



UTPL

La Universidad Católica de Loja

Vicerrectorado de Modalidad Abierta y a Distancia

Seguros

Guía didáctica





Facultad Ciencias Económicas y Empresariales

Seguros

Guía didáctica

Carrera	PAO Nivel
Finanzas	IV

Autores:

Andrés Santiago Duran Proaño

Reestructurada por:

Fátima Evelyn Mendoza Jaramillo



Seguros

Guía didáctica

Andrés Santiago Duran Proaño

Reestructurada por:

Fátima Evelyn Mendoza Jaramillo

Diagramación y diseño digital

Ediloja Cía. Ltda.

Marcelino Champagnat s/n y París

edilojacialtda@ediloja.com.ec

www.ediloja.com.ec

ISBN digital - 978-9942-25-735-2

Año de edición: abril, 2020

Edición: primera edición reestructurada en enero 2025 (con un cambio del 5%)

Loja-Ecuador



Los contenidos de este trabajo están sujetos a una licencia internacional Creative Commons **Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual** 4.0 (CC BY-NC-SA 4.0). Usted es libre de **Compartir** — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato. Adaptar — remezclar, transformar y construir a partir del material citando la fuente, bajo los siguientes términos: Reconocimiento- debe dar crédito de manera adecuada, brindar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante. No Comercial-no puede hacer uso del material con propósitos comerciales. Compartir igual-Si remezcla, transforma o crea a partir del material, debe distribuir su contribución bajo la misma licencia del original. No puede aplicar términos legales ni medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otras a hacer cualquier uso permitido por la licencia. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



Índice

1. Datos de información	8
1.1 Presentación de la asignatura.....	8
1.2 Competencias genéricas de la UTPL.....	8
1.3 Competencias del perfil profesional	8
1.4 Problemática que aborda la asignatura	9
2. Metodología de aprendizaje	10
3. Orientaciones didácticas por resultados de aprendizaje.....	11
Primer Bimestre.....	11
Resultado de aprendizaje 1:	11
Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas.....	11
Semana 1	12
Unidad 1. El seguro	12
1.1. Introducción.....	12
1.2. Historia del seguro	15
Actividades de aprendizaje recomendadas	19
Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas.....	20
Semana 2.....	20
Unidad 1. El seguro	20
1.3. El riesgo	20
Actividad de aprendizaje recomendada	24
Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas.....	24
Semana 3.....	24
Unidad 1. El seguro	24
1.4. Marco legal.....	24
Actividades de aprendizaje recomendadas	35
Autoevaluación 1	36
Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas.....	37
Semana 4.....	37



Unidad 2. La industria del seguro.....	37
2.1. La industria del seguro	37
Actividades de aprendizaje recomendadas	42
Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas.....	43
Semana 5.....	43
Unidad 2. La industria del seguro.....	43
2.2. Reaseguro y coaseguro	43
2.3. Los actuarios.....	47
Actividades de aprendizaje recomendadas	50
Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas.....	51
Semana 6.....	51
Unidad 2. La industria del seguro.....	51
2.4. Contrato de seguro	51
Actividades de aprendizaje recomendadas	59
Autoevaluación 2.....	60
Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas.....	61
Semana 7.....	61
Actividades finales del bimestre	61
Actividad de aprendizaje recomendada	62
Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas.....	62
Semana 8.....	62
Segundo bimestre.....	63
Resultado de aprendizaje 2:	63
Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas.....	63
Semana 9.....	63
Unidad 3. Técnicas de tarificación de seguros	63
3.1. Fundamentos técnicos del seguro: vida.....	63
3.2. Tablas de mortalidad	66
Actividades de aprendizaje recomendadas	73



Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas..... 74

Semana 10..... 74

 Unidad 3. Técnicas de tarificación de seguros 74

 3.3. Productos de seguros de vida..... 74

 Actividad de aprendizaje recomendada 78

Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas..... 78

Semana 11 78

 Unidad 3. Técnicas de tarificación de seguros 78

 3.4. Fundamentos técnicos del seguro: no vida 78

 Actividades de aprendizaje recomendadas 87

Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas..... 87

Semana 12..... 87

 Unidad 3. Técnicas de tarificación de seguros 87

 3.5. Tarificación 87

 Actividades de aprendizaje recomendadas 92

 Autoevaluación 3..... 93

Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas..... 94

Semana 13..... 94

 Unidad 4. Aplicaciones prácticas en compañías de seguros..... 94

 4.1. Reservas técnicas 94

 Actividades de aprendizaje recomendadas 99

 Autoevaluación 4..... 100

Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas..... 101

Semana 14..... 101

 Unidad 5. Seguros generales..... 101

 5.1. Clasificación de los riesgos..... 101

 5.2. Seguro de incendio y líneas aliadas..... 105

 Actividades de aprendizaje recomendadas 108

Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas..... 109



Semana 15..... 109

 Unidad 5. Seguros generales..... 109

 5.3. Fianzas..... 109

 5.4. Seguro de vehículos..... 113

 Actividades de aprendizaje recomendadas 115

 Autoevaluación 5..... 115

Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas..... 117

Semana 16..... 117

 Actividades finales del bimestre 117

 Actividad de aprendizaje recomendada 117

4. Autoevaluaciones 118

5. Referencias bibliográficas 124

6. Anexos 126





1. Datos de información

1.1 Presentación de la asignatura



1.2 Competencias genéricas de la UTPL

- Vivencia de los valores universales del humanismo de Cristo.
- Comunicación oral y escrita.
- Orientación a la innovación y a la investigación.
- Pensamiento crítico y reflexivo.
- Trabajo en equipo.
- Compromiso e implicación social.
- Comportamiento ético.
- Organización y planificación del tiempo.

1.3 Competencias del perfil profesional

Aplicar procedimientos técnicos económicos – financieros que permitan fundamentar las decisiones de financiamiento e inversión, para que a través de la integración de variables micro y macroeconómicas, soporten el análisis de la gestión financiera empresarial y la aplicación de procesos y métodos financieros orientados a la toma de decisiones para la generación de valor para la empresa.



1.4 Problemática que aborda la asignatura

Inaplicabilidad de procedimientos económicos, técnicos-financieros, para fundamentar las decisiones de inversión y las posibilidades para diversificar el financiamiento en empresas y organizaciones para reducir el margen de ineficiencia en la gestión financiera, el escaso análisis financiero y argumentación sobre las variables macro y microeconómicas, las pocas metodologías de valoración que se manejan a nivel de las grandes, medianas y pequeñas empresas para la correcta toma de decisiones.





2. Metodología de aprendizaje

Por las características de los resultados de aprendizaje, se utilizará principalmente la metodología de aprendizaje basado en problemas, enfocada en desarrollar dos competencias:

- Resolución de problemas, para evaluar el aprendizaje experimental.
- Comprensión científica, para evaluar el aprendizaje en contacto con el docente.





3. Orientaciones didácticas por resultados de aprendizaje



Primer Bimestre

Resultado de aprendizaje 1:

Caracterizar los riesgos asegurables, los ramos, las entidades y los elementos que intervienen en la gestión de los contratos de seguros.

Para dar cumplimiento al resultado de aprendizaje, es importante que usted adquiera la capacidad de caracterizar diversos aspectos relacionados con la gestión de contratos de seguros. El objetivo es que los alumnos desarrollen un conocimiento integral sobre cómo se estructuran, gestionan y evalúan los contratos de seguros, centrándose en los riesgos, los tipos de seguros, y los actores y elementos relevantes en este ámbito.

Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas

Recuerde revisar de manera paralela los contenidos con las actividades de aprendizaje recomendadas y actividades de aprendizaje evaluadas.





Unidad 1. El seguro

1.1. Introducción

El seguro, en su esencia, se propone proteger a las personas y sus patrimonios ante riesgos, y este resguardo es proporcionado por las empresas de seguros a cambio de una contraprestación denominada prima. La prima, además de reflejar el comportamiento del riesgo asumido por la compañía, incluye recargos que contribuyen a mantener la viabilidad del negocio asegurador.

En sus inicios, la actividad aseguradora carecía de empresas especializadas, contratos formales y organismos reguladores. La motivación para la creación del seguro en las primeras civilizaciones fue la solidaridad, un principio que sigue siendo fundamental en la industria aseguradora. En épocas donde la esperanza de vida apenas supera los 35 años y la vida era inherentemente riesgosa debido a la falta de conocimientos médicos, vacunas y medidas de seguridad, la solidaridad se erigió como una estrategia colectiva para hacer frente a los gastos derivados de siniestros.

La respuesta colectiva ante riesgos individuales se materializó tanto a nivel individual como empresarial. A nivel personal, las personas se agrupaban para enfrentar de manera colectiva los impactos económicos de eventos como la muerte o incendios. En el ámbito empresarial, especialmente en la industria del comercio en crecimiento, surgieron mutualidades para distribuir las pérdidas en casos de naufragio entre los participantes.

Hoy en día, los seguros se perfeccionan a través de contratos o pólizas, conocidos como procesos de “suscripción”, que establecen acuerdos entre asegurados y aseguradoras. Esta unidad de estudio introduce a los estudiantes en el mundo de los seguros, explorando conceptos clave como riesgo, prima y siniestro. Se revisa la historia del seguro, destacando su presencia desde los inicios de la actividad marítima, y se profundiza en el concepto central que fundamenta su existencia: la gestión del riesgo y los



mecanismos para afrontarlo. Además, se examina la normativa que regula la industria del seguro en Ecuador, proporcionando una comprensión integral de este fascinante campo.



Es el momento oportuno para examinar el siguiente video titulado: [¿Qué son y cómo funcionan los seguros?](#)

Conceptualizaciones básicas

De acuerdo con la Ley General de Seguros, se consideran y utilizan los siguientes términos:

- **Asegurado:** el asegurado es la persona que es titular del interés asegurable, o sea aquella cuyo patrimonio o persona puedan resultar afectados, directa o indirectamente, por la realización de un siniestro.
- **Asegurador:** empresas legalmente autorizadas para asumir riesgos, y que, por el pago de una prima, se comprometen a indemnizar al asegurado en caso de siniestros de acuerdo con las condiciones acordadas en la póliza.
- **Beneficiario:** el beneficiario es quien percibe la indemnización en caso de siniestro. El asegurado puede ser distinto del beneficiario; si por ejemplo, cuando se trata de un seguro de vida en que se cubre la vida del asegurado, el beneficiario es la persona designada expresamente por el asegurado. En el caso de seguro de un vehículo que se encuentre prendado por una obligación financiera, el beneficiario será el acreedor de este préstamo y no el asegurado quien es el que paga la prima del seguro.
- **Deducible:** cantidad o porcentaje que en toda pérdida asume el asegurado.
- **Exclusión:** son aquellas situaciones que se pactan al momento de la suscripción de la póliza que no serán indemnizadas por diversas razones. Se excluyen de la póliza todos aquellos actos que no estén dentro del concepto de eventualidad. Por ejemplo, en algún seguro de vida, no se cubrirá una muerte que sea por estado étlico o por suicidio, o en un seguro de gastos médicos puede no cubrirse alguna enfermedad preexistente.



- **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.
- **Interés asegurable:** vínculo que existe entre el asegurado y el objeto asegurado, una persona tiene un interés asegurable cuando se beneficia de la conservación de un objeto y se perjudica si este sufre daño o pérdida. Este principio nos guía a asegurar solamente aquellos bienes que nos pertenecen o aquellos sobre los que tenemos responsabilidad. Para que exista un contrato de seguro debe estar presente el interés asegurable, en ausencia de este, no puede existir un contrato válido.
- **Límite máximo de responsabilidad de la aseguradora:** a este punto se denomina valor asegurado y es el límite que, en caso de pérdida o daño, el asegurador debe pagar al asegurado.
- **Póliza:** la póliza es el instrumento privado, que permite probar que el contrato de seguro se ha suscrito y permite así mismo que, en caso de controversia entre las partes, este instrumento sea exhibido ante los tribunales como prueba de la relación existente entre el asegurado y el asegurador.
- **Prima neta comercial:** es el costo neto de una póliza.
- **Reasegurador:** 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. Es la aseguradora de una aseguradora.
- **Renovación:** es el proceso que se efectúa entre el asegurado, la aseguradora y el agente de seguros, con el objeto de elaborar una nueva póliza por un nuevo periodo. La renovación puede modificar, aumentar o disminuir las cláusulas o la suma asegurada de una póliza vencida.
- **Rescisión:** es la finalización del contrato en una fecha anterior a la prevista.
- **Riesgo:** es un evento que en caso de producirse obliga al asegurador a pagar la indemnización convenida.



- **Salvamento:** bienes materiales rescatados durante o tras la ocurrencia de un siniestro. La aseguradora subroga los derechos sobre aquellos bienes siniestrados.
- **Seguro:** 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.
- **Siniestralidad:** conjunto de siniestros producidos durante un periodo de tiempo determinado en una póliza o grupo de ellas. También se puede entender este concepto como la proporción entre los costos de siniestros sobre la prima retenida neta devengada.
- **Siniestro:** es la ocurrencia del suceso o acontecimiento, comenzando las obligaciones a cargo de la compañía de seguro; las mismas que pueden ser el pago de una cantidad de dinero.
- **Tablas de mortalidad/supervivencia:** son el elemento fundamental en los seguros de vida para el cálculo de los diferentes tipos de tarifa. Indican las probabilidades teóricas de mortalidad y supervivencia que se dan en las personas según su edad respectiva, permitiendo conocer, por tanto, la duración media de su vida.
- **Tasa (de prima):** es el porcentaje que se aplicará sobre la suma asegurada para obtener el precio del seguro.

1.2. Historia del seguro

Desde sus modestos inicios en Babilonia hasta la consolidación de gigantes aseguradores en el siglo XX, la historia del seguro es fascinante. Desde pactos de solidaridad en la antigüedad hasta complejas pólizas modernas, lo invito a explorar la línea de tiempo denominada “Historia del Seguro”, destacando su evolución a lo largo de los siglos.

[Historia del seguro](#)



1.2.1. Clasificación del seguro

El ámbito del seguro es muy amplio, de modo que se pueden diferenciar algunas clases, revisaremos las más importantes.

Según el objeto asegurable

En función del riesgo que cubren podemos distinguirlos entre seguro de personas (Vida) y de seguros de daños o patrimoniales (No vida):

- a. **Vida.**- Son aquellos que cubren los riesgos que afecten a las personas, los cuales pueden afectar a la existencia, integridad personal o funcional o salud de una persona o un grupo de personas. Dentro de este concepto de seguros de personas tenemos los siguientes:
 - i. Los seguros sobre riesgos que afectan a la existencia de las personas: **seguros de vida.**
 - ii. Los seguros sobre riesgos que afectan a la integridad corporal o funcional de las personas: **seguros de invalidez.**
 - iii. Los seguros sobre riesgos que afectan a la salud de las personas: **seguros de gastos médicos.**

Este tipo de seguros no busca reparar o indemnizar el daño o quebranto económico real que se produce por el acaecimiento del riesgo, sino proporcionar, por parte del asegurador, las sumas aseguradas o la prestación del servicio concertado.

- b. **No vida.**— Se pueden definir a los seguros de No Vida como de daños o patrimoniales; cuyo objeto es el de indemnizar al asegurado por el perjuicio económico que sufre el interés que tenga dicho asegurado sobre un bien o la pérdida que no afecta a un bien en concreto sino al conjunto de su patrimonio, en el caso de que ocurra el riesgo.

Dentro de los seguros de no vida se encuentran: incendio y líneas aliadas, vehículos, robo, transporte, crédito, fianzas, responsabilidad civil, entre otros.



Según el gestor

Como se definió inicialmente, el seguro es un contrato bilateral que busca la transferencia de riesgo a través del pago de una prima. En este sentido, estos contratos pueden ser gestionados de manera pública o privada.

- a. **Privados.** — Son todos los normalmente contratados por los aseguradores privados. La mayoría son voluntarios, aunque también existen los de índole obligatoria.
- b. **Públicos.** — Son aquellos cuya administración asume directamente el Estado, por razones de volumen, especificidad o interés común. Conocidos también como seguros sociales (accidentes de trabajo, enfermedad profesional, desempleo, etc.) y otros relacionados con los servicios que directamente presta la Administración.

En este tipo de seguros, es el Estado quien determina las bases y estructura del seguro y asume el riesgo en todo o en parte, además es de carácter obligatorio.

1.2.2. La prima

La prima es el valor económico del seguro que ha de pagar un asegurado (contratante) a una compañía aseguradora por la transferencia del riesgo, bajo las coberturas que esta última ofrece a sus clientes durante un determinado período de tiempo.

La suma de primas de muchos, cubren las pérdidas de pocos. Esta idea tiene su fundamento técnico en la Ley de Grandes Números.

Existen diferentes tipos de prima según la condición que se analice. Sin embargo, se centrará el estudio de tres tipos de primas principalmente:

- **Prima pura** o prima de riesgo (también conocida como prima pura de riesgo): es el valor que cubre únicamente los riesgos que cubre la aseguradora.





La prima pura representa el costo esperado del siniestro. Si una aseguradora supiera la cuantía del siniestro que tendrá uno de sus clientes, le cobraría exactamente ese valor. Como en la práctica es imposible conocer lo que sucederá en el futuro, se utilizan probabilidades.

Y a nivel técnico, se calculan probabilidades de ocurrencia del siniestro (frecuencia) y cuantía del siniestro (severidad), para determinar la siniestralidad esperada a la que podría hacer frente la aseguradora. Pues justamente, esa siniestralidad esperada es la prima pura de riesgo. Es de remarcar, que el análisis de prima pura se hace por cada uno de los seguros o también conocidos como ramos de seguros (incendio, vehículos, fianzas, etc.)

- **Prima comercial:** constituye la prima de riesgo, más recargos para la operación de la empresa: administrativos, comisiones (pagos a los vendedores, *brokers*, etc.) y utilidad.
- **Prima de facturación:** es la prima comercial, más los impuestos de ley.

