



FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES

INCUMPLIMIENTO AL ARTÍCULO 42 DE LA LEY GENERAL DE SEGUROS,
EN EL REGISTRO DE RECLAMO ADMINISTRATIVO

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

Profesora Guía
Dra. Miren Josune Torrontegui Martínez

Autora
Gabriela Alejandra Morales Enríquez

Año
2016

DECLARACIÓN PROFESOR GUÍA

“Declaro haber dirigido este trabajo a través de reuniones periódicas con la 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”.

Miren Josune Torrontegui Martínez
DOCTORA EN JURISPRUDENCIA
C.I.: 170805763-1

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.

Gabriela Alejandra Morales Enríquez
C.I.: 172096372-5

AGRADECIMIENTO

Mi profundo agradecimiento a la Doctora Miren Torrontegui Martínez, por su apoyo, confianza y orientación en el desarrollo del presente trabajo.

DEDICATORIA

A Edison y Soledad, mis amados
padres.

RESUMEN

El presente trabajo investigativo recoge información atribuida a la materia de seguros dentro del derecho ecuatoriano, en específico al entendimiento que surge del desarrollo del reclamo administrativo de las pólizas de seguro, pretendiendo de esta manera determinar la existencia de un vacío jurídico en la normativa legal vigente.

El seguro caracterizado por ser un contrato bilateral, en el que las partes se obligan a cambio de una contraprestación, cumplir con los convenios y acuerdos pactados, es decir que el asegurado paga el valor de una prima y la aseguradora se compromete a indemnizar a este en caso de producirse un siniestro.

La aseguradora se compromete durante el tiempo que dura la vigencia del contrato "póliza", a cubrir el daño que pueda producirse a consecuencia de un hecho accidental, súbito e imprevisto, siempre y cuando este se sujete a las condiciones generales y particulares previstas en la póliza, resulta este el inicio del conflicto existente entre asegurado y aseguradora, ya que la aseguradora puede aceptar total o parcialmente el siniestro, o a su vez negarlo.

Si el asegurado cree que ha sido vulnerado alguno de sus derechos, tiene la facultad de presentar su reclamación ante el órgano de control competente, en este caso la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, quien resolverá en sede administrativa el conflicto existente entre estos dos particulares.

ABSTRACT

This research work collects information attributed to insurance matters within the Ecuadorian law, specifically the understanding that supplies the development of administrative claim insurance policies , trying in this way to determine the existence of a loophole in the legislation valid. Insurance characterized as a bilateral contract in which the parties agree to exchange for a fee , to comply with the covenants and agreements made , ie the insured pays the value of a premium and the insurer agrees to indemnify the in case of an accident occur.

The insurer agrees during the duration of the contract term "policy" to cover damage that may occur as a result of an accidental, sudden and unforeseen event, provided that the general and special conditions laid down are hold in the policy, is this the beginning of the conflict between insured and insurer, and the insurer may accept full or partial loss, or turn deny it.

If the insured believed to have been violated any of your rights, you have the option of submitting his complaint to the competent supervisory body, in this case the Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, who settled in administrative proceedings the conflict between these two private.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	3
1.CONCEPTOS BÁSICOS DEL CONTRATO DE SEGURO	3
1.1. DEFINICIÓN	3
1.2. CARACTERÍSTICAS DEL CONTRATO DE SEGURO.....	4
1.2.1. Bilateral.....	4
1.2.2. Oneroso.....	4
1.2.3. Principal.....	5
1.2.4. Conmutativo.....	5
1.2.5. Aleatorio	5
1.3. PARTES QUE INTERVIENEN EN EL CONTRATO DE SEGUROS.....	5
1.3.1. Asegurador.....	5
1.3.2. Asegurado Solicitante o tomador.....	6
1.3.3. Beneficiario.....	6
1.4. PÓLIZA – DEFINICIÓN	6
1.4.1. Condiciones de la Póliza	7
1.5. PRIMA – DEFINICIÓN	8
1.6. RIESGO –DEFINICIÓN.....	8
1.7. SINIESTRO – DEFINICIÓN	9
1.8. INTERÉS ASEGURABLE – DEFINICIÓN	9
1.9. OBJETO DEL SEGURO.....	9
CAPÍTULO II	11
2.RECLAMO ADMINISTRATIVO DE SEGUROS.....	11
2.1. NORMATIVA LEGAL APLICABLE	11
2.1.1. Constitución de la República del Ecuador	12
2.1.2. Código Orgánico Monetario Y Financiero – Ley General De Seguros – Decreto 1147.....	14
2.1.3. Procedimiento del reclamo administrativo	16

2.2. REGLAMENTO DE RECLAMO ADMINISTRATIVO DE SEGUROS.....	19
2.2.1.Casos en los que se plantea el reclamo administrativo de seguros .	19
2.2.2. Contenido del escrito de reclamación.....	21
2.3. ACCIÓN LEGAL Y RECLAMO ADMINISTRATIVO	23
2.3.1. Acción legal	23
2.3.2. Reclamo administrativo	24
2.3.3. La prescripción	26
CAPÍTULO III	29
3.DERECHO DE RECURRIR.....	29
3.1. VÍA ADMINISTRATIVA.....	29
3.1.1. Recurso de Apelación.....	30
3.1.2. Recurso Extraordinario de Revisión	31
3.2. VÍA JUDICIAL.....	32
3.2.1. Acción Ordinaria	33
3.2.2. Arbitraje y Mediación	33
3.2.3. Acción Contencioso Administrativa.....	34
3.3. CASO PRÁCTICO.....	35
CONCLUSIONES.....	40
RECOMENDACIONES	42
REFERENCIAS.....	43
ANEXOS	45

INTRODUCCIÓN

Con fecha viernes 12 de septiembre de 2014 se promulga el Código Orgánico Monetario y Financiero, publicado en el Segundo Suplemento del Registro Oficial N° 332, en reforma a la Ley General de Seguros.

El seguro constituye un contrato, en el que el asegurado a cambio de una contraprestación “prima”, recibe por parte de la aseguradora el compromiso de indemnizar a este en caso de producirse un siniestro (hecho futuro, incierto, súbito e imprevisto), durante el tiempo que dura la vigencia del contrato “póliza”.

Al producirse un siniestro, es deber del asegurado reportar la ocurrencia del mismo a la aseguradora, la que en base a un análisis técnico y fundamentado acepta pagar los daños ocurridos o a su vez plantea la negativa al pago. Si el asegurado se siente afectado con esta negativa fundamentada por parte de la aseguradora, podrá acudir al órgano de control competente (Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros) a presentar su reclamación.

El órgano de control receptorá el reclamo, a través del departamento de Normativa y Reclamos, quien analiza y resuelve en base a criterios técnicos y fundamentados.

Para que el reclamo administrativo en materia de seguros sea admitido a trámite, debe reunir varios requisitos, que contempla el Reglamento para la Sustanciación de Reclamos Contra Actos Normativos, y Actos Administrativos, Regulados por el artículo 42 de la Ley General de Seguros; y para la Interposición de los Recursos de Apelación y Extraordinario de Revisión Contra Actos de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, bajo la resolución vigente No. SCVS-INS-2015-013 expedida por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros.

El estudio se centra en un análisis profundo al artículo 42 de la Ley General de Seguros, identificando el incumplimiento que se atribuye al proceso del reclamo administrativo, frente a su interpretación normativa y falta de aplicación.

El ensayo constará de tres partes. En la primera, se definirán los conceptos básicos del contrato de seguro, sus características, elementos esenciales y el objeto que este tiene dentro del mercado asegurador.

La segunda parte abordará sobre el reclamo administrativo de seguros, su normativa legal aplicable dentro del territorio ecuatoriano, el procedimiento que se desarrolla, la sustentación jurídica entre acción legal y reclamo administrativo, concluyendo con la prescripción.

En la tercera parte se hablará sobre el derecho de recurrir en sede administrativa, y se realizará un análisis de un caso práctico.

Finalmente, se expondrán las conclusiones y recomendaciones en cuanto al desarrollo investigativo de este trabajo.

CAPÍTULO I

1. CONCEPTOS BÁSICOS DEL CONTRATO DE SEGURO

Para desarrollar el análisis y estudio del contrato de seguro es importante tener en cuenta conceptos y definiciones básicas que contribuyan al entendimiento de la problemática existente dentro de este trabajo de investigación.

El término “seguro” proviene del latín *secūrus*, teniendo algunos significados en el idioma castellano. Se trata de aquello que es cierto e indubitable, o que aparece exento de riesgo y peligro. La palabra seguro se utiliza como sinónimo de seguridad o certeza.

1.1. DEFINICIÓN

Según Currea puntualiza al seguro como “un contrato por medio del cual una empresa especializada se hace cargo por determinado tiempo de los riesgos de pérdida o deterioro que puedan correr objetos pertenecientes a otra empresa o persona, obligándose la primera a indemnizar a la asegurada en el caso que lleguen a presentarse las pérdidas o daños previstos” (Currea, 1996, p1)

Para definir al contrato de seguros debemos recordar la acepción que fija el Código Civil en su artículo 1454, respecto a la definición de contrato:

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

En su artículo primero el Decreto Supremo 1147 contenido en el Código de Comercio define al contrato de seguros como:

“El seguro es un contrato mediante el cual una de las partes, el asegurador, se obliga, a cambio del pago de una prima, a indemnizar a la otra parte dentro de los límites convenidos, de una pérdida o un daño producido de un acontecimiento incierto, o a

pagar un capital o una renta, si ocurre la eventualidad prevista en el contrato”.

1.2. CARACTERÍSTICAS DEL CONTRATO DE SEGURO

Una vez teniendo claro la definición, es importante conocer las características que por su esencia y aplicación se le atribuye al contrato de seguro. El Doctor Peña Triviño en su Manual de Derecho de Seguros afirma que “el contrato de seguros es, por su naturaleza un contrato bilateral, oneroso, principal, conmutativo, y aleatorio”. (Peña, 2003, p.13)

1.2.1. Bilateral

Peña, argumenta la bilateralidad del contrato de seguro, “Porque tanto el asegurado como el asegurador se obligan recíprocamente, éste a pagar una prima, y aquel a pagar una indemnización si ocurre la eventualidad prevista en el contrato, es decir el siniestro”. (Peña, 2003, p. 13)

De esta forma el asegurado y el asegurador se obligan a cambio de una contraprestación, a cumplir con lo establecido en el contrato de seguro llamado también póliza.

1.2.2. Oneroso

Bulló, discute que el contrato de seguro es oneroso ya que “el precio que paga el asegurado (la prima) es la medida de la contraprestación del asegurador, esto, es, la asunción de las consecuencias del riesgo pactado y, ocurrido el evento aleatorio, corresponde el pago de la suma de indemnización del caso, o la suma asegurada, o la prestación en especie estipulada, según fuera la calase del seguro”. (Bulló, 1999, p. 104)

Ambas partes obtienen ganancia gravando a la par sus riesgos económicos, el asegurado por desembolsar la prima y el asegurador por los gastos que debe afrontar en la ocurrencia de un hecho imprevisto.

1.2.3. Principal

“El contrato es principal, porque si existencia no depende de otro y tiene su propia autonomía, no obstante este principio no se aplica a los seguros de fianza por que estos siempre son accesorios a un contrato principal que les da origen”. (Peña, 2003, p. 13)

Este contrato no depende de otros para perfeccionarse, es decir subsiste por sí solo.

