 300	USD 400
Unidad de cuidados intensivos	100%	100%
Máximo de días de hospitalización	Sin límite	Sin límite
Copago por incapacidad hospitalaria dentro de Red Mas Medical Care	100%	100%
Copago por incapacidad hospitalaria dentro del Círculo de Servicios	90%	100%
Copago por incapacidad fuera del Círculo de Servicios	70%	100%
Límite de copago hospitalario por persona, por año contrato	USD 3.000	No Aplica
GASTOS AMBULATORIOS		
Deducible por año contrato para todas las incapacidades ambulatorias, por afiliado	USD 150	
Emergencia por Accidente hasta USD 1,000, al	100%	
Copago por incapacidad Ambulatoria	80%	100%
MATERNIDAD		
Límite máximo para el beneficio de Maternidad	USD 3.500	
Límite máximo para complicaciones Post Parto y Complicaciones de maternidad	USD 100.000	
Límite máximo de Cobertura para el Recién Nacido	USD 100.000	
Preservación de células madre del cordón umbilical con Biocells y CelAlcivar	USD 1.000	
Período de carencia (espera) para el beneficio de Maternidad, complicaciones Post Parto, complicaciones de maternidad, Cobertura para el Recién Nacido y Preservación de células madre	1 año	
TRASPLANTE DE ÓRGANOS		
Límite máximo para trasplantes (Límite Vitalicio)	USD 250.000	
Límite máximo de Cobertura de Gastos Médicos al Donante Vivo (Límite Vitalicio)	USD 5.000	
COBERTURA DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS EN LATINOAMERICA BAJO LIBRE ELECCIÓN DE MÉDICOS Y HOSPITALES DE ACUERDO A LOS COSTOS DEL LUGAR DE INCURRENCIA. A EXCEPCION DE BRASIL, MÉXICO Y VENEZUELA.		
ASISTENCIA EN VIAJES AL EXTERIOR (SOLO PARA EMERGENCIA)		
Límite máximo por viaje, por afiliado	USD 50.000	
Deducible por viaje, por afiliado	USD 150	
Máximo de días por viaje	30 días	
Este beneficio es prestado por en el exterior por MULTI ASSISTENCE SERVICES y no aplica para condiciones pre-existentes		
EXONERACION DE PRIMAS		
Exoneración de primas por fallecimiento de titular	1 año	
CONDICIONES PREEEXISTENTES		
Condiciones preexistentes no declaradas carecen de cobertura		
COBERTURA PARA CONDICIONES PREEEXISTENTES DECLARADAS, POR PERSONA POR AÑO CONTRATO		
Período de carencia (espera) para cobertura de preexistencias declaradas	1 año	
Cobertura a partir del 2do. año	USD 2.000	
Cobertura a partir del 3er. Año	USD 3.000	
Cobertura a partir del 4to. año	USD 4.000	
Cobertura a partir del 5to. año en adelante	USD 5.000	
COBERTURA PARA CONDICIONES PREEEXISTENTES DE ACUERDO A LA LEY ORGANICA DE DISCAPACIDADES Y SU REGLAMENTO		
Condiciones Pre-existentes para personas con discapacidad debidamente calificadas de acuerdo a la Ley Orgánica de Discapacidades y su Reglamento y disposiciones legales, relacionadas a su discapacidad, por persona por año contrato.	20 Salarios básicos unificados	
Período de espera para cobertura de condiciones preexistentes relacionadas a una discapacidad	90 días	

V.01/DIC/2015

INFINITY
INFINITY PLUS

	Contado**	Tarjeta de Crédito*	Débito mensual
INFINITY	\$ 1.357,58	\$ 1.483,32	\$ 123,61
INFINITY PLUS	\$ 1.671,97	\$ 1.829,15	\$ 152,43

* Se adicionan intereses de financiamiento de acuerdo a meses a diferir

ELEGIBILIDAD

El presente producto podrá ser contratado por aquellas personas que residen en el Ecuador, cuya edad no supere los 65 años, y podrán mantener su cobertura hasta los 99 años.

RED MAS MEDICAL CARE

Los proveedores que son parte de nuestra Red Selecta Son:

RED MAS MEDICAL CARE		
PROVEEDORES HOSPITALARIOS		
QUITO Clínica Axxis Clínica de especialidades del Sur Clínica la Primavera Clínica Pasteur Clínica Pichincha Novaclínica	GUAYAQUIL Clínica San Francisco Clínica San Gabriel Clínica Santa María Hospitales de la Junta de Beneficencia Kennedy Alborada Omnihospital	
PROVEEDORES AMBULATORIOS		
Consulta médica en especialidades, exámenes de laboratorio e imagen; siempre y cuando estén amparados por un diagnóstico médico, sin aplicación de deducible, carencia de 90 días ni copago de \$4.		
QUITO Asistanet Avantmed Biodimed Cefavis Clínica USFQ CM Hospital de los valles Integramed Veris	GUAYAQUIL Avantmed Mediglobal Medilink Medimas Veris	CUENCA Red Médica Veris
FARMACIAS		
Medicity Sana Sana		

TARJETA BMI		
 AMBULANCIA	AMBULANCIA AÉREA Servicio de Ambulancia Aérea local por emergencia médica comprobada o accidente que ponga en riesgo la vida del paciente.	 PLAN DE EXEQUIAS Servicios exequiales a nivel nacional será prestados a través de Grupo Jardines del Valle. Servicio completo a través de plan oro.
 utim	AMBULANCIA TERRESTRE En Quito y Guayaquil, servicio de atención médica en caso de emergencia por enfermedad, o accidente. Para el resto del país podrá comunicarse con el proveedor de su elección, la cobertura se dará mediante reembolso a costo normales, razonables y acostumbrados del Ecuador.	 SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA Beneficio para segunda opinión médica en caso de enfermedades graves (enfermedades neurovasculares, cáncer, enfermedades que involucren la pérdida de un miembro y/o enfermedades que involucren peligro de muerte)

COBERTURA DE CHEQUEO GINECOLÓGICO

Cobertura adicional para una consulta ginecológica y pap test, para la titular afiliada o cónyuge del titular; este beneficio podrá ser usado luego de un año de vigencia del contrato, a costos normales, razonables y acostumbrados del Ecuador. No aplica deducible ni copago.

BENEFICIOS ADICIONALES

Dentro de este producto se incluye cobertura de beneficios adicionales, estos beneficios podrán ser usados luego de un año de vigencia del contrato, a costos normales, razonables y acostumbrados del Ecuador; siempre aplicando copago y deducible.

- Las Vacunas a continuación detalladas: BCG, DTP, SARAMPION, PVO, HEPATITIS A, FIEBRE AMARILLA, MENINGITIS.
- Control del niño sano, que incluye únicamente consulta médica y vacunas, de acuerdo a la siguiente tabla:

Hasta 12 meses	1 consulta mensual
Del año a los 2 años	1 consulta trimestral
De los 2 a 3 años	1 consulta semestral.

- Prótesis y aparatos ortopédicos, siempre que sean médicamente requeridos
- Ligadura de trompas y vasectomía
- Zapatos ortopédicos, una vez por año contrato.
- Leche medicada para niños menores de 2 años, siempre y cuando sean parte del tratamiento de una incapacidad.
- SIDA y sus consecuencias, hasta un máximo US\$ 5.000 vitalicio
- Extracción de terceros molares únicamente en red de proveedores Odontológicos Mas Ecuador.
- Corrección de deficiencia refractiva con exímer láser luego de las 5,5 dioptrías únicamente con: Dr. Francisco Rivera y Dr Antonio Ordoñez.
- Plantillas ortopédicas, una vez por año contrato.

RED DE HOSPITALES Y CLINICAS

Para brindar la mejor atención contamos con una excelente red de Hospitales y Clínicas en todo el Ecuador, donde ofrecemos los

servicios de hospitalización y cirugía, con cobertura a través de crédito para garantizar el mejor servicio. La red de BMI puede ser consultada en la dirección <http://www.bmi.com.ec/servicios/busqueda-de-proveedores/>

COBERTURA AMBULATORIA

La cobertura de gastos ambulatorios que ofrecen los planes BMI, le permiten gozar de las coberturas más altas del mercado con beneficio de libre elección de médicos siempre que estos estén legalmente autorizados para ejercer la profesión de la medicina en especialidades reconocidas por la Federación Médica Ecuatoriana. Incluye Cobertura de Homeopatía y Acupuntura.

EXCLUSIONES DEL CONTRATO

1. Lesiones o enfermedades resultantes de: catástrofes, desastres naturales, guerra declarada o no, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas, amotinamiento, motín, sublevación, huelga, conmoción civil, guerra civil, actos terroristas, rebelión, revolución, insurrección, conspiración, sedición, asonada, poder militar o usurpado, ley marcial o estado de sitio o cualquiera de los sucesos o causas que determinen la proclamación o mantenimiento de decreto o ley marcial o estado de sitio, comiso, cuarentena dispuesta por cualquier gobierno o autoridad pública o local o por orden de dicho gobierno o autoridad, o cualquier arma o instrumento que emplee fisión o fusión nuclear o contaminación radiactiva provocada directa o indirectamente, ya sea en tiempo de paz o de guerra. Esta exclusión no resultará afectada por cualquier contrato o estipulación que no haga alusión específica a la misma, en parte o en todo.

2. Condiciones preexistentes no declaradas, salvo que se estipule lo contrario en las Condiciones Especiales de Contratación. La condición preexistente declarada podrá ser cubierta si así se establece en las Condiciones Especiales de Contratación. En caso de que el afiliado fuere discapacitado al amparo de la legislación ecuatoriana, las condiciones preexistentes relacionadas con su discapacidad serán cubiertas, de igual forma, conforme a las Condiciones Especiales de Contratación.

3. Cualquier tratamiento durante los primeros noventa (90) días después de la fecha de vigencia de este contrato, con excepción de Accidentes y Enfermedades infecciosas.

4. Servicio de ambulancia sea esta terrestre, aérea y/o marítima.

5. Curas de reposo, enfermedades nerviosas, psiquiátricas, psicológicas y/o trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas, así como tratamientos para corregir trastornos de la conducta y el aprendizaje.

6. Terapia ambiental de descanso y/o para observación, servicios o tratamientos en instituciones asistenciales, hidroclínicas, baños termales, sanatorios, clínicas de reposo.

7. Exámenes generales de salud (chequeos médicos).

8. Exámenes y tratamientos dentales y/u odontológicos en general, a menos que sean a consecuencia de Accidente ocurrido durante la vigencia del Contrato.

9. Cirugía electiva, estética, ortopédica o plástica, a menos que sea necesaria a consecuencia de Accidente ocurrido durante la vigencia de este Contrato.

10. Tratamientos y/o métodos correctivos generados por defectos de refracción visual (optometría).

11. Equipos médicos duraderos, costos por adaptación de vehículos o cuartos de baños.

12. Prótesis y dispositivos de corrección que no sean quirúrgicamente necesarios.

13. Compra o alquiler de audífonos.

14. Aborto y sus consecuencias, salvo que fuere realizado por razones médicas avalado por dos médicos designados por la Compañía y con certificación previa de cobertura por la Compañía.

15. Daños causados a sí mismo estando o no en uso de sus facultades mentales.

16. Síndrome inmunológico de deficiencia adquirida (SIDA), el síndrome complejo relativo al SIDA (SCRS) y todas las enfermedades causadas por o relacionadas con el virus HIV psitivo.

17. Honorarios médicos facturados por parte de un MIEMBRO DE FAMILIA hasta el cuarto grado de consanguinidad y tercero de afinidad, incluyendo autoterapia y autoprescripción de medicinas.