La prima, técnicamente, debe pagarse conjuntamente con la suscripción del contrato; es decir, es un servicio que se paga por anticipado. Sin embargo, puede financiarse este pago, ya sea directamente con la aseguradora, o a través de canales convencionales de crédito (tarjetas de crédito, crédito de consumo, etc.) Comúnmente esta puede ser mediante los siguientes esquemas: pago único (cuando la cobertura es de más de 1 año), o pago periódico: pago anual, semestral, trimestral, bimestral, mensual.

Por ejemplo: un señor de 50 años contrata una renta vitalicia que se le empezará a pagar cuando él cumpla 65. El costo de esta renta es una prima que se calcula con base en criterios de matemática actuarial y depende de cómo desee pagar el señor. La prima puede pagarse (estas son las opciones que puede elegir el señor):

- **Prima única:** se paga todo el valor de la prestación (la renta vitalicia) cuando el señor suscribe el contrato, es decir, cuando tiene 50 años.

- **Prima anual:** el valor de la prestación se paga una vez al año, durante los próximos 15 años; es decir, pagará su primera prima cuando tiene 50 años; la segunda prima cuando tenga 51 años; y así, hasta cuando tenga 64 años y pague la prima número 15.
- **Prima mensual:** el valor de la prestación se paga mensualmente durante los próximos 15 años. Es decir, paga 180 primas (12 meses x 15 años).



Actividades de aprendizaje recomendadas

Estimado estudiante, lo invito a desarrollar las siguientes actividades de aprendizaje propuestas:

1. Refuerce los conocimientos adquiridos a través de la siguiente actividad: Crucigrama introducción al seguro.

[Crucigrama introducción al seguro](#)

2. Elabore un resumen o cuadro sinóptico que destaque los aspectos fundamentales de los contenidos revisados en la semana 1.

Nota. Por favor, complete estas actividades en un cuaderno o en un documento de Word.

La realización de estas tareas le permitirá consolidar los conceptos aprendidos durante esta semana de estudios, proporcionando una base sólida para futuros estudios.





Unidad 1. El seguro

1.3. El riesgo

El riesgo acompaña a la humanidad desde sus orígenes y es consustancial a su naturaleza. Pero no todos los riesgos son iguales, ni son comparables. El riesgo es la posibilidad de que ocurra un suceso futuro, incierto, ajeno a la voluntad de las partes, con consecuencias económicamente desfavorables. Esta premisa es el fundamento del seguro y base para que una aseguradora asuma su cobertura.

Se define al riesgo como una posibilidad, es decir, que el acontecimiento ha de ser posible. Paralelo a este acontecimiento, ha de ser incierto, lo que significa que no puede existir la certidumbre de que ocurrirá. En el caso de los seguros de vida, si bien la muerte es un hecho cierto, cumple su condición de incierto al ser desconocido el momento exacto en que este hecho sucederá.

Además, el acontecimiento ha de ser fortuito o accidental, es decir, independiente de la voluntad del hombre, quien deberá evitarlo o reducir las pérdidas que produciría en caso de suceder. Finalmente, el posible acontecimiento ha de tener consecuencias negativas, en el sentido de que debe acarrear una pérdida o deterioro de la vida, o una pérdida económica.

En consecuencia, el concepto riesgo solo se refiere, a la ocurrencia de un suceso posible, incierto, fortuito y dañoso. Condiciones básicas que deben darse para que pueda existir el seguro.



1.3.1. Clasificación

Es preciso que las compañías de seguros estudien el comportamiento del riesgo, para poder segmentar correctamente y aplicar primas diferenciadas a cada uno de ellos. En este sentido, se han establecido distintas formas de dar respuesta a la amplia gama de coberturas de riesgos que demanda el mercado; y depende de los diversos modos en que los individuos sienten sus necesidades de protección y estabilidad económica. A continuación, lo invito a revisar la clasificación de los riesgos.

Según el objeto sobre el que recae el riesgo, este puede ser:

- **Personal:** cuando recae sobre las personas. Por ejemplo, el riesgo de morir, de perder la integridad física como consecuencia de un accidente, o perder la salud.
- **Real:** cuando el riesgo afecta a las cosas. Por ejemplo, el incendio, el robo de objetos, etc.
- **Patrimonial o de responsabilidad:** aquel en que resulta afectado, si ocurre el riesgo, el patrimonio del individuo, genéricamente considerado. Por ejemplo, producir daños a terceras personas conduciendo un automóvil, lo que genera una obligación de reparar el daño causado.

Según su tamaño pueden ser:

- **Riesgos individuales:** son aquellos que involucran a una persona.
- **Riesgos grupales:** son aquellos que involucran a un grupo de personas.

Según su origen pueden ser:

- **Riesgo físico:** son los riesgos causados por un suceso imprevisto.
- **Riesgo moral:** son los riesgos causados por la intención expresa de quien tiene interés asegurable.



Según su materialización pueden ser:

- **Riesgos objetivos:** son los riesgos donde puede demostrarse visiblemente la ocurrencia, y cuantificarse claramente la pérdida económica.
- **Riesgos subjetivos:** son los riesgos donde no es posible obtener un solo criterio sobre su ocurrencia, y mucho menos cuantificarse su pérdida económica.

Según su efecto económico pueden ser:

- **Riesgos puros:** son los riesgos que de producirse generan pérdidas y estas son evitadas.
- **Riesgos especulativos:** son los riesgos que de producirse generan ganancias y estas son deseadas.

1.3.2. Metodología de gestión

Cuando el individuo conoce los riesgos a los que está expuesto, caben dos actitudes básicas: la de no hacer nada, confiando en que el riesgo no llegará a afectar; o bien, la de adoptar algún tipo de medidas para protegerse del mismo.

Dentro de esta segunda actitud, a su vez, el individuo puede hacer frente a los riesgos a los que está expuesta su persona, sus bienes o su patrimonio, de tres formas diferentes:

- Prevención.
- Autofinanciación.
- Transferencia del riesgo, o seguro.

La prevención es el conjunto de medidas que se adoptan para eliminar en mayor medida la posibilidad de que ocurra el suceso riesgoso; o, cuando menos, para atenuar sus consecuencias en caso de acaecimiento (ejemplo: utilización de materiales idóneos en la construcción, instalaciones adecuadas para extinción de incendios, medicina preventiva, etc.).



La autofinanciación es también una forma de hacer frente a los riesgos, como previsión frente a las contingencias del futuro. Persigue la constitución de un fondo mediante la sustracción periódica de unidades monetarias que no se destinan al consumo. No obstante, la ocurrencia prematura del siniestro limita la indemnización a las cantidades ahorradas hasta ese momento.

Frente a estos métodos, el seguro ofrece la resolución del problema de forma inmediata y completa, pues basta el solo pago de la prima para que el individuo quede protegido de las consecuencias de ocurrencia del siniestro, ya que el riesgo se transfiere a la compañía aseguradora.

El seguro implica una transferencia del riesgo, de la persona que está expuesta a este, a un ente —entidad aseguradora— que lo asume; de forma que las consecuencias del riesgo dejan de recaer sobre la persona en cuestión y pasan a ser asumidas por un tercero, la aseguradora. Para ello, la compañía de seguros, previamente, ha recaudado entre todos los sujetos expuestos al mismo riesgo las cuotas o primas necesarias.

1.3.3. Principios del riesgo asegurable

Para que los riesgos sean asegurables es necesario que las pérdidas que de ellos se deriven reúnan las características siguientes:

- **Cuantificables.**— No se puede cuantificar el sufrimiento que causa el incendio del propio hogar, pero sí el valor de la pérdida económica, por lo que solo se puede asegurar esta última.
- **Predecibles.**— Es decir, que se trate de pérdidas de las que se tenga suficiente experiencia por haberse producido en gran número de casos semejantes.
- **Mensurables.**— Que puedan ser evaluadas mediante los mecanismos de tasación del asegurador, aunque en muchos casos ello constituya una operación compleja que solo personas muy expertas (peritos) pueden resolver.
- **Efectivamente accidentales.**— No intencionados, o lo que viene a ser lo mismo, con incertidumbre sobre la ocurrencia del siniestro. En realidad, el



seguro se contrata tanto para recuperar las pérdidas como para eliminar la incertidumbre sobre la situación que podría producirse con el siniestro.

El seguro es una de las formas de tratamiento del riesgo, pero no de cualquier riesgo, sino solamente de aquel que reúna las características antes mencionadas. De lo expuesto, se deduce que el tipo de riesgo que puede ser cubierto por el seguro es aquel que, además de posible, aleatorio, fortuito y dañoso, está referido a casos particulares.



Actividad de aprendizaje recomendada

Una vez culminado el estudio de la semana, lo invito a desarrollar la siguiente actividad de aprendizaje propuesta:

Elabore un mapa conceptual que organice la metodología de gestión y principios del riesgo asegurable.

Nota: Por favor complete la actividad en un cuaderno o documento Word

Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas



Semana 3

Unidad 1. El seguro

1.4. Marco legal

Estimado estudiante, para concluir el estudio de esta primera unidad, se llevará a cabo una revisión detallada de la normativa que rige la industria del seguro tanto en Ecuador como en el ámbito internacional.

La operación y alcance de las actividades de las empresas de seguros, así como las obligaciones y derechos de los asegurados, están regulados por diversas leyes en todo el mundo. La legislación busca garantizar la cobertura de riesgos por parte de las aseguradoras y prevenir abusos.



En Ecuador, el “Decreto 1147” de noviembre de 1963, derogado en mayo de 2019 con la expedición del Código de Comercio, regulaba los contratos entre asegurados y aseguradoras, considerando las particularidades del negocio.

En Europa, América del Norte y el Lejano Oriente, la regulación de seguros ha evolucionado. La Directiva de Solvencia II de la Unión Europea, vigente desde enero de 2016, armoniza normativas y establece un régimen de supervisión para defender al consumidor y promover la igualdad competitiva.

Este apartado profundiza en la legislación nacional e internacional sobre la actividad aseguradora.

1.4.1. A nivel nacional

Entre los principales cuerpos jurídicos encargados de regular, controlar y supervisar el sistema de seguros privados en el Ecuador se encuentran: La Ley General de Seguros, vigente en Ecuador según el Registro Oficial No. 332, de 12 de septiembre del 2014, que reemplaza a la emitida mediante Registro Oficial No. 403 del 23 de noviembre de 2006, es la norma superior en el marco regulatorio de la actividad aseguradora. Esta ley constituye el libro III del Código Orgánico Monetario y Financiero.

El Código de Comercio – Libro VI, expedido mediante Registro Oficial No. 449 el 29 de mayo de 2019, que contiene la regulación del “Contrato de Seguro”.

La Codificación de Resoluciones Monetarias, Financieras, de Valores y Seguros, concretamente, el Libro III: Sistema de Seguros Privados, que engloba diversas definiciones, metodologías y regulaciones en materia de operación de seguros en el país. En general, incluye las disposiciones correspondientes a la Ley General de Seguros.

De este último cuerpo legal, en el Título 2, es de particular interés la lectura de: Capítulo V: Normas sobre el Régimen de Reservas Técnicas.

- **Capítulo X.** Normas para la estructuración de las Notas Técnicas que respaldan las tarifas de primas.



- **Capítulo XI.** Normas para la Estructura y Operatividad del Contrato de Seguro. ([anexo 1](#))

Figura 1

Cuerpos jurídicos de seguros en Ecuador



Nota. Duran, A., 2024.

En el Ecuador los principales cuerpos legales que norman la actividad aseguradora en el país son:

- Ley General de Seguros; y su reglamento ([anexo 2](#)).
- Ley de Salud Prepagada¹; y su reglamento.
- Libro III. Sistema de Seguros Privados, de la Codificación de Resoluciones Monetarias, Financieras, de Valores y Seguros.
- Código de Comercio ([anexo 3](#)).
- Todas aquellas resoluciones emitidas por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros.

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros (SCVS) regula el sector de seguros y empresas de atención de salud prepagada en Ecuador, conforme al artículo 213 de la Constitución Política. Este artículo establece que las superintendencias son organismos técnicos encargados de la vigilancia, auditoría, intervención y control de actividades económicas y servicios públicos y privados para garantizar su conformidad con la ley y el interés general. El Código Orgánico Monetario y Financiero otorga a la SCVS la

autoridad para supervisar el régimen de seguros en el país. Además, la Junta de Política y Regulación Monetaria y Financiera, dentro de la Función Ejecutiva, formula políticas y regula y supervisa aspectos monetarios, crediticios, cambiarios, financieros, de seguros y valores.

El organismo de regulación

Con la promulgación del Código Orgánico Monetario y Financiero el 12 de septiembre del 2014, se dispuso que sea la Superintendencia de Compañías la que ejerza la vigilancia, auditoría, intervención, control y supervisión del régimen de seguros en el Ecuador, es así como luego de un año de vigencia de la ley, la SCVS asume el control y parte de la regulación del sector de seguros privados, misión que había estado a cargo de la Superintendencia de Bancos (SBS).

Esta disposición está en coherencia con la norma constitucional del artículo 312, con el fin de que sea la Superintendencia de Bancos, y la de la Economía Popular y Solidaria, las que se dediquen al control de las entidades en el ámbito financiero, y la de Compañías al no financiero.

Dentro de las funciones de la SCVS para el régimen de seguros contenidas en el Código Orgánico Monetario y Financiero se encuentran:

Supervisar en forma regular y permanente las actividades de las entidades controladas (aseguradoras, reaseguradoras, peritos, asesores, productores de seguros, e intermediarios de reaseguros), mediante auditorías *in situ* y *extra situ*, vigilando que su accionar se ciña a las leyes y normas, con el fin de asegurar su solvencia patrimonial y rectitud de procedimientos, en salvaguarda de los intereses de los usuarios y del sistema.

- Atender y resolver reclamos y denuncias que presenten usuarios contra entidades controladas.
- Sancionar a las entidades controladas infractoras de la ley.



- Expedir normativa que es de su competencia; y, proponer proyectos de normativa que corresponde aprobar a la Junta de Política y Regulación Monetaria y Financiera.
- Disponer la adopción de programas de regularización a las empresas controladas que por su situación lo requieran, así como la intervención, disolución y liquidación forzosa.
- Conocer y aprobar actos societarios de las entidades controladas, como son la constitución, fusión, reformas estatutarias, cambio de denominación.

Normativa vigente

Algunos de los aspectos más importantes de la normativa vigente son presentados a continuación, con el objetivo de que el estudiante se familiarice con el marco legal en el que se desarrolla la industria aseguradora. No es necesario aprender de memoria los artículos; por el contrario, se pretende que el estudiante esté en capacidad de comprender la normativa y emitir un criterio que se ajuste al espíritu que rige en la ley.

Leyes

Como se mencionó al inicio de este apartado, con Registro Oficial Suplemento No. 332 del 12 de septiembre del 2014, la LGS, tras la promulgación del COMF, introduce una serie de cambios; siendo el más importante, la modificación del capital mínimo requerido para las empresas de seguros y compañías de reaseguros.

Para profundizar en este tema, a continuación, se estudian algunos aspectos importantes de esta ley:

Integrantes del sistema de seguro privado (artículo 2). Son integrantes del Sistema de Seguros Privados:

Todas las empresas que realicen operaciones de seguros.

- Las compañías de reaseguros.



- Los intermediarios de reaseguros.
- Los peritos de seguros.
- Los asesores productores de seguros.

Clasificación de las compañías de seguros (artículo 3)

- **Compañías de seguros generales.**— Son aquellas que aseguran los riesgos causados por afecciones, pérdidas o daños de la salud, de los bienes o del patrimonio y los riesgos de fianza o garantías.
- **Compañías de seguros de vida.**— Son aquellas que cubren los riesgos de las personas o que garanticen a estas 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.

Y en el caso en que empresas de seguros operen conjuntamente en los ramos de seguros generales y en el ramo de seguros de vida, continuarán manteniendo contabilidades separadas.

Este artículo prohibía la participación de empresas de seguros generales en operaciones de vida y viceversa; salvo que se hubiesen constituido a partir del 3 de abril de 1998.

Sin embargo, el siguiente enunciado que normaba esta disposición (a continuación, detallado), fue declarado inconstitucional por Resolución de la Corte Constitucional No. 5, publicada en Registro Oficial Suplemento 57 de 24 de julio del 2018: ***“Las empresas de seguros que se constituyeron a partir del 3 de abril de 1998, solo podrán operar en seguros generales o en seguros de vida”.***



Capital (artículo 14).

De acuerdo a la LGS, las compañías de seguros y empresas de reaseguros deberán cumplir con el siguiente capital mínimo requerido:

- De **seguros**, será de USD \$8.000.000 (ocho millones de dólares de los Estados Unidos de América).
- De **reaseguros** será de trece millones de dólares de los Estados Unidos de América (USD \$13.000.000, 00). En el caso de las compañías que operen en seguros y reaseguros, el capital será de trece millones de dólares de los Estados Unidos de América.

Tipos de reservas técnicas (artículo 21)

Son obligaciones prioritarias de las empresas de seguros y compañías de reaseguros; por lo tanto, así figurarán en su contabilidad y serán deducibles para efectos del impuesto a la renta conforme lo dispuesto en la Ley de Régimen Tributario Interno. Las reservas según la ley son:

- Reservas de riesgos en curso.
- Reservas matemáticas.
- Reservas para obligaciones pendientes.
- Reservas para desviación de siniestralidad y eventos catastróficos.

La metodología para el cálculo de las reservas técnicas se encuentra en el Capítulo V, Título II, del Libro III de la Codificación de Resoluciones Monetarias, de Valores y Seguros y se estudiará en capítulos posteriores.

De la solvencia (artículo 22)

Los requerimientos de Solvencia que deben mantener las compañías de seguros y empresas de reaseguros son:

- Régimen de reservas técnicas.
- Sistema de administración de riesgos.



- Patrimonio técnico.
- Inversiones obligatorias.