1.2.4. Conmutativo

“La contraprestación al pago de la prima no es solo la obligación de indemnizar el daño en el caso de siniestro, sino que es en verdad la asunción del riesgo, base sobre la cual sería forzoso concluir que el contrato de seguro es ciertamente conmutativo”. (Barrera, 1991, p. 15)

Por cuanto la prima pagada de quien contrata la póliza está compensada por la protección y tranquilidad que este recibe.

1.2.5. Aleatorio

“En este contrato, lo fundamental es el factor incertidumbre. Aquí la empresa compensa el daño causado por el infortunio”. (Quevedo, 2004, p. 249)

En cuanto existe eventualidad de ganancia, o pérdida tanto para el asegurado como para el asegurador en razón de un suceso incierto o imprevisto.

1.3. PARTES QUE INTERVIENEN EN EL CONTRATO DE SEGUROS

1.3.1. Asegurador

Es la persona jurídica, legalmente autorizada, siempre será una compañía anónima la que suscribe el contrato y se obliga a indemnizar el daño producido al asegurado o a satisfacer un capital, una renta u otras prestaciones convenidas.

El artículo 3 del Decreto Supremo 1147 define al asegurador:

Para los efectos de esta Ley, se considera asegurador a la persona jurídica legalmente autorizada para operar en el Ecuador, que asume los riesgos especificados en el contrato de seguro [...]

1.3.2. Asegurado Solicitante o tomador

Es la persona natural o jurídica que contrata el seguro, sea por cuenta propia o por la de un tercero. El Decreto Supremo en su artículo 3 determina que:

[...] solicitante a la persona natural o jurídica que contrata el seguro, sea por cuenta propia o por la de un tercero determinado o determinable que traslada los riesgos al asegurador; asegurado es la interesada en la traslación de los riesgos [...]

1.3.3. Beneficiario

Es la persona que ha de recibir una indemnización en caso de la ocurrencia de un siniestro.

Decreto Supremo 1147.

Art. 3 [...] beneficiario, es la que ha de percibir, en caso de siniestro, el producto del seguro [...].

1.4. PÓLIZA – DEFINICIÓN

“La póliza es un documento por medio del cual se puede probar el contrato de seguro. Por definición debe redactarse en castellano, ser firmada por el asegurador y entregarse, en su original al tomador.” (Montoya, 2001, p. 49)

En consecuencia es la denominación que recibe el documento privado, en el que se perfecciona el contrato de seguro, en el cual se hace constar los términos y condiciones que regulan la relación contractual. El Decreto Supremo 1147 contempla en su artículo 6:

“El contrato de seguro se perfecciona y prueba por medio de documento privado que se extenderá por duplicado y en el que se

harán constar los elementos esenciales. Dicho documento se llama Póliza; ésta debe redactarse en castellano y ser firmada por los contratantes.

Las modificaciones del contrato o póliza, lo mismo que su renovación deben también ser suscritas por los contratantes”.

1.4.1. Condiciones de la Póliza

“Toda relación jurídica de seguro entre asegurador y asegurado descansa en un contrato. Pero el contenido concreto de esta relación no se rige por pactos especiales, libremente convenidos en cada caso, sino por una serie de cláusulas contractuales típicas que no pueden ser modificadas por el asegurado: son llamadas “condiciones de la póliza””. (Garrigues, 1987, p.265)

Estas cláusulas libremente convenidas entre las partes pueden ser: condiciones generales; condiciones particulares y condiciones especiales.

Condiciones Generales

“Comprenden las cláusulas del contrato de seguro. Indican la definición y el alcance de las coberturas, las exclusiones generales y particulares de cada tipo de cobertura o ramo, lo mismo que las demás estipulaciones específicas de cada clase de póliza” (Mejía, 2012, p.42)

En esencia son principios básicos, estipulaciones o cláusulas establecidas por el asegurador, con el objeto de regular la relación bilateral con el contratante, en cuanto a la legislación más los principios de técnica de los seguros.

Condiciones Particulares

“Son las estipulaciones sobre algunos elementos trascendentales de la contratación y del contrato lo que no puede ni debe faltar en ningún negocio jurídico del tipo” (Bulló, 1999, p. 164)

Por tanto son reglas o estipulaciones que se han convenido por mutuo acuerdo entre las partes contratantes y establecen los elementos de la relación singular fijado en el real alcance de las obligaciones y derechos de los contratantes.

Condiciones Especiales

“Recogen las modificaciones, ampliaciones o derogaciones de las condiciones de la póliza, resultantes de los acuerdos entre las partes.” (Manchón; Martí, 2008 p.19)

Son las que amplían, condicionan, delimitan, modifican o suprimen riesgos, extienden o restringen las coberturas previstas en las condiciones generales de las pólizas, o a su vez instituyen nuevas condiciones de protección, sin que contengan disposiciones expresamente prohibidas por la Ley General de Seguros, son conocidas también como “Condiciones Adicionales”

1.5. PRIMA – DEFINICIÓN

“Es la contraprestación de carácter económico que el contratante paga el Asegurador al instante que éste asume el riesgo, siendo de trascendental importancia para la vivienda jurídica y económica del Seguro como institución. Sin prima el Seguro es inconcebible.” (Alvear, 2009, p.13)

De esta manera prima se define como la aportación o contraprestación económica que paga el asegurado a la entidad aseguradora por concepto de la cobertura de riesgo.

1.6. RIESGO –DEFINICIÓN

El riesgo es el incierto que no depende de la voluntad del solicitante, asegurado o beneficiario, ni de la del asegurador y cuyo acontecimiento hace exigible la obligación del asegurador.

“Para que exista riesgo es menester que exista la posibilidad de que ocurra un hecho dañoso, hecho que desde luego no debe ser seguro sino únicamente

probable, el riesgo es el objeto mismo sobre el que recae el seguro.” (Cevallos, 2007, p. 278)

Hay que tomar en cuenta que el hecho incierto debe ser súbito; imprevisto; y accidental. Al respecto el artículo 4 del Decreto Supremo define al riesgo como:

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

1.7. SINIESTRO – DEFINICIÓN

“El siniestro genera la obligación de indemnizar que tiene el asegurador, siempre que la naturaleza del siniestro y las circunstancias de su acontecimiento no causen una exclusión de la cobertura, dentro de los términos y condiciones del contrato de seguros”. (Peña, 2003, p.54)

Se define como siniestro a la ocurrencia de un hecho o suceso imprevisto incierto y accidental, que ocasiona daños en una persona o a un bien.

1.8. INTERÉS ASEGURABLE – DEFINICIÓN

“Es la relación económica amenazada en su integridad por uno o varios riesgos, en que una persona se halla con las cosas o derechos, tomados en sentido general o particular.” (Montoya, 2001, p.12)

De igual manera podemos definirlo como el interés, que tiene una persona que no suceda un hecho o acontecimiento que afecta a sus bienes o a sí mismo.

1.9. OBJETO DEL SEGURO

El objeto del seguro es la obligación que tiene el asegurador de pagar la suma convenida, o a su vez la indemnización del daño causado por un acontecimiento inesperado, incierto e imprevisto.

En consecuencia podemos definir al objeto del seguro como la compensación del perjuicio económico, experimentado por un patrimonio a consecuencia de un siniestro.

El Decreto Supremo 1147, en su artículo 10 concreta que:

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

CAPÍTULO II

2. RECLAMO ADMINISTRATIVO DE SEGUROS

Cuando se ha fijado un contrato de seguro sobre un determinado bien, a través de una “póliza”, las partes se obligan entre sí a cumplir con lo pactado. Por tanto la compañía de seguros tiene la obligación de pagar una indemnización, en caso que el bien objeto de seguro sufra un siniestro, y a su vez el asegurado tiene la obligación de pagar una prima.

Al existir una divergencia entre las partes, como consecuencia de no cumplir con la contraprestación pactada en el contrato, y en caso de existir inconformidad por parte del asegurado frente a la negativa planteada por la aseguradora, la legislación ha previsto dos principales vías en que el asegurado o beneficiario puede recurrir a fin de solucionar su contrariedad, la primera es la vía jurisdiccional, donde un juez ordinario resuelve la controversia existente, y la segunda es la vía administrativa (objeto de este estudio), donde el asegurado o beneficiario plantea su reclamación administrativa ante un órgano de carácter administrativo con competencia (Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros).

El reclamo administrativo de seguros atribuye un mecanismo jurídico para el asegurado, permitiéndole de esta manera acceder al pago por parte de la aseguradora a consecuencia de un hecho incierto, súbito e imprevisto denominado siniestro. El órgano de control competente (Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros) es quien garantiza el cumplimiento de las empresas aseguradoras con su fundamental obligación de pagar la indemnización pactada en el contrato inicial “póliza”, o a su vez este órgano puede ratificar las objeciones presentadas por la aseguradora.

2.1. NORMATIVA LEGAL APLICABLE

Para llevar a efecto el estudio del tema propuesto, se explica con detenimiento cada una de las normas legales que intervienen en el tratamiento del artículo 42 de la Ley General de Seguros.

La Constitución de la República del Ecuador en su artículo 425, enuncia el orden jerárquico de aplicación de las normas siendo así: *“La Constitución; los tratados y convenios internacionales; las leyes orgánicas; las leyes ordinarias; las normas regionales y las ordenanzas distritales; los decretos y reglamentos; las ordenanzas; los acuerdos y resoluciones; y los demás actos y decisiones de los poderes públicos”*.

Con la enunciación de la jerarquía normativa, se realiza a continuación un análisis primario a la Constitución de la República del Ecuador, como norma suprema que regula la organización jurídica del estado; para luego establecer un estudio normativo del Código Orgánico Monetario y Financiero, la Ley General de Seguros, el Decreto Supremo 1147 (Contenido en el Código de Comercio), por último se procederá con énfasis a la contextualización del Reglamento para la Sustanciación de Reclamos Contra Actos Normativos, y Actos Administrativos Regulados por el artículo 42 de la Ley General de Seguros; y para la Interposición de los Recurso de Apelación y Extraordinario de Revisión Contra Actos de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros. Normativas de importancia prominente ya que regulan el tema central de este trabajo, que es el reclamo administrativo de seguros.

2.1.1. Constitución de la República del Ecuador

“Es la ley Suprema del Estado y contiene los principios y normas a las cuales deben ceñirse todas las demás leyes y disposiciones legales que rigen la vida de la sociedad jurídicamente organizada” (Andrade, 2003, p. 15)

Podemos concebir que la Constitución de la República del Ecuador, es la norma suprema que regula el ordenamiento jurídico dentro de la sociedad, en ella se definen pilares fundamentales contenidos en principios para aplicación de los derechos de las personas.

“La Constitución es así la síntesis última y más acabada de todo el Derecho, con lo cual se comprende que el auténtico significado de las demás normas sólo se muestre y alcance cuando las ponemos en contacto con ese referente o

matriz de sentido suyo que son las normas constitucionales.” (Garrorena, 2011, p. 91)

El inciso tercero del artículo 204 de la Constitución de la República del Ecuador, establece que:

“[...] La Función de Transparencia y Control Social está formado por el Consejo de Participación Ciudadana y Control Social, la Defensoría del Pueblo, la Contraloría General del Estado y las superintendencias. Estas entidades tendrán personalidad jurídica y autonomía administrativa, financiera, presupuestaria y organizativa”.

