

FUNDAMENTOS DE SEGUROS

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE FUNDAMENTOS DE SEGUROS ASPECTOS LEGALES

- Conocer nociones básicas del contrato de seguros.
- Comprender el contrato de seguros.
- Conocer las clases de Empresas de Seguros

CONTENIDOS MODULO I

- I. ¿QUE ES EL RIESGO?
- II. ¿QUE ES EL CONTRATO DE SEGUROS?
- III. CLASES DE EMPRESAS DE SEGUROS

CAPITULO I

¿Qué es riesgo?

En la acepción más común relacionamos riesgos con peligros, con eventualidades normalmente no deseadas. Suele identificarse el riesgo con la contingencia o proximidad de un daño. En ese sentido, todos estamos expuestos a distintos tipos de situaciones que pueden configurar riesgos. De esta simple acepción de riesgo, surgen dos características básicas para todo el estudio del seguro, como medio para enfrentar las consecuencias de la ocurrencia de los riesgos: son eventos futuros e inciertos.

Normalmente todo texto sobre seguros, se refiere como una noción básica o introductoria al riesgo, entendiéndolo como la premisa para estudiar, e incluso explicar el seguro como medio de prevención.

Un evento incierto y futuro, para ser materia del seguro, debe además provocar o tener efectos patrimoniales negativos. Un suceso que no provoca una necesidad, un detrimento o perjuicio, o que en definitiva no tiene incidencia en el patrimonio, no justifica la existencia del seguro, que lo que pretende es atenuar los efectos de un riesgo.

Por ejemplo, el Manual de Derecho Mercantil de Manuel Broseta Pont, comienza por la teoría del riesgo, así: “riesgo es la posibilidad de que se produzca un evento o suceso que genere un daño o provoque una necesidad”, y el contrato de seguro está íntimamente ligado al riesgo, puesto que su finalidad es prevenir o reparar las

consecuencias patrimoniales desfavorables o necesidades que un riesgo desencadena.

De lo anterior, surge además otra nota importante: si el riesgo no afecta al patrimonio, o a la persona en su integridad, se trata de un evento que no compete al seguro. De hecho, si el riesgo encierra una posibilidad de perder, pero también de ganar, estamos frente al riesgo denominado especulativo, que es ajeno al seguro, al que le interesa solo el primero, identificado como riesgo puro. También se los conoce como riesgos específico y genérico, respectivamente. Por ejemplo, aun cuando en toda apuesta hay riesgos, no se trata de eventos asegurables.

En otro ejemplo, el seguro no cubre la pérdida de quién emprende en un negocio que puede a la larga recuperar lo invertido y ganar, o puede perderlo todo, según, en gran medida, su propio accionar*. El seguro, por el contrario, cubre a quién sufre un daño por eventos a los que la generalidad de personas estamos expuestos, independientemente de nuestra voluntad.

Aunque el riesgo, para efectos del seguro, deba identificarse con la eventualidad de una pérdida, un daño o necesidad, en definitiva con un efecto en el patrimonio, también suele considerarse como sinónimo del propio evento, y hasta como el propio objeto expuesto al evento dañoso.

Siguiendo a Joaquín Garriguez, citado por Broseta Pont, para ser asegurado un riesgo debe ser: “de posible realización, incierto en cuanto a su ocurrencia, fortuito, en tanto no depende (agreguemos, al menos exclusivamente) de la voluntad de quien soporta el riesgo; y, debe provocar daño o necesidad”.¹

¿Qué hacer frente al riesgo?

Partiendo de que la presencia de riesgos es permanente e inevitable, abordemos ahora, desde una óptica muy simple, qué podemos hacer frente a los riesgos que nos amenazan. Las formas o mecanismos para hacer frente al riesgo pueden ser muy diversos, desde quien nada hace, quien vive despreocupado de todo aquello que le pueda suceder, hasta quien, consciente de los peligros que amenazan su vida, su integridad, sus bienes o su patrimonio en general, toma medidas para precautelar tales intereses.

Según si las medidas se adoptan para procurar o disminuir la probabilidad de ocurrencia, o si por el contrario, sirven para enfrentar las consecuencias de la ocurrencia, se dice que estamos frente a medidas preventivas, o frente a medidas compensatorias, respectivamente.

Prevención: eliminar, reducir, atenuar, enfrentar, protegerse de los riesgos.

Previsión: afrontar las consecuencias de la ocurrencia de un riesgo.

Algunos mecanismos para afrontar los riesgos

Frente a la existencia de riesgos de distinta índole, y la consecuente posibilidad de sufrir daños, pérdidas o necesidades económicas, surge entonces la idea de adoptar un mecanismo que permita superar los efectos o consecuencias que produzca la ocurrencia de los riesgos. Se trata de medidas compensatorias frente al suceso que provoca daños, inclusive a pesar de las medidas preventivas adoptadas.

Las formas de afrontar los riesgos incluyen mecanismos tan simples como ahorrar dinero, para así tener recursos en caso de que el infortunio suceda; o, eventualmente, trasladar el riesgo a una entidad especializada, o mejor dicho, trasladarle las consecuencias que económicamente tendría la ocurrencia del riesgo para el interesado en protegerse.

Cuando contratamos con una entidad especializada para que una vez ocurrido el riesgo, y a cambio de un precio pactado, dicha entidad asuma el pago del perjuicio, daño o necesidad, estamos frente al seguro.

También puede no trasladarse a una entidad especializada en la asunción de riesgos, sino que valiéndose de idénticos principios, la misma persona que debe afrontar las consecuencias del riesgo, lo haga con sus propios fondos, acumulados y destinados específicamente para tal contingencia. Es decir, en lugar de pagar un precio al asegurador, separar lo que se hubiera pagado como primas, para así formar un fondo que permita paliar el efecto que sobre su patrimonio tendrá la ocurrencia del riesgo. Se trata del denominado autoseguro.

En el caso del ahorro, se observa que la acumulación de recursos puede ser insuficiente, si es que el suceso ocurre demasiado pronto o con frecuencia; y, en el caso del autoseguro se dice que no goza de las ventajas que un mecanismo basado en la mutualidad y ayuda recíproca permite, pues de todas maneras el riesgo se enfrenta individualmente.

En el seguro se observa una serie de técnicas desarrolladas precisamente para permitir afrontar las consecuencias de los riesgos, sin poner en peligro la estabilidad económica individual. Aquí se ubica, sobre todo, la ley de los grandes números, sustento del cálculo de probabilidades.

¹ Broseta Pont, Manuel, Manual de Derecho Mercantil, Editorial TECNOS, Madrid, 1974

La prima

La prima es el precio por el seguro. Como señala Brosseta Pont: “La prima debe estar calculada de forma que con su importe sea posible atender, como mínimo, el

grado de probabilidad en la producción del riesgo cubierto...”²

Nuestra Ley refleja esta nota esencial de la prima en relación con el costo del riesgo cuando prescribe en su artículo 25 LGS, que las tarifas de las primas debe ser resultado de información estadística que cumplan exigencias de homogeneidad y representatividad. Luego el reglamento a la Ley indica que las tarifas de primas deben observar que la prima y riesgo presenten una correlación positiva de acuerdo con las condiciones objetivas del riesgo. La tarifa debe aglutinar el costo del riesgo y los costos de operación, tales como: gastos de adquisición, administración, redistribución de riesgos y utilidad razonable, siempre bajo el régimen de libre competencia, por así disponerlo la ley, aunque sometido a aprobación previa, también por norma legal expresa. De allí que se diferencia entre prima pura, como aquella que cubre el riesgo calculado de ocurrencia; y, la prima comercial, que comprende los componentes relacionados con los costos.

¿Qué es el seguro?

El seguro tiene un papel en la economía y en la sociedad, como mecanismo para afrontar eventos que producen daños, perjuicios o necesidades. El seguro permite superar los efectos de un daño, que de otra manera resultarían muy difíciles de enfrentar individualmente, pues está pensado a partir de un principio de comunidad de riesgo (mutualidad / garantía recíproca). Al asegurador le corresponde, a partir de la homogeneidad de riesgos y del cálculo adecuado de la prima, distribuir los riesgos y constituir las reservas que le permitan afrontar los sucesos (siniestros) que ocurrirán a parte de la comunidad aportante de las primas.

CAPITULO II

¿Qué es el contrato de Seguros?

Revisaremos en este capítulo las características del contrato de seguro, sus partes, elementos esenciales, obligaciones principales que tiene cada contratante, la subrogación que opera en el seguro una vez pagada la indemnización y las causales de terminación del contrato de seguro.

2.1 Características del contrato

El seguro es un contrato mediante el cual una de las partes, el asegurador se obliga, a cambio del pago de una prima, a indemnizar a la otra parte, dentro de los límites convenidos, de una pérdida o un daño producido por un acontecimiento incierto, o a pagar un capital o una renta, si ocurre la eventualidad prevista en el contrato. Esta es la definición del contrato de seguro que trae el DS1147, en su primer artículo.

¹ Broseta Pont, Manuel, Manual de Derecho Mercantil, Editorial TECNOS, Madrid, 1974

A partir de las definiciones del Código Civil, se puede establecer algunas de las

características de este contrato. (Artículos 1480 y siguientes).

Bilateral / Unilateral
Principal / Accesorio
Conmutativo / Aleatorio
Libre discusión /
Adhesión Oneroso /
Gratuito

Aunque no propiamente como una característica, sino más bien atendiendo a la forma en que se perfecciona y surte plenos efectos, el contrato de seguro es solemne por disposición expresa del artículo 6 del DS 1147. Sobre este particular, sin duda alguna, existe y probablemente existirá, mientras la legislación no cambie, permanente discusión respecto a si el seguro es verdaderamente solemne o no. Lo primero que se puede decir es que, en rigor legal, no cabe ninguna discusión, porque por definición el seguro es solemne, simplemente debe cumplir una formalidad, que es la emisión de la póliza (con sus notas esenciales), sin la cual no existe, no surte efectos y ni siquiera se puede probar. Todo esto, si seguimos el tenor de la ley. Sin embargo, como ocurre muchas veces, la práctica dista mucho de lo que la ley establece o quiso regular.

La práctica comercial ha impuesto mecanismos que distan mucho de la norma, y se ha instituido, casi como una regla, la posibilidad de que el seguro surta efectos antes de la emisión de la póliza, que al rigor de la ley, es la única formalidad que permite al contrato producir efectos jurídicos.