Inversión obligatoria (artículo 23)

Las compañías de seguros y compañías de reaseguros deberán invertir sus reservas técnicas, al menos el sesenta por ciento (60 %) del capital pagado y la reserva legal, en títulos del mercado de valores, fondos de inversión, instrumentos financieros y bienes raíces, en los segmentos y porcentajes definidos por la Junta de Política y Regulación Monetaria y Financiera.

Las aseguradoras tienen prohibido negociar acciones u obligaciones convertibles con instituciones del sistema financiero. Las inversiones en instrumentos financieros emitidos por instituciones del sistema financiero podrán superar el 10 % del total de instrumentos de inversión. Además, corresponderá a la junta definir los porcentajes máximos de las demás inversiones.

Las pólizas y las tarifas de primas (artículo 25)

Las pólizas deberán sujetarse mínimo a las siguientes condiciones:

- Responder a normas de igualdad y equidad entre las partes contratantes.
- Ceñir su contenido a la legislación sobre el contrato de seguro constante en el Código de Comercio, publicado en el Registro Oficial Suplemento No. 479 de 29 de mayo del 2019, a la LGS y a las demás disposiciones que fueren aplicables.

Las tarifas de primas se sujetarán a los siguientes principios:

- Ser el resultado de la utilización de información estadística que cumpla exigencias de homogeneidad y representatividad.
- Ser el resultado del respaldo de reaseguradores de reconocida solvencia técnica y financiera.



Vigilancia y control ejercido por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros (artículos 28 y 31)

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

Además, editará por lo menos en forma trimestral boletines que contengan la situación financiera de las compañías de seguros, para distribuirlos al público. Este boletín deberá contener, por lo menos, información sobre la estructura financiera, margen de solvencia e indicadores de rentabilidad y eficiencia.

Protección al consumidor (artículo 36)

Se prohíbe a las entidades de seguros ofrecer al público, directamente o por medio de asesores productores de seguros, coberturas que no puedan incluirse en los respectivos contratos de seguros, conceder comisiones a los asegurados; y, en general, todo acto de competencia desleal.

Plazo para la Indemnización y reclamo administrativo (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, esta 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 esta requiera a la aseguradora que justifique su negativa al pago. Este reclamo se conoce como **reclamo administrativo**.

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.

Acerca de la indemnización al asegurado (artículo 68)

La compañía de seguros que hubiere pagado una indemnización por el valor total de los bienes asegurados, adquiere la propiedad de los mismos sobre los cuales versa el contrato de seguro. Es decir, subroga los derechos del objeto siniestrado, con el objeto de rescatar algún valor por ellos.

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

El acta de finiquito constituye título de propiedad, no obstante, el asegurado o beneficiario, está obligado a realizar todos los actos tendientes a consolidar el dominio del asegurador sobre dichos bienes y a entregarle todos los documentos inherentes a ellos.

Libre competencia (artículo 75)

Finalmente, el artículo 75 indica que las condiciones de las pólizas y las tarifas serán el resultado del régimen de libre competencia del mercado de seguros.



1.4.2. A nivel internacional

A nivel internacional, la Unión Europea ha liderado una iniciativa que ha sido ampliamente acogida, en cuanto a regulación basada en riesgos, llamada Solvencia II y que entró en vigencia en enero/2016; esta sería el equivalente a Basilea III para bancos. A continuación, conozcamos más a detalle:

El desarrollo de regulaciones basadas en riesgos ha tomado fuerza en las últimas décadas, siendo los bancos los pioneros en el desarrollo de este tipo de normativa. Producto de este avance regulatorio, a través del Comité de Supervisión Bancaria de Basilea se introdujo, a finales de los años ochenta, el primer marco de regulación prudencial global basado en riesgos (el llamado Acuerdo de Basilea, también conocido como Basilea I).

Este primer acuerdo se adoptó como un estándar internacional. Con el tiempo y la experiencia adquirida, dicho acuerdo ha sufrido ajustes dando como resultado nuevos acuerdos: Basilea II (2004) y Basilea III (2010).

En materia de seguros, esta evolución no ha ido al mismo ritmo de actualización, pues la regulación de la industria del seguro, tradicionalmente, ha sido tarea de cada país. La primera referencia de regulación internacional en materia de seguros es Solvencia I (73/239/ EEC), de la entonces Comunidad Económica Europea.

Pasaron 36 años, para que en el año 2009 se emita la segunda versión de esta regulación, Solvencia II (2009/138/EC) en el seno de la actual Unión Europea. Hoy en día, Solvencia II se ha convertido en el referente mundial de regulación basada en riesgos, producto de la globalización y búsqueda de marcos regulatorios homogéneos.

Solvencia II

La directiva 2009/138/EC del Parlamento Europeo y del Consejo aprobó el 25 de noviembre de 2009 la normativa sobre el Seguro de Vida, el acceso a la actividad de seguro y de reaseguro, comúnmente conocida como Solvencia II.



Esta norma tiene como objetivo unificar un mercado único de seguros de la UE y mejorar la protección del consumidor. Pretende que la industria del seguro pueda realizar sus operaciones, reduciendo riesgos, mejorando su competitividad, así como la calidad de productos y servicios.

A menudo llamada “Basilea para aseguradoras”, Solvencia II es algo similar a las regulaciones bancarias de Basilea II. El marco de Solvencia II tiene tres áreas principales, o los llamados “pilares”, sobre las que se ejerce regulación:

- **Pilar I.** Busca una medición más rigurosa de los estados financieros de la aseguradora (activo, pasivo y capital). Además, exige un análisis y cuantificación de los riesgos que presentan los diferentes tipos de operaciones y productos. Todos estos elementos están relacionados con los datos de los que dispone la compañía y de cómo se construye la información.
- **Pilar II.** Se refiere a los procesos de cualificación y supervisión por parte de las autoridades. Exige mecanismos de autoevaluación por parte de las propias aseguradoras de sus propias actividades, quien será responsable de demostrar su debida diligencia en el reporte y corrección de la información.
- **Pilar III.** Está relacionado con la transparencia de información en la gestión de todas las operaciones que lleven a cabo las compañías de seguros.



Tenga presente que su tutor puede aclarar aquellas dudas que surgen en el proceso educativo.



Actividades de aprendizaje recomendadas

Luego de la lectura analítica y comprensiva, desarrolle las siguientes actividades de aprendizaje:

1. Elaborar un mapa conceptual que organice la metodología de gestión y principios del riesgo asegurable.



Nota. Por favor, complete la actividad en un cuaderno o documento Word

2. Continuemos con el aprendizaje mediante su participación en la autoevaluación que se describe a continuación:



Autoevaluación 1

Marque las respuestas correctas:

1. Se puede hacer frente a los riesgos a los que está expuesta una persona, sus bienes o su patrimonio, de la siguiente manera:
 - a. No hacer nada.
 - b. Autofinanciamiento.
 - c. Invirtiendo.
 - d. Vendiendo los riesgos.
2. Para que los riesgos sean asegurables es necesario que las pérdidas que de ellos se deriven reúnan algunas características, entre las que destaca que sean:
 - a. Físicos.
 - b. Líquidos.
 - c. Seguros.
 - d. Cuantificables.
3. Son integrantes del Sistema de Seguros Privados:
 - a. Cooperativas.
 - b. Empresas proveedoras de asistencias.
 - c. Los asesores productores de seguros.
 - d. Financieras.
4. Los requerimientos de solvencia que deben mantener las compañías de seguros y empresas de reaseguros son:
 - a. Calificación de riesgo.



- b. Inversiones obligatorias.
- c. Gobierno corporativo.
- d. Auditoría externa.

Responda verdadero o falso

- 5. () El capital pagado mínimo para la constitución de una compañía de seguros es de USD 8.000.000,00.
- 6. () Los peritos de seguros integran el sistema de seguro privado.
- 7. () Las compañías de seguros se clasifican en compañías mixtas y compuestas.
- 8. () Una de las reservas técnicas es la Reserva de Riesgos en curso.
- 9. () Solvencia II se basa en dos pilares fundamentales: cualitativos y cuantitativos.
- 10. () En el Ecuador, la Ley de Salud Prepagada y su reglamento no es uno de los principales cuerpos legales que norman la actividad aseguradora.

[Ir al solucionario](#)

Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas



Semana 4

Unidad 2. La industria del seguro

2.1. La industria del seguro

Estimado estudiante, el negocio del seguro se enmarca dentro del sector de los servicios. Sin embargo, la aleatoriedad en la determinación de sus costos, la siniestralidad, hace que una compañía de seguros se diferencia de otras.



De hecho, su ciclo económico es diferente al de una empresa que se dedica a la fabricación de bienes. Su único proceso de fabricación, por así decirlo, es el proceso administrativo de la gestión de los contratos de seguros o pólizas. Posteriormente, el cobro de las primas, por la venta de la póliza, y finalmente el pago del siniestro en caso de que este llegue a materializarse.

Asimismo, la determinación del precio, en este caso la tarifa, va más allá de la suma de los costos unitarios. Más bien, este proceso parte de cálculos probabilísticos del costo de los siniestros y las futuras prestaciones que tendría que satisfacer la compañía.

Más allá de estas particularidades propias del giro del negocio, la administración empresarial de una aseguradora es homóloga a cualquiera. Es decir, cuenta con departamentos de contabilidad, talento humano, servicios generales; u otros más especializados como el departamento de suscripción o el de reaseguros.

Ciclo económico de las compañías de seguros

El negocio del seguro dentro de la actividad económica y empresarial se enmarca dentro del sector de los servicios. Su ciclo económico es diferente al de una empresa que se dedica a la fabricación de bienes. El símil de este proceso de fabricación es el proceso administrativo de la gestión de los contratos de seguros o pólizas. Posteriormente, el cobro de las primas, por la venta de la póliza, y finalmente el pago del siniestro en caso de que este llegue a materializarse.

La determinación del precio, en este caso la tarifa, va más allá de la suma de los costos unitarios. Este proceso parte de cálculos probabilísticos del costo de los siniestros y las futuras prestaciones que tendría que satisfacer la compañía. Es la aleatoriedad en la determinación de sus costos, la siniestralidad, lo que hace que una compañía de seguros se diferencia de otras.



Esta actividad es continua, busca ser creciente y enmarca más actividades, como la generación de reservas, que serán invertidas y generarán un rendimiento financiero. Para lograr éxito en la gestión aseguradora deben sumarse una serie de factores que se detallan a continuación:

- La determinación de la prima debe observar una correlación positiva entre el riesgo y la tarifa mediante cálculos estadísticos que ayuden a determinar la suficiencia de la misma.
- Las reservas técnicas buscan reflejar aquella parte de la prima que aún no se ha destinado al pago del siniestro o alguna prestación futura. También reflejan los casos en los cuales las primas no son suficientes para cubrir los costos de siniestros o los costos de gestión.
- Las reservas técnicas deberán ser invertidas en todo momento buscando que estas inversiones sean seguras y rentables.
- Los recargos de gestión que se adicionan a la tarifa buscan atender los gastos que generan la actividad aseguradora, por lo que se busca que la empresa logre un óptimo funcionamiento con un mínimo de recursos operacionales.
- Los siniestros deberán ser atendidos por la aseguradora en los términos definidos en la póliza.

Funciones dentro de una compañía de seguros

Dentro de una compañía de seguros, diversas funciones colaboran armoniosamente para garantizar su eficiencia operativa y su éxito en el mercado. A continuación, lo invito a profundizar en la siguiente infografía denominada funciones dentro de una compañía de seguros.

[Funciones dentro de una compañía de seguros](#)



Medios de comercialización de seguros

Las aseguradoras comercializan seguros a través de uno o de varios canales de distribución. Estos canales pueden ser propios (que pertenecen a la compañía) o externos, es decir, concertados contractualmente con organizaciones independientes autorizadas para la venta de seguros.

Entre los primeros se encuentran las oficinas de las compañías, el comercio electrónico y el marketing directo en general. Aquellos que pertenecen al segundo grupo de canales de distribución incluyen a los agentes de seguros y a la banca seguros.

Agentes asesores productores de seguros

Los agentes asesores productores de seguros, tanto personas naturales como jurídicas, tienen como actividad única la de gestionar y obtener contratos de seguros para una o varias empresas de seguros o de medicina prepagada autorizadas a operar en el país. Para ejercer la actividad, los agentes de seguros deben obtener su credencial ante la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros.

Para que los agentes de seguros puedan ofertar coberturas de seguros deberán firmar contratos de agenciamiento con las compañías de seguros, los cuales deberán ser inscritos en la SCVS. El contenido de los contratos de agenciamiento de seguros deberá sujetarse, a más de las disposiciones establecidas en la ley de la materia, a las que las partes acuerden libremente.

Adicionalmente, los contratos deben especificar las comisiones sobre las primas que le corresponden al asesor productor de seguros durante la vigencia del respectivo contrato, así como contener una cláusula de responsabilidad solidaria del asegurador para responder por todos los actos ejercitados por los asesores productores de seguros dentro de las facultades contenidas en los respectivos contratos; la opción de someter al arbitraje o mediación cualquier controversia, diferencia o reclamación que se derive o esté relacionada con la interpretación o ejecución del contrato.



La duración del contrato será de un año prorrogable automáticamente por períodos iguales. Las partes se reservan el derecho de dar por terminado el contrato en cualquier momento mediante aviso por escrito con por lo menos treinta días de antelación, mencionando las causas de la decisión tomada por el contratante que le ponga fin.

El contrato quedará automáticamente cancelado en el evento de que la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, revoque la credencial al asesor productor de seguros, al intermediario de reaseguros o al perito de seguros, así como el certificado de autorización otorgado a la empresa de seguros.

Banca seguros

Las empresas de seguros o asesores productores de seguros podrán utilizar canales alternos de distribución de seguros para promocionar y comercializar productos de seguros que se encuentren debidamente aprobados por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros.

Estos programas que se inscriben dentro de la denominada *banca seguros* podrán solamente abarcar seguros colectivos de vida, asistencia médica, gastos ambulatorios, accidentes personales y hogar.

Para ofrecer los mencionados programas, las empresas de seguros o asesores productores de seguro deberán contratar previamente con las instituciones del sistema financiero, la o las pólizas que contengan las definiciones, coberturas, condiciones generales y particulares, primas y demás características del o de los seguros colectivos que ofrecerán a sus clientes, para lo cual utilizarán la red de dichas entidades para el contacto con los clientes y para la distribución de sus productos.



Las entidades del sistema financiero que participen como canales para la promoción, comercialización o contratación de este tipo de pólizas, serán solidariamente responsables por las indemnizaciones civiles derivadas de los daños ocasionados por vicio o defecto del servicio prestado, sin perjuicio de las acciones de repetición que correspondan contra la empresa de seguros.



No obstante, los reclamos por indemnizaciones pactadas en las pólizas de seguro, se presentarán solamente contra el único responsable contractual, esto es, la empresa de seguros emisora de la póliza, conforme al procedimiento regulado por el artículo 42 de la Ley General de Seguros.



Actividades de aprendizaje recomendadas

Una vez concluida la revisión de la semana, se recomienda desarrollar las siguientes actividades:

1. Realizar un cuadro sinóptico donde se resuma la operatividad de las aseguradoras en la industria, considerando su ciclo económico, funciones internas y medios de comercialización.

Nota. Por favor, complete la actividad en un cuaderno o documento Word

2. Realizar la lectura del anexo 4, "[Desafíos clave en la implementación de Solvencia II](#)"





Unidad 2. La industria del seguro

2.2. Reaseguro y coaseguro

Estimado estudiante, con lo que se ha estudiado hasta la presente fecha, seguramente usted se ha formulado la siguiente inquietud: *“Si la aseguradora protege a sus clientes; ¿quién protege a la aseguradora?”*. Este cuestionamiento es legítimo, puesto que nadie desea que su empresa de seguros quiebre. Para evitarlo, las aseguradoras también deben realizar un ejercicio de gestión de riesgos, transfiriéndolos a un tercero. Dos de los mecanismos más ampliamente utilizados son el reaseguro y el coaseguro.

El reaseguro es un negocio relacionado, homologado conceptualmente al seguro, pero con sus propias características. En términos sencillos, el reaseguro es el seguro de las aseguradoras.

Consiste básicamente en la cesión de los riesgos que ha suscrito la aseguradora, al reasegurador. Producto de esta operación, la aseguradora debe pagar una “prima” al reasegurador.

Por otro lado, el Coaseguro consiste en repartir el riesgo de una persona entre varias aseguradoras. De este modo, en caso de siniestro, cada aseguradora responderá por la parte que le corresponde según lo estipulado contractualmente.

Las técnicas de mitigación de riesgos de las aseguradoras no solo pretenden proteger sus patrimonios, sino que han permitido el desarrollo de la industria y la suscripción de riesgos más grandes.



Como se ha explicado en apartados anteriores, una manera de gestionar el riesgo es trasladándolo. Así, las empresas de seguros también trasladan sus riesgos a terceros, a cambio de una prima. Los mecanismos con los que cuenta una aseguradora para trasladar su riesgo, son principalmente el reaseguro y/o el coaseguro.

2.2.1. Reaseguro

Dada la heterogeneidad cuantitativa de los riesgos asegurables y la imposibilidad de que la intensidad de los siniestros sea uniforme, el asegurador debe transferir un riesgo, o parte de él, a una aseguradora a una reaseguradora; a fin de lograr eliminar o mitigar estos factores que pueden desequilibrar tanto su capital como sus reservas.

El reaseguro es un contrato en virtud del cual, el reasegurador asume los riesgos de una aseguradora (la cedente), en una proporción de las obligaciones de esta, frente a su cliente.

Este contrato se realiza de una manera autónoma e independiente y, a través de él, el reasegurador recibe la parte proporcional de las primas correspondientes a los riesgos asumidos, o bien cubre a la cedente resarciéndole, en su caso, por las desviaciones de la siniestralidad esperada, cobrándose una prima convenida a la celebración del contrato. En toda regla, el reaseguro es el seguro de las aseguradoras.