18. Transplante de órganos, excepto los descritos en el Capítulo I, Definiciones. En ningún caso se cubre los gastos incurridos por el donante a menos que se estipule lo contrario en las Condiciones Especiales de Contratación

19. Costo de adquisición e implantación de corazón artificial y dispositivos mono o biventriculares.

20. Cualquier crío-preservación y la implantación o re-implantación de células vivas.

21. Tratamientos en vía de experimentación o en fase de estudios.

22. Tratamiento no aceptado por la ciencia o por la medicina tradicional.

23. Gastos médicos causados a consecuencia de Accidente que surjan como resultado de servicio en la Policía, en las Fuerzas Armadas, empresas de seguridad, bomberos u otros organismos de socorro.

24. Desórdenes en la articulación temporomandibular (TMJD) o maloclusión.

25. Enfermera privada dentro o fuera del hospital.

26. Gastos médicos por concepto de tratamientos que ocurran con posterioridad a la expiración o terminación del Contrato.

27. Exámenes de diagnóstico y gastos innecesarios por servicios o equipos médicos no relacionados o inherentes con la incapacidad.

28. Incapacidad proveniente del uso o consumo de alcohol, drogas y/o estupefacientes, así como las originadas en delitos o faltas a la ley.

29. Gastos médicos causados a consecuencia del tratamiento del Papiloma Virus HPV.

30. Tratamientos relacionados con delgadez, sobrepeso, obesidad, talla corta y/o alopecia; así como lo relacionado a fertilización, esterilización, inseminación artificial e impotencia.

31. Enfermedades que sean declaradas como epidemias o pandemias por el Ministerio de Salud Pública o por autoridad competente o por organización mundial reconocida.

32. Lesiones o enfermedades como consecuencia de la aplicación de rayos x, radioterapia, radium e isótopos.

33. Incapacidad a consecuencia de la práctica profesional de cualquier deporte. De igual forma, tratamiento para lesiones resultantes de la participación en competencias que expongan al participante a peligro o riesgo.

34. Cuidados podiátricos, incluyendo, de manera enunciativa pero no taxativa, cuidados de los pies relacionados con callos, juanete, neurona de Morton, pies planos, arcos débiles, pies débiles y otras quejas sintomáticas de los pies, incluyendo zapatos e insertos especiales de cualquier tipo o forma.

35. Tratamientos quiroprácticos

36. Incapacidad generada en condiciones de prisión o privación de libertad

Atentamente,



Esta cotización tiene validez de 30 días y no implica concesión de cobertura

Yo, JUAN FERNANDO CARRION ROBALINO declaro que he revisado las coberturas detalladas en el presente documento y que estoy de acuerdo con los límites de cobertura especificados.
Para mayor información y detalle de las coberturas favor remitirse al contrato.

El plan que he elegido es:

INFINITY

INFINITY PLUS

JUAN FERNANDO CARRION ROBALINO
C.I.

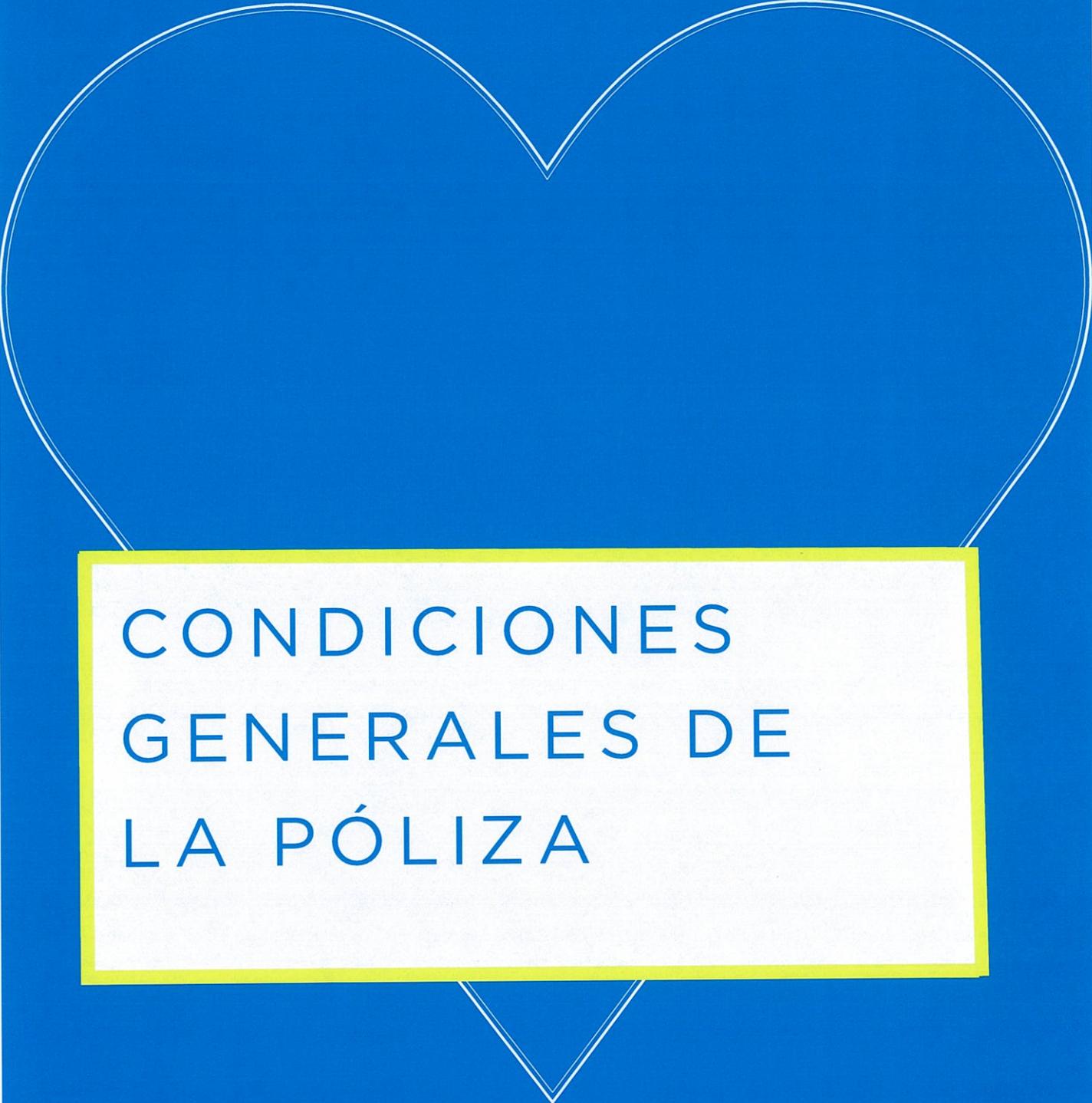
Esta cotización no es válida sin todas las hojas

Agente Asesor

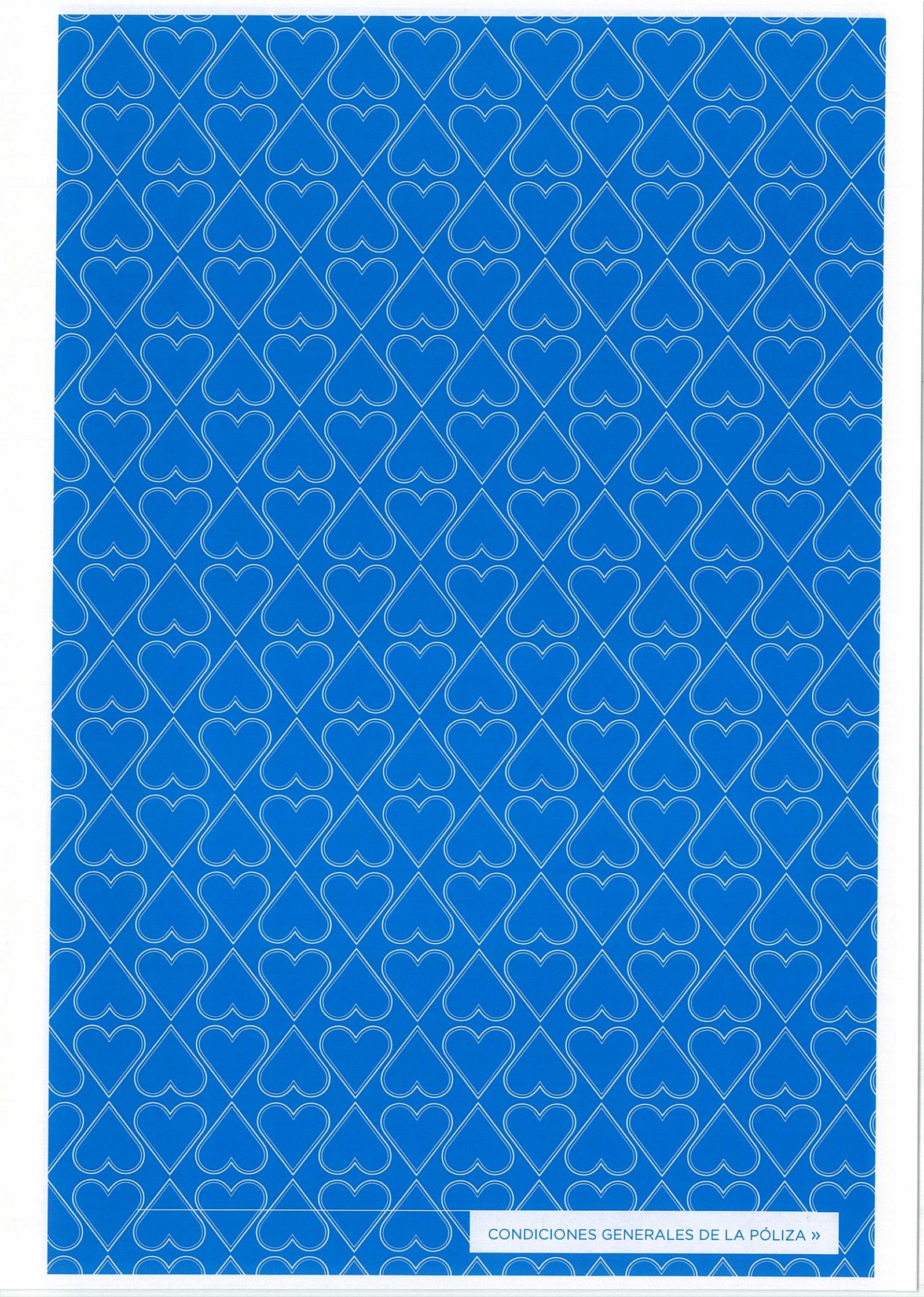
Anexo 3

3.1. Póliza de seguro de asistencia médica. Plan de seguro Bupa Esencial 500.

3.2. Solicitud individual de seguro de asistencia médica. Declaración de preexistencias médicas.



CONDICIONES
GENERALES DE
LA PÓLIZA



CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA »

1. TABLA DE BENEFICIOS

La cobertura máxima para todos los gastos médicos y hospitalarios cubiertos durante la vigencia de esta Póliza está sujeta a los términos y condiciones de la misma. A menos que se indique lo contrario, todos los beneficios son por Asegurado, por año póliza.

RED DE PROVEEDORES BUPA ESSENTIAL: Esta póliza proporciona cobertura únicamente dentro de la Red de Proveedores Bupa Essential. Independientemente de si el tratamiento se lleva a cabo dentro o fuera del país de residencia del Asegurado. No se proporciona cobertura fuera de la Red de Proveedores Bupa Essential, excepto para emergencias, las cuales están cubiertas bajo la Provisión de "tratamiento médico de emergencia".

- (a) La lista de hospitales y médicos en la Red de Proveedores Bupa Essential está disponible a través de la compañía o en su página de Internet y puede cambiar a cualquier momento sin previo aviso.
- (b) Para asegurar que el proveedor de servicios médicos forme parte de la Red de Proveedores Bupa Essential, todo tratamiento médico deberá ser coordinado por la Compañía.
- (c) En los casos en los que la Red de Proveedores Bupa Essential no esté especificada en el país de residencia del Asegurado, no existe restricción sobre los hospitales que el Asegurado puede utilizar en su país de residencia.