En tanto que el artículo 213 de la carta magna trata que:

“Las superintendencias son organismos técnicos de vigilancia, auditoría, intervención y control de las actividades económicas, sociales y ambientales, y de los servicios que prestan las entidades públicas y privadas, con el propósito de que estas actividades y servicios se sujeten al ordenamiento jurídico y atiendan al interés general”.

Las Superintendencias tienen potestad administrativa, el control de las entidades de orden público y privado, con el fin de garantizar el cumplimiento de las normas y los derechos de las partes.

En materia de seguros, el órgano embestido de competencia para el control de sus actividades, es la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, conforme lo establece el artículo primero de la Ley General de Seguros, contenido en el libro III del Código Orgánico Monetario y Financiero.

“Esta Ley regula la constitución, organización, actividades, funcionamiento y extinción de las personas jurídicas y las operaciones y actividades de las personas naturales que integran el sistema de seguro privado; las cuales se someterán a las leyes

de la República y a la vigilancia y control de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros”.

2.1.2. Código Orgánico Monetario Y Financiero – Ley General De Seguros – Decreto 1147

La Ley General de Seguros, publicada en el Registro Oficial 290 de fecha 3 de abril de 1998, introdujo a la legislación ecuatoriana el reclamo administrativo, contenido en el Capítulo VIII, artículo 42, otorgando la facultad a la Superintendencia de Bancos y Seguros [*Que con la reforma realizada a la Ley General de Seguros mediante la promulgación del Código Orgánico Monetario y Financiero, publicado en el Segundo Suplemento del Registro Oficial N° 332 de viernes 12 de septiembre de 2014, esta facultad es asumida por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros*] para conocer y resolver el reclamo administrativo que se ha propuesto por un asegurado o beneficiario de un contrato de seguro en contra de una empresa de seguros:

Artículo 42.

Las compañías de seguros y reaseguros tienen la obligación de pagar el seguro contratado o la parte correspondiente a la pérdida debidamente comprobada, según sea el caso, dentro del plazo de treinta (30) días siguientes de presentada la reclamación por parte del asegurado o beneficiario, acompañando los documentos determinados en la póliza.

Las compañías de seguros y reaseguros podrán objetar por escrito y motivadamente, dentro del plazo antes mencionado el pago total o parcial del siniestro, no obstante si el asegurado o el beneficiario se allanan a las objeciones de la compañía de seguros, ésta pagará inmediatamente la indemnización acordada.

Si el asegurado o beneficiario no se allana a las objeciones podrá presentar un reclamo ante la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, a fin de que ésta requiera a la aseguradora

que justifique su negativa al pago. Dentro del plazo de 30 días de presentado el reclamo, y completados los documentos que lo respalden, el organismo de control dirimirá administrativamente la controversia, aceptando total o parcialmente el reclamo y ordenando el pago del siniestro en el plazo de 10 días de notificada la resolución, o negándolo.

La resolución podrá ser impugnada en sede administrativa con arreglo al artículo 70 de la presente Ley.

El incumplimiento del pago ordenado será causal de liquidación forzosa de la compañía aseguradora. La interposición de acciones o recursos judiciales no suspenderá los efectos de la resolución que ordena el pago.

En sede judicial, el asegurado cuyo reclamo haya sido negado podrá demandar a la aseguradora ante la justicia ordinaria o recurrir a los procedimientos alternativos de solución de controversias estipulados en el contrato de seguro. La aseguradora, por su parte, podrá demandar la revocatoria o anulación de la resolución que le obligó al pago de la indemnización, en jurisdicción contencioso administrativa, solamente cuando haya honrado la obligación de pago. En caso de haberse revocado o anulado la resolución, para obtener la restitución de la indemnización pagada, la aseguradora deberá necesariamente también demandar al asegurado o beneficiario que la haya cobrado, quien intervendrá como parte en el juicio.

La presentación del reclamo que regula el presente artículo suspende la prescripción de la acción que tiene el asegurado o el beneficiario contra la aseguradora, hasta la notificación de la resolución a la aseguradora.

Todos los reclamos de asegurados contra aseguradoras se sujetarán a las normas precedentes. No les es aplicable, en

consecuencia, el procedimiento regulado por la Ley Orgánica de Defensa al Consumidor.

Adicionalmente, tratándose de pólizas de seguros de fiel cumplimiento del contrato y de buen uso del anticipo que se contrate en beneficio de las entidades previstas en el artículo 1 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública, las compañías de seguros deben emitirlas cumpliendo la exigencia de que sean incondicionales, irrevocables y de cobro inmediato, por lo que tienen la obligación de pagar el valor del seguro contratado, dentro del plazo de diez (10) días siguientes al pedido por escrito en que el asegurado o el beneficiario le requieran la ejecución.

Queda prohibido a las compañías aseguradoras en el caso de las mencionadas pólizas giradas en beneficio de las entidades previstas en el artículo 1 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública, exigir al asegurado para el pago de la garantía, documentación adicional o el cumplimiento de trámite administrativo alguno, que no fuere el previsto en dicha ley y en su reglamento. Cualquier cláusula en contrario, se entenderá como no escrita.

El incumplimiento de estas disposiciones dará lugar, asimismo, a la liquidación forzosa de la compañía de seguros.

2.1.3. Procedimiento del reclamo administrativo

Tras la ocurrencia de un siniestro, el asegurado o beneficiario del seguro debe notificar inmediatamente a la compañía de seguros el hecho ocurrido, esto conforme a lo establecido en las condiciones pactadas dentro de la póliza.

El Decreto Supremo 1147 (Contenido en el Código de Comercio), establece en su artículo 20:

El asegurado o el beneficiario están obligados a dar aviso de la ocurrencia del siniestro, al asegurador o a su representante legal

autorizado, dentro de los tres días siguientes a la fecha en que hayan tenido conocimiento del mismo. Este plazo puede ampliarse, más no reducirse, por acuerdo de las partes.

La notificación del siniestro a la compañía de seguros, por esencia debe ser inmediata para que esta tome nota y lleve a efecto los procedimientos necesarios, en la mayoría de los casos las investigaciones pertinentes.

“La denuncia del siniestro debe hacerse en un plazo muy breve, que a veces se reduce a horas y por ello suele ser incompleta en cuanto a los detalles relativos a sus causas, magnitud, etc., Que el asegurado debe conocer no sólo para precisar las circunstancias en que el siniestro haya producido, sino también para determinar sus consecuencias”. (Ruiz, 1978, p. 153)

En la práctica es muy común, por la brevedad que tiene el asegurado o beneficiario de presentar su reclamación omite alguna información o su vez presente incompleta, lo cual resulta de manifiesto para la empresa de seguros ya está podrá otorgar un plazo mayor para completar las omisiones del asegurado o beneficiario, siempre y cuando este lo solicite.

Una vez que el beneficiario ha notificado a la empresa de seguros, esta le proporciona un formulario denominado “aviso de siniestro” donde se sustenta información relevante en cuanto al hecho ocurrido. Para procesar el reclamo el asegurado o beneficiario deberá presentar los documentos de respaldo pertinentes, como por ejemplo el parte policial al tratarse de un siniestro de un vehículo.

La compañía de seguros al receptor la reclamación del asegurado o beneficiario, procede con la obtención de un análisis profundo y exhaustivo de carácter interno, a través de un informe de un perito ajustador, quien determinará de manera concreta y precisa el motivo o causa que produjo la ocurrencia del siniestro, este informe será convalidado con la versión planteada por el reclamante en el formulario “aviso de siniestro”.

Si el resultado del informe del ajustador coincide con lo declarado por el reclamante, la compañía de seguros procede con el pago de la indemnización, en un plazo de 30 días siguientes de presentada la reclamación conforme lo establecido en el inciso primero del artículo 42 antes detallado.

Puede existir contrariedades entre las partes por el pago a consecuencia del siniestro ocurrido al bien objeto del contrato de seguro, ya sea porque la empresa de seguros a través del informe del perito ajustador, descubre una causa que lo exonera de su obligación de indemnizar al reclamante, o quizá por interponer el reclamo de manera extemporánea (fuerza del plazo establecido). De ser este el caso la empresa de seguros plantea su negativa a la indemnización solicitada por el asegurado o beneficiario.

“De la misma forma que el asegurado tiene la carga de probar la existencia del siniestro, y la cuantía de los perjuicios causados por el mismo, el asegurador tiene la carga de la prueba para demostrar las causas que excluyen su responsabilidad a pesar que el hecho se encuentra configurado y presente la apariencia de un siniestro”. (Alvear, 2009, pág. 113)

El artículo 22 del decreto 1147 contenido en el Código de Comercio, establece:

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

El inciso segundo del mencionado artículo 42 hace alusión a que las compañías de seguro, podrán objetar por escrito y motivadamente dentro del plazo de 30 días el pago total o parcial del siniestro. Por tanto la negativa planteada por la empresa de seguros debe necesariamente estar fundamentada, es decir que debe explicar los fundamentos por los que no se procederá con el pago del siniestro, y se deberá notificar al asegurado o beneficiario dentro del plazo antes señalado.

En caso que el asegurado o beneficiario no se allane a las objeciones planteadas por la compañía de seguros, el inciso tercero del artículo 42 determina la posibilidad del asegurado o beneficiario, a poner en conocimiento al órgano de control competente. Para efectos en materia de seguros quien tiene la competencia controladora es la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, a fin que esta intervenga y pida a la aseguradora la justificación de su negativa con su respectiva documentación.

El órgano de control al receptor el reclamo del asegurado o beneficiario, da origen a un procedimiento de carácter administrativo, donde dimitirá la controversia existente entre las partes, aceptando o no el pago total o parcial del reclamo interpuesto por el asegurado o beneficiario ordenando el pago en un plazo de 10 días una vez notificada la resolución.

2.2. REGLAMENTO DE RECLAMO ADMINISTRATIVO DE SEGUROS

Con fecha 25 de enero de 2016 se promulga la Resolución de la Superintendencia de Compañías número 13, publicada en el Registro Oficial N° 601, que expide el Reglamento para la Sustentación de Reclamos Contra Actos Normativos, y Actos Administrativos Regulados por el Artículo 42 de la Ley General de Seguros; y, para la interpretación de los Recursos de Apelación y Extraordinario de revisión contra actos de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros. En adelante Reglamento de Reclamos Administrativos de Seguros.

2.2.1. Casos en los que se plantea el reclamo administrativo de seguros

El reclamo administrativo debe ser presentado ante la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, cuando la normativa legal así lo disponga, el artículo 2 del reglamento antes mencionado fija cinco casos:

[..]

2.1 Cuando vencido el plazo concedido por el inciso primero del artículo 42 de la Ley General de Seguros, la empresa de seguros no pague la indemnización, renta o capital, o no formule

objeciones por escrito y motivadas. Dicho plazo se contará a partir de la fecha en que el asegurado o beneficiario presenten por escrito la correspondiente reclamación y completen la documentación requerida, de conformidad con la póliza, y que tenga pertinencia con la materia del reclamo, las circunstancias del siniestro y la naturaleza del contrato;

Este inciso es aplicable cuando la aseguradora, no ha llevado a efecto su obligación de pagar la pérdida debidamente comprobada, dentro del plazo de 30 días siguientes de presentada la reclamación por parte del asegurado o beneficiario.