Cuando una empresa de seguros elabora su programa de reaseguro, determina el monto máximo que pueden poner en juego de su propio patrimonio, de acuerdo a las características de sus clientes; este monto máximo recibe el nombre de retención. La parte que no se puede comprometer la deben proteger por medio del reaseguro; a este monto se le llama cesión.

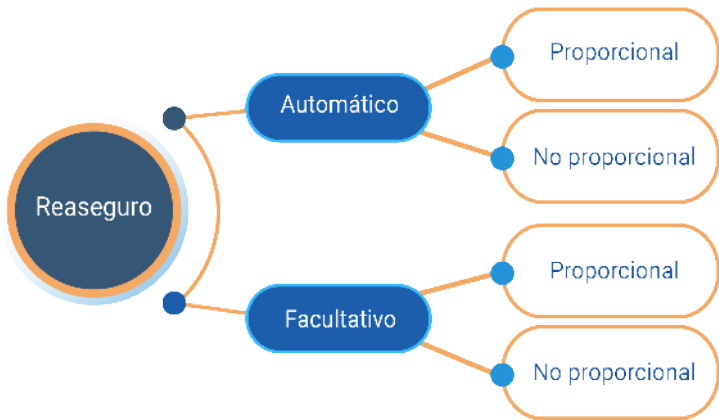
En este mismo contexto, dentro del programa del reaseguro, se debe considerar los contratos *no proporcionales*, con los cuales se protege la retención de la aseguradora. En estos contratos la compañía de seguros se



hace responsable de la *prioridad*, es decir, el monto máximo de pérdida que asumirá como cedente; y protege lo demás comprando una cobertura para ello.

De este modo, en la siguiente figura, se pueden identificar dos tipos de contratos: automáticos y facultativos; los que a su vez se dividen en contratos proporcionales y no proporcionales.

Figura 2
Tipos de contrato



Nota. Adaptado de *Código de Comercio* [Infografía], por Registro oficial suplemento 497, 2019, [Supercias](#), CC BY 4.0.

En un contrato de reaseguro automático, la compañía de seguros traslada el riesgo de todos los contratos de un tipo y la reaseguradora tiene la obligación de aceptarlo. En cambio, el contrato de reaseguro facultativo es un convenio donde la compañía que transfiere el riesgo no tiene la obligación de dar el contrato, sino conserva la libertad de decidir qué negocios y en qué amplitud desea reasegurar y, asimismo, el reasegurador está en la libertad de aceptar o no el contrato.



En los contratos proporcionales, el reasegurador acepta una parte fija de la responsabilidad asumida sobre un riesgo suscrito por la cedente, haciéndose cargo tanto de los siniestros, como de los derechos (primas). De manera sencilla, en este tipo de contratos, se hace una transferencia proporcional de riesgos y primas.

Por otro lado, los contratos no proporcionales, se caracterizan por una repartición de las responsabilidades entre la cedente y el reasegurador con base en el *siniestro* y *no en la suma asegurada*, como ocurre en el reaseguro proporcional.

2.2.2. Coaseguro

El coaseguro consiste en el reparto del riesgo a cubrir entre varias entidades aseguradoras, de modo que el tomador contrata el seguro simultáneamente con cada una de ellas.

En el coaseguro son varios aseguradores los que aceptan el riesgo, de manera que la suma de los capitales asegurados que corresponde a cada uno es igual al capital asegurado total.

La prima del seguro se reparte entre los coaseguradores en proporción al capital asegurado que asume cada uno y, si ocurre el siniestro, este es asumido en la misma proporción por cada coasegurador.

El coaseguro se establece en una sola póliza que firma el tomador y cada uno de los aseguradores. La compañía que mayor parte del riesgo asume se denomina en este caso “líder” y generalmente es la encargada de administrar el riesgo y el siniestro, cobrando la prima y tramitando el siniestro por cuenta de las demás.



2.3. Los actuarios

Como breve introducción, un actuario empieza por una carrera de perfil estadístico, económico o financiero, para posteriormente especializarse en Ciencias Actariales. En la actualidad, la profesión de actuario está también muy ligada a las herramientas informáticas como R, PHYTON, SAS o SPSS.

En economías desarrolladas, un actuario es un profesional altamente valorado y generalmente ocupa los primeros puestos en las listas de “Mejores Empleos”. Actualmente, en Estados Unidos, un actuario puede tener un ingreso oscilante entre los US\$75.000 hasta los US\$140.000 anuales.

Para llevar a cabo gran parte de las operaciones técnicas dentro de una aseguradora, las organizaciones cuentan con la ayuda de los actuarios.

El actuario es el profesional que se encarga del estudio de los riesgos a los que se expone una organización con el objetivo de valorar las probabilidades de ocurrencia de los mismos, producto de las decisiones que se tomen en una empresa. Por decirlo de alguna manera, el actuario es profesional *al que se le dan bien los números*.

En pocas palabras, un actuario es un administrador del riesgo. Y, concretamente, en el sector seguro, se encarga de evaluar la probabilidad de que ocurra un evento futuro; por ello, es una pieza fundamental a la hora de calcular una tarifa o prima de seguros, ya que estima los costes derivados de posibles incidentes.

Por decirlo de alguna manera, el actuario es profesional *al que se le dan bien los números*. Específicamente, mediante técnicas matemáticas, estadísticas, computacionales, entre otras, es capaz de estimar y analizar el riesgo al que se expone una compañía de seguros cuando suscribe un contrato.



Entre algunas de las tareas concretas que puede llegar a hacer un actuario, se encuentran:

- Calcula y analiza los diferentes productos que comercializa la aseguradora, actualizando tarifas y estudiando su rentabilidad.
- Diseña y/o aplica modelos matemáticos para llevar a cabo estos cálculos y valoraciones.
- Redacción de documentación técnica, como los informes de siniestralidad o reservas técnicas.
- Colabora en la creación de nuevos productos y en el diseño de las políticas de suscripción e inversión de la empresa.
- Ayuda a gestionar grandes volúmenes de datos, actualmente conocido como *Big Data*, que se generan dentro de la empresa, contribuyendo a la eficiencia en la toma de decisiones.

Normalmente, un actuario empieza por una carrera de perfil estadístico, económico o financiero, para posteriormente especializarse en Ciencias Actariales. En la actualidad, la profesión de actuario está también muy ligada a las herramientas informáticas, tanto de análisis de datos como de visualización. Así, las compañías que buscan un actuario valoran, por lo general, el conocimiento de programación en SQL, Visual Basic, Python y Access; o en otras herramientas más concretas de análisis estadístico como R, SAS o SPSS.

En el Ecuador, la norma que regula los servicios actuariales para empresas de seguros y de salud prepagada es la Resolución No. SCVS-INS-2018-0006 del 7 de febrero de 2018. En esta se incluyen las funciones de las personas naturales o jurídicas calificadas como actuarios; a continuación, se detallan algunas de ellas:

Identificar y valorar los riesgos y niveles de afectación al patrimonio y situación financiera de las empresas de seguros, compañías de reaseguros y compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada;



Definir los principios sobre los cuales se debe sustentar el cálculo de las reservas técnicas, en aplicación a los mejores estándares, prácticas actuariales válidas y exigencias regulatorias expedidas sobre la materia;

Determinar la suficiencia de cada tipo de reservas técnicas en cada ramo de seguro o tipo de contrato de financiamiento de servicios de atención integral de salud prepagada en los que opera la entidad, y emitir un informe anual con su opinión sobre la suficiencia de las mismas.

Elaborar las notas técnicas para cada uno de los productos que comercializan las empresas de seguros, compañías de reaseguros y compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada, basados en criterios actuariales de prácticas generalmente aceptadas y obligatorias, sin perjuicio de las necesidades o propósitos de tipo comercial de las entidades aseguradoras, que consideren las características del riesgo a asumir, las obligaciones contractuales cubiertas, alcances, limitaciones y condiciones de la cobertura, y de primas sustentables para la gestión de las empresas de seguros.

Actualizar las tarifas definidas ante cambios en los comportamientos de siniestralidad, bases de datos, condiciones del reaseguro y gastos de gestión y administración.

Analizar el comportamiento de la siniestralidad para cada ramo de seguro o tipo de contrato de financiamiento de servicios de atención integral de salud prepagada en los que opera la entidad y establecer los factores de riesgo inherentes para cada tipo de seguros o contrato de financiamiento de servicios de atención integral de salud prepagada según su naturaleza, considerando la frecuencia y severidad de los reclamos por siniestros.

Emitir recomendaciones para el desarrollo de las políticas de suscripción adoptadas por la entidad para cada tipo de cada ramo de seguro o tipo de contrato de financiamiento de servicios de atención integral de salud prepagada.



Determinar de la posición financiera y económica actual y futura de la institución, considerando el sustento de las máximas pérdidas esperadas de siniestros y pasivos y evaluación de diferentes escenarios que pongan a prueba la solvencia futura de la compañía, revelando los riesgos que pudieran afectar la condición financiera de la institución.



Actividades de aprendizaje recomendadas

Es hora de reforzar los conocimientos adquiridos resolviendo las siguientes actividades:

1. Realizar fichas de estudio de los temas correspondientes al “Reaseguro y coaseguro” y “Los actuarios”.
2. Realizar un mapa mental con el contenido de las Condiciones Particulares del contrato de reaseguro de Vehículos de una aseguradora nacional. Contrato disponible en el EVA.

Nota. Por favor, complete la actividad en un cuaderno o documento Word

3. Finalmente, le invito a participar en el siguiente quiz interactivo. Quiz la industria del seguro

[La industria del seguro](#)

Por una parte, estas actividades reforzarán el conocimiento adquirido y, por otra, le permitirán conocer y analizar un contrato de reaseguros en la práctica. No dude en aclarar sus inquietudes con el tutor de la asignatura.





Unidad 2. La industria del seguro

2.4. Contrato de seguro

Estimado estudiante, el estudio de esta sección parte de la normativa vigente en el Ecuador. Ya en materia, es importante recordar que el seguro por definición es un contrato. La póliza es el documento mediante el cual las partes se obligan dentro de los límites definidos en el contrato: por una parte, el asegurado y/o los contratantes, al pago de una prima; y, por otra parte, la aseguradora, al pago de un capital o renta en caso de ocurrir el siniestro.

Según cada legislación, este contrato debe incluir una serie de requisitos mínimos para que tenga validez jurídica. En el Ecuador algunos de los contenidos obligatorios son las condiciones generales, especiales y particulares. En ellas se delimita el alcance del seguro.

Además, el contrato de Seguros posee una serie de características que lo hacen diferente a otro tipo de contratos entre privados. Este contrato es: bilateral, oneroso, principal, aleatorio, conmutativo, de tracto sucesivo, de buena fe, *intuitu personae* y de adhesión. Y, los elementos que debe incluir son:

- El nombre y domicilio del asegurador.
- Los nombres y domicilios del solicitante, asegurado y beneficiario.
- La calidad con que actúa el solicitante del seguro en caso de no ser asegurado o beneficiario.
- La identificación precisa de la persona o cosa con respecto a la cual se contrata el seguro.
- La vigencia del contrato, con indicación de las fechas y horas de iniciación y vencimiento, o el modo de determinar unas y otras.
- La suma asegurada o el modo de precizarla.
- La prima o el modo de calcularla y la forma de pago.



- Los riesgos tomados a su cargo por el asegurador.
- La fecha en que se celebra el contrato.

Concepto y características

El artículo 690 del Código de Comercio (Libro VI) expedido el 29 de mayo del 2019, define al seguro 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 al asegurado o a su beneficiario, por una pérdida o daño producido por un acontecimiento incierto; o, a pagar un capital o una renta, si ocurre la eventualidad prevista en el contrato...”.

De manera característica, el contrato de seguros es:

▪ Bilateral

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

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

▪ Oneroso

El pago de la prima le da la característica de oneroso, ya que genera una utilidad, un beneficio económico para la aseguradora.

Así mismo es oneroso para el asegurado, ya que su utilidad se ve reflejada en obtener la seguridad que requiere en su patrimonio.

▪ Principal



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

La naturaleza del contrato de seguro es de buena fe.

▪ Aleatorio

Las prestaciones que genera el contrato de seguros no son equivalentes debido a su carácter de aleatorio, nace de un hecho futuro e incierto; ósea, puede que suceda o no, puede que gane o no, la prima, el asegurador.

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

▪ Conmutativo

Para algunos tratadistas, el contrato de seguros es conmutativo, ya que se presume el tener prestaciones equivalentes. Para el asegurador, el pago de una prima por la cobertura de los riesgos entregados; y, para el asegurado, genera un beneficio, que es la tranquilidad y paz que otorga ese traslado de los riesgos de su patrimonio al asegurador.

▪ De tracto sucesivo

La característica de tracto sucesivo o de ejecución sucesiva, se da porque las obligaciones están determinadas y proporcionadas a través del paso del tiempo.

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



▪ De buena fe

El carácter de buena fe es especial para el contrato de seguro, al punto que es su identificador por excelencia “un contrato especial de buena fe”. Y es la naturaleza de este contrato el que le da esa característica, puesto que, en la celebración del contrato, en muchas ocasiones el asegurado llena formularios, indicando la naturaleza y el estado del riesgo y que el asegurado cree que está en total estado de verdad esas declaraciones, así como su origen.

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

▪ *Intuito personae*

Una vez analizado la característica de buena fe, está de más decir que este contrato es personal. Es muy importante que el asegurador sepa con quién se contrata, por la buena fe manifiesta en el contrato y el riesgo moral que genera la persona con quien se contrata.

▪ De adhesión

Este contrato se lo considera de adhesión, ya que sus cláusulas están preestablecidas y preimpresas, y lo que hace el asegurado es someterse a estas cláusulas y aceptándolas.

2.4.1. Estructura y operatividad del contrato de seguros

Los documentos de suscripción son los instrumentos que permiten la operatividad del contrato de seguro y contienen las condiciones generales, especiales y particulares, así como las declaraciones de las partes contratantes:

- **Condiciones generales.**— Son principios básicos, estipulaciones o cláusulas establecidas por el asegurador, con el objeto de regular la





relación bilateral con el contratante y/o asegurado, en el marco de la legislación aplicable y de los principios de la técnica de los seguros.

- **Condiciones especiales.**— Son las que amplían, condicionan, delimitan, modifican o suprimen riesgos, extienden o restringen las coberturas previstas en las condiciones generales de las pólizas, o instituyen nuevas condiciones de protección, sin que contengan disposiciones expresamente prohibidas por la Ley General de Seguros y su Reglamento General, la Legislación sobre el Contrato de Seguro y los principios de la técnica de los seguros. Prevalecerán sobre las condiciones generales. Deberán elaborarse en anexos, cláusulas, entre otros, para ser incorporadas a las pólizas que correspondan.
- **Condiciones particulares.**— Se caracterizan por ser reglas o estipulaciones que se han convenido por mutuo acuerdo entre las partes contratantes y fijan los elementos de la relación singular acordada y que se hallan enunciados en el artículo 691 del Código de Comercio (Libro VI).

La **póliza** es el documento mediante el cual las partes se obligan dentro de los límites definidos en el contrato: por una parte, el asegurado y/o los contratantes, al pago de una prima; y, por otra parte, la aseguradora, al pago de un capital o renta en caso de ocurrir el siniestro. De acuerdo al artículo 700 del Código de Comercio (Libro VI) que lo encuentra en el [anexo 3](#), forman parte integrante los siguientes documentos de la póliza que se detallan en la infografía.

[Documentos de la póliza](#)

2.4.2. El contrato de seguro

El contrato de seguro es un contrato consensual que contiene condiciones específicas de acuerdo a cada seguro, así como condiciones contractuales que buscan regular la relación entre la aseguradora con el contratante y/o asegurado.

El asegurador puede asumir todos o algunos de los riesgos a los que esté expuesto la cosa asegurada, el patrimonio o la persona asegurada, por lo que estos riesgos deberán estar claramente expresados en la póliza, de tal manera que no quede duda de la cobertura ofrecida y aquello que se encuentre excluido.

Partes del contrato

- El contrato de seguro debe contener los siguientes elementos. La no existencia de uno o más de estos elementos en el contrato de seguros lo vuelven nulo. Son elementos esenciales del contrato de seguro:
 - El nombre y domicilio del asegurador.
 - Los nombres y domicilios del solicitante, asegurado y beneficiario.
 - La calidad con que actúa el solicitante del seguro en caso de no ser asegurado o beneficiario.
 - La identificación precisa de la persona o cosa con respecto a la cual se contrata el seguro.
 - La vigencia del contrato, con indicación de las fechas y horas de iniciación y vencimiento, o el modo de determinar unas y otras.
 - La suma asegurada o el modo de precisarla.
 - La prima o el modo de calcularla y la forma de pago.
 - Los riesgos tomados a su cargo por el asegurador.
 - La fecha en que se celebra el contrato.

Declaración del riesgo

Es obligación del solicitante de seguro declarar objetivamente el estado del riesgo previo al perfeccionamiento del contrato, para lo cual la compañía proveerá el respectivo formulario.

Tanto el dolo, como los actos meramente potestativos del asegurado, son no asegurables. La avería, merma o pérdida de una cosa proveniente del vicio propio, no están comprendidos dentro de los riesgos asumidos por el asegurador.



Pago de la prima

Perfeccionado el contrato, es obligación del solicitante del seguro el pago de las primas en el plazo de 30 días desde el perfeccionamiento del mismo, a menos que las partes acuerden un plazo mayor. Si el asegurado estuviese en mora, tendrá derecho a la cobertura por 30 días, contados desde la fecha en que debió realizar el último pago, finalizado este plazo se suspenderá la cobertura. En caso de que el asegurado estuviere en mora por más de 60 días, contados desde la fecha en que debió realizar el último pago. En este caso se le notificará la terminación automática del contrato.

En caso de que el pago se haga a un agente de seguros, se reputará válido y se entenderá como entregado al asegurador. En caso de que el intermediario reciba el pago deberá realizarlo en dos días al asegurador.