PLAN 1, 2, 3, 4 Y 5

Cobertura máxima por Asegurado, por año póliza	\$500,000
Beneficios por hospitalización (sujetos a deducible y 20% de coaseguro)	Cobertura
Servicios hospitalarios	100%
Habitación y alimentación (privada/semi-privada)	100%
Unidad de cuidados intensivos	100%
Honorarios del médico/cirujano	100%
Honorarios del anestesista	100%
Honorarios del médico/cirujano asistente	100%
Servicios de diagnóstico (patología, radiografía, resonancia magnética, tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones (PET scan), ultrasonido, endoscopia)	100%
Medicamentos por receta durante la hospitalización	100%
Prótesis e implantes durante cirugía	100%
Tratamiento del cáncer (quimioterapia/radioterapia)	100%

Beneficios por tratamiento ambulatorio (sujetos a deducible y 20% de coaseguro)	Cobertura
Servicios ambulatorios	100%
Visitas a médicos y especialistas	\$80
Medicamentos por receta: <ul style="list-style-type: none"> Después de una hospitalización o cirugía ambulatoria (por un máximo de 6 meses) 	\$7,000
Tratamiento del cáncer (quimioterapia/radioterapia)	100%
Atención médica en el hogar, por día <ul style="list-style-type: none"> Debe ser pre-aprobada Máximo 60 días por año, por incidente 	\$200
Fisioterapia/rehabilitación <ul style="list-style-type: none"> Debe ser pre-aprobada Máximo 40 sesiones por año 	100%
Servicios de diagnóstico (patología, radiografía, resonancia magnética, tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones (PET scan), ultrasonido, endoscopia)	100%
Diálisis	100%

Otros beneficios (sujetos a deducible y 20% de coaseguro)	Cobertura
Evacuación de emergencia <ul style="list-style-type: none"> Ambulancia aérea, por año póliza (debe ser pre-aprobada) Ambulancia terrestre 	\$25,000 100%
Cuidado de maternidad, por embarazo (incluye parto normal, parto por cesárea y todo tratamiento pre- y post-natal) <ul style="list-style-type: none"> Período de espera de 10 meses No aplica deducible Sólo Planes 1 y 2 	\$2,500
Cobertura provisional del recién nacido <ul style="list-style-type: none"> Máximo de 90 días después del parto 	\$10,000
Condiciones congénitas y hereditarias <ul style="list-style-type: none"> Diagnosticadas antes de 18 años Diagnosticadas a los 18 años o después 	\$75,000 100%
Tratamiento dental de emergencia a consecuencia de un accidente	100%
Repatriación de restos mortales	\$4,000
Residencia y cuidados paliativos	100%

Cobertura extendida para dependientes elegibles debido a la muerte del Asegurado Principal	1 año sin costo
Segunda opinión quirúrgica requerida <ul style="list-style-type: none"> • Sujeta a 30% de penalidad por incumplimiento 	100%
Tratamientos especiales <ul style="list-style-type: none"> • Limitados a pre-aprobación de la Compañía 	
Deformidad de la nariz y del tabique nasal <ul style="list-style-type: none"> • Cobertura por casos de accidente 	100%
Condiciones pre-existentes	No cubiertas
Tratamiento médico de emergencia, incluso fuera de la Red	100%

Notas sobre los beneficios

Toda hospitalización y tratamiento que se lleve a cabo en un hospital, debe realizarse en un hospital de la Red de Proveedores Bupa Essential.

Todos los costos están sujetos a lo usual, acostumbrado y razonable para el procedimiento y área geográfica.

Para que una condición sea considerada como una enfermedad o desorden cubierto bajo esta Póliza, se requieren copias de los resultados de laboratorio, radiografías o cualquier otro reporte o resultado de exámenes clínicos en los que el médico se ha basado para hacer un diagnóstico positivo.

Los Asegurados deben notificar a la Compañía antes de comenzar cualquier tratamiento.

Todos los beneficios están sujetos a cualquier deducible aplicable, a menos que se indique lo contrario.

Los detalles completos de los términos y condiciones de esta Póliza se encuentran en las secciones de provisiones, exclusiones y definiciones de la misma. La tabla de beneficios es solamente un resumen de la cobertura.

2. DEDUCIBLE

Se entiende por deducible la cantidad de los gastos cubiertos que debe ser pagada por el Asegurado antes de que los beneficios de la Póliza sean pagaderos. Los gastos incurridos en el Ecuador están sujetos al deducible en este país. Los gastos incurridos fuera del Ecuador están sujetos al deducible fuera del país de residencia.

Las opciones de deducible anual ayudan a reducir el precio del seguro; mientras más alto sea el deducible, tanto menor será la prima. Las siguientes son las opciones de deducibles.

Deducible	Plan				
	1	2	3	4	5
Dentro del Ecuador	250	500	1,000	2,000	5,000
Fuera del Ecuador	500	1,000	2,000	4,000	5,000

TODOS LOS GASTOS CUBIERTOS DE MÉDICOS Y HOSPITALES RELACIONADOS CON EL RECLAMO, ADEMÁS DEL DEDUCIBLE.

- 3.3.10 TRATAMIENTOS ESPECIALES:** Están cubiertos las prótesis, los dispositivos ortóticos, el equipo médico durable, implantes, la radioterapia, la quimioterapia, y los medicamentos altamente especializados (por ejemplo, Interferon, Procrit, Avonex, Embrel, etc.) siempre y cuando sean aprobados y coordinados con anticipación por la Compañía. El tratamiento especial será pagado por la Compañía o reembolsado según el costo que la Compañía hubiese incurrido si el tratamiento hubiere sido realizado por uno de sus proveedores.
- 3.3.11 DEFORMIDAD DE LA NARIZ Y DEL TABIQUE NASAL:** Cuando la deformidad de la nariz o del tabique nasal ha sido causada por trauma en un accidente cubierto, el tratamiento quirúrgico estará cubierto solamente si es aprobado con anticipación por la Compañía. La evidencia del trauma en forma de fractura deberá ser confirmada por medios radiográficos (radiografía, tomografía computarizada, etc.).
- 3.3.12 CONDICIONES PREEXISTENTES:** La condición preexistente es aquella condición:
- Que ha sido diagnosticada por un médico antes de la fecha efectiva de la Póliza o de su rehabilitación; o
 - Para la cual se ha recomendado o recibido tratamiento médico antes de la fecha efectiva de esta Póliza o su rehabilitación; o
 - Que habría resultado en el diagnóstico médico de una enfermedad o condición tras el análisis de los síntomas o signos si se hubiesen presentado a un médico antes de la fecha efectiva de esta Póliza.

Las condiciones preexistentes se clasifican en dos (2) categorías:

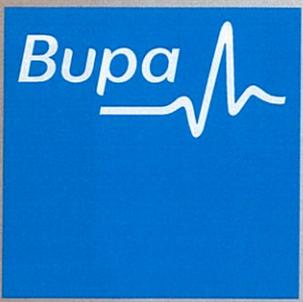
- Las que son declaradas al momento de llenar la solicitud de seguro de salud:
 - Estarán cubiertas después de un período de espera de sesenta (60) días cuando el Asegurado haya estado libre de síntomas, signos, o tratamiento durante un período de cinco (5) años antes de la fecha efectiva de esta Póliza, a menos que estén excluidas específicamente en una enmienda a esta Póliza.
 - Estarán cubiertas después de dos (2) años de la fecha efectiva de esta Póliza, cuando el Asegurado presente síntomas, signos, o tratamiento en cualquier momento durante el período de cinco (5) años antes de la fecha efectiva de esta Póliza, a menos que estén excluidas específicamente en una enmienda a esta Póliza.
- Las que no son declaradas al momento de llenar la solicitud de seguro de salud: Estas condiciones preexistentes NUNCA estarán cubiertas durante el tiempo en que esta Póliza se encuentre en vigor. Además, la Compañía se reserva el derecho de rescindir, cancelar o modificar esta Póliza en base a la omisión de dicha información por parte del Asegurado.

- 3.3.13 TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA:** Todos los gastos médicos proporcionados por un proveedor fuera de la red relacionados con un tratamiento médico de emergencia serán cubiertos y pagados como si el Asegurado hubiese sido tratado en un hospital dentro de la red.

4. EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

Esta Póliza no proporciona cobertura o beneficios en ninguno de los siguientes casos:

- 4.1 El tratamiento de cualquier enfermedad o lesión, o cualquier gasto que resulte del tratamiento, servicio o suministro:
 - (a) Que no sea médicamente necesario; o
 - (b) Para un Asegurado que no se encuentre bajo los cuidados de un médico o profesional calificado; o
 - (c) Que no sea autorizado o recetado por un médico; o
 - (d) Que esté relacionado con el cuidado personal; o
 - (e) Que se lleva a cabo en un hospital, pero para el cual no es necesario el uso de instalaciones hospitalarias.
- 4.2 Cualquier cuidado o tratamiento, estando el Asegurado en su sano juicio o no, debido a enfermedades o lesiones autoinfligidas, suicidio, intento de suicidio, uso o abuso de alcohol, uso o abuso de drogas, uso de sustancias ilegales, o el uso ilegal de sustancias controladas. Esto incluye cualquier accidente resultante de cualquiera de los eventos anteriores.
- 4.3 Exámenes de rutina de ojos y oídos, dispositivos para la audición, anteojos, lentes de contacto, queratotomía radial, y/o cualquier otro procedimiento para corregir desórdenes de refracción visual.
- 4.4 Cualquier examen médico o estudio de diagnóstico que forme parte de un examen físico de rutina, incluyendo vacunas y la emisión de certificados médicos, y exámenes con el propósito de demostrar la capacidad del Asegurado para trabajar o viajar.
- 4.5 Tratamiento quiropráctico, homeopático, acupuntura o cualquier tipo de medicina alternativa.
- 4.6 Cualquier enfermedad o lesión que se haya manifestado por primera vez dentro de los primeros sesenta (60) días desde la fecha efectiva de esta Póliza, con excepción de aquellas causadas por un accidente o enfermedad de origen infeccioso.
- 4.7 Cirugía electiva o cosmética, o tratamiento médico cuyo propósito principal es el embellecimiento, a menos que sea necesario debido a una lesión, deformidad, o enfermedad ocurrida por primera vez estando el Asegurado cubierto bajo esta Póliza. También se excluye cualquier tratamiento quirúrgico de deformidades nasales o del tabique nasal, que no haya sido causado por trauma.
- 4.8 Cualquier gasto relacionado con condiciones preexistentes excepto lo estipulado en la provisión denominada "condiciones pre-existentes".
- 4.9 Cualquier tratamiento, servicio o suministro que no esté científica o médicamente reconocido para el tratamiento indicado, o que sea



Solicitud Individual de
Seguro de Asistencia Médica

Versión 05.14

SOLICITUD INDIVIDUAL DE SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA



La Compañía se reserva el derecho de contactar al solicitante si alguna pregunta no se ha respondido en detalle o si requiere información adicional.

Póliza nueva Dependientes adicionales Cambio de plan

Para uso de la compañía
Número de póliza

1. INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre de los solicitantes (asegurado principal/dependientes)		Relación con el asegurado principal	Estado civil ⁽¹⁾	Fecha de nacimiento	Sexo	Peso	Estatura
Nombre	I.	Asegurado principal		DD/MM/AA	M		
Apellido				F		lbs	kg
Nombre	I.			DD/MM/AA	M		
Apellido				F		lbs	kg
Nombre	I.			DD/MM/AA	M		
Apellido				F		lbs	kg
Nombre	I.			DD/MM/AA	M		
Apellido				F		lbs	kg
Nombre	I.			DD/MM/AA	M		
Apellido				F		lbs	kg

⁽¹⁾ S - soltero(a) C - casado(a) CV - conviviente D - divorciado(a) V - viudo(a)

Si necesita más espacio, por favor use una hoja adicional firmada y fechada y marque aquí para confirmar

Nota: Todo solicitante de **65 años o más** debe presentar una Declaración Médica con todos los exámenes adjuntos.