2.2 Cuando el reclamante no acepte, justificadamente, los fundamentos de la negativa de la aseguradora;

Si la empresa de seguros como resultado del reclamo presentado por el asegurado o beneficiario, plantea su negativa debidamente fundamentada y los reclamantes no la aceptan, podrá interponer el reclamo administrativo ante la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, justificando su inconformidad.

2.3 Cuando existe un acuerdo entre asegurado y aseguradora y a pesar de ello ésta no paga;

Cuando la empresa de seguros fija con el asegurado o beneficiario un acuerdo, donde se compromete a pagar el daño total o parcial del objeto asegurado, y no cumple en con el pago establecido.

2.4 Cuando la empresa de seguros formule sus objeciones en forma extemporánea; y,

La empresa de seguros formula sus objeciones al pago del siniestro, fuera del plazo establecido (30 días).

2.5 Cuando aceptada la ocurrencia del siniestro, exista controversia en cuanto a la valoración de los daños.

Una vez que la empresa de seguros haya aceptado el reclamo, y el asegurado o beneficiario no se encuentre conforme con el pago cuantificado por la aseguradora, en relación a los daños del bien objeto de seguro.

2.2.2. Contenido del escrito de reclamación

Para interponer una reclamación administrativa de seguros, es necesario hacerlo de forma escrita y presentarla ante el órgano de control competente (Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros). El artículo 5 del Reglamento de Reclamos Administrativos de Seguros, al respecto enuncia que debe contener lo siguiente:

[...]

5.1 Nombres y apellidos completos del reclamante, y copia de la cédula de identidad o pasaporte;

5.2 Nombre de la empresa de seguros contra la cual se interpone el reclamo;

5.3 Referencia de la póliza de seguro en la que se sustenta la reclamación;

5.4 Constancia escrita de haber presentado el reclamo ante la empresa de seguros junto con los documentos determinados en la póliza, o que sean pertinentes a las circunstancias del siniestro y la naturaleza del contrato;

5.5 Fundamentos de hecho y de derecho en los que basa su reclamación, expuestos con claridad;

5.6 La determinación de la cuantía de la indemnización reclamada; y,

5.7 La documentación que respalde lo alegado por el reclamante.

El artículo 6 del Reglamento de Reclamos Administrativos de Seguros establece, que si en el escrito presentado por el reclamante faltare uno o más de los requisitos, la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros,

dispondrá en un término de 48 horas, aclarar o completar la información, a fin de admitir a trámite la reclamación.

Aun cuando artículo 7 de este Reglamento ratifica que:

El reclamo se inadmitirá al trámite si al revisarlo se determina que el asegurado o beneficiario, previo a presentar el reclamo administrativo, no formalizó su reclamo ante la empresa de seguros o no cumplió con lo dispuesto en el artículo 22 del Decreto Supremo No. 1147, publicado en el Registro Oficial No. 123 de 7 de diciembre de 1963 o no dio cumplimiento en los artículos 5 y 6 de esta Resolución.

El reclamante podrá volver a presentar su petición ante este organismo de control, una vez que formalice su reclamo ante la aseguradora y cumpla los requisitos señalados en esta normativa.

Conforme a lo advertido en líneas anteriores, el reclamo administrativo es presentado ante la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, quien al ser el órgano competente que admite o inadmite a trámite las reclamaciones presentadas por los asegurados o beneficiarios, debe verificar que los reclamos que se admitan se sujeten a los requisitos formales de procedimiento para la admisión del reclamo administrativo en materia de seguros, esto es; i) probar la ocurrencia del siniestro; ii) comprobar la cuantía de la indemnización; iii) presentar un escrito de reclamación debidamente fundamentado.

El artículo 8 del Reglamento determina que la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, calificará el reclamo interpuesto por el asegurado o beneficiario y correrá traslado a la compañía de seguros, a fin de que:

[...] “En el término de cinco (5) días presente las explicaciones correspondientes, acompañando la documentación que forma parte del expediente del siniestro en sustento de sus descargos.

Si la empresa de seguros no cumple con lo requerido en el término concedido, se podrá resolver con la documentación que conste en el expediente, a fin de cumplir con el plazo de treinta (30) días que concede la ley, el cual se contará desde la notificación de la admisión a trámite, a las partes”.

2.3. ACCIÓN LEGAL Y RECLAMO ADMINISTRATIVO

Es preciso enmarcar la diferencia sustancial que existe entre acción legal y reclamo administrativo, para no confundir el tratamiento y entendimiento que se atribuye al tema de este estudio.

2.3.1. Acción legal

Colombo, considera a la acción “como el derecho procesal que tienen los sujetos en conflicto para obtener del tribunal competente la apertura de un proceso destinado a resolverlo. La acción es, entonces, la fórmula que un sujeto tiene para trasladar su conflicto a la decisión de un juez.” (Colombo, 1991, p. 26)

Casal y Zerpa, advierten que, “La acción es un presupuesto lógico de todo derecho, dado su carácter de medio o de instrumento jurídico para lograr, por intermedio de los órganos jurisdiccionales, el goce y ejercicio pleno de todos los demás derechos.” (Casal; Zerpa, 2007, p. 20)

Por tanto la acción se atribuye mediante un enfoque procesal, meramente jurisdiccional, es decir que la competencia radica en un juez, que resolverá un determinado litigio en razón de una materia.

Es preciso señalar que el reclamo administrativo, no es una acción que tiene el asegurado para garantizar el goce de sus derechos, pues no tiene un tinte jurisdiccional, donde un juez tenga la competencia para resolver la disputa existente entre asegurado y aseguradora. Sino resulta un mecanismo facultativo que tiene el asegurado de acudir a la administración pública, en busca de garantizar sus derechos, en este caso a través de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros.

2.3.2. Reclamo administrativo

El reclamo administrativo es una opción que tiene el administrado, para acudir ante el órgano de control en defensa de sus derechos.

El artículo 172 del Estatuto de Régimen Jurídico Administrativo de la Función Ejecutiva determina:

En las reclamaciones los interesados podrán petitionar o pretender:

a) La formulación de observaciones, consideraciones y reservas de derechos, cuando se impugnen los actos de simple administración;

b) La cesación del comportamiento, conducta o actividad; y,

c) La enmienda, derogación, modificación o sustitución total o parcial de actos normativos o su inaplicabilidad al caso concreto.

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

Resulta evidente que el reclamo en materia administrativa, no es igual al reclamo administrativo en materia de seguros. En el primer escenario, el administrado presenta su reclamación en contra de la misma administración pública, para que esta reconozca un derecho que se le ha negado. En el segundo escenario, el asegurado acude ante el órgano de control (Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros) en goce de sus derechos, para que este garantice la obligación que tiene la aseguradora.

En su manual de derecho de seguros, Peña Triviño hace alusión a que “el principio de un organismo técnico de control no es el de entrar a juzgar las causas que pueden conocer (en sentido de percibir), salvo que viole la

independencia de las funciones del Estado. Los organismos de control ejercen funciones administrativas.” (Peña, 2003, p. 404)

Resulta interesante la crítica concluyente que Peña hace al procedimiento del reclamo administrativo de seguros, afirma que la Superintendencia es un organismo meramente técnico, que no está facultado para juzgar, también hace alusión a que el legislador ha creado órganos del estado, confiriendo funciones específicas a cada uno, sin embargo en función de “hacer justicia”, no justifica que algunos órganos se atribuyan competencias que no les corresponde. Por lo que aduce que la Superintendencia está invadiendo la jurisdicción típica de la función judicial. (Peña, 2003, p. 406)

Sin embargo esta apreciación de Peña, es totalmente razonable ya que si nos remitimos nuevamente al artículo 217 de la Constitución de la República del Ecuador, establece que las superintendencias son órganos técnicos, es decir cuentan con especialización de conocimientos para el desempeño de sus funciones, y están facultados para la "*vigilancia, auditoría, intervención y control de las actividades económicas, sociales y ambientales, y de los servicios que prestan las entidades públicas y privadas, con el propósito de que estas actividades y servicios se sujeten al ordenamiento jurídico y atiendan al interés general*". La potestad de juzgar no se hace de manifiesto dentro de las competencias que la misma carta magna fija a estas entidades.

La superintendencia al ser un órgano administrativo resuelve a través de actos administrativos.

Entendiéndose a los actos administrativos como “Toda declaración de un órgano del Estado, o de un ente no estatal, emitida en ejercicio de la función administrativa, bajo un régimen jurídico exorbitante, productora de efectos jurídicos directos e individuales respecto de terceros”. (Comadira, 2004, pág. 4)

Si los reclamos de seguros tendrían como única opción la vía jurisdiccional, quienes asumirían esta competencia serían los jueces civiles, a través de un procedimiento ordinario.

Cabe indicar que en la práctica común, los litigios de seguros siempre han sido ventilados a través de la vía administrativa, aun cuando varios autores han enmarcado esta discrepancia en la competencia administrativa y jurisdiccional. Al hallarse el procedimiento del reclamo de seguros en sede administrativa encontramos algunas ventajas que es necesario destacar:

- Celeridad en el proceso: la ley establece tiempos precisos e inmediatos, en cuanto a la actuación de las partes en el litigio; en vía judicial los tiempos son más largos.
- Organismo técnico: los funcionarios que resuelven el reclamo, son técnicos especialistas en materia de seguros; en vía judicial los jueces no son especialistas en seguros.

Queda establecido que si la reclamación del asegurado o beneficiario se la presenta como una acción legal, se estaría hablando de un tratamiento jurisdiccional, es decir a través de un proceso judicial resuelto por un juez competente. Si la reclamación se la presenta ante un órgano administrativo, su tratamiento será a través de la administración pública, en el caso de seguros la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros.

El asegurado o beneficiario, pueden acceder al goce de sus derechos a través de las dos alternativas antes descritas, sin embargo será preciso analizar las garantías que emanan cada una de estas, aun cuando el legislador atribuya que el reclamo administrativo es una acción.

2.3.3. La prescripción

“Consolidación de una situación jurídica por efecto del transcurso del tiempo; ya sea convirtiendo un hecho en derecho, como la posesión o propiedad; ya perpetuado una renuncia, abandono, desidia, inactividad o impotencia.”
(Cabanellas, 2003, p.316)

Para poder profundizar en la prescripción aplicada en materia de seguros, vista como modo de extinción de la obligación contractual por fenecer en el

tiempo, es preciso remitirnos al artículo 26 del decreto 1147 contenido en Código de Comercio enuncia:

“Las acciones derivadas del contrato de seguro, prescriben en dos años a partir del acontecimiento que les dio origen”.

De igual manera el artículo 42 de la Ley General de Seguros en su inciso séptimo, retoma a la prescripción y dice:

[...] “La presentación del reclamo que regula el presente artículo suspende la prescripción de la acción que tiene el asegurado o el beneficiario contra la aseguradora, hasta la notificación de la resolución a la aseguradora”.

Como lo anotado en líneas atrás respecto a la acción legal, se entiende que esta se limita única y exclusivamente a la potestad jurisdiccional, radicada en un juez que mediante la competencia que lo faculta, resolverá sobre un litigio.