Obligaciones de las partes

Toda relación contractual emana obligaciones para las partes, para este caso el contrato de seguro, el asegurado se obliga a declarar objetivamente el riesgo, a pagar la prima y en caso de siniestro a determinar la ocurrencia y cuantía del mismo. Por el lado de la compañía de seguros en caso de siniestros a efectuar el pago.

Suma asegurada

Valor atribuido por el titular de un contrato de seguro a los bienes cubiertos por la póliza y cuyo importe es la cantidad máxima que está obligado a pagar el asegurador, en caso de siniestro.



Aviso de siniestro

Corresponde al asegurado o beneficiario la obligación de dar aviso de la ocurrencia del siniestro al asegurador o intermediario dentro de los 5 días hábiles siguientes a la fecha en que hayan tenido conocimiento del mismo. Este plazo puede ampliarse más no reducirse por acuerdo de las partes.

El intermediario está obligado a notificar al asegurador en el mismo día sobre la ocurrencia del siniestro.

Para los seguros de vida, el beneficiario tendrá hasta 3 años desde la fecha del siniestro para dar aviso al asegurador.

Indemnización

Incumbe al asegurado probar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la indemnización. Al asegurador le corresponde en ambos casos probar los hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad.

La carga de la prueba, en caso de alegarse, mala fe, dolo o fraude por parte del asegurador, corresponde al asegurador y solo podrá ser declarada por el juez competente.

La indemnización es pagadera en dinero, mediante reposición, reparación o reconstrucción de la cosa asegurada, a opción del asegurador.

Esta no podrá exceder el valor real del interés asegurable en el momento del siniestro, ni del monto efectivo del perjuicio patrimonial, ni puede sobrepasar el límite de la suma asegurada.

El asegurado o beneficiario pierde su derecho al cobro de la indemnización en los siguientes casos:

- Por la ausencia sobrevenida del interés asegurable.
- Por la omisión no justificada de la obligación de notificar a los aseguradores o intermediarios sobre la ocurrencia del siniestro.



- Por no evitar la extensión o propagación del siniestro.

Salvamento

Es obligación del asegurado evitar la extensión o propagación del siniestro y a ejercer las acciones que razonablemente le permitan mitigar o detener la propagación de este y procurar el salvamento de las cosas amenazadas.

Domicilio

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

Prescripción

Las acciones derivadas del contrato de seguro prescriben en tres años, contados a partir del acontecimiento que les dio origen.



Actividades de aprendizaje recomendadas

Tras la lectura analítica y comprensiva de los contenidos relacionados con el Contrato del Seguro, proceda con la realización de las siguientes actividades, con el objetivo de aclarar posibles inquietudes y estructurar los conocimientos:

1. Realizar un mapa conceptual de las características y elementos del “Contrato de Seguro”.

Nota. Por favor, complete la actividad en un cuaderno o documento Word.

2. Analizar y contrastar el contenido de la semana con una póliza de vehículos ([anexo 5](#)) de una empresa aseguradora nacional. Contrato disponible en el EVA.



3. Le invito a reforzar sus conocimientos, participando en la siguiente autoevaluación.



Autoevaluación 2

Complete los siguientes enumerados:

1. El contrato de seguros o póliza está conformado por:
Condiciones _____.
Condiciones _____.
Condiciones _____.
2. Dentro del desarrollo de la actividad aseguradora, la función que maneja las decisiones en el ámbito jurídico que van desde las gestiones societarias hasta aspectos relativos al trámite de siniestros, es la función _____.
3. El límite máximo de indemnización es _____.
4. Incumbe al _____ probar la ocurrencia y cuantía del siniestro.
5. Son principios básicos, estipulaciones o cláusulas establecidas por el asegurador, con el objeto de regular la relación bilateral con el contratante y/o asegurado, en el marco de la legislación aplicable y de los principios de la técnica de los seguros: _____.
6. Es la transferencia de un riesgo o parte de él por una aseguradora a una reaseguradora _____.
7. Para los seguros de vida, el beneficiario tendrá hasta _____ desde la fecha del siniestro para dar aviso al asegurador.
8. No están comprendidos dentro de los riesgos asumidos por el asegurador, la avería, merma o _____.



9. Dentro del ramo crédito tenemos crédito _____ y crédito _____.

10. () ¿Es correcto afirmar que el Contrato de Seguros no requiere cumplir con requisitos mínimos?

[Ir al solucionario](#)

Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas



Semana 7

Actividades finales del bimestre

Estimado estudiante, espero que haya logrado cumplir con sus objetivos de aprendizaje y que las actividades le hayan permitido crecer profesionalmente, está culminando el primer bimestre y es necesario que siga con su aprendizaje continuo, para ello es recomendable que revise los contenidos estudiados, así como los procedimientos realizados, que le han servido para reforzar sus conocimientos. Con ello se estará preparando para rendir su primera evaluación presencial.

Es importante que haya realizado las actividades práctico-experimentales y consultado con el tutor de la materia cualquier duda que haya surgido. Mientras más use, los recursos de aprendizaje estará más cerca del éxito.





Actividad de aprendizaje recomendada

Para reforzar los conocimientos adquiridos le invito a realizar la siguiente actividad:

Revise las autoevaluaciones de esta guía, asegurándose de no intentar memorizar las respuestas, sino de comprender el contenido de las preguntas y su relación con el significado de las respuestas.

Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas



Semana 8

Estimado estudiante, estamos en la semana de la primera evaluación bimestral. Es la oportunidad de poner a demostrar lo que aprendió a través del estudio y desarrollo de las actividades propuestas. Le sugiero prepararse tanto en conocimiento como emocionalmente (tome las cosas con serenidad) y considerar los lineamientos institucionales para rendir sus evaluaciones. Le deseo el mayor éxito.





Segundo bimestre

Resultado de aprendizaje 2:

Explicar los fundamentos técnicos de los contratos de seguros de las personas, de los productos de seguros y del reaseguro y coaseguro en la gestión de riesgo de las personas y empresas.

Para alcanzar el resultado de aprendizaje, es esencial que el estudiante comprenda los fundamentos técnicos que respaldan los contratos de seguros, tanto en el ámbito personal como en el empresarial. Además, que desarrolle una comprensión sólida de los conceptos de reaseguro y coaseguro, elementos clave en la estructura y funcionamiento del sector asegurador. A través de la exploración detallada y el análisis crítico de estos aspectos técnicos, estará preparado para aplicar estos conocimientos en situaciones prácticas relacionadas con la gestión efectiva de riesgos en el contexto de seguros personales y empresariales.

Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas

Recuerde revisar de manera paralela los contenidos con las actividades de aprendizaje recomendadas y actividades de aprendizaje evaluadas.



Semana 9

Unidad 3. Técnicas de tarificación de seguros

3.1. Fundamentos técnicos del seguro: vida

Estimado estudiante, en el seguro de vida o los productos de vida, en general, la aseguradora paga una renta o un capital al beneficiario, en caso de que el asegurado viva o muera.



Estas condiciones se formalizan en el contrato, según la oferta de la aseguradora y el interés del contratante. En la póliza se estipula el riesgo que suscribe la compañía de seguros: muerte o supervivencia del asegurado; de igual manera, se detalla el tipo de compensación: capital o renta.

En la actualidad, por ley, en el Ecuador todos los contratos de vida deben suscribirse como mínimo por un año, con la posibilidad de renovarse indefinidamente.

En el seguro de vida, el asegurador, se compromete, mediante el pago de una prima única o periódica que recibe del tomador del seguro, a pagar al beneficiario la cantidad o cantidades estipuladas en el contrato si acaece, en el plazo convenido para duración del mismo, la eventualidad prevista en el contrato sobre la vida del asegurado, es decir, si ocurre su fallecimiento o, en las modalidades en que así se establece, si sobrevive.

Dicho de otra forma, la cobertura más conocida de vida es cuando la aseguradora paga un capital (la indemnización), al beneficiario de una póliza de vida, cuando muere el asegurado. Sin embargo, hay otros productos que pueden comercializarse; pero en términos generales, las principales prestaciones en vida son los capitales y las rentas.

Para la determinación de la prima de las coberturas o prestaciones de vida, deben considerarse características propias del individuo. Estas características son:

- El grupo de la población.
- La edad, factor determinante; pues esta determina la probabilidad de muerte o supervivencia.
- El género, ser hombre o mujer, influye en la mortalidad.
- Estado de salud del individuo.
- Otro tipo de hábitos.



3.1.1. Principios de matemática actuarial

Estimado estudiante, empezamos por definir qué es la matemática actuarial. Pues bien, es la rama de la matemática que, entre otras cosas, permite cuantificar el riesgo de supervivencia o muerte de un individuo, mediante la utilización de datos de mortalidad. La prima que la aseguradora recibe por anticipado, es decir, cuando se suscribe el contrato, produce un rendimiento financiero por el tiempo que estará en posesión de la compañía, hasta que ocurra el siniestro o venza el plazo para satisfacer la contraprestación. Este rendimiento financiero dependerá de la tasa de interés y el tiempo, siendo este último aleatorio, porque depende de si ocurre, o no, el suceso riesgoso.

Los principios de la matemática financiera ayudarán para el cálculo de una prima; pero para estimar en concreto las coberturas de muerte o supervivencia, la matemática actuarial será la herramienta indicada, ya que involucra no solo el componente financiero sino también el aleatorio.

En los seguros de personas, la matemática actuarial cuantifica el riesgo incierto de supervivencia o muerte mediante la utilización de datos de mortalidad. La prima que la aseguradora recibe por anticipado produce un rendimiento financiero, esto es, porque estará en poder de la compañía por un tiempo hasta que ocurra el siniestro o vence el plazo para satisfacer la contraprestación.

Este rendimiento financiero dependerá de la tasa de interés y el tiempo, siendo este último aleatorio por cuanto depende de la ocurrencia de si ocurre el siniestro o no.

En tal sentido, la matemática financiera será un elemento a considerar para el cálculo de la prima y más concretamente, la matemática actuarial que involucra no solo el componente financiero sino el aleatorio (la muerte del individuo que no se sabe cuándo sucederá).



En matemáticas financieras se considera la capitalización compuesta, el valor actual de un capital y el valor actual de una renta. Por ello, el cálculo de una prima de riesgo en seguros de personas, básicamente constituye traer a valor presente las prestaciones futuras, considerando su componente de aleatoriedad. Estos cálculos se realizan principalmente con anualidades^[1].

Es importante recordar que el valor de la prima de riesgo es equivalente al costo esperado del siniestro. Dado que la probabilidad de morir en edades jóvenes es baja, las primas de riesgo de las pólizas de individuos menores de 50 años, son relativamente bajas, con relación a aquellas que podría pagar una persona de 80 años.

En matemática actuarial la percepción de la renta o capital dependerá del evento aleatorio (muerte). Bajo esta premisa pueden darse los siguientes casos a favor del beneficiario:

- Percibir un capital toda vez que el individuo sobreviva un determinado tiempo.
- Percibir una renta tras la muerte del asegurado.
- La renta se percibe indefinidamente mientras la muerte no ocurra.
- La indemnización de un capital se percibe si muere el asegurado.

Dadas estas posibilidades, la determinación del valor a percibir podría depender de si se paga en el momento que ocurre el suceso, si el riesgo es estacionario, es decir, no se agrava ni disminuye con el pasar del tiempo; o, si el riesgo es variable en el transcurso del tiempo, esto es que la probabilidad de ocurrencia varíe.

3.2. Tablas de mortalidad

Estimado estudiante, en este apartado se introduce al estudio el uso de operaciones cuantitativas; no se preocupe, no son complejas. Lo importante será comprender su lógica, esto, finalmente, le permitirá desarrollar estrategias para valorar seguros de vida.



Los datos de mortalidad de una población específica se pueden resumir en una tabla de mortalidad. Si bien esta herramienta representa un grupo de gente “ficticia”, su contenido refleja el comportamiento real de la supervivencia y muerte de la población que se estudia.

Una tabla de mortalidad es un cuadro estadístico que resume el impacto de la mortalidad en un grupo cerrado de personas – cohorte – generalmente ficticio denotado como lx . La biometría humana es la parte de la estadística actuarial encargada del estudio de la supervivencia humana y de otros conceptos relacionados con la misma. De ahí que las tablas de mortalidad incluyen una serie de *variables biométricas* y *valores conmutados*, a partir de los cuales se realizan los cálculos de prima de riesgo para los diferentes productos de vida.

La cohorte se construye con base en la observación de la mortalidad de un grupo cerrado de personas, hasta que dicho grupo desaparezca por la causa de muerte. Una tabla de mortalidad construida como resultado de la experiencia de la población general, indica el número de individuos que sobrevive de un grupo dado para cada edad (grupo etario).

A medida que la edad va aumentando, el número de personas sobrevivientes disminuye. De allí se obtiene la frecuencia de fallecimiento de cada edad, la cual se podría considerar como la probabilidad de que una persona fallezca a una edad determinada.



Tabla 1
Tabla de mortalidad

x	qx	px	lx	dx	ex	Vx	Dx	Nx	Cx	Mx
0	0,304 %	99,696 %	1.000.000	3.038	82	<u>1</u>	<u>1.000.000</u>	<u>24.709.780,62</u>	<u>2.920,8654</u>	<u>49.153,2811</u>
1	0,028 %	99,792 %	996.962	276	81	<u>0,96154</u>	<u>958.618</u>	<u>23.709.780,60</u>	<u>255,3439</u>	<u>46.232,4158</u>
2	0,018 %	99,892 %	996.686	176	80	<u>0,92456</u>	<u>921.492</u>	<u>22.751.163,03</u>	<u>156,4189</u>	<u>45.977,0718</u>
3	0,013 %	99,987 %	996.510	127	79	<u>0,889</u>	<u>885.894</u>	<u>21.829.670,68</u>	<u>108,3379</u>	<u>45.820,6529</u>
4	0,012 %	99,988 %	996.383	119	78	<u>0,8548</u>	<u>851.713</u>	<u>20.943.776,77</u>	<u>97,4723</u>	<u>45.712,3150</u>
5	0,010 %	99,990 %	996.265	96	77	<u>0,819</u>	<u>818.857</u>	<u>20.092.064,04</u>	<u>75,9650</u>	<u>45.614,8427</u>
30	0,039 %	99,961 %	991.118	387	53	<u>0,30832</u>	<u>305.580</u>	<u>6.806.242,59</u>	<u>114,5849</u>	<u>43.324,0453</u>
31	0,038 %	99,962 %	990.731	380	52	<u>0,29646</u>	<u>293.712</u>	<u>6.500.844,44</u>	<u>108,3277</u>	<u>43.209,4605</u>
32	0,045 %	99,955 %	990.351	442	5	<u>0,28506</u>	<u>282.308</u>	<u>6.207.131,96</u>	<u>121,2291</u>	<u>43.101,1328</u>
33	0,047 %	99,953 %	989.909	469	50	<u>0,27409</u>	<u>271.328</u>	<u>5.924.824,44</u>	<u>123,5769</u>	<u>42.979,9037</u>
34	0,051 %	99,949 %	989.440	508	49	<u>0,26355</u>	<u>260.769</u>	<u>5.653.496,14</u>	<u>128,8060</u>	<u>42.856,3267</u>
35	0,056 %	99,944 %	98.892	555	48	<u>0,25342</u>	<u>250.611</u>	<u>5.392.727,11</u>	<u>135,1289</u>	<u>42.727,5207</u>



x	qx	px	lx	dx	ex	Vx	Dx	Nx	Cx	Mx
98	26,938%	73,062%	47.053	12.675	2	<u>0,02142</u>	<u>1.008</u>	<u>2.204,95</u>	<u>261,0050</u>	<u>452,3298</u>
99	28,108%	71,892%	34.378	9.663	1	0,02059	780	1.197,28	191,3248	191,3248
100	100,000%	0,000%	24.715	24.715	2	0,0198	489	489,36	0,0000	0,0000

Nota. Adaptado de *Estadística actuarial vida*, por Ayuso, M., Corrales, H., Guillén, M., Pérez, A., Rojo, J., 2007, [Publicacions](#).

Recuerde, no es necesario que usted aprenda de memoria las fórmulas matemáticas con las que se calculan las variables biométricas, ni los valores conmutados; en la práctica el profesional actuarial cuenta con esta información a la mano.