Si esta solicitud incluye hijos entre los **diecinueve (19) y veinticuatro (24) años de edad**, ¿es alguno de ellos estudiante a tiempo completo en una universidad? Sí No
Si respondió "Sí", por favor indique el nombre de la universidad y proporcione copia del certificado o affidavit de la universidad como evidencia de que son estudiantes de tiempo completo.

2. PRODUCTO, PLAN Y COBERTURA ADICIONAL SOLICITADA

Producto		Fecha efectiva solicitada para la cobertura	DD/MM/AA
Plan de Deducible			

Cobertura adicional: Si no se selecciona ninguna cobertura adicional, ninguna será aplicada.

Complicaciones de maternidad ⁽²⁾ Procedimientos de trasplante ⁽³⁾ Otra: _____

⁽²⁾ Por favor complete el Cuestionario de Maternidad ⁽³⁾ Por favor complete la Solicitud de Cobertura Adicional para Procedimientos de Trasplante

3. INFORMACIÓN DE OTRO SEGURO

(3.1) ¿Tiene usted un seguro de salud con alguna otra compañía? Sí No

Nombre de la compañía		Teléfono	
Producto	Valor del deducible	No. de póliza	

(3.2) ¿Tiene la intención de mantener su seguro de salud con la otra compañía? Sí No
(3.3) Si la cobertura solicitada reemplazará a otro seguro existente, por favor incluya una copia del certificado de cobertura y recibo de su último pago.
(3.4) ¿Ha sido alguna solicitud de seguro de salud o de vida rechazada, aceptada sujeta a restricciones o a una prima mayor que las tarifas estándar de la aseguradora para cualquiera de los solicitantes? Sí No

Si respondió "Sí", por favor explicar _____

4. INFORMACIÓN GENERAL

(4.1) Dirección

Residencia				
Código postal		Ciudad/Estado		País

Otra/Postal (si diferente de la anterior)

Código postal		Ciudad/Estado		País
---------------	--	---------------	--	------

(4.2) Estatus de residencia/ciudadanía

¿Es usted ciudadano(a) o residente permanente de los Estados Unidos de América? Sí No

Si respondió "Sí", ¿reside actualmente o ha residido usted en los EE.UU. por más de seis (6) meses en el último año? Sí No

(4.3) Teléfono, fax y correo electrónico (e-mail)

Residencia		Trabajo	
Fax		Celular	
E-mail			

5. INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

Nombre		Relación con el asegurado principal	
Nombre		Relación con el asegurado principal	

6. INFORMACIÓN MÉDICA

(6.1) Médico(s) de la familia

Nombre del solicitante			
Nombre del médico			
Especialidad		Teléfono	
Nombre del solicitante			
Nombre del médico			
Especialidad		Teléfono	
Nombre del solicitante			
Nombre del médico			
Especialidad		Teléfono	
Nombre del solicitante			
Nombre del médico			
Especialidad		Teléfono	

(6.2) Exámenes médicos

¿Han tenido los solicitantes un examen pediátrico, ginecológico o de rutina en los últimos cinco (5) años? Sí No Si respondió "Sí", explique abajo.

Solicitante		Tipo de examen		Fecha	DD/MM/AA
Resultado	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal Si es anormal, favor explicar				
Solicitante		Tipo de examen		Fecha	DD/MM/AA
Resultado	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal Si es anormal, favor explicar				

6. INFORMACIÓN MÉDICA (continúa)

Solicitante		Tipo de examen		Fecha	DD/MM/AA
Resultado	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal Si es anormal, favor explicar				
Solicitante		Tipo de examen		Fecha	DD/MM/AA
Resultado	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal Si es anormal, favor explicar				
Solicitante		Tipo de examen		Fecha	DD/MM/AA
Resultado:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal Si es anormal, favor explicar				

Si necesita más espacio, por favor use una hoja adicional firmada y fechada y marque aquí para confirmar

(6.3) Condiciones médicas

¿Ha sufrido alguno de los solicitantes de...

a	infecciones?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
b	desórdenes de la visión, del oído o audición, nasales o de la garganta?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
c	convulsiones, migrañas, parálisis u otro desorden neurológico?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
d	desórdenes del corazón, desórdenes circulatorios, hipertensión arterial, colesterol o triglicéridos elevados?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
e	alergias, asma, bronquitis u otro desorden pulmonar?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
f	enfermedades del esófago, estómago, intestinos o páncreas, hepatitis, otra enfermedad del hígado u otro desorden digestivo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
g	enfermedades de los riñones o del tracto urinario?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
h	problemas de la columna vertebral, reumatismo, artritis, gota u otro desorden muscular, articular o de los huesos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
i	cáncer o tumores benignos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
j	anemia, leucemia/linfoma u otro desorden de la sangre?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
k	diabetes, desórdenes de la glándula tiroides u otro desorden endocrino/hormonal?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
l	desórdenes de la próstata?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
m	enfermedades de transmisión sexual o de los órganos sexuales u otro desorden del sistema reproductivo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
n	desórdenes de las mamas, los ovarios, el útero u otro desorden ginecológico?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
o	desórdenes de la piel?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
p	desórdenes congénitos o hereditarios?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
q	otra enfermedad, desorden, lesión, accidente o cirugía, o tiene alguna cirugía/hospitalización pendiente no mencionada arriba?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

(6.4) Explicación de condiciones médicas

Letra	Solicitante	Condición
Desde	Hasta	Tratamiento y resultado
DD/MM/AA	DD/MM/AA	
Estado de salud actual		
		Información del médico

6. INFORMACIÓN MÉDICA (continúa)			
Letra	Solicitante		Condición
Desde	Hasta	Tratamiento y resultado	
DD / MM / AA	DD / MM / AA		
Estado de salud actual		Información del médico	
Letra	Solicitante		Condición
Desde	Hasta	Tratamiento y resultado	
DD / MM / AA	DD / MM / AA		
Estado de salud actual		Información del médico	
Letra	Solicitante		Condición
Desde	Hasta	Tratamiento y resultado	
DD / MM / AA	DD / MM / AA		
Estado de salud actual		Información del médico	

Si necesita más espacio, por favor use una hoja adicional firmada y fechada y marque aquí para confirmar

(6.5) Medicamentos					
¿Se le ha recomendado a alguno de los solicitantes tomar algún medicamento o está tomando algún medicamento actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Si respondió "SI", explique abajo.					
Solicitante	Nombre del medicamento			Cantidad	
Razón	Frecuencia	Desde	DD/MM/AA	Hasta	DD/MM/AA
Solicitante	Nombre del medicamento			Cantidad	
Razón	Frecuencia	Desde	DD/MM/AA	Hasta	DD/MM/AA
Solicitante	Nombre del medicamento			Cantidad	
Razón	Frecuencia	Desde	DD/MM/AA	Hasta	DD/MM/AA
Solicitante	Nombre del medicamento			Cantidad	
Razón	Frecuencia	Desde	DD/MM/AA	Hasta	DD/MM/AA
Solicitante	Nombre del medicamento			Cantidad	
Razón	Frecuencia	Desde	DD/MM/AA	Hasta	DD/MM/AA
Solicitante	Nombre del medicamento			Cantidad	
Razón	Frecuencia	Desde	DD/MM/AA	Hasta	DD/MM/AA

(6.6) Hábitos

¿Alguno de los solicitantes ha fumado cigarrillos o consumido productos con nicotina, alcohol o drogas ilegales? Sí No
Si respondió "Sí", explique abajo.

Solicitante			
Tipo	¿Cuánto tiempo?		Cantidad
Solicitante			
Tipo	¿Cuánto tiempo?		Cantidad
Solicitante			
Tipo	¿Cuánto tiempo?		Cantidad
Solicitante			
Tipo	¿Cuánto tiempo?		Cantidad

(6.7) Historial familiar

¿Tiene algún solicitante historial familiar de diabetes, hipertensión, cáncer o algún desorden cardiovascular congénito o hereditario? Sí No
Si respondió "Sí", explique abajo.

Solicitante			
Familiar con el desorden (Favor marcar) <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Hermana	Desorden		
Solicitante			
Familiar con el desorden (Favor marcar) <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Hermana	Desorden		
Solicitante			
Familiar con el desorden (Favor marcar) <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Hermana	Desorden		
Solicitante			
Familiar con el desorden (Favor marcar) <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Hermana	Desorden		

7. SUSCRIPCIÓN COMO CLIENTE VIRTUAL

Por este medio me suscribo como cliente virtual de Bupa Ecuador S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros. Como cliente virtual, recibiré toda la correspondencia y documentos relacionados con mi seguro ingresando a los Servicios en Línea de Bupa en www.bupalatinamerica.com.

8. MODALIDAD DE LA PÓLIZA

Por favor indique la modalidad de pago solicitada: Anual^(*) Semestral Mensual Otra ^(*) En caso de pago anual, complete solo la columna del primer pago

Detalle del valor a pagar:	Primer pago	Pagos subsiguientes
Prima	US\$	US\$
Cobertura opcional	US\$	US\$
Contribución Superintendencia de Bancos y Seguros	US\$	US\$
Contribución Seguro Social Campesino	US\$	US\$
Tarifa administrativa anual	US\$	US\$
IVA	US\$	US\$
Sub-total	US\$	US\$
Financiamiento diferido	US\$	US\$
TOTAL	US\$	US\$

COMENTARIOS

9. RECONOCIMIENTOS Y AUTORIZACIONES

Certifico que he leído y revisado todas las respuestas y declaraciones en esta solicitud y que, a mi mejor entendimiento están completas y son verdaderas. Entiendo que cualquier omisión o declaración incompleta e incorrecta acerca de aquellas circunstancias que, conocidas por BUPA ECUADOR S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS (de ahora en adelante "la Compañía") hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más gravosas, vician de nulidad relativa el contrato de seguro. Tal nulidad se entiende saneada por el conocimiento de dichas circunstancias de parte de la Compañía antes de perfeccionarse el contrato, o después, si las acepta expresamente.

Si el contrato se rescinde, la Compañía tiene derecho a retener la prima por el tiempo transcurrido de acuerdo a la tarifa de corto plazo. Si cualquiera de los asegurados requiere cuidado o tratamiento médico después que la solicitud de seguro ha sido firmada, pero antes de la fecha efectiva de la Póliza, deberá proporcionar detalles completos a la Compañía para la aprobación final antes que la cobertura se haga efectiva. Estoy de acuerdo en aceptar la Póliza bajo los términos y condiciones con que sea emitida. De no ser así, notificaré mi desacuerdo por escrito a la Compañía durante los catorce (14) días siguientes al recibo de la póliza de seguro.

Autorización para recaudar información sobre mi salud

Por este medio autorizo a la Compañía y sus filiales en Miami para solicitar mis registros médicos y/o los de mis dependientes, así como también cualquier historial de medicamentos recetados y cualquier otra información médica o farmacéutica para ser considerada en el proceso de evaluación de riesgo con respecto a la solicitud de cobertura para mi persona y mis dependientes. Autorizo a cualquier médico, hospital, laboratorio, farmacia, o cualquier otro proveedor médico, plan de salud, la Oficina de Información Médica en los Estados Unidos de América (MIB), o cualquier otra organización o persona, incluyendo cualquier familiar que tenga registros médicos o conocimiento sobre mi persona o mi salud para revelar dicha información a la Compañía o sus representantes designados. La existencia de cualquier información y documentación descrita anteriormente deberá ser revelada junto con esta solicitud.

Entiendo que la Compañía se basará en dicha información para 1) evaluar el riesgo de esta solicitud de cobertura y tomar decisiones sobre la elegibilidad, clasificación de riesgo, emisión de la Póliza e inscripción de todos los solicitantes, 2) administrar reclamaciones y determinar o cumplir la responsabilidad de cobertura y suministro de beneficios, 3) administrar la cobertura, y 4) llevar a cabo otras operaciones de seguro conforme a la ley.