Como no se puede desconocer la ley, se han ideado formas como la del amparo provisional, para permitir cobertura aun antes de la emisión del contrato, pero siempre sujeta a que eso ocurra y con los requisitos legales. También se ha optado por retrotraer los efectos del contrato y permitir que la vigencia real sea inclusive anterior a la fecha de emisión. Todo esto hace pensar que, en lugar de desconocer una norma expresa y pretender darle al seguro una naturaleza que la ley no le ha dado, debería reformarse, como lo han hecho muchas legislaciones, y permitirse que el seguro surta efectos desde el momento que las partes convienen los términos de la cobertura, pero exigir la póliza como medio de prueba (aun posterior).

Por último, la consensualidad implica que el contrato surte plenos efectos por el mero hecho del acuerdo entre las partes y desde ese momento, lo que para fines prácticos requiere determinar cuándo ocurrió tal acuerdo. Tal vez esa sea la razón por la cual otras legislaciones que han optado por “dar el salto” hacia la consensualidad del contrato, no han obviado establecer los principios de prueba necesarios, como es el caso de Colombia, que solo considera la póliza como prueba que acredita el contrato, no obstante éste haya tenido vigencia desde el acuerdo de

las parte.

La bilateralidad del contrato de seguro se verifica en cuanto para la una parte existe la obligación de pagar la prima, y ello constituye para la otra la contraprestación de la obligación de asumir el riesgo (futura y delimitada).

Estas son consideradas las obligaciones principales, de otras que deben ejecutarse durante el contrato, aunque no todas ellas pueden calificarse de obligaciones en sentido estricto. La diferencia con las obligaciones unilaterales estriba precisamente en que en aquellas solo una parte se obliga a efectuar la prestación a favor de la otra.

Es oneroso pues cada parte con su prestación se grava en beneficio de la otra parte. De igual manera, surge la noción de aleatoriedad a partir –no de la falta de equivalencia entre las prestaciones- sino de la aparente contingencia de ganancia o pérdida que conlleva el seguro. Aparente, pues se discute mucho si es que el negocio del asegurador está realmente impregnado de aleatoriedad, cuando todas las herramientas técnicas, y hasta las exigencias legales, buscan precisamente que desaparezca la nota de contingencia. Por supuesto, que desde otra perspectiva, se argumenta que es una característica expresa mencionada en la ley y que el asegurado está expuesto a una contingencia por la eventualidad del siniestro (aunque, en realidad, no hay posibilidad de que la indemnización supere el daño efectivo en ningún caso).

Es un contrato que no está sujeto a la existencia de otro que asume el carácter de principal frente al primero. Subsiste por si solo. Sin embargo, como excepción aparece la figura del seguro de fianza, que como tal está condicionado a la obligación que garantiza.

Es discutible su carácter de contrato típicamente de adhesión, pues no reúne, al menos en su totalidad, los lineamientos que suelen atribuirse a este tipo de contratos: pre-impresos no modificables por las partes, propuesto por una parte normalmente de rasgo monopolista e indiscutible. Aunque, de otro lado, por la existencia de condiciones generales únicas pre-aprobadas y de carácter imperativo, suele calificarse al seguro como un contrato de adhesión.

Es además un contrato de ejecución sucesiva, de máxima buena fe, personal y contiene una obligación condicional.

2.2 Celebración del contrato

El DS 1147 es terminante cuando dice que el contrato de seguro se perfecciona y prueba por medio de documento que debe reunir ciertos elementos, se debe redactar en castellano y debe ser firmado por las partes. Se trata de la póliza. De

allí que sea común identificar al contrato de seguro con la póliza, y que, al menos en nuestro medio, no existe seguro sin póliza o sin certificado que reúna los elementos esenciales. No debemos olvidar que la ausencia del documento torna nulo absolutamente al pretendido contrato

Sobre la validez de la oferta sin la solemnidad de la póliza, ver Jurisprudencia citada en Introducción al Derecho de Seguros, José Alvear Icaza, Págs. 80 a 88, en la cual se desecha una demanda que pretendió probar el contrato de seguro con actos previos como la inspección de riesgo y la aceptación verbal de cobertura.

2.3 Elementos esenciales del contrato de seguro

Estudiaremos en este punto cuáles son los elementos que el seguro debe reunir para que se lo pueda considerar como tal, sin los cuales no se configura el contrato, y que la propia normativa legal se encarga de aclararnos cuáles son tales elementos esenciales. Debemos advertir que el artículo 3 del DS1147 establece como elementos esenciales del contrato de seguro a las partes contratantes (asegurador, solicitante), el riesgo asegurable, el interés asegurable, la suma asegurada, la prima o precio y la obligación condicional del asegurador. Sin embargo, es posible, para fines didácticos, agruparlos en cuatro elementos, pues la suma asegurada es la expresión monetaria del interés asegurable, y, los elementos personales deben analizarse por separado.

Según el Código Civil, se requiere para la existencia de las declaraciones de voluntad: capacidad, consentimiento, objeto y causa. (Artículo 1488). Doctrinariamente se ha señalado que estos elementos y el cumplimiento de la solemnidad (cuando así lo exige la Ley) permiten el nacimiento a la vida jurídica del contrato. Mientras que el consentimiento libre de vicios, el objeto lícito, la causa lícita y la capacidad permiten la validez del acuerdo de voluntades.

La falta de alguno de los elementos contenidos en el artículo 3 del DS1147, acarrea la nulidad absoluta del contrato, lo que quiere decir que éste no nació a la vida jurídica, es inexistente e insubsanable, nada pueden hacer las partes por convalidar la ausencia de cualquier de estos elementos.

2.3.1 Interés Asegurable

¿Por qué razón usted tomaría un seguro, por ejemplo, para cubrir los gastos por enfermedad, o qué le impulsa a contratar seguro para el vehículo que acaba de adquirir? O, cuál es la motivación que le lleva a pensar en la necesidad de un fondo para su retiro de las actividades económicamente productivas.

Recordemos el estudio de la causa de los acuerdos de voluntad:

- como fuente de la obligación: contrato, ley, cuasicontratos, cuasidelitos.
- como motivación psicológica particular que lleva a contratar.
- como la causa final: razón por la cual se obliga y que es la misma para todos

los contratos del mismo tipo.

Cuando hablamos de interés asegurable miramos la relación económica amenazada por uno o varios riesgos.

Interés o deseo de protección frente a los riesgos sobre un bien específico, sobre el patrimonio en su conjunto o sobre la integridad física personal.

La calidad de elemento esencial del interés asegurable se verifica cuando la ausencia de esta relación económica o ánimo de protección, significa que ningún efecto adverso encierra el riesgo para el hipotético asegurado, y por ende, en nada le afecta su ocurrencia. No hay razón para asegurar.

Así entendido es el objeto del seguro.

El decreto DS1147 establece, según si se trata de cosas o de personas, en qué puede recaer el interés asegurable. Así, estipula el artículo 27 que el interés recae, en los seguros de daños, en un objeto, y por ello lo que le suceda al objeto afecta al interés. Por ejemplo, si mi intención es protegerme de las amenazas de daño a mi vehículo, pero pasado un tiempo lo vendo, es lógico que esta transferencia acarree la desaparición del interés asegurable, al menos para mí, y consecuencia de ello, el contrato de seguro queda sin objeto.

En vida, conforme al artículo 78, se puede proteger tanto la vida propia o la de un tercero en la medida en que lo que le ocurra a tal tercero, acarrea un perjuicio económico al asegurado. El interés está en el perjuicio que significaría la muerte de esa otra persona.

Respecto a la suma asegurada o valor asegurado de la póliza, podemos decir que no es otra cosa que la determinación monetaria del interés asegurable. Significa concretar ese elemento que mencionamos antes como el deseo de protección, en una cantidad que permita a las partes saber el valor del interés, a la vez que fijar el límite máximo de responsabilidad que el contrato prevé para el asegurador; y, de paso, calcular la prima, aplicando la tasa respectiva para el riesgo de que se trate. La suma asegurada, por supuesto estará en función del interés asegurable, y así para quien adquiere un bien, sería el valor de compra; al paso que para él que produce el bien, sería el costo de producirlo.

El interés asegurable, como elemento esencial, debe permanecer durante toda la vigencia del contrato, y por ello, conforme lo mencionamos antes, la legislación prevé que si se transfiere el objeto sobre el cual recae el interés, se termina el seguro. Salvo cuando se trate de transferencia a título universal, en cuyo caso los derechos y obligaciones pasan a los herederos. (artículos 42 y 43 DS1147). *****

2.3.2 Riesgo Asegurable

Dice el artículo 3 del DS1147 que se entiende por riesgo el suceso incierto, que no depende de la voluntad ni del asegurado, ni del tomador o beneficiario, y cuyo acaecimiento produce el nacimiento de la obligación del asegurador. Los hechos

ciertos y los físicamente imposibles no pueden ser asegurados.

El riesgo para efectos del seguro debe ser además incierto en cuanto a su ocurrencia. Es de singular importancia el conocimiento sobre su ocurrencia, pues en determinados casos un suceso podría ser asegurado, en tanto su acaecimiento, aunque físicamente ocurrió, permanezca genuinamente desconocido para las partes.

Surge de lo anterior, como lógica consecuencia, que el riesgo es futuro, pues el evento pasado ya no es incierto, sino todo lo contrario. Por eso se dice que al seguro le compete todo lo que está entre los límites de lo imposible y lo cierto.

Además, el suceso tiene que ser posible tanto física como legalmente. De hecho, primero debemos verificar si es posible y luego que tan probable es.

Otra característica es que la ocurrencia del riesgo no puede depender de actos voluntarios del tomador.

Son riesgos inasegurables, según queda indicado, los actos meramente potestativos, y los son también los hechos conocidos, y aquellos sucesos imposibles. Además, la legislación prevé algunos otros riesgos no asegurables, como en RC las profesiones no reconocidas legalmente.

2.3.3 Prima o precio del seguro

Es la contraprestación del asegurado por el riesgo que asume la otra parte. Es el precio que debe pagar el solicitante o el asegurado para recibir la prestación contratada.

Acorde con la definición del contrato de seguro, es un elemento esencial del seguro, pero importa distinguir entre la determinación de la prima y su pago. El no pago de la prima produce la terminación automática del contrato, como rezan algunas pólizas de seguro aprobadas por la Superintendencia, aunque también se argumenta que en esos casos ni siquiera nació a la vida jurídica el contrato (suelen emitirse endosos de cancelación por falta de pago); y, en no pocas ocasiones lo que ocurre, al menos con las cuotas posteriores a la primera, es que solo se suspende la cobertura del seguro.