Para construir una tabla de mortalidad es necesario hacer uso de la siguiente notación o variables biométricas:

x: edad actuarial^[2] del individuo.

lx: número de vivos de edad exacta **x**.

dx: número de personas fallecidas a la edad **x**, es decir, entre la edad exacta **x** y la edad exacta **x + 1**.

$$d_x = I_x - I_{x+1}$$

q_x : es la probabilidad de que una persona de edad exacta x fallezca antes de cumplir la edad exacta $x + 1$.

$$q_x = d_x / I_x$$

p_x : es la probabilidad de que una persona de edad exacta x sobreviva un año.

$$p_x = I_{x+1} / I_x$$

o

$$p_x = 1 - q_x$$

Ahora estas dos probabilidades también se pueden estudiar para períodos mayores a 1 año; es decir, de manera temporal. Por ejemplo, la probabilidad de muerte de una persona de x años durante los próximos n años. O también diferir el periodo de estudio de supervivencia/mortalidad; por ejemplo, dentro de m años, calcular la mortalidad de una persona de x años durante los próximos n años. Los diferimientos (m) y temporalidades (n) de las variables biométricas se representan así:

${}_n P_x$: es la probabilidad de que una persona de edad exacta x sobreviva n años.

$${}_n P_x = I_{x+n} / I_x$$

${}_n q_x$: es la probabilidad de fallecer antes de transcurridos n años teniendo una edad exacta x .



$${}_nq_x = (I_x - I_{x+m}) / I_x = {}_nd_x / I_x$$

${}_m/nq_x$: es la probabilidad de que una persona de edad x fallezca después de transcurridos m años y antes de transcurrir n años más, es decir, alcance la edad $x + m$ y fallezca antes de cumplir la edad $x + m + n$.

$${}_m/nq_x = (I_{x+m} - I_{x+m+n}) / I_x$$

Las funciones antes mencionadas poseen tres propiedades:

1. Las probabilidades de supervivencia (p_x) y mortalidad (q_x) son complementarias entre ellas, es decir, suman la unidad, 1 (el 100%).
2. La probabilidad de que una persona de edad x fallezca antes de un periodo n de tiempo, es igual a la suma de la probabilidad de fallecer en cada año del periodo n . Esto es porque el fallecimiento es un hecho único y no puede repetirse.

$${}_nq_x = \frac{{}_nd_x}{l_x} = \frac{d_x + d_{x+1} + d_{x+2} + \dots + d_{x+n-1}}{l_x}$$

3. La probabilidad de que una persona de edad x fallezca en un periodo determinado, es el producto de la probabilidad de sobrevivir hasta el inicio de dicho periodo, por la probabilidad de fallecer durante el periodo considerado.

$${}_m/nq_x = {}_mp_x * {}_nq_{x+m}$$



Estas son las variables biométricas que se estudiarán; sin embargo, existen otras. Ahora bien, el actuario para hacer cálculos financieros se apoya en funciones adicionales llamados Valores Conmutados, los mismos que se describen a continuación:

D_x : Número de personas que sobrevivirían al grupo de edad determinado.

$$D_x = V^x \cdot l_x$$

donde $V_x = (1 + i)^{-x}$
e $i = \text{Interés Técnico}$

N_x : Sumatoria total del número de personas a partir de ese grupo de edad.

$$N_x = \sum_{t=x}^w D_t$$

C_x : Probabilidad de fallecimientos de ese grupo de edad de acuerdo a la “tasa de interés técnico” de la aseguradora.

$$C_x = V^{x+1} \cdot d_x$$

M_x : Número de fallecimientos del grupo de edad en relación con el total.

$$M_x = \sum_{t=x}^w C_t$$





Para que usted entienda de una mejor manera cómo se construyen las variables y los valores conmutados, a continuación, lo invito a revisar el siguiente video titulado [Nociones básicas de Cálculo Actuarial](#)

[1] Una anualidad es una sucesión de pagos, depósitos o retiros, generalmente iguales, que se realizan en períodos regulares de tiempo, con interés compuesto.

[2] Edad actuarial: es la edad próxima a cumplir de una persona; es decir, la edad tendrá en el próximo cumpleaños.



Actividades de aprendizaje recomendadas

Estimado estudiante, una vez que se han revisado los contenidos correspondientes a esta semana de estudio, es importante que realice las actividades a continuación detalladas para que pueda entender, a nivel práctico, cómo funcionan las tablas de mortalidad. Para aprender a valorar seguros de vida, es necesaria la lectura del material bibliográfico y también la práctica con ejemplos. Por ello se recomienda:

1. En el anexo 6, interactúe con la [tabla de mortalidad de España](#) e identifique cómo se formulan las variables conmutadas.
2. Realice prácticas con base en los planteamientos de la pestaña ejercicios A, de la hoja de cálculo, tabla de mortalidad de España (anexo 6).
3. Analice el video "[Nociones básicas de cálculo actuarial](#)" y transcriba sus conclusiones.

Nota. Por favor, complete la actividad en un cuaderno o documento Word.





No olvide que usted puede trasladar sus inquietudes al tutor, de modo que resuelva sus inquietudes antes de pasar al siguiente tema.

Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas



Semana 10

Unidad 3. Técnicas de tarificación de seguros

3.3. Productos de seguros de vida

Estimados estudiantes, los seguros relacionados con personas cubren el riesgo de que el asegurado muera o sobreviviera a partir de un momento dado o hasta un momento determinado, respectivamente. Dado que se trata de riesgos distintos, muerte y supervivencia, existen diversas modalidades de contratación.

Dentro de los seguros de personas, se encuentra por ejemplo el seguro de vida, que cubre el riesgo de que el asegurado o asegurados fallezcan o sobrevivan a partir de un momento dado. Y de acuerdo con su objetivo final de mitigación del riesgo de muerte, existen varias modalidades de contratación. Es decir, hay seguros en los que la aseguradora solo garantiza el pago de un capital o renta en el caso de que el asegurado fallezca, por el contrario, las prestaciones se satisfacen en caso de vida del asegurado.

Las combinaciones o modalidades con relación a los seguros de vida son muy variados, es por eso que la aseguradora con el fin de evitar el cálculo de un número excesivo de tarifas limita el número de modalidades. A continuación, estudiaremos las más comunes.

Capital



El capital constituye un monto determinado llamado "Suma Asegurada". Como se indicó al inicio del apartado, esta prestación se puede otorgar, en caso de muerte del asegurado (seguro de vida), a sus beneficiarios. Sin embargo, también se puede pagar en caso de que el asegurado sobreviva a una edad determinada contractualmente (dotal puro).

Cabe indicar que cualquiera de los eventos que se contrate, el valor del capital a recibir será en el momento en que se dé el evento (muerte); o, si vence el plazo para que este evento aleatorio no suceda (supervivencia).

La valoración de los capitales futuros se realiza trayendo a valor presente las futuras prestaciones. Esta actualización de flujos futuros se conoce como Valor actual actuarial, pues incluye no solo el descuento financiero, sino también las probabilidades de muerte/supervivencia de los individuos.

Seguro de vida, A_x : una persona de edad x , contrata un seguro ordinario de vida, y así, en caso de que fallezca, se le entregará una suma asegurada de 1 unidad monetaria a los beneficiarios en cuanto la persona fallezca. Este valor presente se calcula de la siguiente manera:

$$A_x = \frac{V \cdot d_x}{l_x} + \frac{V^2 \cdot d_{x+1}}{l_x} + \dots = \frac{V^x}{V^x} \left(\frac{V \cdot d_x}{l_x} + \frac{V^2 \cdot d_{x+1}}{l_x} + \dots \right) =$$

$$= \frac{V^{x+1} \cdot d_x}{V^x \cdot l_x} + \frac{V^{x+2} \cdot d_{x+1}}{V^x \cdot l_x} + \dots = \frac{C_x}{D_x} + \frac{C_{x+1}}{D_x} + \dots = \frac{\sum_{t=x}^w C_t}{D_x} = \frac{M_x}{D_x}$$

Dotal puro n años, ${}_nE_x$: en este caso se dará un solo pago de 1 unidad monetaria (unidad monetaria) a una persona de edad x si esta llega con vida a la edad $x+n$, es decir, sobrevive n años, este valor presente se calcula de la siguiente manera:

$${}_nE_x = 1 \cdot V^n \cdot {}_n P_x = \frac{V^x}{V^x} \cdot V^n \left(\frac{l_{x+n}}{l_x} \right) = \frac{V^{x+n} \cdot l_{x+n}}{V^x \cdot l_x} = \frac{D_{x+n}}{D_x}$$

Renta

Constituye un pago periódico cuya cuantía, duración y plazo se determinan contractualmente. En general, las rentas se calculan como anualidades.

De este modo, el asegurado o beneficiario podrían percibir una cantidad previamente fijada, por ejemplo, hasta que ocurra la muerte del asegurado (renta vitalicia). O los beneficiarios podrían recibir este valor periódico, toda vez que ocurra la muerte del asegurado; por ejemplo, una renta de viudedad, hasta la muerte de la cónyuge del asegurado que ha fallecido, o una renta de orfandad, hasta que el hijo/a del asegurado que falleció cumpla 18 años.

Las rentas, al calcularse como anualidades, se representan con la letra *a*. De igual manera que en los capitales (seguro de vida o total puro), el valor presente de las prestaciones futuras constituye la prima de riesgo.

Se recomienda revisar en anexo 7: hoja de cálculo "[Otros ejercicios de seguros de personas](#)" para comprender los diferentes tipos de rentas que se pueden valorar.

Capital con ahorro

Otra de las opciones que ofrecen las compañías de seguros, son las de seguros de vida con ahorro. Estos son instrumentos alternativos de inversión. La elección de esta modalidad dependerá de su finalidad; por ejemplo, obtener un estipendio complementario de jubilación, o una rentabilidad a corto plazo.

3.3.1. Coberturas adicionales

Con fines comerciales, el seguro de vida se suele vender junto con coberturas adicionales relacionadas, haciendo así más atractivo el seguro. Estas coberturas tienen un costo reducido y usualmente son: invalidez, fallecimiento por accidente o enfermedad.



Es importante señalar que este tipo de coberturas adicionales no pueden contratarse independientemente del seguro de vida, ni tampoco tendrán continuidad en caso de anulación o interrupción del pago de primas de este.

En algunos casos, para complementar el seguro de vida se ofrecen coberturas adicionales relacionadas con el propósito de ser más atractivo el seguro. Este tipo de coberturas tienen un costo reducido.

Este tipo de seguros complementarios pueden ser de invalidez, fallecimiento por accidente o de enfermedad, siendo estos los más comúnmente vendidos.

Parte fundamental de este tipo de coberturas adicionales es que no pueden contratarse independientemente del seguro de vida, ni tampoco tendrán continuidad en caso de anulación o interrupción del pago de primas de este.

En el caso de la cobertura por invalidez, esta puede ser económicamente más gravosa que el fallecimiento del mismo asegurado. En caso de producirse la invalidez dependiente del tipo de cobertura ofertada, se podría dar un anticipo del capital asegurado o mediante el pago de una renta.

Dentro de este tipo de cobertura, la más conocida es la Invalidez total y permanente.

Con relación a la cobertura de muerte accidental, en caso de fallecimiento del asegurado a consecuencia de un accidente, la aseguradora pagará a los beneficiarios una indemnización adicional. En este tipo de cobertura se comercializan dos tipos de modalidades: muerte por accidente y muerte por accidente de circulación.

Los seguros complementarios de enfermedad, suponen el pago anticipado (total o parcial) de la prestación prevista para caso de fallecimiento, aunque también puede darse un pago adicional en caso de ocurrencia de una determinada enfermedad. Dentro de este tipo de cobertura se pueden distinguir dos tipos de modalidades, enfermedades graves y enfermedades terminales.



Como coberturas adicionales se pueden encontrar Invalidez, Muerte Accidental, Enfermedad, entre otras.

Continuemos con el aprendizaje mediante su participación en la actividad que se describe a continuación:



Actividad de aprendizaje recomendada

Como complemento a los estudios realizados en este apartado, realice prácticas con base en los ejercicios de las siguientes hojas de cálculo:

- Otros ejercicios de seguros de personas ([anexo 7](#)).
- Productos de seguros. Ejercicios ([anexo 8](#)).

Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas



Semana 11

Unidad 3. Técnicas de tarificación de seguros

3.4. Fundamentos técnicos del seguro: no vida

3.4.1. Principios de estadística actuarial

La estadística actuarial es el estudio de las leyes que rigen los fenómenos aleatorios que pueden afectar al seguro. Esta ciencia estudia los llamados riesgos elementales; modelos estadísticos de frecuencia y severidad de siniestros; la probabilidad de ruina de la entidad aseguradora; valoración de su riesgo financiero; es decir, el riesgo en conjunto de todas sus operaciones de cobertura.



Para reforzar sus conocimientos, lo invito a revisar el siguiente video de [Probabilidad de un evento simple](#)



Por otro lado, para la medición de los fenómenos aleatorios se utilizan variables aleatorias; pero no son una probabilidad! Y entre los fenómenos de mayor importancia de estudio en los seguros se encuentran el *número de siniestros* (v.a. N) y la *cuantía por reclamación* (v.a. X). Estos fenómenos se pueden analizar cuantitativamente a través de distribuciones de probabilidad; que, según cómo se define su forma, podrán ser:

- **Frecuencia (discreta).** Bernulli, Poisson, Binomial Negativa, etc.
- **Severidad (continua).** Lognormal, Gamma, Weibull, etc.

La teoría de la probabilidad es fundamental en el campo de los seguros. Sin la estimación de la probabilidad de ocurrencia de un siniestro en un ramo determinado, no se podría calcular las primas que deben cobrarse a los asegurados para garantizar el pago de siniestros; cubrir los gastos administrativos; pagar comisiones a los intermediarios, y, recibir un margen de utilidad. A continuación, se analizarán algunos de estos temas.

Teoría de probabilidad

La teoría de la probabilidad es la rama de la matemática que estudia los fenómenos aleatorios y estocásticos. Los fenómenos aleatorios son lo contrario de los fenómenos deterministas; los resultados de los segundos son únicos y previsibles; mientras que el resultado de los fenómenos aleatorios puede variar a pesar de realizar un mismo experimento. Un ejemplo de fenómeno determinista puede evidenciarse con el experimento “calentar el agua a 100°”; el resultado será transformar el agua en vapor.

Mientras que el experimento “lanzar los dados”, no garantiza un mismo resultado cada vez que se realice, esto es un fenómeno aleatorio.

Se podría decir que la teoría de probabilidad asigna un cierto número a cada posible resultado que pueda ocurrir en un experimento aleatorio, con el fin de cuantificar dichos resultados y saber si un suceso es más probable que otro. Este número es la ***medida de ocurrencia de un evento y se conoce como probabilidad; su valor está entre 0 y 1 (0 % y 100 %).***



De una manera muy sencilla se puede ejemplificar el cálculo de una probabilidad. Por ejemplo, si se cuenta con el número total “N” de experimentos realizados y el número “n” de experimentos cuyo resultado corresponden a un evento en particular “A”, entonces, la probabilidad de que ocurra el evento “A” se representa como $P(A)$ y se calcula de la siguiente manera:

$$P(A) = \frac{n}{N}$$

Por lo tanto, ningún evento ni grupo de eventos cualquiera, podrá tener una probabilidad mayor que 1 ni menor que 0.

Resumiendo, *aleatorio* significa que si de un conjunto de personas o cosas, se va a escoger alguno, cualquiera de los que se encuentran presentes tienen la misma posibilidad de ser escogidos. Por otro lado, un *experimento aleatorio* es el que da origen a la recopilación de datos tomados de manera aleatoria.

Probabilidad y muestra en seguros

Las aseguradoras realizan sus análisis a partir de su base de datos de clientes para estimar la creación de nuevos productos, realizar modificaciones importantes en sus políticas o coberturas, analizar su desempeño o evaluar el impacto de una determinada cartera. Con la tecnología actual, el actuario puede elegir entre utilizar toda la base de datos, o simplemente un periodo en específico. En síntesis, el actuario está calculando constantemente probabilidades a partir de muestras, para garantizar el pago de siniestros y desarrollar el negocio.

Variables aleatorias

En la práctica, calcular una probabilidad, no es tan fácil como dividir n/N ; sino que deben utilizar un conjunto de técnicas estadísticas que parten de supuestos e hipótesis para poder modelar el **riesgo de suscripción**^[4].



Por ello, a continuación, se realizará un estudio más profundo de algunos métodos de tarificación.

Cómo se indicó al inicio de este apartado, a veces es necesario representar a un evento mediante un número o una representación numérica como un intervalo, sin que esto sea una probabilidad, sino un número que represente al evento en sí. Para ello, en primer lugar, es necesario conceptualizar qué es una variable aleatoria. Coloquialmente, se puede decir que es un resultado posible de un conjunto de resultados. Matemáticamente, es una función del espacio muestral Ω en los reales, que a cada evento definido en Ω le asigna un valor o conjunto de valores en R . Las variables aleatorias se pueden clasificar en: discretas (solo números enteros) y continuas (números enteros y decimales).

Por ejemplo, del experimento de “observar los siniestros presentados durante el día” es interesante para analizar cuántos autos se han siniestrado, o cuál es la cuantía estimada del daño en dólares. Entonces se podría decir que:

Si el interés de estudio es cuántos autos se han siniestrado, la variable aleatoria “N” será el número de autos siniestrados al final del día. Estos pueden ser: $N=0$, $N=2$, ó $N=3$, ó $N=4$, etc.

Si el interés de estudio es la cuantía estimada, la variable aleatoria “X” será la suma de las cuantías de daño en dólares de los autos siniestrados. Significa que X puede tomar cualquier valor mayor a US\$0.00.

Dada una variable aleatoria discreta X, se define su función masa de probabilidad, $f_X(x)$, como:

$$f_X(x) = P[X = x]$$

Como la probabilidad está asociada a un evento, y la variable aleatoria está asociada a un evento, entonces también es posible determinar la probabilidad de ocurrencia de una variable aleatoria, utilizando la medida de probabilidad mencionada arriba.



Al considerar variables aleatorias, discretas o continuas, el valor esperado de la variable es una medida de tendencia central de la misma. Es decir, el valor esperado ($E[X]$) de una variable aleatoria, es el valor que se espera tome la variable al realizar el experimento aleatorio.

En el contexto de la estadística actuarial entenderemos por siniestro a cada realización de un experimento aleatorio, siendo un fenómeno que provoca un riesgo. El individuo afectado pretenderá cubrirse de las consecuencias económicas de la ocurrencia del siniestro. El método que da esta cobertura, se conoce habitualmente como seguro. El vendedor del seguro (y deseablemente también el tomador), ha de estudiar bien este fenómeno aleatorio, en términos que poder estimar el precio del contrato, en particular, la prima que supone este riesgo. Así, en el estudio de estos fenómenos aleatorios, serán importantes dos variables aleatorias, a saber: **el número de siniestros y la cuantía por reclamación**. El comportamiento de la primera nos dará idea de la frecuencia con la que se producen dichos siniestros. La segunda, nos ayuda a valorar en términos económicos la ocurrencia de los mismos.

Estos comportamientos los podremos estudiar a través de funciones de distribución de probabilidad.

3.4.2. Distribución de probabilidad

Las funciones de distribución de probabilidad son formas específicas que se le han dado a la función $f_X(x)$, dependiendo de la forma como esté definida la variable.

Algunas de las distribuciones de probabilidad más utilizadas en seguros son:

- Frecuencia (discreta). Bernulli, Poisson, Binomial Negativa, etc.
- Severidad (continua). Lognormal, Gamma, Weibull, etc.

A continuación, se amplía la explicación de algunas de estas funciones.