Sin embargo se puede observar que tanto en el Decreto 1147 (contenido en el Código de Comercio), y en la Ley General de Seguros, hacen referencia a la acción propiamente dicha, mas no el reclamo que resulta ser en materia de seguros.

Si el reclamo de seguros se desarrolla en sede jurisdiccional se hablaría sin ningún problema de un acción, por que quien lo conoce es un juez investido de potestad jurisdiccional para fallar.

En el momento que el asegurado acude a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, para presentar su reclamación en contra de la aseguradora, por lo que no significa que ha interpuesto una acción, sino que hecho goce de su facultad de reclamar en busca de un derecho que cree ha sido vulnerado.

Por tanto, el legislador al confundir los términos acción y reclamo, deja un vacío legal muy fuerte en cuanto a la prescripción. De tal manera si se llegara a litigar en sede judicial, como por ejemplo en un procedimiento ordinario, la

prescripción estaría normada y reglamentada. A diferencia del litigio en sede administrativa que la norma legal no establece una prescripción para el reclamo propiamente dicho.

A modo de sintetizar el presente capítulo, podemos hacer de manifiesto que la acción legal propiamente dicha, reserva su tratamiento jurisdiccional donde solo un juez es el llamado a resolver el litigio existente entre la aseguradora y el asegurado o beneficiario a través de un fallo. En tanto que el reclamo de seguros guarda un tratamiento de carácter administrativo donde al órgano de control (Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros) se le atribuye la facultad de resolver la controversia existente entre dos particulares mediante una resolución administrativa.

La normativa legal vigente en materia de seguros trata de normar a la prescripción, calificándola como una “acción”, no cabría inconveniente alguno si el reclamo es ventilado en sede judicial, como se afirmó en líneas anteriores la acción no tiene ningún matiz en materia administrativa, dado que la administración pública no tiene potestad jurisdiccional para emitir fallos. Por tanto el reclamo al ser tratado en sede administrativa, requiere ser normado como tal.

CAPÍTULO III

3. DERECHO DE RECURRIR

El derecho de recurrir es un recurso de carácter jurisdiccional establecido en la ley, que busca modificar, revocar o invalidar una decisión judicial o una resolución administrativa.

La Constitución de la República del Ecuador, reconoce el derecho a impugnar los actos administrativos, emanados por cualquier autoridad pública en sede administrativa como en sede judicial, es así que en su artículo 173 establece:

Los actos administrativos de cualquier órgano del Estado podrán ser impugnados, tanto en vía administrativa como ante los correspondientes órganos de la Función Judicial.

Del mismo modo el artículo 76 de la Constitución de la República del Ecuador, en su numeral 7 literal m menciona:

En todo proceso en el que se determinen derechos y obligaciones de cualquier orden, se asegurará el derecho al debido proceso que incluirá las siguientes garantías básicas:

[...]

7. El derecho de las personas a la defensa incluirá las siguientes garantías:

[...]

m) Recurrir el fallo o resolución en todos los procedimientos en los que se decida sobre sus derechos.

3.1. VÍA ADMINISTRATIVA

En sede administrativa en cuanto a seguros, la normativa legal establece dos recursos, la apelación y el recurso extraordinario de revisión, los que se encuentran debidamente normados en el Reglamento de Reclamos Administrativos.

3.1.1. Recurso de Apelación

“La apelación es aquel recurso ordinario y vertical o de alzada formulado por quien se considera agraviado con una resolución judicial (auto o sentencia) que adolece de vicio o error y encaminada a lograr que el órgano jurisdiccional superior en grado al que la emitió la revise y proceda a anular o revocarla, ya sea total o parcialmente dictando otra en su lugar.” (Hinostroza, 1999, p. 105)

El artículo 11 del Reglamento antes mencionado, establece:

“Los actos administrativos que produzcan efectos jurídicos individuales en forma directa, expedidos por cualquier órgano, unidad administrativa o funcionario de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, inclusive los que establezcan una sanción para las instituciones supervisadas, sus directores, administradores, funcionarios, empleados o la persona que actúe en nombre, por cuenta o representación de aquellos, que infrinjan leyes o reglamentos que rijan su funcionamiento, o que contravengan instrucciones impartidas por el organismo de control, serán confirmados, revocados o reformados solamente por el Superintendente de Compañías, Valores y Seguros, previa interposición del recurso de apelación dentro del plazo de diez (10) días de notificada la resolución o acto que se impugna. Su pronunciamiento causará estado.

La interposición del recurso no suspende la ejecutoriedad del acto impugnado, excepto en los casos resueltos dentro del reclamo regulado por el artículo 42 de la Ley General de Seguros y la sección II del presente reglamento.

Cuando el acto que se pretenda impugnar haya sido expedido directamente por el Superintendente, no será susceptible de recurso de apelación”.

Para acceder a la petición del recurso de apelación se debe cumplir con los siguientes requisitos:

Artículo 12. (Reglamento de Reclamos).

12.1 El nombre y generales de ley de la persona que interpone el recurso. En el caso de la persona jurídica recurrente u otras personas incapaces, quien comparezca a su nombre deberá legitimar documentadamente su personería.

12.2 La determinación del acto administrativo objeto del recurso; los fundamentos de hecho y de derecho en que se apoya, expuestos en forma clara y precisa; petición concreta; y, documentos sustentatorios.

12.3 La firma del compareciente.

Cuando se trate de sanciones pecuniarias, el recurrente deberá remitir adjunto a la documentación requerida, el comprobante de depósito bancario de la multa que se reclama o su copia certificada o protocolizada.

3.1.2. Recurso Extraordinario de Revisión

El artículo 18 del Reglamento de Reclamos establece:

Extraordinariamente, mediante revisión, el Superintendente de Compañías, Valores y Seguros, podrá revocar o reformar cualquier acto administrativo, sea de oficio o ante la presentación del recurso, hasta dentro del plazo de un (1) año contado desde la notificación de dicho acto.

El recurso de revisión sólo tendrá lugar si el acto administrativo cuestionado o impugnado ha sido dictado con evidente error de hecho o de derecho que aparezca de los documentos que figuren en el expediente o de disposiciones legales expresas; o, cuando con posterioridad aparecieren documentos de valor trascendental

ignorados al momento de expedirse el acto o resolución que se trate.

La interposición de un recurso extraordinario de revisión, o la iniciación, de oficio, de un proceso de revisión, no suspenden la ejecución de la resolución impugnada que ha causado estado.

Para acceder a la petición del recurso de apelación se debe cumplir con los siguientes requisitos:

Artículo 19. (Reglamento de Reclamos).

19.1 El nombre completo y generales de ley de la persona natural que interpone el recurso. En el caso de la persona jurídica recurrente u otras personas incapaces, quien comparezca a su nombre deberá legitimar documentadamente su personería;

19.2 La determinación del acto administrativo objeto del recurso, los fundamentos de hecho y de derecho en que se apoya expuestos en forma clara y precisa, acompañados de los documentos sustentatorios, y la petición concreta;

19.3 La firma del compareciente.

Los recurrentes deberán presentar su recurso dentro de (6) meses contados desde la fecha de notificación de la resolución que se está impugnando.

3.2. VÍA JUDICIAL

La vía judicial es uno de los principales recursos reconocido que tienen las personas para resolver sus controversias. El seguro al derivarse a través de una relación contractual y materializarse en un contrato privado, accede a ser ventilado en esta vía. En tal sentido, el asegurado o beneficiario que haya agotado su instancia administrativa, puede acudir a la justicia ordinaria y demandar el cumplimiento de los derechos que crea le fue vulnerado.

3.2.1. Acción Ordinaria

Por lo anotado en el inciso sexto del artículo 42 de la Ley General de Seguros, contenido en el Libro III del Código Orgánico Monetario y Financiero

En sede judicial, el asegurado cuyo reclamo haya sido negado podrá demandar a la aseguradora ante la justicia ordinaria [...]

Por tanto el procedimiento que se deberá disponer es ordinario, dado a que su pretensión no se encuentra prevista como un trámite especial que lo sustente.

“La acción judicial con la que cuenta la víctima y asegurado para perseguir el pago del siniestro de la aseguradora es la acción ordinaria, que responde a un proceso declarativo en el cual no hay una obligación previa, clara y exigible, sino que la finalidad del proceso es que la misma sea establecida” (Díaz, 2006, p. 316)

3.2.2. Arbitraje y Mediación

Arbitraje

“A través de este mecanismo las partes recurren voluntariamente a la solución de sus conflictos, pero es de carácter adversaria. El tercero o terceros neutrales, llamados árbitros, deciden la controversia emitiendo un laudo que es obligatorio para las partes” (Salcedo, 2001, p.11)

En seguros resulta una opción muy acertada, en cuanto a la negociación del pago del siniestro que se discute, pues al influir una tercera persona neutral que conozca de las pretensiones de las partes, el litigio se simplifica.

Mediación

“El proceso de mediación, en lato sensu (en sentido amplio), significa la ayuda por parte del “mediador” a las partes en conflicto, para que éstas, con la menor presión externa posible, “refresquen sus posiciones y la manera en que ven los hechos y de esta forma logren un acuerdo buscando restablecer su relación.” (Castanedo, 2013, p.31)

En una controversia donde se discuten temas dinerarios, como es el caso del cobro de la indemnización de un siniestro, contar con un tercero que haga las veces de moderador y recapacite a cada una de las partes sobre las posibles soluciones que se pueden dar en el conflicto que se discute

El inciso sexto del artículo 42 antes señalado, hace mención a los procedimientos alternos de solución de conflictos.

[...] o recurrir a los procedimientos alternativos de solución de controversias estipulados en el contrato de seguro. [...]

Cuando el asegurado contrata su seguro con la aseguradora, pueden fijar de mutuo acuerdo y de manera voluntaria, incorporar una cláusula de solución de controversias, donde las partes se someten a las decisiones de los árbitros y mediadores, conciliando el pago de lo reclamado, dejando de esta manera sentada un laudo con fuerza de sentencia.

3.2.3. Acción Contencioso Administrativa

Por otro lado, la aseguradora en caso de sentirse afectada con la resolución que ha emanado el órgano administrativo, podrá de igual manera presentar una demanda de carácter judicial a través de una acción contenciosa administrativa.

[...] La aseguradora, por su parte, podrá demandar la revocatoria o anulación de la resolución que le obligó al pago de la indemnización, en jurisdicción contencioso administrativa, solamente cuando haya honrado la obligación de pago. En caso de haberse revocado o anulado la resolución, para obtener la restitución de la indemnización pagada, la aseguradora deberá necesariamente también demandar al asegurado o beneficiario que la haya cobrado, quien intervendrá como parte en el juicio.

“Al igual que el proceso civil ordinario, el contencioso-administrativo se orienta, consecuentemente, en función del principio dispositivo. Los órganos jurisdiccionales contencioso-administrativo están obligados, por tanto, a juzgar

dentro del límite de las pretensiones formuladas por las partes.” (García; Fernández, 2013 p. 634)

3.3. CASO PRÁCTICO

Reclamo administrativo (Anexo 1)

La señora María Laura Zhinin Naulaguari, presenta ante la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, una reclamación en contra de la compañía QBE Seguros Colonial S.A.