El artículo 17 del DS1147 dispone que el solicitante del seguro está obligado al pago de la prima al momento de la suscripción del contrato. Sin embargo, el acreedor renuncia a veces a cobrar en tal momento y otorga cobertura aun sin pago. Es más, en ocasiones el asegurador otorga facilidades de pago, instrumentadas a través de títulos aceptados por el asegurado.

El hecho de que el seguro se suscriba como lo exige la ley con la formalidad de la póliza, pero que no se haya pagado la prima o la cuota inicial de ésta, implica diferir la vigencia del seguro.

Finalmente, importante resulta también resolver si el pago de primas durante el

período comprendido entre el inicio de vigencia y la fecha de expedición del contrato, es realmente una prima exigible por corresponder efectivamente a un contrato jurídicamente válido. Es más, las pólizas suelen indicar que el contrato no es válido mientras no se pague la primera cuota, y sin embargo el cálculo de dicha cuota abarca el lapso iniciado antes.

2.3.4 Obligación condicional del asegurador

El artículo 2 del DS 1147 hace mención expresa de esta obligación como elemento sin el cual el seguro no tiene validez.

Si ocurre el evento incierto previsto en el contrato de seguro como riesgo, es decir si sucede el siniestro, eso origina que el asegurador deba cumplir (dentro de los límites del contrato) la obligación que asumió. Claro que se discute si realmente es la obligación la sujeta a condición, si se toma en cuenta que desde que suscribió el contrato, el asegurador asume la obligación de cobertura, y en consecuencia permanece durante la vigencia del seguro presto a cumplir con la indemnización.

La condición de la cual pende dicha obligación, únicamente puede ser de tipo causal o mixta, y de ninguna manera una condición meramente potestativa del asegurado. Es además, una obligación sujeta a cumplimiento en un período determinado, el de vigencia del contrato; y, es de carácter indeterminado, en tanto su cuantificación precisa no se sabrá sino al momento del siniestro, aunque por supuesto, al momento de contratación se fijan los límites o topes de la prestación a cargo del asegurador. Esto tenía mayor importancia cuando el lapso ocurrido entre el nacimiento y el pago de la obligación, acarreaba diferencia en el valor.

2.3.5 Interés Asegurable en los seguros de personas

La exigencia del interés se refiere a eventos cuya ocurrencia no se desea. En los seguros de personas la ley se ha encargado de determinar cuando puede haber tal deseo de protección, y así prescribe que existe interés asegurable en la vida propia, en la de personas a quienes puede reclamárseles alimentos según el Código Civil, y en la de las personas cuya muerte puede acarrear un perjuicio económico. En este último caso, están por ejemplo los seguros que toma una entidad financiera sobre la vida de sus deudores, para protegerse del perjuicio que le significaría la muerte de estos últimos. Es decir, en virtud del préstamo concedido.

Aunque en los seguros de personas no rija el principio indemnizatorio, ello no significa que deje de señalarse la suma asegurada, pues ésta permite conocer la cuantía de la prestación a cargo del asegurador, el límite de lo que este pagará según lo que contrató el tomador del seguro; y por supuesto, permitirá la determinación de la prima. La suma asegurada es indispensable también en los seguros de personas en los que aplica el principio de indemnización, tales como los que cubren gastos médicos u hospitalarios, en los que se predetermina el tope del seguro contratado, y en los cuales, por supuesto puede haber lugar a cobertura parcial del daño, aplicación de infraseguro, restitución de suma asegurada.

2.4 Elementos personales del contrato

Estudiaremos ahora las partes que intervienen en el contrato de seguro. Distinguiremos que calidades pueden reunir los contratantes, y luego las

obligaciones que cada una de ellas tiene en virtud del contrato que celebran. Importa distinguir que quien contrata con la aseguradora, no siempre será el interesado en obtener la protección del seguro, es decir el titular del interés asegurable.

Si nos guiamos por la definición del contrato, verificaremos que como partes del seguro, por un lado, está quien asume, a cambio del pago de una prima, la obligación (condicional) de pagar la indemnización o prestación asegurada, si acaece el evento previsto, esto es el asegurador; y, por otro lado, está la persona que recibiría la indemnización, el capital o la renta.

Sin embargo, esta definición no permite realmente distinguir las partes del contrato, pues quien recibe la indemnización no necesariamente es quien contrata el seguro. Para obtener algo más de claridad debemos acudir al siguiente artículo –el tercero- del DS 1147, que dice que asegurador es la persona que asume los riesgos, solicitante es quien contrata, y, ello es fundamental, lo puede hacer por cuenta propia o por la de un tercero. Asegurado, por su parte, es quien está interesado en la llamada, traslación de los riesgos; y, beneficiario, quien recibirá el producto del seguro.

De lo anterior podemos afirmar que el interesado en protegerse de los efectos de la ocurrencia de un riesgo, no necesariamente, o no en todos los casos, aunque en seguros de daños sea común, es quien contrata el seguro. Quien contrata es el llamado solicitante, tomador o contratante.

2.4.1.- El Asegurador

Primeramente, tenemos a la parte que asume o a la que se le ha “trasladado” el riesgo, el asegurador, el cual debe reunir calidades específicas y previamente calificadas, y así tenemos que en nuestro medio únicamente puede ser asegurador una sociedad anónima constituida para operaciones de seguros, conforme lo dispone la Ley, con las autorizaciones previas concedidas por el Ente de Control de la actividad.

2.4.2.- El Solicitante

Actúa como parte en el contrato, y se constituye en la contraparte frente al asegurador. Puede ser el mismo titular del interés asegurado, es decir el interesado en protegerse de la eventualidad que constituye el riesgo asegurable, pero no siempre es así, pues es posible que contrate el seguro con ánimo de proteger el interés de otro, como sucede con el acreedor que asegura el bien objeto de venta a crédito. En todo caso, como contratante que es al solicitante a quien corresponden las obligaciones derivadas del contrato, aunque algunas podrían exigirse del asegurado a favor de quien se contrató el seguro. Así tenemos que le corresponden al solicitante el pago de la prima y la declaración del estado del riesgo. Aquellas obligaciones o cargas relacionadas con la prestación del seguro, corresponden más bien al asegurado. Inclusive, el solicitante puede actuar a nombre ajeno y sin facultad para hacerlo, pues aun en tal caso, como al asegurado corresponden los derechos a la prestación del contrato, bien puede ratificarlo posteriormente a la celebración (y aun después del siniestro).

2.4.3.- El Asegurado

Como indicamos antes es el titular del interés asegurado, o quien “traslada” al asegurador los riesgos. Normalmente en los seguros de daños es una misma persona quien desempeña el papel de solicitante y de asegurado. No sucede lo mismo en el seguro de vida, en los cuales es sobre su existencia que se verifica el “objeto” del seguro, y eso implica su necesaria consentimiento.

2.4.4.- El Beneficiario

Es quien finalmente recibirá, no obstante puede no haber tenido ninguna participación en la celebración del contrato, la prestación que se contrata con el seguro. Igualmente, en el seguro de daños, será normalmente la misma persona que contrata y que asegura. Pero, no siempre el beneficiario coincide con el asegurado en los seguros de daños, y siempre será otro en el seguro de vida. El beneficiario puede ser a título gratuito, cuando ha sido designado por mera liberalidad del asegurado, o puede ser a título oneroso, si es que su designación obedece a una relación que lo liga con el asegurado, siendo este último deudor de aquel.

2.5 La Póliza.

La póliza es el documento que permite dar existencia y validez al seguro, y sin el cual no producirá efecto alguno. Es además, el medio de prueba de la existencia del contrato. La póliza debe ser necesariamente sometida a la aprobación previa por parte de la Superintendencia de Bancos y Seguros.

La póliza debe reunir como mínimo los requisitos que el propio DS 1147 establece en el artículo 7. Por la naturaleza imperativa de esta disposición, los datos indicados no pueden obviarse, y debemos suponer entonces que ante la ausencia de uno cualquiera de tales datos, el contrato no podrá dar nacimiento a las obligaciones contenidas en él. Lo anterior quiere decir que el no incluir, por ejemplo la información del nombre y domicilio, torna inválido el contrato y no exigibles las prestaciones contempladas.

La póliza responde normalmente a una estructura en la que se distinguen condiciones llamadas generales, otras denominadas particulares y las especiales. De conformidad con la normativa expedida por la Junta Bancaria (Resolución 2008-1219), las primeras de las nombradas son las comunes que corresponden al tipo de seguro según el ramo de que se trate y rigen al contrato con disposiciones

imperativas o dispositivas; las segundas permiten identificar los elementos esenciales, tales como determinación del interés asegurable, suma asegurada, identificación de las partes contratantes, vigencias, entre otras que singularizan la relación; y, las terceras son las que las partes han convenido de manera individual y que permiten modificar a las condiciones generales, por ejemplo alterando la cobertura otorgada, ampliándola. (o limitándola o reduciéndola). Necesariamente deben ser aprobadas por la Superintendencia, para ser incorporadas como anexo, endosos o cláusulas adicionales.

Además, en muchos casos existe una carátula del contrato, que únicamente identifica el interés asegurable, al asegurado y trae otros datos como vigencia, prima, y en ocasiones es también la factura. La Resolución JB- 2005-814, contiene las normas que regulan las condiciones generales, especiales y particulares de los contratos de seguros. No obstante no estar expresamente mencionados en esa Resolución, pero con base a lo dispuesto por el Art. 25 LGS, todo documento que las aseguradoras utilicen en los contratos debe ser aprobado, y así podemos mencionar carátulas, certificados individuales, recibos de indemnización, solicitudes de seguros.

2.6 Obligaciones y Deberes de las partes

Miremos ahora cuáles son las obligaciones que genera el contrato de seguro. A partir de la misma definición del contrato que trae el DS 1147, podemos distinguir las que se consideran principales obligaciones que asume cada parte, y que por supuesto, no son las únicas. Las obligaciones mencionadas en la definición del contrato, son quizá las que configuran las prestaciones fundamentales que derivan del seguro.

2.6.1 Obligaciones del tomador - asegurado

A.- Declaración sobre el estado del riesgo

Denominada como obligación por el DS1147, en su artículo 14, no es propiamente tal, pero, como lo veremos de inmediato, su no cumplimiento acarrea graves efectos en el contrato. Su verificación o ejecución debe darse antes del nacimiento del contrato, en la etapa precontractual, pero las consecuencias de su incumplimiento solo se presentan durante la vigencia.

Declarar el estado del riesgo constituye el paso previo y fundamental para que el asegurador otorgue la cobertura solicitada. Se trata del antecedente para la configuración de un elemento esencial en cualquier contrato: el consentimiento. Es, por lo demás, lógica consecuencia del objeto mismo del contrato, si el asegurador pagará en caso de ocurrencia de un riesgo, debe saber qué tipo de suceso asegura, en qué condiciones está, cuán probable es que ocurra.