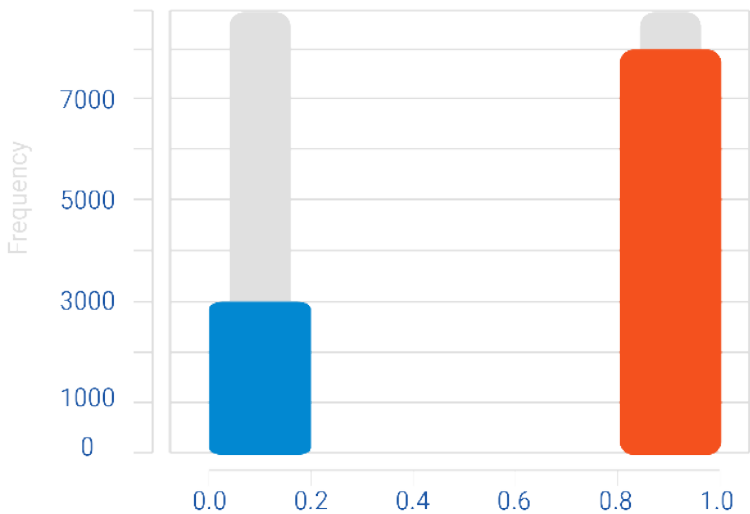
Distribución Bernulli



Una variable aleatoria se dice de tipo Bernulli cuando solamente puede tomar dos valores 1 o 0, los cuales regularmente se asocian con éxito o fracaso. El valor esperado y la varianza son:

- $E[X] = p$
- $V[X] = p(1 - p)$.

Figura 3
Distribución Bernulli



Nota: Duran, A., 2024

Distribución binomial

Una variable aleatoria X sigue una distribución binomial si la cuenta del número de éxitos en n repeticiones de un experimento Bernulli, en donde la probabilidad de éxito es constante entre las distintas repeticiones y los resultados de cada repetición son independientes de los demás. Para esta distribución se tiene que:

- $E[X] = np$
- $V[X] = np(1 - p)$

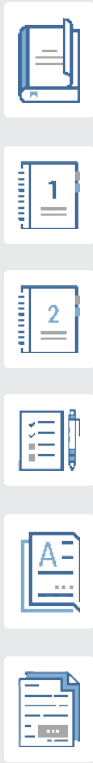
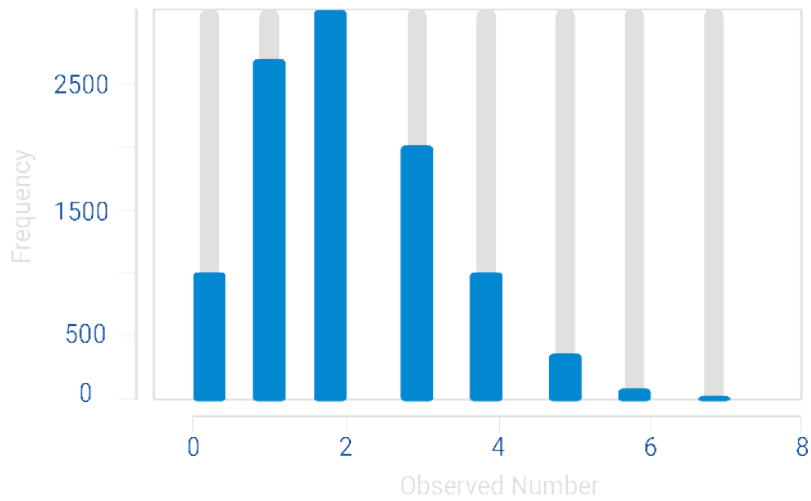


Figura 4
Distribución Binomial



Nota: Duran, A., 2024

Distribución Poisson

Una variable aleatoria X sigue una distribución Poisson con parámetro λ si lo que hace es contar el número de eventos ocurridos por unidad de tiempo, área o volumen. Lo que se denomina eventos, en este caso, es definido por el investigador y el parámetro λ es el promedio histórico de observaciones realizadas por unidad de tiempo, área o volumen. Su valor esperado y varianza son:

- $E[X] = \lambda$
- $V[X] = \lambda$.

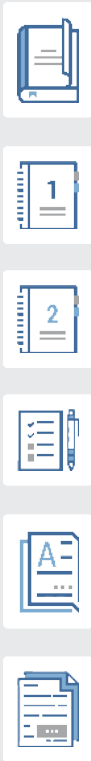
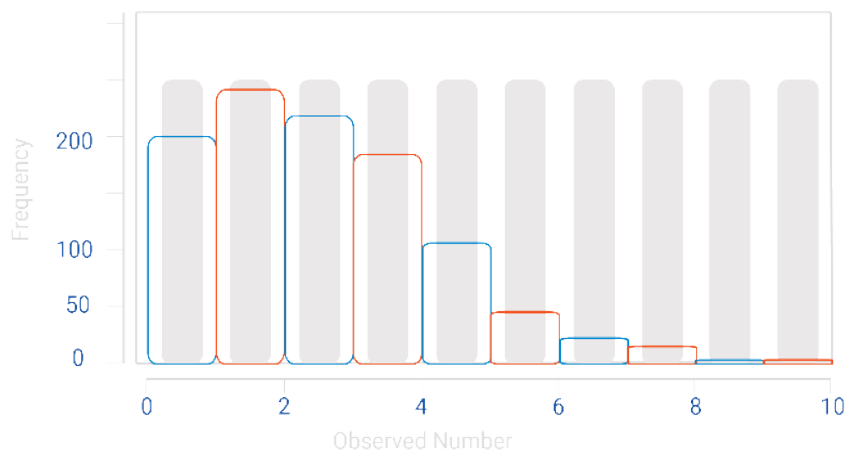


Figura 5
Distribución Poisson



Nota: Duran, A., 2024

Distribución normal

La función de distribución continua más utilizada en la estadística es la distribución normal.

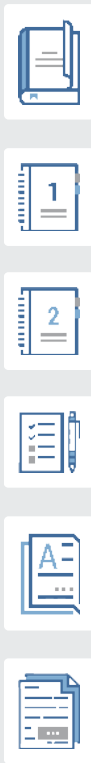
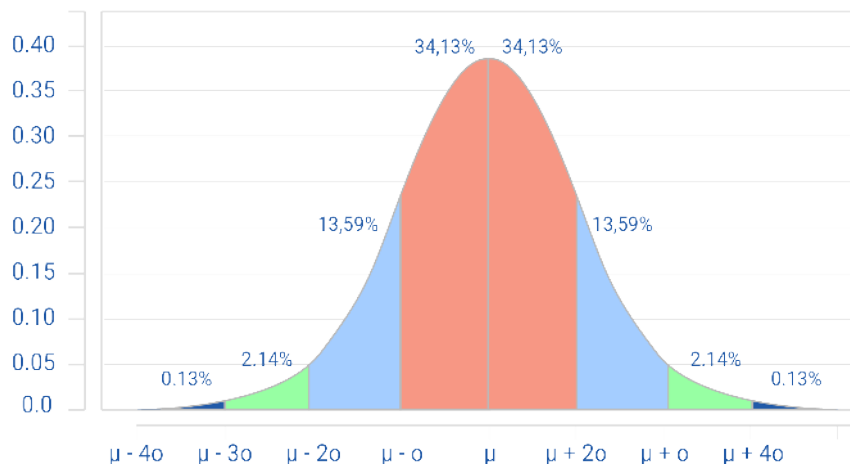


Figura 6

Distribución normal



Nota: Duran, A., 2024

Una variable aleatoria X sigue una distribución normal si puede tomar valores en el eje real, asignando mayor probabilidad a un valor μ con una desviación estándar σ . La representación gráfica de esta distribución es la campana Gaussiana centrada en μ .

- $E[X] = \mu$
- $V[X] = \sigma^2$.

La distribución normal logarítmica es una distribución de probabilidad continua de una variable aleatoria cuyo logaritmo está normalmente distribuido. Es decir, si X es una variable aleatoria con una distribución normal, entonces $\exp(X)$ tiene una distribución log-normal.

[3] v.a., por convención internacional, significa variable aleatoria.

[4] El riesgo de suscripción es el riesgo de incurrir en una pérdida económica o de afrontar una modificación adversa del valor de los compromisos derivados de la actividad aseguradora, debido al cobro de una prima insuficiente y/o mala constitución de reservas.



Actividades de aprendizaje recomendadas

Es hora de reforzar los conocimientos adquiridos resolviendo las siguientes actividades:

1. Analice el video “Probabilidad de un evento simple” y transcriba sus conclusiones.

Nota. Por favor, complete la actividad en un cuaderno o documento Word.

2. En el anexo 9 de la hoja de cálculo [probabilidades](#). Ejercicios identifique las diferentes formas de estimar probabilidades y esperanza matemática; y compruebe la formulación en los ejercicios.

Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas



Semana 12

Unidad 3. Técnicas de tarificación de seguros

3.5. Tarificación

La tarificación es el proceso mediante el cual se asigna un precio a cada uno de los riesgos que suscribirá una empresa de seguros. Consiste básicamente en valorar riesgos. El resultado final de este proceso es la prima o el costo que deberá pagar el asegurado para transferir el riesgo a la aseguradora. Esta debe agrupar el costo del riesgo y los costos de operación, para lo cual se utilizarán metodologías, modelizaciones, fórmulas y cálculos actuariales.

En primera instancia se encuentra la Prima Pura (PP); que es el resultado de un análisis de las bases estadísticas y financieras, a través del cual se establece la equivalencia actuarial entre prestaciones y contraprestaciones.



Además de la prima pura, la aseguradora necesita recibir de los asegurados importes superiores que permitan cubrir los gastos de administración, gastos de comercialización y la utilidad; así como un recargo técnico o recargo de seguridad, que afecta directamente a la prima pura de riesgo, y ayuda a corregir posibles desviaciones de la siniestralidad.

Finalmente, con una de las fórmulas más conocidas en la industria, se calcula la prima comercial:

$$\textit{Prima Comercial} = \frac{PP*(1+\delta)}{1-(\beta+\gamma+\theta)}$$

Es importante señalar que existen diversas formas de calcular las primas puras. Los avances tecnológicos permiten llevar a cabo operaciones matemáticas complejas en tiempos cada vez menores y las tendencias del mercado actuales, giran en torno a la estimación de riesgos personalizados. Revise el contenido académico de esta semana para que pueda conocer pormenorizadamente sobre cada una de estas metodologías.

Es necesario que la tarifa a cobrar por el seguro presente una correlación positiva con el riesgo que asume la aseguradora, en tal sentido, la prima debe agrupar el costo del riesgo y los costos de operación, para lo cual se utilizarán metodologías, modelizaciones, fórmulas y cálculos actuariales.

Prima pura

Como hemos indicado en otros apartados, el precio del seguro es la prima, en tal sentido, es necesario que la aseguradora determine el precio de cada seguro. Las primas son la principal fuente para el pago de los siniestros, siendo esta la cantidad necesaria para cubrirlos. En tal sentido, debería cumplirse que la suma de las primas sea como mínimo la suma de los siniestros.



El cálculo de esta prima se realizará en función de las bases estadísticas y financieras, para lo cual se establecerá la equivalencia actuarial entre prestaciones y contraprestaciones.

Es por ello que para que la actividad aseguradora pueda funcionar, la aseguradora debe analizar y valorar los riesgos que asume. La prima pura es el resultado de un análisis de los datos, es decir, medir la intensidad de los siniestros (frecuencia) y la cuantía promedio de los mismos (severidad).

Recargos

Además de la prima pura, la aseguradora deberá recibir de los asegurados importes superiores que permitan cubrir los gastos de administración, gastos de comercialización y la utilidad.

El recargo técnico o recargo de seguridad afecta directamente a la prima pura de riesgo y ayuda a corregir posibles desviaciones de la siniestralidad.

Los recargos por gastos de gestión (gastos de administración y de adquisición o comercialización), se justificarán en función de la organización administrativa y comercial, actual y prevista en la entidad interesada, teniendo en cuenta si se trata de seguros individuales o de grupo.

El recargo para beneficio o excedente (margen de utilidad), se destinará a remunerar los recursos financieros e incrementar la solvencia dinámica de la empresa de seguros.

Prima comercial (o prima de tarifa)

Tomando como base la prima pura y los recargos, se obtendrá la prima de tarifa o prima comercial:



$$Prima\ Comercial = \frac{PP*(1+\delta)}{1-(\beta+\gamma+\theta)}$$

- **PP:** Prima Pura (\$).
- **Recargo de seguridad:** δ de la prima pura (%).
- **Gastos administrativos:** θ de la prima comercial (%).
- **Gastos por comisión a vendedores:** β de la prima comercial (%).
- **Utilidad:** γ de la prima comercial (%).

Exactamente de la misma manera puede estimarse la tasa comercial. La única diferencia está en que, en vez de utilizar la Prima Pura (PP), que es medida en dólares, se utiliza la tasa pura, que es una medida en porcentaje.

Y la tasa pura se calcula de la siguiente manera:

$$Tasa\ Pura = \frac{Prima\ Pura}{Suma\ Asegurada\ Promedio}$$

En esta misma línea, se puede encontrar la tasa comercial a partir de la tasa pura, de la siguiente manera:

$$Tasa\ Comercial = \frac{Tasa\ Pura*(1+\delta)}{1-(\beta+\gamma+\theta)}$$

Por otro lado, para concluir este apartado, es muy importante aclarar que **la prima de facturación es la prima de comercial, más los recargos de ley**, como impuestos sobre la prima, derechos de emisión y otros agregados por disposiciones legales, así como intereses de financiación en caso de que el asegurador otorgue facilidades de pago fraccionado de la prima anual. La prima de facturación, por ende, no es igual a la prima comercial.

Modelos *Class Rating*

El sistema de tarificación a priori o *class rating* busca asignar una prima a un riesgo que se incorpora a la cartera con base en unas determinadas características de ese riesgo. Conociendo estas características se podrá asignar la siniestralidad esperada, y, por tanto, la prima correspondiente.

Tal y como anteriormente se ha comentado, esta prima debe de ser equitativa y suficiente. Desde el punto de vista actuarial, el principio de equidad significa que cada asegurado debe pagar una prima acorde con el riesgo que aporta a la entidad aseguradora.

Los métodos de tarificación a priori suelen estimar $E(N)$ y $E(X)$ independientemente, a partir de los factores de riesgo. Por ejemplo, se dispone de un conjunto de pólizas cuyos elementos son idénticos, es decir, **pertenecen al mismo riesgo** o ramo de No Vida. Para cada póliza se analizan los datos referentes a la siniestralidad, recogidos en las variables aleatorias: número de siniestros, N , y sus correspondientes cuantías, X .

Se asume como hipótesis del proceso de riesgo la de independencia entre la cuantía por siniestro y el número de siniestros. La esperanza del coste total por póliza, $E[S]$, se calcula como el producto de la esperanza del número de siniestros por la esperanza de la cuantía de un siniestro:

$$\text{Prima pura} = E[S] = E[N] \times E[X]$$

$$\text{Prima pura} = \text{Frecuencia} \times \text{Severidad}$$

$$\text{Prima pura} = (\text{Nro. Siniestros esperados}) \times (\text{Severidad siniestros esperados})$$

Esta cantidad se denomina prima pura y su cálculo debe estar basado en información estadística propia de cada ramo, producto o modalidad de seguro.

El sistema de tarificación a priori asigna una prima a un riesgo que se incorpora en una cartera sin tener necesariamente experiencia sobre la siniestralidad que conlleva. Únicamente es necesario conocer determinadas características para asignar una siniestralidad esperada y con ella una prima.



Un ejemplo de tarificación *class rating* con recargos puede encontrarse en el anexo 10: Hoja de Cálculo “[Ejercicios Class Rating](#)”, disponible en los archivos del EVA. En este ejemplo no es necesario aprender matemáticamente cómo obtener los datos de frecuencia y severidad, se asumen predeterminados por motivos pedagógicos.

Modelos Lineales Generalizados (GLM)

Los Modelos Lineales Generalizados son ampliamente aplicados en tarificación. Cuando se tarifica respecto de la cuantía de los siniestros, es apropiado utilizar una distribución gamma o una gaussiana inversa, ya que no toman valores negativos y tienen asimetría positiva. Y cuando se tarifica respecto del número de siniestros, es apropiado utilizar una distribución de Poisson, binomial o una binomial negativa. El GLM más apropiado para unos modelos es el que proporciona una menor desviación, la medida que en estos modelos generaliza la suma de cuadrados residual.

Los GLMs generalizan al modelo clásico de Regresión Lineal Múltiple porque:

- Las respuestas pueden pertenecer a cualquier distribución de la familia exponencial y, por tanto, pueden ser asimétricas.
- La relación entre medias y predictores no es directa, sino que viene dada por una cierta función *Link*. Dicho de manera sencilla, la relación entre

$$y = a + bx,$$

no es la igualdad (=), sino una función llamada *Link* (o ligadura).



Actividades de aprendizaje recomendadas

Es momento de aplicar sus conocimientos a través de las actividades que se han planteado a continuación:

1. Tras la lectura analítica y comprensiva de los contenidos relacionados con Tarificación de seguros, proceda con la realización del siguiente quiz interactivo, con el objetivo de aclarar posibles dudas:



Técnicas de tarificación de seguros

2. Finalmente, le invito a realizar la siguiente autoevaluación 3.



Autoevaluación 3

Complete Verdadero o Falso:

1. () Prima pura = Frecuencia * Severidad.
2. () La prima comercial es el resultado de la prima pura más los recargos de ley.
3. () Las tarifas de primas deben observar que la prima y el riesgo asociado presenten una correlación positiva.
4. () A más de la prima pura, la aseguradora debe percibir valores superiores que le permitan cubrir los gastos de administración, comercialización y margen de utilidad.
5. () Una forma de tarificación es mediante el método de class rating.
6. () ¿La tarificación en seguros es el proceso mediante el cual se asigna un precio a cada uno de los riesgos, considerando costos de operación y utilizando metodologías y cálculos actuariales?