Entiendo que la capacidad de la Compañía para evaluar la cobertura depende de recibir toda la información de salud necesaria. Por lo tanto, el negarme a dar mi autorización (marcar "No" abajo) resultará en la denegación de mi solicitud para recibir cobertura.

Sí No

Autorización para revelar información sobre mi salud

Por este medio autorizo a la Compañía y sus filiales en Miami para revelar a mi agente/agencia de seguro las condiciones de mi Póliza, mi certificado de cobertura y otros documentos de seguro, información de pagos, reclamaciones y

solicitudes de reembolso, y registros médicos que puedan contener información de mi salud, que les permitirá atender mis preguntas y facilitar la interacción relacionada con mi cobertura de seguro, pagos y reclamaciones.

Sí No

Declaración de origen y destino de fondos

Conocedor(a) de las penas de perjurio, declaro bajo juramento que el origen de los valores que serán cancelados a la Compañía en caso de emitirse la Póliza son y provienen de actividades lícitas. Sí No

valores que serán cancelados a la Compañía en caso de emitirse la Póliza son y

Autorización para revelar información crediticia

Conocedor(a) de las disposiciones de la Ley de Prevención, Detención y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y Financiamiento de Delitos, autorizo expresamente a la Compañía a que obtenga de cualquier fuente de información, incluida la Central de Riesgos, mis referencias e información personal sobre mi comportamiento crediticio, manejo de mis cuentas, tarjetas de crédito, etc., y en general sobre el cumplimiento de mis obligaciones, activos, pasivos y datos

personales. De igual forma, la Compañía queda expresamente autorizada para que pueda utilizar, transferir o entregar dicha información a autoridades competentes, organismos de control y/o a otras instituciones o personas jurídicas, legales o reglamentariamente facultadas.

Sí No

Entiendo que:

- La Compañía usará cualquier información suministrada en esta solicitud y recibida por medio de esa autorización antes de la fecha de vigencia de la cobertura para considerar mi solicitud.
- La Compañía cumplirá con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de los Estados Unidos de América ("HIPAA" por sus siglas en inglés) en lo que fuere aplicable a los proveedores amparados por HIPAA, tratándose de información médica que deba ser revelada de manera pertinente conforme a lo estipulado por HIPAA. La información médica del asegurado en los registros de proveedores locales no será regida por la HIPAA.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
- Una copia certificada de la autorización será tan válida como el original.
- La autorización permanecerá vigente mientras la cobertura esté vigente, incluyendo las renovaciones automáticas.

• Esta autorización es voluntaria y la información revelada conforme a esta autorización podría quedar sujeta a volver a ser revelada por quienes la reciban, y ya no estará protegida bajo la ley HIPAA (cuando fuere aplicable).

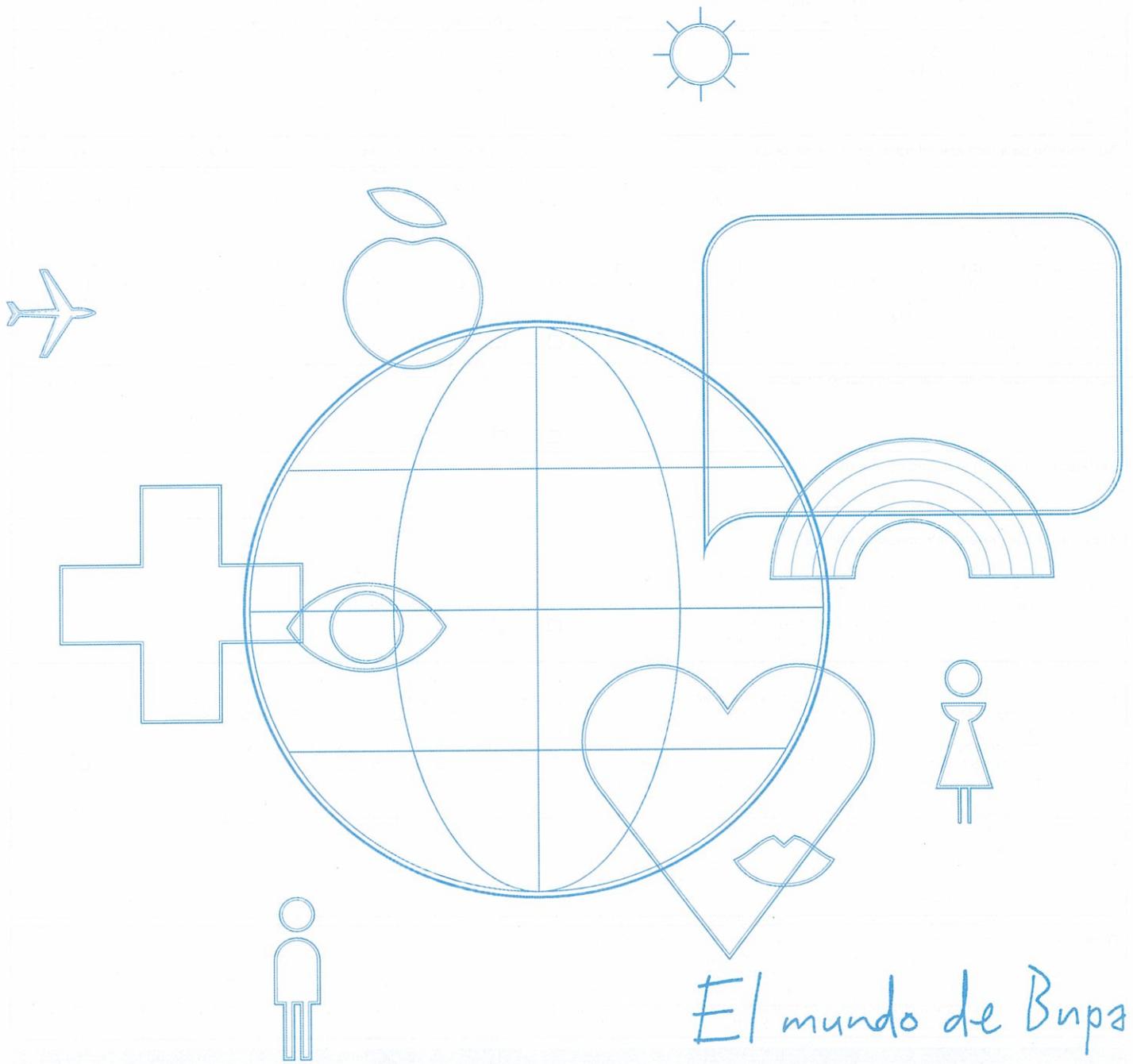
• Tengo el derecho de revocar esta autorización previo aviso por escrito a la Compañía. Sin embargo, la revocación no cobrará vigencia hasta que la Compañía reciba y procese dicha revocación. Las revocaciones serán enviadas por correo postal o electrónico a:

Bupa Ecuador S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros
 Av. República de El Salvador N34-229 y Moscú
 Edificio San Salvador, Piso 4
 Quito, Ecuador
 ecuador@bupalatinamerica.com

Declaración: He revisado en forma íntegra todos los datos constantes en el presente documento, siendo de mi responsabilidad, mismo que son aceptados en su totalidad por mi persona en calidad de asegurado, siendo aquéllos veraces y reales, por lo que no tengo nada que reclamar en presente y futuro por los efectos que se deriven de tales datos y declaraciones. Por lo tanto, deslindo a la Compañía de cualquier responsabilidad y consecuencia de los hechos que se pudieren generar de tal información. He revisado y entiendo el contenido y propósito de este reconocimiento y autorizaciones. Con mi firma y respuestas afirmativas confirmo que la autorización sobre las decisiones descritas anteriormente reflejan fielmente mis deseos. Mi firma abajo constituye la aceptación de todas las declaraciones efectuadas arriba. Esta solicitud es válida por noventa (90) días a partir de la fecha en que ha sido firmada.

10. FIRMAS

Nombre del solicitante			
Firma del solicitante		Fecha	DD/MM/AA
Nombre del cónyuge			
Firma del cónyuge		Fecha	DD/MM/AA
Como Agente/Agencia asesora productora, acepto completa responsabilidad por el envío a la Compañía de esta solicitud y todas las primas cobradas, y por la entrega de la póliza cuando sea emitida. Desconozco la existencia de cualquier condición que no haya sido revelada en esta solicitud que pudiera afectar la asegurabilidad de los propuestos asegurados.			
Nombre del agente			
Firma del agente		Código del agente	



El mundo de Bupa

Bupa Ecuador S.A.
Av. República de El Salvador
N34-229 y Moscú
Edificio San Salvador, Piso 4
Quito, Ecuador
Tel. 593 2 396 5600
Fax 593 2 396 5650
www.bupalud.com
ecuador@bupalatinamerica.com

Anexo 4

**4.1. Contrato de seguro de vida de Panamericana Life de Ecuador
Compañía de Seguros S.A.**

**4.2. Contrato de seguro de gastos médicos de Panamericana Life
de Ecuador Compañía de Seguros S.A**

Hoja de Resumen de Beneficios

[Redacted]

Presentado por: A [Redacted]

Esta propuesta ha sido preparada con el propósito de solucionar su necesidad de cobertura. A continuación se presenta un resumen de los beneficios que esta solución va a proveer.

[Redacted] \$100,000

Valor de Rescate a 5 años *	\$170
Valor de Rescate a 10 años *	\$4,838
Valor de Rescate a 20 años *	\$14,161
Valor de Rescate a edad de jubilación *	\$19,913

Prima Total pagada anualmente: \$869.00

** Refleja valor sin incluir otros préstamos o liquidaciones del fondo durante este período, además de los ilustrados en esta propuesta.*

Nombre del Productor

Aceptado por

Solicitante

Fecha

Código

Productor

Fecha

Flexilife V

Preparado Para: XXXXXXXXXX
 Mujer, Edad 35, No Fumador
 Prima Adicional: \$0

Monto de Seguro Inicial: \$100,000.00
 Opción Inicial: 1 (Nivelado)
 Prima Anual: \$869.00

Tasa de Interés Actual: 3.00%
 Tasa de Interés Garantizada: 3.00%

Anexos y Beneficios Adicionales:

Enfermedad Terminal

Edad	Fin del Año	Prima Anual	Modo	Valores Garantizados			Valores Actuales		
				Valor de Rescate	Valor Acumulado	Beneficio Por Muerte	Valor de Rescate	Valor Acumulado	Beneficio Por Muerte
36	1	869	A	0	657	100,000	0	657	100,000
37	2	869	A	0	1,321	100,000	0	1,321	100,000
38	3	869	A	0	1,995	100,000	0	1,995	100,000
39	4	869	A	0	2,677	100,000	0	2,677	100,000
40	5	869	A	170	3,370	100,000	170	3,370	100,000
41	6	869	A	1,032	4,072	100,000	1,032	4,072	100,000
42	7	869	A	1,893	4,773	100,000	1,893	4,773	100,000
43	8	869	A	2,764	5,484	100,000	2,764	5,484	100,000
44	9	869	A	3,795	6,195	100,000	3,795	6,195	100,000
45	10	869	A	4,838	6,918	100,000	4,838	6,918	100,000
		8,690							
46	11	869	A	5,881	7,641	100,000	5,881	7,641	100,000
47	12	869	A	6,924	8,364	100,000	6,924	8,364	100,000
48	13	869	A	8,141	9,101	100,000	8,141	9,101	100,000
49	14	869	A	9,359	9,839	100,000	9,359	9,839	100,000
50	15	869	A	10,569	10,569	100,000	10,569	10,569	100,000
51	16	869	A	11,301	11,301	100,000	11,301	11,301	100,000
52	17	869	A	12,024	12,024	100,000	12,024	12,024	100,000
53	18	869	A	12,751	12,751	100,000	12,751	12,751	100,000
54	19	869	A	13,460	13,460	100,000	13,460	13,460	100,000
55	20	869	A	14,161	14,161	100,000	14,161	14,161	100,000
		17,380							
56	21	869	A	14,845	14,845	100,000	14,845	14,845	100,000
57	22	869	A	15,510	15,510	100,000	15,510	15,510	100,000
58	23	869	A	16,158	16,158	100,000	16,158	16,158	100,000
59	24	869	A	16,799	16,799	100,000	16,799	16,799	100,000
60	25	869	A	17,422	17,422	100,000	17,422	17,422	100,000
61	26	869	A	18,017	18,017	100,000	18,017	18,017	100,000
62	27	869	A	18,584	18,584	100,000	18,584	18,584	100,000
63	28	869	A	19,102	19,102	100,000	19,102	19,102	100,000
64	29	869	A	19,549	19,549	100,000	19,549	19,549	100,000
65	30	869	A	19,913	19,913	100,000	19,913	19,913	100,000
		26,070							

Esta es una PROPUESTA, no un contrato, y ha sido solicitada en este formato. Para ser válida, la PROPUESTA debe incluir todos los Valores Acumulados y los Valores de Rescate, así como las Notas. Los valores y los beneficios que se muestran en la PROPUESTA están sujetos a cambios, a menos que sean identificados como Garantizados.