Lo que el tomador o solicitante del seguro indique al asegurador, le permitirá a este último determinar la prima que le será suficiente o necesario cobrar, considerando básicamente las probabilidades de ocurrencia. Por supuesto, esta prima bruta, no es la que el asegurado paga finalmente, pues como vimos, la prima tiene algunos

otros componentes, pero el de mayor incidencia es el que permite afrontar el riesgo asumido.

La declaración puede ser resultado de un cuestionario previo, que es lo que normalmente se da en la práctica, pues se supone que el asegurador conoce perfectamente que tipo de información requiere para determinar si acepta cubrir un determinado riesgo y en qué condiciones. Pero, puede también la declaración ser proporcionada de manera espontánea, proveyendo al asegurador aquello que el propio solicitante considera que aquel debe saber sobre el evento a asegurar.

Dentro de este contexto debe analizarse la disposición del artículo 14 del DS1147, que obliga al solicitante a efectuar una declaración objetiva del estado del riesgo, y que prevé que cualquier reticencia o falsedad en que haya incurrido el asegurado o el solicitante al declarar el estado del riesgo, normalmente a través de las respuestas que rindió al cuestionario predeterminado, conlleven la nulidad relativa del contrato, en tanto dichas circunstancias omitidas o falsas, hubieran llevado al asegurador a no aceptar la cobertura de seguro solicitada, o hacerlo en condiciones diferentes (por ejemplo una extra prima, mayores deducibles, exigencia de ciertas medidas a cargo del asegurado).

La citada norma legal ha previsto la posibilidad de que no exista una declaración del estado del riesgo efectuada a partir del cuestionario propuesto por el asegurador, que por cierto le resultará a este último más conveniente para determinar respuestas no coincidentes con la realidad y una eventual reticencia, sino que pueda tratarse de una declaración espontánea. En este caso también puede presentarse reticencia o falsedad que conduzcan a nulidad relativa del contrato, pero para ello, deberá acreditar el asegurador que el “encubrimiento” fue culpable y que agravó objetivamente la peligrosidad del riesgo.

En definitiva, pueden haber hechos o circunstancias no informadas por el solicitante, que por su relevancia hubieran llevado al asegurador a no dar su consentimiento o a contratar en condiciones diferentes, y que de verificarse posteriormente, facultan al asegurador a pedir se declare la nulidad relativa del contrato, pero con un efecto distinto al normalmente producido con la nulidad, pues hay derecho a retención de la prima devengada.

Finalmente, debemos resaltar que las consecuencias que la ley ha previsto, por reticencia o falsedad en la declaración del estado del riesgo, no están sujeta a que las circunstancias o hechos omitidos o falsos estén relacionados directamente con la causa del siniestro, pues se trata de un vicio en el consentimiento y por eso se refiere al riesgo, no al siniestro.

B.- Pago de la prima

En orden a obtener el cumplimiento de la prestación del asegurador, el solicitante o el asegurado están obligados al pago de la prima. De acuerdo a la definición del contrato de seguro (artículo 1), la prima constituye la contraprestación, sin la cual

no habría lugar al pago de la indemnización.

Conforme al artículo 17 del DS1147, el pago debe hacerse al momento de la suscripción del contrato. Al respecto, es importante responder las siguientes preguntas relacionadas:

¿Quién debe pagar la prima?.

¿Cuándo debe pagar la prima?

¿Qué pasa si el obligado a pagarla, no lo hace?

Respecto al pago de prima, no de contado al momento de la suscripción, sino mediante cuotas, ello configura una aceptación del asegurador de otorgar crédito. El no pago de prima en los plazos concedidos, acarrea en ocasiones la suspensión de la póliza, esto es que no hay lugar a la indemnización, mientras dure la mora.

C.- Mantenimiento del estado del Riesgo.

Esta es otra obligación, conforme lo estipula nuestra legislación, y debe ejecutarse o verificarse durante el transcurso del contrato, mientras este dure, es decir es permanente. Lo anterior se explica por obvias razones: Es el riesgo, en su estado inicial al momento en que el asegurador consiente asegurar o dar cobertura, el que ha permitido establecer la contraprestación a cargo del asegurado. Así que si el riesgo varía, se torna más grave o de mayor probabilidad de ocurrencia, o incluso si se vuelve de menor intensidad, ello necesariamente influirá en la prima. Se trata simplemente del equilibrio en las prestaciones, y el DS 1147 (Artículo 16).

En definitiva, se busca preservar, como en cualquier otro contrato, la equivalencia de las prestaciones, y si el riesgo cambia, se modificará en consecuencia la contraprestación determinada por el asegurado.

D.- Cargas con ocasión del siniestro.

Se trata de los deberes del asegurado para poder obtener el pago de la indemnización, una vez ocurrido el siniestro.

Lo primero que debemos considerar es que el asegurado o el beneficiario, debieron haber cumplido con algunas cargas que el contrato les impone, y que incluso son anteriores a aquellas que deben verificarse con ocasión del siniestro. Específicamente, además de que el contrato esté vigente y no se encuentre viciado (por eventual reticencia o falsedad), el asegurado debe haber informado de la contratación de otros seguros. Este deber igual se pudo verificar al momento de contratar los seguros coexistentes, como al momento del siniestro, notificando a todos los aseguradores por su correspondiente porcentaje; y, de hecho, si ya existían al momento de solicitar el seguro, debió informarse sobre los seguros coexistentes anteriores, como parte de la obligación de declarar el estado del riesgo.

Ocurrido el evento, debe notificar al asegurador, que acaeció el riesgo. Para hacerlo el asegurado dispone de tres días desde que tuvo conocimiento del siniestro, lo cual tiene como finalidad, como dice Alvear Icaza, “permitir al asegurador controlar las condiciones en las cuales se produce el siniestro, verificar la gravedad del daño y recoger los elementos probatorios para comprobar que el accidente constituye un

siniestro”³. Aunque en la práctica estos elementos son los que el asegurado deberá proveer después, según lo estipulado en la póliza, pues a él corresponde demostrar la ocurrencia.

Precisamente, luego de notificar la ocurrencia, le corresponde al asegurado aportar las pruebas para acreditar la ocurrencia y para demostrar cuál es la cuantía del daño. Es importante destacar que el siniestro se presume ocurrido por causa fortuita, a menos que se pruebe lo contrario, prueba que le compete al asegurador para liberarse de su obligación de pago de la indemnización. Además, y como es obvio, esta presunción no exime al asegurado de demostrar que el hecho ocurrió. Aunque lo mencionamos recién ahora, en sentido cronológico estricto, el primer deber del asegurado, luego de ocurrido el siniestro, es procurar que éste no se torne más grave, o evitar la extensión o propagación del siniestro, como reza el artículo 21 del DS 1147. Este es un deber fundamentalmente orientado a proteger el bien siniestrado, y que va en beneficio de ambas partes, pues disminuirá la pérdida.

Respecto de las medidas que el asegurado deba adoptar para cumplir la antedicha finalidad, será la aseguradora la encargada de asumir los gastos útiles que haya debido efectuar el asegurado para dar cumplimiento a este deber. La disposición menciona que el asegurador correrá con aquellos gastos en que razonablemente haya incurrido el asegurado. Claro que esta calificación pueda resultar muy subjetiva, pues la razonabilidad se mide en función del evento y sus circunstancias particulares, así que difícilmente se podrá uniformar los rubros o conceptos que se reconocerán siempre como indemnizables. Como lo afirma J. Efrén Ossa: “...en cumplimiento de estas cargas, el asegurado no está obligado a desarrollar actividades que comprometan gravemente su vida o integridad corporal o la de otros seres humanos, ni a ejecutar actos temerarios”.⁴

Además, la norma legal prescribe que el asegurador asumirá los gastos efectuados previo su aquiescencia, así que aquellos hechos sin autorización no serán cubiertos, aunque, por supuesto, ello debe excluir los casos en que el asegurado debió actuar ante la gravedad de las circunstancias.

Finalmente, el reembolso de estos gastos no necesariamente está vinculado al resultado efectivo de reducir la gravedad o magnitud del daño, sino únicamente al grado de utilidad y razonabilidad, como contempla la norma. Lo que se busca es atemperar las consecuencias del siniestro, y eso es lo que debe considerar el asegurador para reconocerlos.

E.- Otras Cargas o Garantías

En algunas pólizas de seguro existen cláusulas denominadas garantías, que a partir del señalamiento de una determinada conducta, se incluyen en los contratos de manera que se convierten en verdaderas condiciones previas al ejercicio del

derecho a la indemnización. Por supuesto, debe suponerse que tales garantías, así contempladas deben tener íntima relación con el estado del riesgo, o con su mantenimiento, o control, pues de no acatarse estrictamente, provocan la pérdida del derecho a ser indemnizado.

Existen algunos ejemplos en las pólizas que ilustran el alcance que se le quiere dar a la garantía, repetimos: verdadera condición para que proceda la prestación a cargo del asegurador. Este tipo de cláusulas contractuales buscan mejorar la protección del interés asegurado, pues normalmente se trata de medidas de reducción de riesgos.

En materia de seguros de transporte suele incluirse como garantía, cuyo incumplimiento puede significarle al asegurado la pérdida del derecho a la indemnización, un texto así: “La póliza se expide bajo la garantía de que el asegurado cumplirá con las siguientes obligaciones:; Celebrar el contrato de transporte interno con empresas debidamente constituidas; no abrirá los bultos que contienen los bienes o mercancías transportadas, sin la presencia de un inspector o agente autorizado de la aseguradora, a menos que éste, dentro de... días de llegada la mercadería, no se haya hecho presente, en cuyo caso el asegurado queda exonerado de cumplir esta obligación”.

Otro típico caso de garantía, pues la aseguradora condiciona su cobertura a su cumplimiento, es el de instalación de dispositivos de seguridad en cierto tipo de vehículos. Estas cláusulas suelen decir algo parecido a esto:

“Queda aclarado y convenido, en adición a la póliza a la cual se adhiere la presente cláusula, que es obligación del asegurado, proceder a marcar en todos los vidrios, cristales y demás partes determinadas o determinables del vehículo asegurado, la placa y/o el número de motor o chasis, como mecanismo de prevención para el amparo de robo parcial y total. Esta marcación se deberá realizar en un plazo improrrogable de 30 días contados a partir de la fecha de emisión de la póliza. El no cumplimiento de esta disposición, dentro del plazo establecido, deja sin efecto la cobertura de robo parcial o total del vehículo”.