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, admite a trámite la reclamación presentada por la mencionada señora, en contra de la aseguradora,

Con el contenido íntegro de la reclamación, la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, notifican y corre traslado a la aseguradora. Se dispone que en el término de 5 días, la aseguradora presente las explicaciones correspondientes, acompañando la documentación que forma parte del expediente del siniestro.

Argumentos del reclamante

- La señora María Laura Zhinin Naulaguari, solicitó un crédito con el Banco Solidario por un valor de USD11.329, 50.
- Dentro de las condiciones para el otorgamiento del crédito el Banco, Exige la contratación de un seguro de desgravamen, seguro que fue contratado con la aseguradora, bajo una póliza colectiva de accidentes personales.
- Dentro de las coberturas se fija la incapacidad total y permanente por accidente, con una cobertura hasta USD 10.000,00.
- La señora María Laura Zhinin Naulaguari, sufre un accidente doméstico, generándole incapacidad absoluta para el trabajo, generándole como consecuencia del accidente una Espondilolistesis L5-S1, produciendo paraparesia de miembros inferiores, la que resulta permanente con una compresión radicular en silla de montar al mismo nivel.

- El problema descrito, produce parapresia de miembros inferiores que limitan su movilización en un 70%, con tendencia a producir una paraplejia permanente.
- El Ministerio de Salud califica la discapacidad de tipo física con un porcentaje de 58%.
- La señora María Laura Zhinin Naulaguari, padece de Diabetes Mellitusa e insuficiencia Venosa de Retorno, enfermedades que hasta antes del accidente no han producido limitación alguna.
- La señora María Laura Zhinin Naulaguari, solicitó que el seguro contratado a través de la póliza colectiva con la aseguradora, cubra el valor de la deuda con el Banco Solidario.
- La aseguradora plantea su negativa, afirmando que la reclamación no se encuentra amparada por la póliza de seguro que ha contratado, procediendo con la negativa y cierre del expediente.

Pretensión del reclamante

La señora María Laura Zhinin Naulaguari, solicita se reconozca su derecho contemplado en la póliza contratada de accidentes personales, y se cancele la deuda pendiente con el Banco Solidario.

Argumentos de la aseguradora

- Las condiciones que se pactaron rigen y regirán la relación contractual, aplicándose durante toda la vigencia del contrato.
- Dentro de las Condiciones Particulares de la Póliza, se encuentra la cláusula de exclusiones, que establece: “Esta póliza no ampara lesiones corporales, gastos médicos a consecuencia de o causados por, o resultante de: a) enfermedad y dolencia sean corporales o mentales”.
- el accidente se encuentra excluido por las condiciones particulares del contrato, y; que el Reclamante conocía perfectamente y de larga data que padecía enfermedades y complicaciones preexistentes al acaecimiento del accidente doméstico.

- La patología es una enfermedad de carácter degenerativo, junto con las otras enfermedades que agravaron su estado.
- El reclamo es improcedente, ya que la reclamante no expone con claridad los hechos concretos de su accidente doméstico, no se sabe las circunstancias, por las que se produjo.
- La asegurada no remite documentación suficiente que compruebe que, como resultado de su accidente doméstico se le diagnosticó con Espondilolistesis.

Pretensión de la aseguradora

Se proceda con el archivo del reclamo.

Resolución del órgano de control

Bajo resolución No. SVS-INS-DNNR-047-2015, la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, ordena que la aseguradora pague a favor de la señora María Laura Zhinin Naulaguari, tres mil dólares de los Estados Unidos de América, como indemnización de siniestro ocurrido.

Análisis

En este caso estamos frente a una contratación masiva a través de una póliza madre, que deriva a varias personas sobre un seguro en específico, en este caso se trata de un seguro de accidentes personales, contratado por el Banco Solidario, en beneficio de sus clientes..

Los fundamentos de la señora María Laura Zhinin Naulaguari, se basan estrictamente en explicar que a consecuencia de un accidente doméstico, adquirió una incapacidad permanente, limitando su capacidad de movilidad. Solicita que a consecuencia de este infortunio, la aseguradora pague la deuda que la reclamante tiene con la entidad financiera.

La aseguradora al presentar la negativa fundamenta que la reclamación no se encuentra amparada por la póliza de seguro contratada.

Una vez planteada la reclamación de la señora María Laura Zhinin Naulaguari, ante la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, esta es calificada y admitida a trámite, aun cuando el artículo 5, numeral 5.5, del Reglamento de Reclamos Regulados por el Artículo 42 de la Ley General Seguros, dice:

El escrito de reclamación con el que se inicia el trámite de reclamo administrativo debe contener lo siguiente:

[...]

5.5 Fundamentos de hecho y de derecho en los que basa su reclamación, expuestos con claridad.

[...]

En este caso el escrito de reclamación, establece los argumentos de forma sin embargo, carece de argumentos de fondo es decir, cómo fue originado el siniestro, por cuanto la norma advierte que los fundamentos deben exponerse con claridad.

Sin embargo la misma aseguradora al presentar copias del expediente se determina, que el siniestro fue a causa de que la mencionada señora, se encontraba arreglando unas gallinas, y motivo de una mala fuerza no pudo enderezarse, al acudir al médico el doctor le diagnosticó espondilolistesis L5. S.1.

Sin embargo la aseguradora dentro de su contestación fundamenta el hecho antes expuesto, adicional a esto dentro de las coberturas de la póliza no fija la cobertura en enfermedades preexistentes. La aseguradora hace un buen argumento al definir a la “espondilolistesis”, como una enfermedad degenerativa.

Adicional a esto entre los documentos que presenta la reclamante, se encuentra la calificación de invalidez que hace el Ministerio de Salud, mas no presenta un documento de interés primordial, abalizado por un experto de la

salud que determine que a causa del accidente, la señora contrajo tal enfermedad.

CONCLUSIONES

El contrato de seguros es un acuerdo de carácter bilateral, en el cual la empresa de seguros y el asegurado o beneficiario adquieren obligaciones y derechos entre sí, a cambio de una contraprestación.

Al producirse un siniestro (hecho, incierto, súbito e imprevisto), durante el tiempo que dura la vigencia del contrato “póliza”, el asegurado en goce de sus derechos acude a la aseguradora, para que esta cumpla con lo convenido, es decir pagar una indemnización. La aseguradora puede pagar el siniestro total o parcial o a su vez, plantear una negativa al pago.

Cuando el asegurado o beneficiario considere que sus derechos han sido vulnerados, este puede acudir a la administración pública, para presentar una reclamación en contra de la aseguradora.

El órgano de control y vigilancia es la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, que quién en representación del Estado, está facultado para conocer y resolver los reclamos de carácter administrativo en materia de seguros.

El escrito del reclamo administrativo, debe contener todos los requisitos que señala el artículo quinto del Reglamento de Reclamos Regulados por Artículo 42 Ley General de Seguros, si en el escrito faltaren uno o más requisitos se dispone que se aclare o complete.

La acción es de carácter jurisdiccional, es decir que la competencia radica en un juez, que resolverá un determinado litigio en razón de una materia. Por tanto el reclamo administrativo, no es una acción que tiene el asegurado para garantizar el goce de sus derechos. Sino resulta un mecanismo facultativo que tiene el asegurado de acudir a la administración pública, en busca de garantizar sus derechos.

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, es un organismo meramente técnico que no está facultado para juzgar, sino para vigilar y

controlar al ser un órgano administrativo resuelve a través de actos administrativos.

El Decreto 1147 (contenido en el Código de Comercio), y la Ley General de Seguros, hacen referencia a la acción propiamente dicha, mas no el reclamo que resulta ser en materia de seguros.

En sede administrativa en cuanto a materia de seguros, la normativa legal establece dos recursos, la apelación y el recurso extraordinario de revisión.

RECOMENDACIONES

En base al estudio analítico desarrollado, al artículo 42 de la Ley General de Seguros, se ha podido identificar que existe una clara mal interpretación normativa, atribuida al proceso del reclamo administrativo.

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, debería admitir a trámite únicamente los reclamos administrativos, que reúnan todos los requisitos establecidos en el artículo quinto del Reglamento de Reclamos Regulados por Artículo 42 Ley General de Seguros, en la práctica el órgano de control ordena a la aseguradora, completar los respaldos que fundamentan en su reclamación.

La Ley General de Seguros y el Decreto Ejecutivo 1147 (contenido en el Código de Comercio), deberían fijar al reclamo administrativo como un mecanismo facultativo que tiene el asegurado, mas no como una acción ya que esta es de carácter jurisdiccional.

Al hablar de la prescripción del reclamo administrativo en materia de seguros, se evidencia un vacío normativo, debido que el legislador solo hace alusión a la acción propiamente dicha, es decir cuando se ventila en sede judicial, mas no hace referencia al mecanismo facultativo de reclamación que tiene el asegurado, por tanto el legislador no incluye la prescripción para este caso.

Debiéndose reglamentar este vacío legal, para no confundir de esta manera la aplicabilidad normativa.

Existen críticas doctrinarias sobre a quien corresponde la competencia del reclamo administrativo, si es administrativa o jurisdiccional, sin embargo se recomienda se siga ventilando en sede administrativa los reclamos de seguros, ya que quien se encarga de resolver en esta vía, es un organismo técnico especialista en materia de seguros, de igual forma garantiza una celeridad procesal.

REFERENCIAS

- Alvear, J. (2009). Introducción al derecho de seguros, Guayaquil: Edino.
- Andrade, R. (2003). Legislación económica del Ecuador, Quito: Abya Yala.
- Barrera, C. (1991). Los seguros y el derecho civil, Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana Facultad de Ciencias Jurídicas y Socioeconómicas.
- Bulló, E. (1999). El derecho de seguros y de otros negocios vinculados, Tomo 1, Buenos Aires: Abaco.
- Cabanellas, G. (2003). Diccionario jurídico elemental, dieciseisava edición, Buenos Aires: Heliasta.
- Casal, J.; Zerpa, M. (2007). Tendencias actuales del derecho procesal Constitución y proceso, Caracas: Universidad Católica Andrés Bello.
- Castanedo, A. (2013). Mediación, globalización y cultura de paz en el siglo XXI, Guayaquil: Centro de publicaciones Universidad Ecotec.
- Cevallos, V. (2007). Manual de derecho mercantil, Cuarta edición, Quito: Editorial jurídica del Ecuador.
- Código Civil, Registro Oficial Suplemento 46 de 24 de junio de 2005
- Código de Comercio, Registro Oficial Suplemento No. 1202 de 20 de agosto de 1960.
- Código Orgánico Monetario y Financiero, Segundo Suplemento del Registro Oficial No. 332 de 12 septiembre de 2014.
- Colombo, J. (1991). La jurisdicción en el derecho chileno, Santiago de Chile: editorial jurídica de Chile.
- Comadira, J. (2004). Derecho Administrativo. Buenos Aires: Abeledo-Perrot.
- Constitución de la República del Ecuador, Registro Oficial No. 449 de 20 de octubre de 2008.
- Currea Lujan, A. (1996). Introducción al estudio y práctica del seguro. Tercer Mundo.
- Decreto Supremo No. 1147, Registro Oficial No. 123 de 7 de diciembre de 1963.
- Díaz, J. (2006). El seguro de responsabilidad, Bogotá: Universidad del Rosario