AUG 4 11

Flexilife V

Preparado Para: ██████████
 Mujer, Edad 35, No Fumador
 Prima Adicional: \$0

Monto de Seguro Inicial: \$100,000.00
 Opción Inicial: 1 (Nivelado)
 Prima Anual: \$869.00

Tasa de Interés Actual: 3.00%
 Tasa de Interés Garantizada: 3.00%

Edad	Fin del Año	Prima Anual	Modo	Valores Garantizados			Valores Actuales		
				Valor de Rescate	Valor Acumulado	Beneficio Por Muerte	Valor de Rescate	Valor Acumulado	Beneficio Por Muerte
66	31	0		19,301	19,301	100,000	19,301	19,301	100,000
70	35	0		15,234	15,234	100,000	15,234	15,234	100,000
75	40	0		4,050	4,050	100,000	4,500	4,500	100,000
77	42	0		****	****	****			
		26,070							

Esta es una PROPUESTA, no un contrato, y ha sido solicitada en este formato. Para ser válida, la PROPUESTA debe incluir todos los Valores Acumulados y los Valores de Rescate, así como las Notas. Los valores y los beneficios que se muestran en la PROPUESTA están sujetos a cambios, a menos que sean identificados como Garantizados.

Flexilife V

Página de Información de la Póliza

Preparado Para: ██████████
Mujer, Edad 35, No Fumador
Prima Adicional: \$0

Monto de Seguro Inicial: \$100,000.00
Opción Inicial: 1 (Nivelado)
Prima Anual: \$869.00

Tasa de Interés Actual: 3.00%
Tasa de Interés Garantizada: 3.00%

Enfermedad Terminal

La póliza puede incluir el Anexo de Anticipo de Beneficios por Muerte por Enfermedad Terminal, si se solicita. Este beneficio permite que el dueño reciba un anticipo del beneficio por muerte, en la forma de un anticipo gravado con intereses, si se espera la muerte prematura del asegurado principal o de otro asegurado en un anexo de la póliza. No existe cargo por este anexo al momento de emisión. Se aplicará un cargo administrativo al momento del anticipo.

Modo: (A) Anual (S) Semestral (Q) Trimestral (M) Mensual (P) Pago Pre-Autorizado
(P) Préstamo (X) Pago de Préstamo (R) Retiro

Prima Básica: \$869.00

Interés Sobre Préstamos: 7%

Tasa Acreditada sobre Montos Prestados: 5.25%

Esta es una PROPUESTA, no un contrato, y ha sido solicitada en este formato. Para ser válida, la PROPUESTA debe incluir todos los Valores Acumulados y los Valores de Rescate, así como las Notas. Los valores y los beneficios que se muestran en la PROPUESTA están sujetos a cambios, a menos que sean identificados como Garantizados.

Flexilife V

Página de Notas

Preparado Para: ██████████
Mujer, Edad 35, No Fumador
Prima Adicional: \$0

Monto de Seguro Inicial: \$100,000.00
Opción Inicial: 1 (Nivelado)
Prima Anual: \$869.00

Tasa de Interés Actual: 3.00%
Tasa de Interés Garantizada: 3.00%

El Sistema de Propuestas y los valores ilustrados presuponen lo siguiente:

1. Todos los valores ilustrados son calculados al final del año y asumen la frecuencia de pago seleccionada. Pagos hechos en otros intervalos producirán valores diferentes. Cualquier préstamo pendiente será deducido del Valor de Rescate al momento de la liquidación de la póliza o del pago del monto del beneficio por muerte a la fecha de la muerte. Todos los valores ilustrados son netos de cualquier préstamo otorgado.
2. Los Valores Garantizados se calculan usando una tasa de interés del 3.00% y tarifas de mortalidad garantizadas. El resto de los valores ilustrados utilizan la tasa de interés indicada y los cargos de mortalidad no garantizados usados actualmente por la compañía. La tasa de interés y los cargos de mortalidad están sujetos a cambios, pero éstos nunca podrán ser menos favorables que aquellos garantizados en el contrato. Los valores de la póliza que garanticen un préstamo recibirán una tasa de interés más baja. Refiérase a la póliza para mayor detalle.
3. Los beneficios y valores ilustrados presuponen que no se hará ningún cambio en la prima, beneficio por muerte, cargos de mortalidad o tasa de interés fuera de aquellos ya indicados. Cualquier aumento en la suma asegurada estará sujeto a evaluación de riesgos.
4. El Valor de Rescate Neto representa el monto que se pagaría si el contrato fuese rescatado. Después del decimoquinto aniversario, el Valor de Rescate es igual al Valor Acumulado menos cualquier préstamo pendiente. Los rescates parciales incurrir un cargo y reducen el beneficio por muerte por el monto del rescate y el cargo. La cantidad del cargo por rescate a ser cobrada es la porción prorrata del cargo de rescate del valor rescatado mas \$25.00 de coste de administración.
5. Siempre que el monto de seguro sea reducido se aplicará un cargo equivalente a la porción prorrata de los cargos de rescate. Refiérase a su póliza para mayores detalles.
6. Si la póliza tiene un préstamo, el monto de cualquier prima pagada que exceda la Prima Periódica Planeada será usado para reducir el préstamo.
7. La póliza puede incluir el Anexo de Anticipo del Beneficio por Muerte por Enfermedad Terminal, si se solicita. Este permite que el dueño reciba un anticipo del Beneficio por muerte, en la forma de un anticipo gravado con intereses, si se espera la muerte prematura del asegurado principal o de otro asegurado en un anexo de la Póliza. No existe cargo por este anexo al momento de emisión. Un cargo administrativo será aplicado al momento del anticipo.
8. Se aplican cargos de mortalidad más bajos para cantidades netas de riesgo en exceso de \$250,000.
9. Los valores ilustrados incluyen el efecto de la contribución a la Superintendencia de Bancos y Seguros y al Seguro Social Campesino.

HEALTH TRUST

**Programa de Seguro Gastos Médicos
Individuales.**

**INSTRUCTIVO
VIGENCIA 1 DE OCTUBRE DEL 2.015**

DESCRIPCION DEL PLAN

HEALTH TRUST:

Plan Individual de financieamiento de servicio de gastos médicos .

PLANES :

Se ofrecen 2 planes de cobertura de \$ 30.500 y \$ 50.000 por incapacidad con alternativas de \$ 80, \$ 150 y \$ 300 en deducibles.

Planes para residentes en Ecuador

No aplica reducción de cobertura por edad

Incluye Plan Dental

GRUPOS ELEGIBLES:

Serán elegibles las personas que ingresen al plan hasta los 65 años de edad

Se puede incluir al cónyuge o conviviente legal hasta el cumplimiento de los 65 años de edad

La cobertura termina cuando el afiliado cancele su contrato o por fallecimiento del titular

Hijos dependientes, hasta el cumplimiento de los 25 años de edad, siempre y cuando sean solteros, estudiantes a tiempo completo, no aporten al IESS y dependan económicamente del titular.

PERIODO DE CARENCIA:

Se aplica período de carencia durante los primeros **doce (12) meses** de vigencia para condiciones preexistentes. La Compañía previa a la evaluación realizada indicará la aceptación, negativa o limitación de diagnósticos.

Se entiende por condiciones pre-existentes aquellas enfermedades, lesiones, condiciones o síntomas que ya existían dentro de los **doce (12) meses** precedentes a la cobertura del seguro o que hayan sido diagnosticados y en los que se haya incurrido en gastos médicos, aplicable a titulares y a familiares dependientes.

La maternidad en curso no tiene cobertura. Para la cobertura de maternidad se aplica periodo de carencia de **doce (12) meses para iniciarla**.

PAGO DE PRIMAS:

Las primas son pagaderas a través del asesor de seguros, sólo se aceptará con cheque a nombre de Pan-American Life Ins. Co. Sucursal Ecuador, por el valor total de la factura, o en su defecto un formulario de débito bancario, con opción a pagos mensuales, trimestrales, semestrales o anuales.

LIMITACIONES DE RESIDENCIA:

Esta póliza es un plan diseñado y calculado para personas cuya residencia permanente sea Ecuador.

INSCRIPCIÓN:

Para asegurarse el titular deberá aceptar la propuesta indicando el plan escogido. Tanto el titular como el (los) dependiente (s) deberá completar **la tarjeta de enrolamiento y pruebas de asegurabilidad**. Dicha documentación junto con los demás requisitos de emisión deberá ser presentada a más tardar el 20 de cada mes y de resultar como personas elegibles, la fecha efectiva de cobertura podrá ser el primer día del mes siguiente.

Requisitos de Emisión / Persona Natural

1. Formulario "Conozca a su Cliente", Persona Natural, debidamente completado.
2. Copia del documento de Identificación del contratante (legible y a color)
3. Copia del documento de Identificación del cónyuge o conviviente legal del contratante (legible y a color)
4. Copia de recibo de servicio básico, de último mes, agua, luz o teléfono, en el que conste la dirección del domicilio o trabajo
5. Copia del RUC si el contratante es independiente
6. Tarjetas de enrolamiento
7. Prueba de Asegurabilidad del Titular
8. Prueba de Asegurabilidad de Dependientes
9. Cotización aceptada, firmada por el Titular contratante

ALTERNATIVAS

(Todas las cifras en dólares U.S.)

SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA	PLAN LOCAL 1	PLAN LOCAL 2
Asegurados que ingresen hasta los 65 años de edad, tendrán cobertura del plan contratado sin límite de edad.	SI	SI
Máximo por Incapacidad	50.000	30.500
Máximo por Incapacidad NO se reduce por límite de edad	SI	SI
Máximo para SIDA al 100% sin deducible	12.500	7.500
Cuarto y Alimento SIN deducibles y SIN límite de días en el Ecuador hasta:	160	100
Deducible año calendario en el Ecuador uno por miembro (puede ser US\$ 80, 150 o 300)	De acuerdo a plan elegido	De acuerdo a plan elegido
Traslado de deducible (solo en deducible año calendario; incurrancia para Oct, Nov y Dic)	SI	SI
Emergencia médica por accidente al 100% SIN deducible gastos dentro de las primeras 48 horas	300	300
Cobertura ambulatoria LIBRE ELECCION, CON aplicación deducible	80%	80%
Cobertura ambulatoria en RED PALIGMED SIN aplicación deducible	100%	100%
Cobertura de programa de ENFERMEADES DE SINDROME METABOLICO (VER ANEXO)	100%	100%
Crédito ambulatorio en la RED PALIGMED	100%	100%
Cobertura hospitalaria en RED PALIGMED CON aplicación deducible	90%	90%
Cobertura hospitalaria en RED PALIGMED PREFERENCIAL CON aplicación deducible	100%	100%
Cobertura hospitalaria en RED PALIGMED SELECTA (Cuadro de cirugías) SIN aplicación deducible	100%	100%
Cobertura hospitalaria en Hospital Metropolitano CON aplicación deducible	80%	80%
Cobertura hospitalaria en Clínicas Kennedy Alborada, Policentro CON deducible	80%	80%
Cobertura hospitalaria LIBRE ELECCION (Cobertura a costos referenciales de Red PALIGMED preferencial)	70%	70%
Crédito hospitalario dentro de la RED PALIGMED	80%	80%
Tabla de honorarios médicos en Quito y resto de país (Los valores para reembolsos de honorarios médicos y demás prestaciones razonables y acostumbradas de acuerdo a la práctica médica, serán de acuerdo a la tabla vigente de la compañía.)	Mc-Graw Hill	Mc-Graw Hill

Tabla de honorarios médicos en Guayaquil y Cuenca + 25% (Los valores para reembolsos de honorarios médicos y demás prestaciones razonables y acostumbradas de acuerdo a la práctica médica, serán de acuerdo a la tabla vigente de la compañía.)	Mc-Graw Hill + 25%	Mc-Graw Hill + 25%
Tope de Consulta Médica ambulatoria al 80% CON deducible	60	50
Tope de Consulta Médica ambulatoria en la ciudad de Guayaquil y Cuenca al 80% CON deducible	75	63
Ambulancia Terrestre en el Ecuador al 100% SIN deducible hasta:	200	100
Ambulancia Aérea en el Ecuador al 100% SIN deducible:	1.200	1.000
Cobertura de consultas médicas o servicios médicos a domicilio según los topes de consultas médicas, pagaderos mediante reembolso, únicamente en casos de emergencia clínica, siempre y cuando el diagnóstico esté cubierto por la póliza. CON deducible.	SI	SI
Cobertura para condiciones Pre-existentes (monto para todas la condiciones preexistentes) durante el primer año y en siguiente renovación aplica evaluación hasta:	500	500
Gastos por Atención del Recién Nacido Sano (siempre que se encuentre pagando la tarifa correspondiente inmediata superior, desde el 3er mes de embarazo) CON deducible , costos razonables y acostumbrados de la RED PALIGMED	100%	100%
Maternidad en el Ecuador (periodo de carencia 12 meses para inicio de maternidad, a partir de inicio de vigencia, incluye atención hospitalaria y ambulatoria, dentro o fuera de la Red al 100% SIN deducible . No tiene cobertura la maternidad para dependientes hijas	4.000	3.000
Enfermedades Congénitas de R/N, Cuidado Crítico Neonatal y Bebe Prematuro	12.500	7.500
Cobertura de control de niño sano desde el primer día de nacido hasta los 72 meses cumplidos: de 0 a 12 meses una consulta mensual, de 13 a 36 meses una consulta trimestral, de 37 a 60 meses una consulta semestral y de 61 a 72 meses una consulta anual , beneficio CON deducible.	80%	80%
Cobertura de Vacunas correspondientes al esquema del Ministerio de Salud Pública del Ecuador por vacuna SIN deducible	80% hasta US\$ 65	80% hasta US\$ 65
Cobertura de programa de CONTROL DE NIÑO SANO SIN DEDUCIBLE (ver anexo)	100%	100%

Cobertura de leche medicada hasta los 12 meses cumplidos, de acuerdo a los costos razonables y acostumbrados del medio ecuatoriano, CON deducible	80%	80%
Cobertura para: Trasplante de Órganos, Tratamiento de Diálisis, de acuerdo a costos de RED PALIGMED y % de proveedor en donde incurra	El Max por Inc.	El Max por Inc.
Cirugía SEPTUM NASAL todo tipo de cirugías funcionales de nariz sea por diagnóstico o por accidente, incluyendo todo tratamiento de diagnóstico y quirúrgico y post quirúrgico incluyendo consultas posteriores de seguimiento. La cobertura será de acuerdo al prestador de red o de reembolso, al 100% sin deducible hasta:	800	800
BENEFICIOS PARA TITULARES		
Gastos de Repatriación, Sólo para titular al 100% SIN deducible hasta	3.000	3.000
Un control ginecológico al año al 100% SIN deducible, sólo para titular, hasta	30	30
Un examen de Papanicolaou al año SIN deducible sólo para titular, hasta	20	20
Un examen de mamografía al año a partir de los 40 años al 100% SIN deducible, sólo para titular, hasta	30	30
Un examen de control urológico al año SIN deducible, sólo para titular, hasta	30	30
Un Examen de Antígeno Prostático al año a partir de los 40 años SIN aplicación de deducible, sólo para titular, hasta	20	20
Cobertura de ligadura y vasectomía según los costos razonables y acostumbrados en el mercado ecuatoriano, CON deducible,	80%	80%
OTROS BENEFICIOS		
Cobertura para cristales ópticos, cada 2 años, máximo tres por familia SIN deducible hasta	30	30
Cobertura de operación del Exímer Laser pasadas las 5 dioptrías, CON deducible.	80%	80%
Cobertura de menopausia y andropausia sin límite de edad, CON deducible (Bajo protocolo médico)	80%	80%
Cobertura de zapatos ortopédicos justificados con pedido médico, SIN aplicación de deducible, máximo dos pares al año	60%	60%
Extracción de terceros molares impactadas o incrustadas hasta USD 90 por cada uno SIN deducible, adjuntar radiografías panorámicas previas	80%	80%
Cobertura de aparatos ortopédicos como cualquier otra incapacidad CON deducible.	80%	80%
El período de presentación de reclamos a partir del primer gasto incurrido, mientras la póliza se encuentre vigente.	90 días calendario	90 días calendario

Periodo de acumulación de cuentas (misma incapacidad , mismo diagnóstico ,gastos con recurrencia mensual) hasta	180 dias calendario	180 dias calendario
Hijo(s) asegurados(s) se mantendrán en condición de dependiente(s) hasta el cumplimiento de los 25 años de edad o que contraigan nupcias (debe ser soltero, no trabajar y estudiar)	SI	SI
Hijos afiliados como dependientes menores de 25 años o que contraigan nupcias, tienen derecho a cobertura SIN evaluación como afiliados titulares (aplica nuevas condiciones de plan escogido)	SI	SI
Plan dental con proveedor que la compañía designe (ver anexo)	100%	100%
BENEFICIOS ADICIONALES		
Descuento de cirugía Exímer laser sin límite de dioptrías (Ver proveedores RED PALIGMED de descuento)	SI	SI
Descuento en tratamientos dentales (Ver proveedores RED PALIGMED de descuento)	SI	SI
Cobertura de lesiones auto infringidas.	SI	SI
Cobertura de accidentes bajo el efecto de alcohol.	SI	SI
Cobertura de Desastres Naturales	SI	SI

SEGURO DE GASTOS MÉDICOS (Condiciones Particulares)

1. Pan American Life revisará la siniestralidad de la póliza de manera anual de acuerdo a los resultados generados por toda la cartera individual HEALTH TRUST.
2. Las tarifas, están sujetas a modificaciones por el cambio de rango de edad, inflación en los costos médicos, y cualquier otro aspecto que pueda afectar las tarifas. El cambio de tarifas se hará efectivo en el aniversario de cobertura del asegurado.
3. Cobertura de enfermedades preexistentes aceptadas se cubrirán de acuerdo a las condiciones estipuladas en la póliza, hasta el monto máximo detallado en el Cuadro de Seguro. Al cumplir 12 meses de vigencia de la cobertura de enfermedades preexistentes se reembolsará como cualquier otra incapacidad.
4. Dentro de Cobertura Hospitalaria se considera : Uso de Sala de Cirugía por servicios ambulatorios, Urgencias por Accidente y Enfermedad, Honorarios médicos, Visitas Médicas hospitalarias requeridas por diagnóstico, medicinas, demás servicios hospitalares, exceptuando aquellos que no sean y no estén relacionados para el tratamiento de una enfermedad
5. Las enfermedades graves como Cáncer, Insuficiencia Renal, Accidente Cerebro Vascular, Infarto al Miocardio, Revascularización Coronaria (By Pass), Trasplante de órganos mayores, Parálisis y las enfermedades consideradas graves por Pan American Life serán evaluadas individualmente por la compañía para su aprobación.
6. Cobertura de trasplante de órganos hasta el máximo contratado por incapacidad. Se cubrirá solo los gastos médicos del asegurado receptor.
7. Condiciones congénitas se cubrirá a hijos desde el primer día de nacido, siempre y cuando el asegurado se encuentre pagando la tarifa correspondiente al nuevo dependiente desde el 1er día del tercer mes de embarazo.
8. Hijo(s) asegurados(s) se mantendrán en condición de dependiente(s) hasta el cumplimiento de los 25 años de edad o que contraigan nupcias, tiene(n) derecho a cobertura automática como asegurado titular, dentro de un período de 30 días. De no solicitar su cobertura en el período antes indicado, la afiliación estará sujeta a su estado de salud y deberá completar la Solicitud de Afiliación. Hija(s) dependiente(s) embarazadas no son elegibles.
9. Toda persona que tenga cobertura previa de salud individual o colectiva y desee la opción de continuidad de cobertura, deberá presentar examen médico y los resultados de laboratorio solicitados por la Compañía, los cuales serán sujetos a evaluación de la Compañía y cumplir con los requisitos de elegibilidad. El costo de los exámenes deberá ser asumido por el solicitante al igual que cualquier examen adicional requerido.
10. Beneficio de conversión se otorgará a toda persona que solicite esta cobertura, siendo necesaria para su evaluación el proporcionar exámenes médicos e información que considere necesaria la compañía. Si el beneficio fuere aprobado, dicha cobertura tendrá una tarifa especial.

PLAN DENTAL

Servicios Especializados de Asistencia a través del Proveedor AMERICAN ASSIT. Central de Citas 02 396 91 62

PREVENCIÓN

Procedimientos	Nivel	Diferencial	Carencia
Examen clínico y diagnóstico	100%	0%	-
<i>Evaluación del estado de salud del paciente</i>			
Rayos-X (Periapicales)	100%	0%	-
<i>Radiografía de cada pieza dental</i>			
Profilaxis (Limpieza bucal)	100%	0%	-
<i>Eliminación de la placa dental</i>			
Educación para la higiene bucal	100%	0%	-
<i>Enseñanza de un correcto cepillado e higiene bucal</i>			
Consulta con especialista	100%	0%	-
<i>Para determinar otro tipo de alteraciones</i>			
Fluorización (Para menores de 15 años)	100%	0%	-
<i>Aplicación de fluor para fortalecer los dientes</i>			

RESTAURACIONES

Procedimientos	Nivel	Diferencial	Carencia
Restauración simple de amalgama	100%	0%	--
<i>calza ploma pequeña</i>			
Restauración compuesta de amalgama	100%	0%	--
<i>calza ploma mediana</i>			
Restauración compleja de amalgama	100%	0%	--
<i>calza ploma grande</i>			
Restauración simple de resina	100%	0%	1 mes

URGENCIA

Procedimientos	Nivel	Diferencial	Carencia
Avulsión	100%	0%	--
<i>Pérdida total traumática del diente</i>			
Eliminación de caries	100%	0%	--
<i>limpieza total de la pieza afectada</i>			
Eliminación de contacto prematuro	100%	0%	--
<i>Desgaste selectivo de la superficie dentaria</i>			
Extrusión	100%	0%	--
<i>Salida de una pieza dentaria en busca de su antagonista</i>			
Fractura dentaria	100%	0%	--
<i>Ruptura de diente</i>			
Intrusión	100%	0%	--
<i>Ingreso de un diente en el hueso</i>			
Medicación en caso de dolor muscular	100%	0%	--

prescripción de medicina			
Recubrimiento pulpar directo	100%	0%	--
Protección del nervio herido			

REHABILITACION ORAL

Descuento en blanqueamiento Dental	Valor a pagar en la Clínica	P.V.P
Procedimiento en el cual se blanquean los dientes	\$ 100,00	\$ 278,00

ANEXO DE PROGRAMA DE ENFERMEDADES METABOLICAS

El bróker deberá confirmar que el (los) afiliados aceptan incorporar dentro de las coberturas de la póliza el siguiente beneficio:

Programa especial para enfermedades metabólicas (hipertensión y diabetes) tanto para titulares como dependientes adultos mayores de 18 años, con prestador que Pan-American Life designe.