Sobre el cumplimiento de las garantías y su efecto sobre el derecho a la indemnización, se puede ver la Jurisprudencia de la Segunda Sala de la Corte Suprema de Justicia, juicio MARTUCCI S.A. VS BOLIVAR S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros. El análisis de la Sala toma en consideración si el deber incumplido por el asegurado fue imputable a conducta dolosa o negligente, pues ello permitirá determinar su eficacia como garantía en el contrato.

³ Alvear Icaza José, Introducción al Derecho de Seguros, EDINO, Guayaquil.

⁴ Ossa Efrén J, Teoría General del Seguro, Ed. TEMIS, Bogotá

2.6.2 Obligaciones del Asegurador

A.- Entrega de la Póliza

No existe en nuestra legislación de seguros una disposición respecto a la obligación de entregar la póliza una vez suscrita, o un plazo para hacerlo.

Pensemos que no existe plazo para tal entrega, y en rigor, ni siquiera está prevista la misma, pero es lógico que debe darse, incluso si aplicamos las normas sobre defensa del consumidor, pues contiene los términos del contrato, que debe conocer el asegurado para ejercer sus derechos y cumplir sus obligaciones. En tal sentido, podría pensarse que si no ha cumplido el asegurado con alguna de los deberes que le impone el contrato, precisamente por no haber tenido acceso a él, sea cualquiera la causa de ello, pero imputable al asegurador, estará el primero dispensado de tal incumplimiento, y no podrá, en consecuencia, este último privarle de los derechos, como la indemnización, por el no cumplimiento oportuno.

Pero, aparte de lo anterior, cabría perfectamente que el asegurado le demande a su asegurador por los perjuicios derivados de la falta de entrega del documento que acredita el contrato celebrado.

En este punto tiene mucha importancia el asesor productor, por ser él quien, como enlace entre las partes, suele estar a cargo de la entrega del documento, recepción de firmas, recaudación, entre otras.

B.- Pago de la indemnización o prestación asegurada

Es la principal obligación del asegurador. Una vez ocurrido el siniestro, nace la obligación del asegurador de pagar la indemnización, según la extensión del daño o pérdida sufrida por el asegurado. Esta obligación, se dice es pura, no sujeta a nuevas condiciones, sino simplemente a la verificación de que se ajusta a los términos contratados, esto es que se encuentre entre los riesgos asumidos, que no le sea aplicable alguna causal de exclusión prevista, y que el asegurado no haya dejado de cumplir con las cargas que el propio contrato le impuso.

Además, el pago, al corresponder a una obligación que solo se determina al momento de su cumplimiento, implica que su cálculo se efectúe en función del siniestro reportado (y probado), lo cual, al menos en lo que a los seguros de daños se refiere, debe responder al carácter estrictamente indemnizatorio del seguro, ajeno por completo a la posibilidad de engendrar sumas adicionales a la reparación del daño sufrido por el asegurado.

Nuestra legislación se refiere a esta obligación en las disposiciones pertinentes sobre el pago de la indemnización, a partir del artículo 30 del DS 1147. De la lectura del artículo 33, podemos inferir que la Ley faculta al asegurador a pagar de una u otra forma, según él lo decida como deudor de la obligación. Los artículos 32 y 34, son particularmente claros para identificar el carácter indemnizatorio del seguro.

C.- Devolución de prima.

Se refiere esta obligación a la prima que no haya sido devengada por el asegurador, es decir correspondiente a un periodo futuro, aun no transcurrido del contrato. Tiene lugar en determinados casos en los que el seguro termina anticipadamente, o que

hubo pago en exceso.

Es procedente, por ejemplo, cuando el monto asegurado es excesivo frente al valor real del interés, lo que conlleva la reducción del seguro o al ajuste a dicho valor real, y la consecuente obligación del asegurador de devolver la prima cobrada en exceso.

Otros casos en que procede devolución de prima son el de terminación anticipada del contrato, sea por voluntad del asegurado o del asegurador, o la terminación del contrato por falta de notificación de cambios en el estado del riesgo. Aquí debe considerarse la llamada tarifa de corto plazo, para el cálculo de la prima a devolver cuando es el contratante quien decide terminar el contrato.

2.7 La Subrogación.

El DS1147 consagra el derecho del asegurador que ha pagado una indemnización, de subrogarse en los derechos que tenga el asegurado contra terceros responsables del siniestro (Art. 38).

En materia de seguros, la subrogación opera por ministerio de la Ley, es decir no requiere de pacto expreso o de declaración judicial. Simplemente, pagada la indemnización, el asegurador pasa a ocupar el lugar del asegurado en sus derechos contra el responsable del siniestro. Inclusive, la subrogación opera aunque esa no sea la voluntad del asegurado.

Lo anterior hace discutible la exigencia de requisitos extras para la subrogación, o la suscripción de documentos adicionales. Aunque a primera vista parecería que estamos frente a la figura que el Código Civil regula como subrogación, en cuanto hay transmisión de derechos del acreedor a un tercero que ha pagado en lugar del deudor original, en materia de contrato de seguros, hay que dilucidar si el pago de la indemnización implica realmente cancelar una deuda ajena, pues el asegurador paga una obligación propia de su relación contractual con el tomador.

Respecto al fundamento para que la Ley le haya concedido este privilegio al asegurador, se dice que hay que encontrarlo en la necesidad de impedir que el asegurado, al conservar los derechos contra el responsable, adquiera finalmente un doble reconocimiento: el que pueda obtener del autor del daño y el que proviene del seguro que ha contratado. Es decir, habría lugar a enriquecimiento y ruptura del carácter estrictamente indemnizatorio del seguro. Sin embargo, hay quienes afirman que se trata de indemnizaciones de distinto origen, así que no estaría prohibido acumularlas.

También se busca la razón de ser de la subrogación en que no es dable que quien cause un daño ilegítimo a otro, se vea beneficiado de un acto que le es absolutamente ajeno: la relación entre el afectado y su asegurador.

Al haberse subrogado, le corresponde al asegurador ejercer las acciones legales contra el responsable, es decir actuar como hubiera hecho el asegurado, demandando lo que habría reclamado este último, e invocando las mismas argumentaciones y fundamentos legales. El tercero responsable, al ser reclamado, se defenderá y propondrá excepciones al asegurador, las cuales, según reconoce

nuestra legislación, pueden ser las mismas que hubiera propuesto si era el asegurado quien exigía el pago por los daños imputables a su responsabilidad. También se discute si caben otras, como las excepciones derivadas de la relación asegurador – asegurado.

Los presupuestos para que opere la subrogación son: la existencia de un contrato de seguro valido, que la aseguradora haya pagado la indemnización en virtud de dicho contrato, vale decir que no haya sido un reconocimiento efectuado por razones de otra índole; y, por supuesto, que exista un responsable contra quien dirigir la acción, esto es un tercero a quien se le pueda imputar responsabilidad por el daño.

El otro aspecto controvertido es el del límite de la subrogación, pues la propia legislación se ha encargado de circunscribir el derecho del asegurador contra el responsable del daño al pago de lo indemnizado. Se supone que esa limitación legal no incluye la posibilidad de demandar intereses y costas judiciales, exactamente como lo hubiera hecho el asegurado al reclamar judicialmente al supuesto responsable.

Debemos mencionar por último, la posible cesión de derechos del asegurado a favor del asegurador, a fin de permitirle actuar contra el responsable, no solo por lo pagado, sino por la totalidad del perjuicio irrogado. Se discute si es factible la coexistencia de estas figuras y si tal circunstancia no atentaría contra el principio de recuperación de lo efectivamente pagado. Hay quienes afirman que simplemente la cesión no tendría causa, se le estaría dando al asegurador la posibilidad de sobrepasar el límite de lo pagado; y, por otro lado, se defiende esta opción por no ser atentatoria de derechos de terceros, afirmando que en cualquier caso, no importa quien pretenda el reconocimiento, el responsable deberá afrontar la totalidad del daño.

2.8 Terminación del Contrato

El contrato de seguro puede eventualmente darse por terminado antes del final del plazo previsto. Así tenemos que, en caso de reticencia o falsa declaración sobre el estado del riesgo, puede el asegurador demandar la nulidad relativa del contrato, con efectos únicamente hacia el futuro. También puede ocurrir que ante la falta de notificación sobre cambios en el estado del riesgo, la aseguradora de por terminado automáticamente el contrato. Igual cosa sucede cuando ha desaparecido o extinguido el interés asegurable, lo que conlleva la terminación del seguro. Lo mismo puede ocurrir por falta de pago de la prima en los plazos previstos.

Además, como el contrato debe su existencia a ciertos elementos que tienen la categoría de esenciales, la ausencia de cualquiera de ellos conlleva la nulidad absoluta del contrato.

Pero, adicionalmente a estas figuras, también cabe la resolución unilateral anticipada del seguro por voluntad de cualquiera de los contratantes.

2.9 Contenido del Contrato

El nombre y domicilio del asegurador

Tiene relevancia sobre todo para la determinación de los jueces que puedan conocer las controversias derivadas del contrato, pues el juez del domicilio del demandando es competente para conocer las demandas contra él.

Nombre y domicilio del solicitante, asegurado y beneficiario / calidad en que actúa el solicitante.

Como se explicó anteriormente, el seguro puede ser tomado por cuenta propia o por el de otra persona; y, por otro lado, en ocasiones el beneficiario es distinto del tomador y del asegurado, por lo que es indispensable establecer estas tres calidades, pues además no existe presunción legal al respecto, como sucede en otras legislaciones

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

Relacionado con la anterior exigencia es fundamental determinar la persona o el bien, sobre el cual recae el interés asegurable. Los detalles tales como modelo, ubicación, características del bien, o identificación de la persona, son los que deben consignarse al tenor de esta disposición legal.

La vigencia del contrato, con la indicación de las fechas y horas de iniciación y vencimiento, o el modo de determinar unas y otras

El contrato de seguro debe establecer los límites de cobertura relacionados con tiempo y espacio, amén de los relacionados con los eventos específicos que se cubren. La variable del tiempo está determinada por el período de vigencia y el espacio por el lugar en que tendrá lugar la cobertura, por ejemplo, un trayecto, un límite territorial, un lugar determinado.

El monto asegurado o el modo de precisarlo

La suma asegurada determina el límite de responsabilidad del asegurador. Este requisito cobra importancia, sobre todo, de cara al siniestro, pues permite determinar el quantum de la obligación asumida.