- Estatuto Régimen Jurídico Administrativo Función Ejecutiva, ERJAFE, Registro Oficial No. 536 de 18 de abril de 2015.
- Fernández, J. (1991). Fundamentos de derecho mercantil, Madrid: Revista de derecho privado.
- García, E.; Fernández R. (2013). Cursos de derecho administrativo decimotercera edición, Madrid: Aranzadi, SA.
- Garrigues, J. (1987). Curso de derecho mercantil, Bogotá: Temis.
- Garrorena, A. (2011). Derecho Constitucional, Teoría de la Constitución y sistema de fuetes, Madrid: Centro de estudios políticos y constitucionales.
- Hinostroza, M. (1999). Medios Impugnatorios. Primera edición. Perú: Gaceta Judicial.
- Manchón, R.; Martí, A. (2008). Conocer los productos de seguro, planes y fondos de pensiones, estrategia de la planificación de la jubilación, Barcelona: Besca editorial.
- Mejía, H. (2012). Seguros y fianzas para la familia, Bogotá: Ecoe ediciones.
- Montoya Londoño, C. A. (2001). Manual de seguros. Bucaramanga: Universidad Autónoma de Bucaramanga.
- Peña Triviño, E. (2003). Manual de Derecho de Seguros . EDINO.
- Quevedo, F. (2004). Derecho Mercantil, Segunda edición. Naucalpan: Pearson Educación.
- Reglamento para la sustentación de reclamos contra actos normativos y actos administrativos regulados por el artículo 42 de la Ley General de Seguros; y, para la interposición de los Recursos de Apelación y Extraordinario de Revisión contra actos de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, Registro Oficial No. 601 de 5 de octubre de 2015.
- Ruiz, L. (1978). El contrato de seguro, Mexico D.F: Porrúa, S.A.
- Salcedo, E. (2001). El arbitraje, Quito: Editorial jurídica Míguez Mosquera.

ANEXOS

ANEXO 1

(RECLAMO ADMINISTRATIVO)



INTENDENCIA NACIONAL DE SEGUROS
DIRECCION NACIONAL DE NORMATIVA Y RECLAMOS



Oficio No. SCVS-INS-DNNR-0558-2015-
Guayaquil, 13 de noviembre de 2015

0225625

-OF

Asunto: No. Trámite 47634-0

QBE SEGUROS COLONIAL S.A.

Señora
María Laura Zhinin Naulaguari y/o
Doctor Francisco Moscoso Ullauri
Casillero Judicial No. 4 de la Corte
Provincial de Justicia del Azuay
Correo electrónico: moscosoymoscoso@hotmail.com
Cuenca.-

03 DIC 2015

DPTO. LEGAL

Economista
Diego Sosa Villaquirán
Representante Legal
QBE SEGUROS COLONIAL S.A.
Avenida Eloy Alfaro N40-270 entre José Quero y Pasaje J
Teléfonos 02 3989-800, 02 3979800
Quito.-

QBE SEGUROS COLONIAL S.A.

03 DIC 2015

DPTO. LEGAL

De mi consideración:

El día 13 de noviembre de 2015, mediante trámite No. 45734-0, la señora María Laura Zhinin Naulaguari, ha presentado ante esta Institución una reclamación en contra de la compañía QBE SEGUROS COLONIAL S.A..

En ejercicio de las atribuciones y responsabilidades establecidas en la Reforma del Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, constante en la Resolución No. ADM-15-008, publicada en el Registro Oficial, Edición Especial No. 340, del 22 de julio de 2015, dispongo lo siguiente:

1.- **ADMITIR A TRÁMITE** la reclamación presentada por la señora María Laura Zhinin Naulaguari, en contra de la compañía QBE SEGUROS COLONIAL S.A., una vez que se verificó el cumplimiento a lo establecido en el artículo 5 del vigente "Reglamento para la sustanciación de reclamos contra actos normativos, y actos administrativos regulados por el artículo 42 de la Ley General de Seguros; y, para la interposición de los recursos de apelación y extraordinario de revisión contra actos de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros", expedido mediante Resolución No. SCVS-INS-2015-013, el 12 de septiembre de 2015, y publicado en la página web institucional.

2.- **NOTIFICAR y CORRER TRASLADO** a la compañía QBE SEGUROS COLONIAL S.A., con el contenido íntegro de la presente reclamación, y disponer que, en el **término de 5 días**, contado a partir de la recepción de este oficio, presente las explicaciones correspondientes, acompañando la documentación que forma parte del expediente del siniestro (incluyendo la póliza completa debidamente suscrita por las partes y documento de presentación del reclamo ante la aseguradora), en sustento de sus descargos.

Si la empresa de seguros no cumple con lo requerido en el término concedido, se resolverá la reclamación con la documentación que conste en el expediente, a fin de cumplir con el plazo de 30 días que concede la Ley General de Seguros, el cual se contará desde la notificación de la admisión a trámite a las partes.



INTENDENCIA NACIONAL DE SEGUROS
DIRECCION NACIONAL DE NORMATIVA Y RECLAMOS



3.- **NOTIFICAR A LA RECLAMANTE** con el contenido del presente oficio de admisión, haciéndole conocer que a partir del vencimiento del término conferido a la compañía **QBE SEGUROS COLONIAL S.A.** en el numeral precedente, se procederá al análisis de la documentación que obre en el expediente; y, en caso de no ser necesario requerir otra información a la reclamante o a la aseguradora, este organismo de control adoptará la decisión que corresponda sobre los asuntos planteados en el reclamo.

4.- De conformidad con el artículo 42 de la Ley General de Seguros, para efectos del presente reclamo, se debe indicar que no le es aplicable el procedimiento regulado por la Ley Orgánica de Defensa del Consumidor; ni tampoco le son aplicables las disposiciones referentes al silencio administrativo, al amparo de lo establecido en la Cuarta Disposiciones Generales contenida en el "Reglamento para la sustanciación de reclamos contra actos normativos, y actos administrativos regulados por el artículo 42 de la Ley General de Seguros; y para la interposición de los recursos de apelación y extraordinario de revisión contra actos de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros".

Atentamente,



Abg. Paul Franco Pombo

DIRECTOR NACIONAL DE NORMATIVA Y RECLAMOS



Reclamo



431

RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS
Cuenca a 12 de noviembre de 2015

Señor
Andrés Martínez Landivar
INTENDENTE NACIONAL DE SEGUROS.
SUPERINTENDENCIA DE COMPAÑIAS, VALORES Y SEGUROS
Cuenca

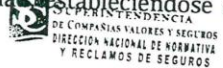
De mi consideración

MARIA LAURA ZHININ NAULAGUARI, ecuatoriana, mayor de edad, domiciliada en la Ciudad de Cuenca, portadora de la Cédula de ciudadanía número 0101670735, ante Usted de la manera más comedida comparezco y manifiesto:

En fecha 21 de octubre de 2014 solicité un crédito en el Banco Solidario por un valor de USD 11329,50 según consta del comprobante de liquidación que adjunto para su conocimiento, dentro de las condiciones para el otorgamiento del crédito el Banco exige la contratación de un seguro de desgravamen, el mismo que fue contratado con la compañía QBE Seguros Colonial, bajos las pólizas colectivas de Accidentes Personales número 1002941 y 1002942, que así mismo adjunto para su conocimiento; dentro de la cobertura se asegura la incapacidad total y permanente por accidente, con una cobertura de hasta USD 10.000,00.

En fecha 22 de junio de 2015 lamentablemente tuve un accidente doméstico, el cual me generó incapacidad absoluta para el trabajo, la misma que de acuerdo con mi médico tratante, doctor Fabián Cordero Ochoa, generó una ESPONDILOLISTESIS L5-S1, que produce paraparesia de mis miembros inferiores que es permanente y que me genera mucha complicación para caminar, además de compresión radicular en silla de montar al mismo nivel. De acuerdo con lo certificado por el Dr. Cordero, el problema descrito no se puede solucionar con tratamiento médico ni de rehabilitación, produciendo paraparesia de miembros inferiores que limitan mi movilización en un 70%, y lo que es más grave aún es inestabilidad lumbosacra con tendencia a progresar hasta producir una paraplejia permanente.

En virtud de mi situación acudí al Ministerio de Salud Pública a fin de que se calificará mi discapacidad, estableciéndose que mi discapacidad es de tipo



16 NOV 2015

RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS

física, con un porcentaje del 58%, con un nivel Grave, con diagnóstico Compresiones de las raíces y plexos nerviosos en la espondil, la misma que ha sido adquirida a una situación traumática ocurrida en un accidente doméstico, es decir la entidad encargada de determinar la naturaleza de mi actual discapacidad y su origen ha certificado que se trató de un accidente.

Debo indicar que con anterioridad al accidente al que me he referido padezco de Diabetes Mellitosa en tratamiento así como de Insuficiencia Venosa de Retorno, las mismas que hasta antes de la fecha del accidente no me han producido limitación alguna para realizar mis actividades diarias ni tampoco para trabajar, evidentemente que la presencia de las mismas frente al accidente que sufrí complican el tratamiento de mi ESPONDILOLISTEIS L5-S1, pero de ninguna manera puede entenderse que mi incapacidad fue generada por la Diabetes Mellitosa o por la Insuficiencia Venosa de Retorno, y así lo certifica el Dr. Fabián Cordero Ochoa, quien además manifiesta que el traumatismo indirecto de la columna lumbar, es la que no me permite continuar realizando mis actividades laborales cotidianas, según consta del certificado que adjunto.


Ante esta situación, que no me permite seguir trabajando como lo he hecho durante toda mi vida y conociendo que la póliza de seguro emitida por la Compañía QBE Seguros Colonial, cubría esa incapacidad solicité se haga efectiva la misma, esto es solicité que se cubra el valor de la deuda con el Banco Solidario a partir de la fecha en la que adquirí mi incapacidad para trabajar; no obstante de manera sorpresiva la Compañía QBE Seguros Colonial, en fecha 03 de agosto de 2015, responde a mi reclamo que luego del proceso de análisis del siniestro concluye que mi reclamación no se encuentra amparada por la póliza de seguro que he contratado, procediendo con la negativa y cierre del expediente sin indemnización, ya que supuestamente tengo diagnóstico preexistentes de los cuales a consecuencia de aquellos he quedado incapacitada, pretendiendo establecer que el accidente doméstico es resultado de una enfermedad preexistente degenerativa que es la espondilolistesis, conclusión que evidentemente es alejada de la realidad según lo demuestro con las certificaciones que han sido emitidas por mi médico tratante y por el Ministerio de Salud.

En virtud de lo expuesto acudo ante su autoridad a fin de que disponga a la Compañía QBE Seguros Colonial, reconozca mi derecho contemplado en la póliza de accidentes personales número 1002942 según lo he relatado en el presente reclamo, y por ende se cancele la deuda que tengo pendiente con el Banco

Solidario desde que sufrí el accidente que me ha generado la incapacidad para trabajar.

Notificaciones que me correspondan las recibiré en la casilla judicial número 4 de la Corte Provincial de Justicia del Azuay y al correo electrónico moscosoymoscoso@hotmail.com; y autorizo a los Doctores Luis Felipe Moscoso Garcia y Francisco Moscoso Ullauri, abogados en libre ejercicio, para que con su sola firma, individual o conjuntamente, presenten a mi nombre todos los escritos que estimen convenientes dentro de la tramitación de la presente petición en defensa de mis intereses.