Prestador asignado para brindar este es: AXXIS.

La cobertura y crédito será del 100% sin deducible de los servicios especiales diseñados para el programa de enfermedades metabólicas. Este programa es de ingreso voluntario pero para mantener cobertura completa, la atención deberá ser dentro del prestador y durante todo el esquema del programa.

ESPECIFICACIONES ESPECIALES.

- Si un asegurado ingresa al programa de cobertura total e incurre en gastos simultáneos con otros especialistas de la misma rama y bajo el mismo diagnóstico o por segunda opinión médica, los mismos no tendrán cobertura.
- Si un asegurado decide no tomar el programa, su cobertura será la determina dentro de la póliza para reembolso ambulatorio
- El programa de mantendrá activo, siempre y cuando la póliza se encuentre activa.

BENEFICIOS

El programa incluye: Consultas médicas de especialidad, exámenes de diagnóstico, tratamiento y seguimiento y medicación de acuerdo a protocolos de programa.

Anexo 5

5.1. Juicio de experto. Dr. Eduardo Peña Triviño

5.2. Bibliografía del Dr. Eduardo Peña Triviño.

[Imprimir](#)[Cerrar](#)

Re: TESIS DE DERECHO DE SEGUROS

De: **Eduardo Peña Triviño** (epenat@mobile20.com)
Enviado: viernes, 04 de marzo de 2016 22:14:22
Para: juan fernando carrion robalino (jfernando-20@hotmail.com)

Muchas gracias, señor Carrión por su mensaje. Respecto a su pregunta sobre si es suficiente el número de cinco empresas que celebran contratos de seguros de atención médica (se llaman también seguros de salud), me permito sugerirle:

- 1.- Que establezca primero cuántas son cinco empresas en relación con el número de prestadores de estos amparos, porque hay algunos que no son compañías de seguros sino sociedades conformadas en las distintas clases que permite la ley.
 - 2.- Las estadísticas provistas por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros al 31 de diciembre de 2015 separan compañías de seguros generales y compañías de seguros de vida. Los de salud son seguros generales y las primas están incluidas dentro de esa gran masa de seguros de automotores, incendio, transportes, robo, ramos técnicos, etc. Pero dicha superintendencia sí tiene las cifras de primas de cada ramo de seguro.
 - 3.- Con el objeto de analizar las objeciones que proponen los prestadores de servicios de salud, como por ejemplo las de enfermedades preexistentes, bastaría con analizar pocos casos, porque todas deberían fundarse en pruebas de que el asegurado no las declaró al momento de contratar el seguro, sabiendo que las tenía, porque es faltar a la verdad y a la objetividad en la declaración del estado del riesgo. Es un indicio de mala fe, contrario a la esencia del contrato de seguro, que priva al solicitante, tomador o asegurado, de la protección del seguro.
Es distinto del caso de la persona que está enferma y no lo sabe. Tampoco ha consultado al médico. La preexistencia debe pasar por ese conocimiento para que cause la nulidad relativa de que habla la Legislación sobre el Contrato de Seguro..
 - 4.- A la luz de lo anterior, el número de cinco parece adecuado para sustentar un criterio. Lo autorizo para que pueda utilizar esta información al momento de sustentar su tesis y le auguro todo éxito en su graduación.
- Atentamente,
Dr. Eduardo Peña Triviño.-

El 4 de marzo de 2016, 9:51, juan fernando carrion robalino <jfernando-20@hotmail.com> escribió:

Estimado Dr. Peña, buenos días.

Por medio del presente correo, me permito indicarle que soy un gran seguidor suyo respecto de su profesión, experiencia profesional y sobre todo sus libros que los he leído completos.

Soy estudiante de derecho en la ciudad de Quito, actualmente estoy próximo a entregar mi trabajo de titulación "tesis" que se denomina "La tergiversación a la preexistencia en los contratos de seguro de asistencia médica", trabajo que cuanta con una serie de citas textuales de su libro "Manual de derecho de seguros".

Estimado Dr., con toda su sabiduría, parte de mi trabajo requiere de la opinión de un experto en la materia como usted, que en tal sentido, he optado por analizar los criterios de las empresas que ofertan seguros médicos que mayores primas netas percibieron en el 2015 por este tipo de contrato. Sin embargo, por efectos de la metodología a fin de explicar el problema, escogí las CINCO compañías que mayores primas percibieron por seguro médico en 2015 y analice una negativa de cada una.

PETICIÓN DE FAVOR: Dr, Temo que en el Tribunal al momento de la defensa me cuestione porque escogí CINCO compañías y no cuatro o seis etc., y porque CINCO criterios para analizar el problema que empresas de seguros suelen tergiversar criterios médicos como preexistencia, a fin de negar una cobertura, pues como vendrá a su conocimiento, la preexistencia esta excluida dentro de estos contratos.

Para tal efecto, basta con la opinión de un experto en la materia como usted, para yo poder justificar el motivo por el cual no analice mas compañías y más criterios, por tanto mi estimado Dr. me ayudaría muchísimo una opinión suya al respecto, a fin de justificar el número escogido, si esta bien o no, y porque, o que número me recomendaría

Discúlpeme la molestia y el atrevimiento, pero a raíz de sus publicaciones, entiendo usted esta muy abierto en ayudar y compartir su sabiduría.

Le quedaré eternamente agradecido por compartir conmigo parte de su expertis en esta consulta. Muchísimas gracias Doctor Peña por su atención al presente.

Quedo muy atento, le deseo continúe con el mismo éxito.

atentamente

Juan Fernando Carrión.

Anexo 6

6.1. Fuente de datos.

PROYECTO DE MEDICINA PREPAGADA CREA MECANISMOS DE DEFENSA DE LOS USUARIOS

Viernes, 12 de febrero del 2016 - 13:27

[Imprimir](#)

Elaborado por: Sala de prensa

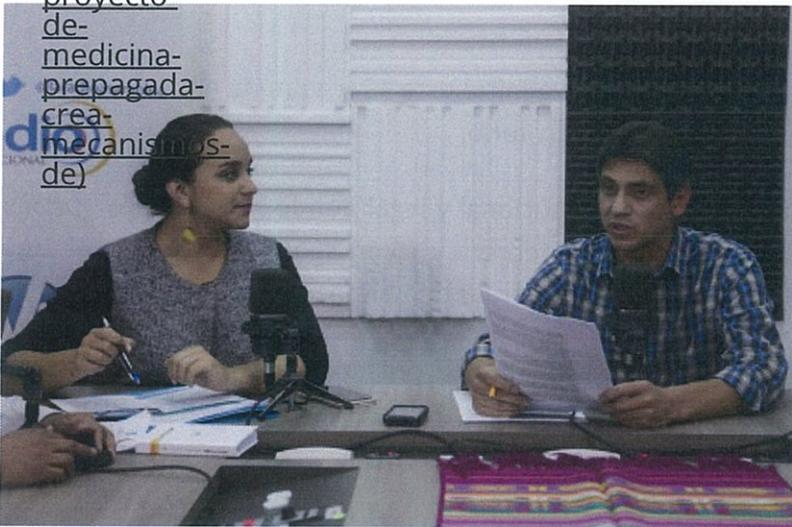
Twitter

Me gusta

Compartir

307

(whatsapp://send?text=http://www.asambleanacional.gob.ec/es/noticia/41706-proyecto-de-medicina-prepagada-crea-mecanismos-de)



(<http://www.asambleanacional.gob.ec/sites/default/files/field/image/presi-cdl48.jpg>)

En el programa "Contigo de Ley" No. 48, la presidenta de la Asamblea Nacional, Gabriela Rivadeneira, destacó que el proyecto de Ley que Regula a las Compañías que Financien Salud Integral Prepagada y a las de Seguros que Oferten Cobertura de Seguros de Asistencia Médica, de iniciativa de la asambleísta Pamela Falconí, establece mecanismos de control de calidad y procedimientos de defensa de los consumidores, así como sanciones por vulneración de derechos, la reparación e indemnización por deficiencias, daños o mala calidad de bienes y servicios, o por interrupción de los mismos.

La Titular del Legislativo indicó que se trata de una ley para regular las empresas que prestan servicio de salud a personas que han optado por ocupar la medicina prepagada.

Resaltó que a través de la normativa se busca cubrir a las personas que podrían tener enfermedades catastróficas o degenerativas, considerando que en los contratos actuales se excluye y se violentan derechos de estas personas.

Explicó que el proyecto determina que si después de un tiempo de aportación se detecta una enfermedad que se ha generado en ese tiempo, la empresa que oferta medicina prepagada tiene que cubrir y reconocer esa enfermedad. Este es un cambio importante y habrá que ver cómo se puede equiparar el tema de las aportaciones y cobertura de enfermedades catastróficas, agregó Gabriela Rivadeneira.

Manifestó que con respecto a las personas de tercera edad la propuesta determina obligaciones que deben cumplir las empresas frente a los usuarios, con planes, programas y modalidades, así como notificar a los usuarios cuando no esté cubierto o exceda el costo de cobertura.

Cuando un contrato está en vigencia las empresas no pueden establecer incrementos adicionales a los aportes, cuotas o primas adicionales al plan contratado ante el apareamiento de enfermedades catastróficas, crónicas y tampoco se puede negar contratos por estos motivos, señaló al explicar también se define claramente cuál será el centro de solución de controversias y arbitrajes frente a las denuncias de clientes o usuarios.

Precisó que esta normativa es importante porque llega a 800 mil personas afiliadas a seguros médicos privados, quienes han pagado 438 millones de dólares en el 2014; y, 460 millones de dólares en el 2015, a la vez que resaltó que esta ley es una respuesta a la de 1998 que es totalmente mercantilista y excluyente.

Receso legislativo

En otro orden, Gabriela Rivadeneira informó que el receso legislativo inició este 12 y culmina el 26 de febrero. Sin embargo los parlamentarios realizarán algunas actividades en territorio.

Indicó que el receso legislativo tiene como base el mandato constitucional y legal donde se establece que los legisladores tienen derecho a 30 días de receso. 15 se los toma en febrero y 15 en agosto. Aclaró que el área administrativa sigue funcionando con absoluta normalidad para atender las demandas ciudadanas.

Anunció que el próximo martes 16 de febrero acudirá a Guayaquil para presenciar la firma del Decreto Ejecutivo del Decenio del pueblo afro que permite garantizar derechos de transversalidad para el pueblo afroecuatoriano.

JLVN/pv

Anexo 7

7.1. Cuadro estadístico por primas netas emitidas por seguros de asistencia médica.

RANKING DE LA SUPERINTENDENCIA DE COMPAÑÍAS, VALORES Y SEGUROS				
PRIMAS NETAS EMITIDAS AÑO 2015				
COMPAÑÍA DE SEGUROS	VALOR EN DÓLARES AMERICANOS			
	MARZO	JUNIO	SEPTIEMBRE	DICIEMBRE
BMI	1748694.41	3956063.89	6519012.41	9483133.71
BUPA	4295648.36	9001985.83	14164107.59	9508258.55
CONSTITUCIÓN	31219.41	86043.83	143074.04	193517.17
GENERALI	89523.00	196419.42	428079.72	588352.70
LA UNIÓN	763.11	1397.71	1374.97	9731.39
LATINA VIDA	11293.32	170368.78	170368.78	171366.04
PANAMERICANA LIFE	8624101.61	16181008.30	21666168.99	21757596.86
SUCRE	1180420.92	1506764.15	2211919.24	3024205.24
UNIDOS	3595.90	145535.64	169225.85	204733.56