Existen modalidades en las que la suma se determina después de la celebración del contrato, o que varían permanentemente durante el mismo. Como es obvio, la determinación de la suma está en función del riesgo de pérdida o daño o necesidad que se busca proteger con el seguro, a pesar que existen modalidades que en apariencia no toman en cuenta este límite.

La prima o el modo de calcularla

La prima es la contraprestación por la cobertura que el asegurador brinda, debe estar determinada o establecerse cómo ha de determinarse en el futuro.

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

Aquí se asimila riesgo con los tipos de eventos que son materia de cobertura, y es fundamental para evitar inconvenientes al momento del siniestro, respecto de aquello que está cubierto y lo que está excluido.

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

Como se indicó oportunamente, la fecha de celebración del contrato puede eventualmente no ser la misma del inicio de vigencia o cobertura a cargo de la aseguradora. La firma es fundamental, y al respecto hay que recordar que las partes del contrato son el asegurador y el solicitante. También tiene incidencia en temas relacionados con cambios posteriores en el contrato y en las renovaciones y las denominadas extensiones de vigencia.

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

Entre estas podemos mencionar las que se indican en el Art. 25 de la Ley General de Seguros, entre las cuales destacan que las tarifas de primas, y notas técnicas para su vigencia deben ser aprobadas por el órgano de control de las compañías de seguros; el tamaño de los caracteres tipográficos, que deben ser fácilmente legibles; destacar las coberturas y exclusiones; el listado de documentos básicos necesarios para la reclamación de un siniestro; la cláusula que conste la opción de las partes de someter a decisión arbitral o mediación las diferencias que se originen en el contrato, entre otras.

CAPITULO III

CLASE DE EMPRESAS DE SEGUROS

CODIGO ORGANICO MONETARIO Y FINANCIERO LIBRO III LEY GENERAL DE SEGUROS

Art. 1.- Esta Ley regula la constitución, organización, actividades, funcionamiento y extinción de las personas jurídicas y las operaciones y actividades de las personas naturales que integran el sistema de seguro privado;

Las cuales se someterán a las leyes de la República y a la vigilancia y control de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros.

Concordancias:

CODIGO CIVIL (LIBRO I), Arts. 564, 565, 567, 577

Art. 2.- Integran el sistema de seguro privado:

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

Art. 3.- Son empresas que realicen operaciones de seguros

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

Las empresas de seguros son: de seguros generales, de seguros de vida y las que operaban al 3 de abril de 1998 en conjunto en las dos actividades. "Las empresas de seguros que se constituyeron a partir del 3 de abril de 1998, sólo podrán operar en seguros generales o en seguros de vida".

Nota: Frase entre comillas del inciso segundo, fue declarada inconstitucional por Resolución de la Corte Constitucional No. 5, publicada en Registro Oficial Suplemento 57 de 24 de Julio del 2018 .

Las de seguros generales.-

Son aquellas que aseguren los riesgos causados por afecciones, pérdidas o daños de la salud, de los bienes o del patrimonio y los riesgos de fianza o garantías.

Las de seguros de vida.-

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

Concordancias:

LEY DE COMPAÑIAS, Arts. 6, 20, 143, 415

Art. 4.- Son compañías de reaseguros

Las compañías anónimas constituidas en el territorio nacional y las sucursales de empresas extranjeras establecidas en el país de conformidad con la ley; y cuyo objeto es el de otorgar coberturas a una o más empresas de seguros por los riesgos que éstas hayan asumido, así como el realizar operaciones de retrocesión.

Las compañías de reaseguros se sujetarán a las disposiciones de esta Ley, relativas a las empresas de seguros, en los que les fuere aplicable.

Concordancias:

CODIGO CIVIL (TITULO PRELIMINAR), Arts. 13, 15

LEY DE COMPAÑIAS, Arts. 6, 23, 143, 406, 415, 419

Art. 5.- Los intermediarios de reaseguros,

Son personas jurídicas, cuya única actividad es la de gestionar y colocar reaseguros y retrocesiones para una o varias empresas de seguros o compañías de reaseguros.

Art. 6.- Son peritos de seguros:

a) Los inspectores de riesgos, personas naturales o jurídicas cuya actividad es la de examinar y calificar los riesgos en forma previa a la contratación del seguro y durante la vigencia del contrato; y,

b) Los ajustadores de siniestros, personas naturales o jurídicas, cuya actividad profesional es la de examinar las causas de los siniestros y valorar la cuantía de las pérdidas en forma equitativa y justa, de acuerdo con las cláusulas de la respectiva póliza. El ajustador tendrá derecho a solicitar al asegurado la presentación de libros y documentos que estime necesarios para el ejercicio de su actividad.

Art. 7.- Son asesores productores de seguros:

a) Los agentes de seguros, personas naturales que a nombre de una empresa de seguros se dedican a gestionar y obtener contratos de seguros, se regirán por el contrato de trabajo suscrito entre las partes y no podrán prestar tales servicios en más de una entidad aseguradora por clase de seguros; y, los agentes de seguros, personas

naturales que a nombre de una o varias empresas de seguros se dedican a obtener contratos de seguros, se registrarán por el contrato mercantil de agenciamientos suscrito entre las partes;

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

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

Concordancias:

CODIGO CIVIL (LIBRO IV), Arts. 2022, 2058, 2065

CODIGO DEL TRABAJO, Arts. 313, 314, 315Art.

Art.8.- Los asesores productores de seguros, intermediarios de reaseguros y peritos de seguros,

Deben tener intachables antecedentes, poseer los conocimientos necesarios por cada rama de seguros, para el correcto desempeño de sus funciones, obtener, mantener su credencial y registro ante la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros.

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

Codificación 10 Registro Oficial 403 de 23-nov.-2006 Ultima modificación: 24-jul.-2018

Estado: Reformado

CODIGO ORGANICO MONETARIO Y FINANCIERO LIBRO III LEY GENERAL

SEGUROS - Página 3 LEXIS FINDER - www.lexis.com.ec

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE FUNDAMENTOS DE SEGUROS ASPECTO TECNICO

- Conocer sobre la historia del Seguro.
- Comprender el riesgo y su clasificación.
- Comprender la Casuística de los riesgos.

CONTENIDOS DEL CAPITULO II

- I. RESEÑA HISTORICA DEL SEGURO
- II. EL RIESGO Y SU CLASIFICACION
- III. CAUSISTICA

FUNDAMENTOS DE SEGUROS ASPECTOS TÉCNICOS DEL SEGURO

CAPITULO I

I. Reseña Histórica

El seguro nace, cuando el hombre primitivo abandona las cavernas y se une con otros hombres en el Clan, luego en la Jen, más tarde en la Horda y posteriormente forman el primer núcleo social de nuestra humanidad, "La tribu".

En este núcleo social cuando existía un desastre por causa de las inclemencias de la naturaleza o por el ataque de otra u otras tribus, que afectaba a uno o varios de sus miembros, los miembros de la tribu que no habían sufrido pérdidas contribuían a reparar los daños o reemplazar las pérdidas, algunos con materiales, otros con especies y otros con sus manos.

El hombre primitivo aplicó la regla de oro de la fraternidad o solidaridad humana, "uno para todos y todos para uno".

1. Los mercaderes chinos iniciaron su comercio transportando sus mercancías en endebles embarcaciones que navegaban por los ríos continentales, uno de los más usados fue el río YANGTSE. Las aguas del río estaban llenas de troncos y compuesto por grandes rápidos, el curso del mismo estaba infestado por piratas que atacaban las endebles embarcaciones de los mercaderes chinos, produciendo grandes pérdidas a veces catastróficas para algunos de ellos.

Estos idearon la distribución de las pérdidas o distribución de los riesgos; en vez de estibar las mercancías en un solo bulto, las estibarón en varios bultos, y en lugar de transportarlas en una sola embarcación la transportaban en varias embarcaciones.

1. Los mercaderes atenienses idearon en cambio el préstamo a la gruesa, existiendo dos tipos y solo para diferenciarlos los llamaremos a) préstamo marítimo y b) préstamo a la gruesa.

El préstamo marítimo:

Cuando el dueño de una embarcación no disponía de dinero para iniciar una aventura marítima, solicitaba un préstamo a un mercader, quien proporcionaba el préstamo para que se iniciara la aventura; en caso de que la aventura tuviera éxito, el dueño de la embarcación

paga el valor del préstamo, más altos intereses, por el contrario, si la embarcación se perdía, el dueño de la embarcación no estaba obligado a pagar el valor del préstamo ni tampoco el porcentaje de los intereses.

1.1. El préstamo a la gruesa:

Cuando la aventura marítima se iniciaba y esta no podía continuar por falta de dinero; entonces, el capitán del buque podía hipotecar el buque o la mercancía como préstamo a la gruesa, con este valor, el capitán podía continuar la aventura, si esta tenía éxito pagaba el valor de la hipoteca más altos intereses, caso contrario, esto es si la aventura marítima no tenía éxito, el capitán de la embarcación no estaba obligado a cancelar ni la hipoteca ni los intereses.

1. En el siglo noveno antes de la era de Cristo, las Leyes de Rodas establecían las bases y procedimientos de la ley marítima en relación a la avería gruesa: cuando existía un peligro que ponía en riesgo toda la empresa, se podía sacrificar parte del buque o de la carga, si la empresa tenía éxito todos los intereses debían abonar una parte proporcional igual a los valores de sus bienes salvados.
2. Por su parte, a los lombardos (hoy italianos) se les atribuye la invención del contrato de transporte, en el año de 1347 se firmó el primer contrato de seguro marítimo llamado pólizza, que amparó el viaje del vapor Santa Clara. Este contrato cubría el buque y su carga contra los riesgos de pérdida total por cualquier causa.
3. En 1906 la reina Isabel I suscribió la primera Acta o Ley de Seguro Marítimo del Reino Unido, conocida como la M.I.A. (Marine Insurance Act) de 1906. Esta acta o ley de seguro marítimo sobrevive hasta la actualidad en el derecho inglés y es considerada como la madre del derecho del seguro marítimo.

CAPITULO II: EL RIESGO Y SU CLASIFICACION

Al riesgo se le ha definido para expresarlo indistintamente de dos ideas diferentes:

- Riesgo como objeto asegurado: persona asegurada o cosa. Eje.: Casa, fábrica, persona con nombre y apellido
- Riesgo como posible ocurrencia por azar, de un acontecimiento cubierto en una póliza de seguro, esto es la Probabilidad de ocurrencia de un siniestro: choque, volcadura, robo parcial, incendio.

El riesgo cuando es posible, además debe ser incierto, fortuito, imprevisible, aleatorio.