Atentamente,



MARÍA LAURA ZHININ NAULAGUARI,
C.C. 0101670735

0987289531
072 329097



ALFETE JURIDICO
MOSCOSO M MOSCOSO
Dr. Francisco Moscoso Ullauri
Abogado. Mat 3031 C.A.A

(RESPUESTA – ASEGURADORA)



**Señor
Andrés Martínez Landívar
INTENDENTE NACIONAL DE SEGUROS
SUPERINTENDENCIA DE COMPAÑÍAS VALORES Y SEGUROS
En su despacho.**

De mi consideración

Carlos Javier Zambrano Espinoza, en calidad de Presidente Ejecutivo y como tal, representante legal de la compañía QBE SEGUROS COLONIAL S.A. (en adelante, "QBE Seguros Colonial", "Aseguradora" o "Compañía de Seguros"), en respuesta a su oficio No. SCVS- INS-DNNR- 0558-2015- 0025625-OF (No. de Trámite 47634-0) de fecha 4 de diciembre de 2015, recibido el día 8 de diciembre de 2015, con relación al reclamo presentado por la señora María Laura Zhinin Naulaguari (en adelante, "Asegurada" o "Reclamante"), cumpíeme exponer lo que sigue a continuación.

ANTECEDENTES.

1. El Banco Solidario S.A. (en adelante "Tomador" o "Banco Solidario") contrató con QBE Seguros Colonial la póliza de seguro de accidentes personales signada con el No. 1002942, para asegurar a los clientes de Banco Solidario, que mantengan vigente un crédito en Olla de Oro, de acuerdo a las coberturas establecidas en la Póliza, que adjunto como Anexo 1 (en adelante, "Póliza").
2. La señora María Laura Zhinin Naulaguari, al solicitar un crédito con el Banco Solidario, consintió, expresamente y sin hacer observaciones, en adherirse a la póliza de accidentes personales antes referida, a partir del día 01 de julio de 2007, pagando una prima mensual de Tres con 01/100 dólares de los Estados Unidos de América. La cual se puede observar de la factura que se adjunta como Anexo 2.
3. Mediante el aviso de siniestro que consta en el Anexo 3 que acompaño, la hija de la Asegurada puso en conocimiento de la Compañía de Seguros el día 21 de julio de 2015, sobre su accidente y estado de salud, acompañando la documentación pertinente, en el cual se menciona:

"DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

Mi mamá es Diabetica (sic) e hipertensa las mismas enfermedades que son controladas en el centro de Salud Carlos Elizalde pero una mañana del 15-06-15 arreglando a unas gallinas hizo una mala fuerza (sic) y no pudo enderezarse con lo que el doctor le detecto (sic) una

espondilolistesis L5.S1 la misma que cambio definitivamente la vida de mi madre"

4. Con fecha 1 de julio de 2015, su médico tratante, Dr. Fabián Cordero Ochoa emite un certificado médico (Anexo 4) en el cual certifica que "La señora ZHININ NAUGUALARI MARIA LAURA con CC. 010167073-5, presenta una ESPONDILOLISTESIS L5-S1, que le produce una paraparesia de sus miembros inferiores que es permanente y que le dificulta para caminar."
5. Con fecha 3 de agosto de 2015, la Compañía de Seguros presenta dentro del tiempo establecido por ley la objeción debida y legalmente fundamentada a la Asegurada que se adjunta como Anexo 5.

FUNDAMENTOS DE DERECHO Y DE HECHO.

1. De conformidad con lo establecido en el Artículo 1561 del Código Civil, "Todo contrato legalmente celebrado es una ley para los contratantes...", lo que significa que las condiciones que se pactaron rigen y regirán la relación contractual y se aplicarán durante toda la vigencia del contrato, además de las disposiciones legales vigentes a la fecha de su celebración.
2. Dentro las Condiciones Particulares de la Póliza a la cual se adhirió la Asegurada se encuentra la cláusula de exclusiones que en el literal y parte pertinente manifiesta textualmente lo siguiente:

[...]

EXCLUSIONES

Fallecimiento accidental, gastos médicos y/o dentales por accidente e incapacidad Total y Permanente por accidente:

Esta Póliza no ampara lesiones corporales, gastos médicos a consecuencia de o causados por, o resultante de:

- a. Enfermedad y dolencia sean corporales o mentales.

[...]

3. Con la documentación adjunta a la presente contestación, y con lo descrito en el numeral precedente, podemos determinar que el accidente se encuentra excluido por la condiciones particulares del contrato, y; que la Reclamante conocía perfectamente y de larga data que padecía enfermedades y complicaciones preexistentes al acaecimiento del accidente doméstico, y por ende conocedora también de las exclusiones que constan en la misma. Por lo tanto, es improcedente presentar el

reclamo, en razón de que es la Asegurada en la documentación anexa quien corrobora que su salud se encontraba deteriorada desde hace mucho tiempo.

4. Para un mejor entendimiento de la patología en mención, me permito indicar que es lo que se conoce como ESPONDILOLISTESIS y algunas de sus características, que he tomado textualmente de la segunda sección de patología ortopédica de la Escuela de Medicina Pública de Chile, publicada en su sitio web, y que al respecto manifiesta lo siguiente: “la espondilolistesis es el deslizamiento de una vértebra sobre la que le sigue. El deslizamiento puede ser sólo del cuerpo o de toda la vértebra. Frecuentemente, **se localiza a nivel de la columna lumbosacra.** **DEGENERATIVAS:** naturalmente este tipo de espondilolistesis se ve en adultos, **habitualmente sobre 50 años, y se debe a fenómenos degenerativos artríticos y/o artrósicos,** de larga evolución, creando inestabilidad articular. **Es más frecuente en mujeres.**¹
5. En concordancia con los numerales 2, 3 y 4 de los Fundamentos de Derecho y de Hecho, y tomando en consideración la parte pertinente del documento en el cual se informa del accidente, el médico tratante manifiesta textualmente que la Asegurada presenta “**inestabilidad lumbosacra progresiva**”, con lo que podemos concluir que la patología denominada ESPONDILOLISTESIS, y por ende su incapacidad grave, no se produjo por haber sufrido un accidente doméstico, como manifiesta la Reclamante; sino, que fue producto de una enfermedad degenerativa que la señora ZHININ NAUGUALARI MARIA LAURA ya venía padeciendo junto con otras patologías que agravaron su estado.
6. Adicionalmente debo decir que el presente Reclamo es improcedente en razón de que la Reclamante en su escrito no expone con claridad los hechos concretos de su accidente doméstico, por lo cual no hay forma de saber en qué circunstancias se produjo.
7. El numeral 5.7 del artículo 5 del Reglamento Para la Sustanciación de Reclamos Contra Actos Normativos y Actos Regulados por el Artículo 42 de Ley General de Seguros; y, Para la Interposición de Recursos de Apelación y Extraordinario de Revisión Contra Actos de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, manda que “El escrito de reclamación con el que se inicia el trámite de reclamo administrativo debe contener lo siguiente: [...] 5.7 La documentación que respalde lo alegado por la reclamante”. En el presente caso, ni en el contenido del reclamo administrativo presentado por la Reclamante a su autoridad, ni adjunto al mismo, consta referencia alguna que demuestre que como resultado de su accidente doméstico se la diagnosticó con una ESPONDILOLISTESIS. Todo lo contrario, el accidente doméstico que tuvo la Asegurada fue producto de ésta enfermedad degenerativa.

¹ Revista de Patología Ortopédica, Escuela Pública de Medicina de Chile

SOLICITUD.

Por todo lo expuesto, solicito a su autoridad deseche y archive el reclamo presentado por la señora ZHININ NAUGUALARI MARIA LAURA, en contra de mi representada, considerando que (i) la Reclamante sufrió un accidente producto de una enfermedad preexistente y degenerativa conocida como ESPONDILOLISTESIS, y no; que la patología mencionada se produjo por casusa de este accidente, (ii) las enfermedades preexistentes se encuentran excluidas dentro de las condiciones particulares de la Póliza, y; (iii) la presentación del presente reclamo es improcedente en razón de que la Reclamante no adjuntó la documentación que respalde lo alegado, según la normativa vigente.

Notificaciones que me correspondan las recibiré en las oficinas de QBE Seguros Colonial ubicadas en la Av. Eloy Alfaro N40-270 y José Queri de la ciudad de Quito.

Autorizo a los abogados Sofía Almeida Montero, Juan Pablo Castillo y Juan Alberto Rodríguez Salvador, para que, individual o conjuntamente, presenten cuanto escrito considere conveniente en la defensa de los intereses de mi representada.

Por el compareciente, ofreciendo poder o ratificación,



Ab. Juan Pablo Castillo
Mat. 17-2011-922
QBE SEGUROS COLONIAL S.A.

(RESOLUCIÓN – SUPERINTENDENCIA DE COMPAÑÍAS, VALORES Y SEGUROS)



INTENDENCIA NACIONAL DE SEGUROS
DIRECCION NACIONAL DE NORMATIVA Y RECLAMOS



tarifas", del Libro II de la Codificación de Resoluciones de la Superintendencia de Bancos y de la Junta Bancaria.

En virtud de lo expuesto en el párrafo precedente, se determina que la carta de negativa de reclamo se notificó dentro del plazo fijado para tal efecto, no obstante lo cual, no se encuentra debidamente fundamentada, puesto que se sustentó en las exclusiones previstas en las condiciones particulares de la póliza que la asegurada no suscribió, y que en consecuencia, se consideraran como no escritas.

Adicionalmente, se observa que la asegurada reclama como indemnización la cantidad de US\$ 11.329.50; sin embargo, la suma asegurada por dicha cobertura es US\$ 3.000.00.

QUE por todo lo señalado en la presente resolución, se determina que QBE SEGUROS COLONIAL S.A. ha incumplido lo dispuesto en el artículo 42 de la Ley General de Seguros, al no formular objeciones debidamente fundamentadas a la reclamación, no logrando demostrar las causas que la eximen de responsabilidad como correspondía, toda vez que la negativa del reclamo se sustenta en las condiciones particulares de la póliza, las cuales se reputan como no escritas por cuanto no fueron firmadas por la asegurada; y,

En ejercicio de las atribuciones conferidas por la Codificación de la Ley General de Seguros, la Resolución No. ADM-15-008 del 1 de julio de 2015 y la Resolución No. ADM-15-014 del 14 de septiembre de 2015;

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- ORDENAR, de conformidad con lo dispuesto en el tercer inciso del artículo 42 de la Ley General de Seguros, que QBE SEGUROS COLONIAL S.A. pague a favor de la señora María Laura Zhinin Naulaguari, la suma de TRES MIL DÓLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA (US\$ 3.000.00) como indemnización por el siniestro ocurrido.

ARTÍCULO SEGUNDO.- DISPONER que QBE SEGUROS COLONIAL S.A., cumpla con lo dispuesto en el artículo anterior dentro del plazo de diez días, contado a partir de la fecha que sea notificada con la presente Resolución.

COMUNÍQUESE.- Dada y firmada en la Dirección Nacional de Normativa y Reclamos, de la Intendencia Nacional de Seguros, en la oficina matriz de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros en la ciudad de Guayaquil, 30 de mayo de 2015.


Abg. Paul Franco Pombo
DIRECTOR NACIONAL DE NORMATIVA Y RECLAMOS

PPF-KME-RESOLM-ird