- **Incierto:** Pues no debe existir la certidumbre o certeza de que este riesgo suceda, No se sabe si va o no a suceder.
- **Fortuito:** O accidental porque el riesgo debe provenir de un acto o acontecimiento ajeno a la voluntad del hombre en producirlo, es decir accidental, independiente de la voluntad del hombre, el riesgo debe ser fortuito inesperado.
- **Imprevisible:** No se puede predecir cuando va a ocurrir.
- **Aleatorio:** Que no tiene sentido, depende del azar, no hay razón lógica de que ocurra.

TODO LO ANTERIOR CONDUCE A DAÑOS Y/O PERDIDAS

1. CLASIFICACIÓN DEL RIESGO

Primera clasificación

1.1. **Riesgo Puro:** Es la probabilidad de que ocurra un evento y este es asegurable. El riesgo puro se divide en:

1. Riesgo puro natural.
2. Riesgo puro artificial o creado

1.2.1. **Riesgo Puro Natural:** El riesgo puro natural es el que se encuentra en la naturaleza, el hombre ha tratado a través del tiempo de explicarse, y por todos los medios científicos ha tratado de mitigar sus consecuencias, que en muchos casos han sido catastróficas. Como un ejemplo tenemos los terremotos, las erupciones volcánicas, las marejadas y los rayos.

1.2.2. **Riesgo Puro Artificial o Creado:** Este riesgo es creado por el hombre, concomitantemente con el progreso del mundo y los descubrimientos científicos, aparecen nuevos riesgos, como los riesgos aéreos que no existían antes de que se inventara el avión, apareció la lluvia ácida y así un sin número de riesgos que hace muchos años no los conocíamos y que por el desarrollo de la humanidad irían apareciendo a través del tiempo.

1.2.- **Riesgo Especulativo:** Es el riesgo de los negocios, depende de los factores internos y externos (no son asegurables). Se trata de especulación a favor o en contra de un interés.

Llamado riesgo especulativo o comercial porque se produce cuando los cálculos matemáticos y estadísticos resultan erróneos, produciendo una pérdida para el comerciante (ganar más o ganar menos) y de este tipo de riesgos se encargan las ciencias económicas o de la administración de empresas.

Segunda clasificación

2.1.- Particular: Es individual, afecta a una sola persona o riesgo.

2.2.- Catastrófico: Afecta a varias personas o a una comunidad. Actos de Dios y acontecimientos de carácter extraordinario (de naturaleza anormal y de elevada intensidad y **cuantía**).

Tercera clasificación

3.1.- Estático: No varía en el tiempo.
Ejem. Riesgo de Incendio en Quito.

3.2.- Dinámico: Cambia con el tiempo.
Ejem. El robo, por la situación social del país.

Cuarta clasificación

4.1. Frecuente: Muchos siniestros de poco valor. Para evitar alta siniestralidad, esto se arregla aumentando el deducible.

4.2. Intenso o severo: Pocos siniestros de gran valor. Para bajar la siniestralidad, se aumenta la tasa.

VALOR ASEGURADO

° Severidad (la sln es tasa)

° Frecuencia (la sln es deducible)

DE PERDIDAS

MATRIZ DE DECISIONES

SEVERIDAD

BAJA

ALTA

FRECUENCIA	BAJA	1	3
	ALTA	2	4

En esta etapa se incluye el impacto de la frecuencia y severidad de los riesgos, en el que:

1. con baja frecuencia y baja severidad hay que retener
2. alta frecuencia y baja severidad, hay que prevenir
3. a baja frecuencia y alta severidad se recomienda transferir o reducir
- 4 y con alta frecuencia y alta severidad, hay que evitar.

Quinta clasificación

5.1.- Físico u objetivo: Es el riesgo tangible, que se ve. Ej. Auto, casa.

5.2.- Moral o subjetivo: Refleja la buena fe, la actitud del asegurado, buena o malas intenciones.

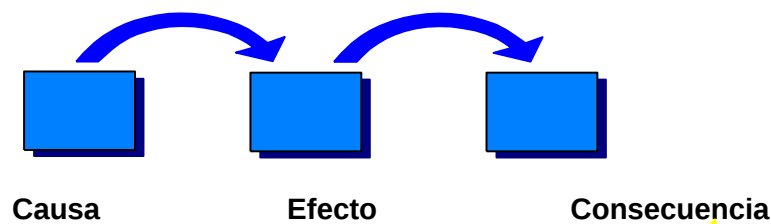
CAPITULO III

CASUÍSTICA

Esta es una de las herramientas más útiles para la ordenación de ideas, mediante el criterio de sus relaciones de causalidad, el Diagrama Causa-Efecto, también llamado “Diagrama de Ishikawa” o “Diagrama de Espina de Pescado”, éste muestra mediante diagramas una visión sencilla y concentrada del análisis de las causas que contribuyen a una situación.

Impacto visual: Muestra las interrelaciones entre un efecto y sus posibles causas de forma ordenada, clara, precisa y de un solo golpe de vista.

Capacidad de comunicación: Muestra las interrelaciones causa-efecto permitiendo una mejor comprensión del fenómeno en estudio, incluso en situaciones muy complejas.



Causa

Acción que provoca o inicia una cadena de acontecimientos

Ejemplo: Incendio, Choque, Terremoto

- Las **causas** vienen a ser todas las **coberturas amparadas** en una póliza de seguros.
- Una póliza de seguros cubre las causas.



Las causas: Deben identificarse las posibles causas “más generales” que contribuyen al efecto.

Efecto

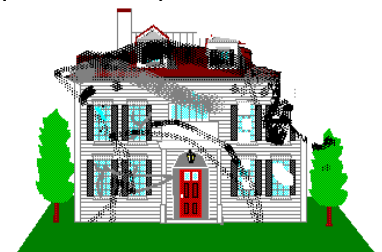
Los resultados de la ocurrencia de una causa

Ejemplo

Edificio quemado

Daños al automóvil

Daños en la estructura de un edificio



- El seguro indemniza los efectos, es decir los daños ocasionados por una CAUSA cubierta en la póliza de seguros.

El efecto debe ser:

- Específico: Para que no sea interpretado de diferente forma

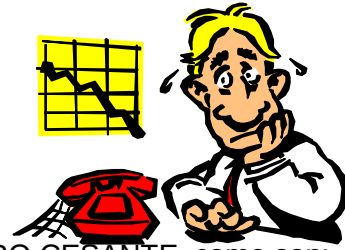
Consecuencia

Los efectos secundarios de una causa

Ejemplo

Paralización del negocio

Desocupación temporal que causa pérdidas de arrendamiento



- Se trata de las pólizas de seguros relacionadas con LUCRO CESANTE, como son:
 - ✓ Lucro Cesante por Incendio
 - ✓ Lucro Cesante por Rotura de Maquinaria

Diagrama de Ishikawa o Diagrama de Espina Pescado (Diagrama Causa – Efecto)

Diagrama de Ishicahua Causas Independientes

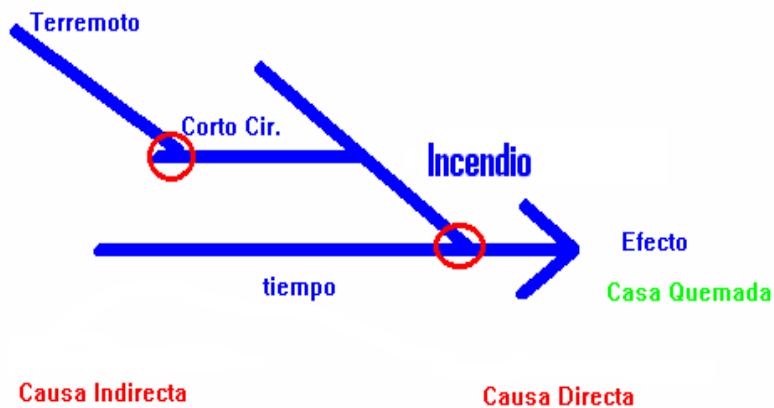
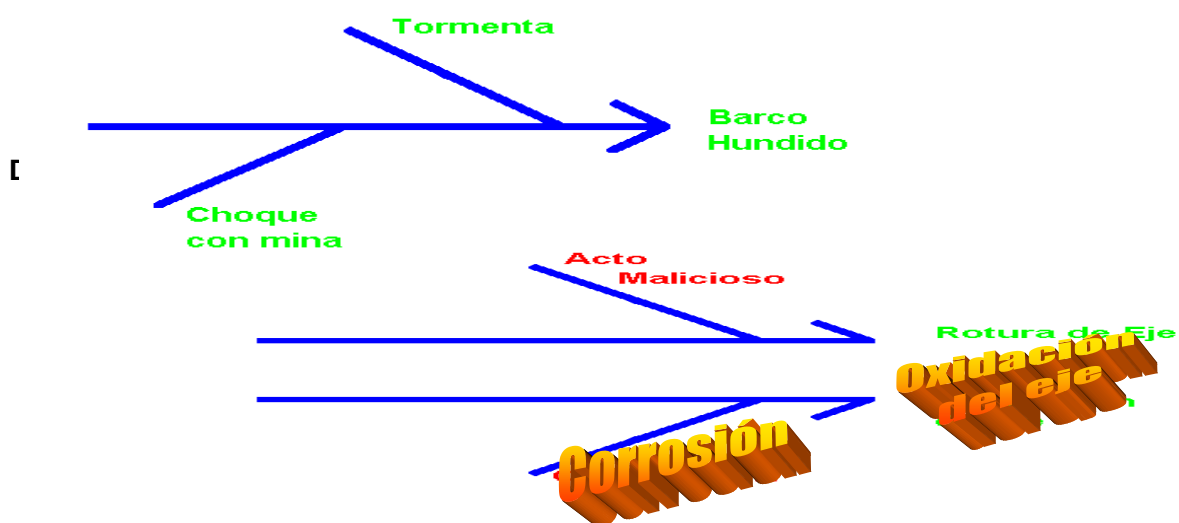


Diagrama de Ishikawa (Causas Concurrentes)



GLOSARIO TERMINOS BASICOS

Accidente:	Un hecho imprevisto, súbito y casual, de consecuencias negativas.
Ajustador:	Persona con especiales conocimientos teóricos o prácticos sobre una materia, que dictamina en relación con ésta los puntos concretos que se someten a su criterio. Intervienen para informar sobre las causas productoras de los siniestros, establece la responsabilidad de la Aseguradora y valoriza y liquida los daños ocasionados, según las condiciones del contrato de seguro.
Anexo:	Documento que modifica las condiciones originales del contrato.
Arbitraje:	Se trata de un sistema legal para evitar que el litigio entre las partes llegue a los tribunales. Funciona así: Cada parte nombra un perito que lo va a defender. Antes de empezar a litigar, los peritos nombran a un tercero que se llama dirimente. Su decisión será considerada definitiva.
Asegurado:	Una de las partes del contrato de seguros. Es la persona interesada en la traslación de los riesgos, comprometiéndose al pago de las primas estipuladas y que tiene el derecho al cobro de las indemnizaciones que se produzcan como consecuencia de un siniestro.
Aseguradora:	Es la persona jurídica, debidamente autorizada para ejercer tal actividad, por las autoridades competentes, que asume la responsabilidad de indemnizar al Asegurado por los daños producidos por riesgos amparados, a cambio de recibir una prima anticipada. Es quien emite la póliza respectiva.
Avería:	Utilizado en seguros marítimos, sinónimo de siniestro.
Beneficiario:	Es la persona designada en la Póliza por el Asegurado o Solicitante como titular de los derechos de indemnización que en dicho documento se establece; es quien ha de percibir en caso de siniestro, la indemnización que corresponda.
Cotización:	Tasa o prima que se ofrece de acuerdo al riesgo.
Contratante:	Es la persona natural o jurídica que toma la póliza, aún cuando el Asegurado y el beneficiario sean otros. Por ejemplo un Empleador que asegura a su ejecutivo. Normalmente es el responsable de pagar la prima y también puede ser el beneficiario, como en caso de una deuda.

Corredor, broker, intermediario, asesor: Es la persona natural o jurídica que tiene a su cargo y bajo su responsabilidad, el asesorar debidamente al Asegurado, tanto en la parte de emisión como en los siniestros que le puedan ocurrir. Su misión es obtener las coberturas idóneas, según las necesidades de su cliente, a cambio de las primas más justas posibles. No mantiene un contrato laboral con una entidad aseguradora, ofrece asesoramiento profesional imparcial a quienes demandan la cobertura de los riesgos a que se encuentran expuestos sus patrimonios, personas, intereses o responsabilidades.

Daño: Pérdida, avería, siniestro.

Deducible: Cantidad o porcentaje que en toda pérdida asume el asegurado. Cantidad o porcentaje establecido en una póliza cuyo importe ha de superarse para que se pague una reclamación. Es también sinónimo de franquicia.

Depreciación: Término relacionado con la disminución del precio o valor de un bien o producto por el simple transcurso del tiempo. Unas cuantas observaciones sobre este controvertido tema. La depreciación de un bien por motivo de un acto de recupero es una potestad del Asegurador. Curiosamente, en la mayoría de casos el Asegurado se contenta con quedarse con su producto y rebajar la suma a pagar de la Aseguradora en un porcentaje por salvamento.

Exclusiones: Parte de la póliza que menciona claramente los riesgos que no se cubren.

Franquicia Cantidad o porcentaje que una pérdida debe superar para que exista indemnización, en caso de que supere se paga el total de la pérdida.

Indemnización:

- Es el importe que está obligado a pagar contractualmente el asegurador en caso de producirse un siniestro.
- El fin de la indemnización es conseguir una reposición económica en el patrimonio del asegurado afectado por un siniestro.
- La indemnización no puede ser superior al capital asegurado, ni tampoco puede exceder del precio del objeto dañado.

Infraseguro:	Si al momento de ocurrir un siniestro, el valor asegurado es menor al real comercial, se aplicará el infraseguro correspondiente, con cargo al asegurado, pues será considerado como su propio asegurador en el porcentaje que no aseguró, por lo que soportará su parte proporcional de perjuicios y daños. Cuando la Suma Asegurada en la Póliza, sea MENOR al Valor Real Comercial o VALOR ASEGURABLE; el pago de la indemnización parcial se lo realizará en proporción a la suma asegurada; y en caso de pérdida total, se indemnizará hasta el límite asegurado. Es decir, en caso de pérdidas parciales deberá aplicar la Regla Proporcional, según las Condiciones generales de la Póliza.
Límite:	Valor expresado en la póliza es el monto de responsabilidad del asegurador.
Línea:	O ramo de seguros, incendio, robo, transporte.
Liquidación de Siniestro:	Procedimiento establecido para ajustar los daños provocados por un siniestro, determinar la procedencia de la cobertura contratada en la póliza y el monto de la indemnización a pagar si corresponde
Liquidador de Siniestros:	Persona natural o jurídica, auxiliar del comercio de seguros, autorizado por la Superintendencia de Bancos y Seguros, que pueden ser contratadas por una compañía de seguros para investigar la ocurrencia de los siniestros y sus circunstancias, determinando si estos se encuentran o no amparados por la póliza y el monto de la indemnización que corresponda pagar al asegurado o beneficiario en su caso.
Pérdida Total:	Aquella que supone la destrucción completa o la privación irremediable del bien asegurado, o de tal modo que el daño lo hace perder definitivamente la aptitud para el fin a que estaba destinado. Constituirá pérdida total del bien asegurado el siniestro que ocasione un daño de a lo menos tres cuartas partes de su valor.
Pérdida Parcial:	Es aquella que no constituye una pérdida total, vale decir, es aquella en que la valorización del siniestro no supera el monto establecido en la póliza como mínimo para declarar que el siniestro pase a tipificarse como pérdida total. Existe también lo que se llama una pérdida convenida, que es aquella en que la compañía ofrece y el asegurado acepta un valor de indemnización a objeto de traspasar al asegurado la responsabilidad por la reparación de una pérdida parcial indemnizada.
Póliza:	Contrato que formaliza las relaciones contractuales del asegurado y asegurador.
Prima:	Valor que el asegurado cancela por la póliza de seguro.
Prima técnica:	Valor resultante de los cálculos matemáticos del riesgo.

Prima pura:	Valor que se calcula para satisfacer los futuros siniestros.
Prima devengada:	Parte de la prima que corresponde al periodo de la póliza que ha transcurrido.
Prima devuelta:	Valor que se reintegra al asegurado por cancelación, anulación, reducción de los riesgos.
Prima neta:	Primas emitidas por la aseguradora en la que no están incluidos los impuestos.
Prima bruta:	Prima emitida por la aseguradora incluido los impuestos.
Prima ganada:	Valor de la prima cobrada, de la prima neta.
Reaseguro:	Sistema mediante el cual una aseguradora que acepta un riesgo, puede ceder una determinada parte del riesgo a otra compañía llamada reaseguradora.
Reasegurador:	Entidad que otorga o acepta una cobertura de Reaseguro. Es el seguro del seguro. Se trata de empresas que cubren ya no a un Asegurado directo, sino a la cartera o ramo determinado de una Aseguradora, dando lugar a lo que se llama la atomización del riesgo.
Reclamo:	Es una solicitud planteada a una persona para la satisfacción de un derecho; en la terminología aseguradora, esta palabra se utiliza frecuentemente para referirse a la demanda de indemnización que, en virtud de un contrato suscrito, se plantea a un asegurado.
Renovación:	Al finalizar la vigencia de una póliza el asegurado y la aseguradora, pueden convenir en renovar el contrato de seguros por un nuevo periodo.
Reserva:	Valor aproximado de la responsabilidad de la aseguradora cuando existe un siniestro.
Recuperos:	Por el principio básico del seguro de la Subrogación, el Asegurador sustituye al Asegurado en los derechos sobre los bienes pagados como indemnización en caso de siniestro. Cuando se efectúa un recuperio, éste corresponde a la Aseguradora en primer término, hasta donde sus desembolsos aparezcan. Sin embargo, se han dado casos de recuperos obtenidos, cuyos beneficios han llegado a tocar también al Asegurado, en razón proporcional directa con la indemnización. Por tanto, no es simple cuestión de observar los recuperos como un factor de descuento en los costos de siniestros, sino que hay que recordar que nuestro cliente también puede verse beneficiado con ellos.

Reserva: Son provisiones contables para siniestros pendientes de liquidación o pago. En general, su necesidad se explica al considerar que, cuando un ejercicio económico ha acabado (31 de diciembre), hay determinado número de siniestros que están aún pendientes de liquidación y los pagos indemnizatorios se efectuarán en el año siguiente o en otras anualidades sucesivas. En tal sentido, los aseguradores deben constituir al final del año una reserva equivalente al importante aproximado de los siniestros aún no indemnizados.

El cálculo de estas reservas se efectuará separadamente, por años de ocurrencia de los siniestros y para cada modalidad de seguro.

Restitución de suma

asegurada: Es la reposición al valor real del bien, luego de una indemnización, por el período que aún no ha transcurrido desde la fecha del siniestro hasta el vencimiento de la póliza. La restitución de suma asegurada se calcula:

$$\frac{VI * tasa * tiempo}{365}$$

El valor de la indemnización (VI) multiplicado por la tasa inicial y por la fracción de tiempo por transcurrir hasta el vencimiento de la póliza.

Salvamentos: Conjunto de operaciones encaminadas a rescatar bienes materiales durante o tras la ocurrencia de un siniestro. Son los bienes dañados que quedaron como consecuencia de un siniestro.

Siniestro: Es la manifestación concreta del riesgo asegurado, que produce unos daños garantizados en la póliza hasta el límite determinado. El siniestro, al ser un acontecimiento que causa unos daños, motiva el principio de indemnización, obligando a la aseguradora a satisfacer, total o parcialmente, al asegurado, el capital garantizado en la póliza.

Sobreseguro: Cuando la Suma Asegurada en la Póliza, sea MAYOR al Valor Real Comercial o VALOR ASEGURABLE; el pago de la Indemnización total o parcial, se lo realizará por el 100% de la pérdida, procediendo a devolver la Prima, por el exceso de valor asegurado.

Seguro correcto: Cuando la suma Asegurada en la Póliza, es IGUAL al Valor Real Comercial o Valor Asegurable, el pago de indemnización se lo realizara por el 100 % de la pérdida.

Solicitud: Declaraciones recibidas por el asegurador de parte del asegurado.

Solicitante: Es 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.

Survey: Informe detallado sobre las circunstancias de un siniestro, también conocido como inspección.

Tarifa:	Libro o folleto que contiene las reglas, instrucciones y tipo de tasa para un determinado riesgo. Cada línea de negocios tiene o puede tener una tarifa.
Tasa:	Es el precio del seguro normalmente representado en forma de porcentaje, para algunos ramos la unidad es por millar, como el seguro de incendio.
Underwriter:	Es el funcionario de una aseguradora que tiene la responsabilidad de aceptar o rechazar el riesgo o riesgos que someten los asegurados directamente o a través de los intermediarios de seguros.