Complete los siguientes enunciados:

7. Dentro de la cobertura adicional de invalidez, la más conocida es _____.
8. La probabilidad de que una persona de edad exacta x fallezca antes de cumplir la edad $x+1$ es _____.
9. El seguro que mitiga el riesgo de muerte por cualquier causa es el de _____.
10. El estudio del riesgo en los seguros de vida dependerá de dos factores principalmente _____ e _____.





Semana 13

Unidad 4. Aplicaciones prácticas en compañías de seguros

4.1. Reservas técnicas

Estimados estudiantes, seguramente se han preguntado, ¿cómo gestionan las compañías de seguros el ingreso producto de primas para el pago de siniestros? La respuesta es relativamente sencilla: las aseguradoras cobran las primas y las reservan; después, las reservas se invierten para que generen un rendimiento financiero y ayuden a la solvencia de la compañía.

Uno de los mecanismos que define la LGS (artículo 22) para la medición de la solvencia en las compañías de seguros y empresas de reaseguros es el régimen de reservas técnicas. Estas deben reflejarse en el pasivo del balance general para atender las contingencias y obligaciones que emergen de los contratos de seguros, así como las desviaciones en los resultados y siniestralidad esperada.

4.1.1. Clasificación

Las empresas aseguradoras y las compañías reaseguradoras deben obligatoriamente constituir y contabilizar permanentemente sus reservas técnicas de acuerdo a la metodología y reglas establecidas en el capítulo V, título II, libro III de la Codificación de Resoluciones Monetarias, Financieras, de Valores y Seguros.

A continuación, le invito a revisar la siguiente infografía titulada Clasificación de las reservas técnicas.

[Clasificación de las reservas técnicas](#)



4.1.2. Cálculo

a. Reserva de riesgos en curso

El cálculo de la RRC se realiza mediante el método conocido como base semimensual, el cual establece que en promedio el vencimiento de las pólizas es a mitad de mes y se utilizan fracciones de veinticuatroavas de las primas no devengadas como reservas.

El cálculo de esta reserva se realizará póliza a póliza o para el caso de los seguros, colectivo o masivo, por cada certificado de cobertura. El cálculo de la reserva de riesgos en curso será sobre la fecha de inicio de vigencia de la póliza, la cual deberá coincidir con el inicio de la cobertura del riesgo. El estado del pago de la prima no se considerará para el cálculo de la misma.

En el caso de producirse la cancelación de la póliza, se libera la reserva constituida hasta el momento de la cancelación.

Su base de cálculo serán las primas netas retenidas, que son el resultado de las primas netas emitidas menos las primas de reaseguros proporcionales.

Para las pólizas con vigencia anual se tomará el 70 % de las primas netas retenidas. Para el caso de las pólizas con vigencia menor a un año, se tomará el 40 % de la totalidad de las primas netas retenidas. Esta reserva se mantendrá hasta la vigencia de la póliza.

b. Reserva por insuficiencia de primas

Se constituirá una Reserva de Insuficiencia de Prima (RIP) para todos los ramos, excepto para los productos de vida individual, rentas vitalicias, planes de pensiones y cualquier otro tipo de seguro que requiera de reserva matemática de vigencia mayor a un año.

La empresa aseguradora constituirá una reserva cuando el porcentaje por ramo de la relación entre egresos técnicos e ingresos técnicos sea mayor al cien por ciento (100 %). Si este porcentaje fuera negativo para cualquiera de



los ramos, la empresa de seguros y reaseguros presentará las explicaciones correspondientes ante el organismo de control, el que determinará la constitución de la reserva por insuficiencia de primas pertinente a ese ramo.

Si la relación entre egresos e ingresos técnicos por ramo i es mayor a 100 %, entonces la reserva a constituir será igual a la relación entre egresos técnicos sobre ingresos técnicos del ramo i , del último ejercicio, menos 100 % y por la prima neta retenida devengada del ramo i , del último período anual cerrado.

La reserva total por insuficiencia de primas será igual a la sumatoria del cálculo señalado para cada ramo.

Esta reserva se constituirá el 31 de enero de cada año, con base en el cierre contable del 31 de diciembre anterior, manteniéndose durante todo el ejercicio económico. Se libera con el nuevo cálculo del ejercicio siguiente.

c. Reserva de desviación de siniestralidad

Esta reserva tiene por objeto compensar las desviaciones negativas de siniestralidad a fin de obtener la suficiente estabilidad técnica a nivel de mercado, de cada ramo de seguro en los cuales su siniestralidad es altamente fluctuante, estocástica, de baja frecuencia y alta severidad, de acuerdo con el estudio de la evolución histórica de siniestralidad realizado para el efecto.

Esta reserva se calculará al 31 de enero de cada año, con datos de diciembre del ejercicio económico anterior, es de carácter acumulativo y se libera cuando, después de dos (2) años consecutivos, el índice de siniestralidad neto de la empresa para el ramo considerado, se mantenga por debajo del índice de siniestralidad neto ajustado del mercado del ramo considerado, durante el mismo periodo;

d. Reserva de siniestros pendientes



El monto de esta reserva corresponderá a la sumatoria del valor estimado de indemnización, incluidos los gastos de ajuste de la pérdida de cada una de las reclamaciones avisadas y no canceladas al final del periodo.

Para la estimación de esta reserva, las aseguradoras deberán utilizar un método técnicamente reconocido para la cuantificación del costo final de cada siniestro y estarán en la obligación de mantener el valor reservado para cada uno de los siniestros debidamente actualizado de acuerdo con cualquier información obtenida por la compañía sobre el costo final de estos, tales como informes de funcionarios de la compañía, ajustadores de siniestros o cualquier otra información relevante y siguiendo el principio de prudencia, se tomará el valor que refleje el mayor nivel de riesgo. Esta reserva será creada en cuanto se tenga conocimiento por cualquier medio de la ocurrencia del siniestro.

En el evento que una entidad aseguradora sea demandada para el pago de un siniestro, el valor de la reserva deberá corresponder al valor de la pérdida hasta la suma asegurada, adicionando los gastos y costas judiciales, así como los intereses de mora a que haya lugar y se mantendrá hasta la obtención de una sentencia ejecutoriada.

Esta reserva será creada en cuanto se tenga conocimiento por cualquier medio de la ocurrencia.

El registro de esta reserva será de siniestro a siniestro y se deberá mantener, para cada siniestro, un registro histórico de la evolución de la reserva.

El cálculo de la reserva de siniestros pendientes avisados deberá tener en cuenta la totalidad de las reclamaciones reportadas sin descontar la participación del reasegurador.

La empresa de seguro deberá constituir la reserva respectiva, registrando el monto total de la pérdida en la cuenta del pasivo, con débito por la retención de la compañía a la cuenta del gasto, constitución de reservas



para siniestros pendientes y por la participación de los reaseguradores, en la cuenta recuperación de siniestros avisados por reaseguros cedidos, al activo.

Dentro del monto sujeto a inversión obligatoria será considerado el valor correspondiente a la retención de la compañía.

e. Reserva de siniestros ocurridos y no reportados

El monto de esta reserva se determina de acuerdo con la evolución de siniestralidad histórica de cada ramo. Para lo cual aplican el método denominado “triángulos de siniestralidad” en la versión conocida como “*Chain Ladder*”.

Los cálculos y actualización de las reservas de siniestros ocurridos y no reportados- IBNR se realizarán de forma trimestral, fijando como fecha de cálculo el final de cada trimestre. Para el efecto, consideramos como trimestres de cálculo los períodos 01/ENE - 31/MAR, 01/ABR - 30/JUN, 01/JUL - 30/SEP y 01/OCT - 31/DIC de cada año.

La información siniestral será clasificada por trimestre de ocurrencia, trimestre de aviso y trimestre de pago, para lo cual se deberá construir una base de datos mensual para un período no menor de tres (3) años para empresas de seguros y no menor a cinco (5) años para compañías de reaseguros.

f. Reserva matemática

Para los seguros de vida individual, rentas vitalicias, planes de pensiones y cualquier otro tipo de seguro que requiera de reserva matemática, se constituirá una reserva del cien por ciento (100 %) de la reserva matemática calculada mediante criterios actuariales basados en estándares generalmente aceptados sobre todas las pólizas vigentes.

Dentro de los seguros que requieren de reserva matemática se incluyen coberturas de vida, asistencia médica, invalidez y accidentes, a plazos mayores a un (1) año, con primas únicas o periódicas niveladas y/o que



incluyan aspectos de ahorro o anticipo de primas, señalando con carácter meramente enunciativo: los planes de seguros de carácter individual o colectivo, ya sean estos temporarios, vida entera, dotales, universales, de primas flexibles, vida entera a interés variable o sensible, rentas vitalicias, rentas vitalicias con período garantizado, retiros programados.

Las hipótesis utilizadas, fórmulas actuariales y los procedimientos de cálculo deberán ser presentados a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para su aprobación, mediante una nota técnica actuarial suscrita por un actuario de seguros o matemático, calificado por este organismo de control. Esta nota técnica actuarial deberá mantenerse siempre actualizada.

En el caso de seguros de vida y coberturas adicionales con vigencia menor a un (1) año, para el cálculo de la reserva matemática se aplicará la metodología prevista para la determinación de la reserva de riesgos en curso-prima no devengada.

El cálculo y presentación de las reservas matemáticas deben regularmente ser certificados por un actuario de seguros. El informe actuarial debe contener una explicación del método seguido, una opinión fundada sobre la razonabilidad de las hipótesis utilizadas para el cálculo y un criterio sobre la veracidad de los resultados reflejados en el balance a la fecha de valuación, dejando expresa constancia en el informe, los valores brutos y netos de reaseguro.



Actividades de aprendizaje recomendadas

Es hora de reforzar los conocimientos adquiridos resolviendo las siguientes actividades:

1. Realizar un mapa conceptual que incluya las definiciones, características y funciones de cada reserva técnica que debe constituir una empresa de seguros.



Nota. Por favor, complete la actividad en un cuaderno o documento Word.

2. En la hoja de cálculo “Método IBNR de cálculo de reservas técnicas” compruebe su formulación y contraste con la metodología de cálculo según la normativa ecuatoriana. Saque sus conclusiones.
3. Le invito a realizar el siguiente quiz interactivo para que refuerce sus conocimientos.
[Aplicaciones prácticas en compañías de seguros](#)
4. Le invito a reforzar sus conocimientos, participando en la siguiente autoevaluación.



Autoevaluación 4

Complete Verdadero o Falso:

1. () La reserva de riesgos en curso se deberá calcular al cierre de cada mes.
2. () El método que se aplicará para el cálculo de las reservas de riesgo en curso es el de *Chain Ladder*.
3. () Las reservas de insuficiencia de primas se calcularán al 31 de diciembre de cada año.
4. () Se calculará reserva de desviación de siniestralidad para el seguro de vida colectiva.
5. () La reserva para siniestros pendientes avisados es el monto reservado en el balance con el costo estimado de atender las reclamaciones de los siniestros que han ocurrido y han sido avisados.
6. () ¿Las reservas se registran contablemente en el pasivo del balance general?

Complete los enunciados:



7. En las reservas de riesgos en curso, para aquellas pólizas con vigencia mayor a un año, se considera como base de cálculo el de _____ la prima neta retenida.
8. En el cálculo de la reserva de riesgos en curso para las pólizas con vigencia a corto plazo se considerará como base de cálculo el _____ de la prima neta retenida.
9. Las empresas de seguros y compañías de reaseguro remitirán a la SCVS los estados financieros dentro del plazo de _____ que se contarán a partir de la fecha del balance que se reporta.
10. Para el seguro de transporte marítimo se deberá constituir una reserva equivalente al _____ de la prima neta retenida.

[Ir al solucionario](#)

Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas



Semana 14

Unidad 5. Seguros generales

5.1. Clasificación de los riesgos

Estimado estudiante, conforme se ha estudiado, los seguros tienen dos grandes ramas de clasificación: los seguros de vida y los de no vida. Sin embargo, existen otras varias clasificaciones, particularmente, la normativa ecuatoriana ha clasificado los seguros en seguros de personas y de daños, según su naturaleza; y, de vida y generales, por su regulación.

El Art. 1, del Capítulo VIII: de las Pólizas y Tarifas, del Título II, del Libro III, de la Codificación de Resoluciones Monetarias, Financieras, de Valores y Seguros, con el fin de regular la operatividad del contrato de seguro, ha clasificado los riesgos de la siguiente manera:



Tabla 2
Clasificación de los riesgos

Por naturaleza	su	Por regulación	su	Ramo	Código	Seguro
Personas	Vida	Vida			1	Vida individual
					2	Vida colectiva
	Generales	Asistencia médica			3	Asistencia médica
Daños		Accidentes personales			4	Accidentes personales
		Incendio y líneas aliadas			5	Incendio y líneas aliadas
					41	Riesgos catastróficos
		Lucro cesante a consecuencia de incendio y líneas aliadas			6	Lucro cesante a consecuencia de incendio y líneas aliadas
					42	Lucro cesante a consecuencia de riesgos catastróficos
		Vehículos			7	Vehículos
		Transporte			8	Transporte
		Marítimo			9	Marítimo
		Aviación			10	Aviación
		Robo			11	Robo



Por naturaleza	su Por regulación	su Ramo	Código	Seguro
		Dinero y valores	12	Dinero y valores
		Agropecuario	13	Agropecuario
			14	Todo riesgo para contratistas
			15	Montaje de maquinaria
			16	Rotura de maquinaria
			17	Pérdida de beneficio por rotura de maquinaria
		Riesgos técnicos	18	Equipo y maquinaria de contratistas
			19	Obras civiles terminadas
			38	Todo riesgo petrolero
			20	Equipo electrónico
			39	Otros riesgos electrónicos
		Responsabilidad civil	21	Responsabilidad civil
		Fidelidad	22	Fidelidad
		Finanzas	23	Seriedad de oferta



Por su naturaleza	Por su regulación	Ramo	Código	Seguro
			27	Cumplimiento de contrato
			28	Buen uso de anticipo
			29	Ejecución de obra y buena calidad de materiales
			31	Garantías aduaneras
			33	Otras garantías
		Crédito	34	Crédito interno
			35	Crédito interno a las exportaciones
		Bancos e instituciones financieras	24	Bancos e instituciones financieras
				Multirriesgo hogar
		Multirriesgo	40	Multirriesgo industrial
				Multirriesgo comercial
		Riesgos especiales	26	Riesgos especiales

Nota. Adaptado de *Codificación de resoluciones monetarias, financieras, monetarias y de seguros*, por Junta Política y regulación monetaria y financiera, 2017, [Banco Central Ecuador](#).



5.2. Seguro de incendio y líneas aliadas

Junto con los seguros marítimos, el seguro de incendio es uno de los más antiguos. Sin embargo, su nombre en el *argot* popular, no incluye todas las prestaciones que ofrece esta cobertura.

Este abarca incendio, rayo, explosión, autoexplosión, motín, alborotos populares, huelgas, disturbios laborales, acto malicioso, vandalismo, tempestad, ventarrón, daños por humo, riesgo de aeronaves, artefactos aéreos u otros objetos que caigan de ellos, impacto de vehículos, combustión espontánea de carbón e incendio producido como consecuencia directa o indirecta de incendio de bosques, selvas, montes bajos, praderas, pampas, malezas o del fuego empleado para el despeje de terrenos, daños por agua, daños en los aparatos, accesorios e instalaciones eléctricas, daños por lluvia e inundación, pérdida de arrendamiento, remoción de escombros, combustión espontánea, daños por falta de funcionamiento de aparatos frigoríficos, daños ocasionados por material fundido, riesgo de refrigeración, daños por inundaciones para plantas de harina de pescado, daños por derrame de extintores, traslado temporal, daños a los hornos a consecuencia de incendio no originado en el mismo, daño causado en la ropa dejada para lavar, honorarios de ingenieros, arquitectos y topógrafos, materiales importados, muelles, vidrios y cristales, entre otros.

Es importante aclarar que existen riesgos similares a los antes mencionados, pero que no están incluidos en la cobertura básica, como son guerra, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidad u operaciones militares, guerra civil o actos de terrorismo.



La definición de motín, huelga, alboroto popular o acto terrorista debe realizarse en un peritaje técnico; o, en caso de inconformidad de alguna de las partes, la autoridad legal competente.



Riesgos excluidos

- Bienes robados durante o después del siniestro.
- Los bienes averiados o destruidos por fermentación, vicio propio o combustión espontánea.
- Destrucción ordenada por la autoridad.
- Guerra, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidad u operaciones militares, guerra civil.
- Terrorismo.
- Daños causados por energía atómica.
- Daños o desperfectos a los aparatos, accesorios e instalaciones eléctricas por causas inherentes a su funcionamiento o por la caída de rayo, aunque en los mismos se produzca incendio.
- Mercaderías en depósito o consignación.
- Lingotes de oro y plata y piedras que no estén montadas.
- Objetos raros o de arte.
- Manuscritos, planos, croquis, modelos, moldes.
- Documentos negociables (sellos, monedas, billetes de banco, cheques, letras, pagarés, etc.).
- Explosivos.
- Vehículos automóviles, lanchas de motor y aviones y su cargamento.
- Terrenos.

Tipos de pólizas

▪ Incendio y líneas aliadas (riesgos nombrados)

Incendio y/o rayo (cobertura básica), explosión, terremoto, temblor y erupción volcánica, lluvia e inundación, daños por agua, motín y huelga, daño malicioso y vandalismo, colapso, cobertura extendida.

▪ Todo riesgo





Cubre los daños materiales directos sufridos por los bienes asegurados ubicados en los predios del asegurado (detallados en la póliza), como consecuencia de un hecho súbito, accidental e imprevisto, salvo aquellos hechos o bienes que estén expresamente excluidos.

Encontramos, también en el mercado, otras figuras de póliza en las que se incorporan más coberturas (otros ramos), más por un aspecto comercial que técnico:

▪ **Todo riesgo industrial**

Todo riesgo de incendio, lucro cesante por incendio, rotura de maquinaria, lucro cesante por rotura de maquinaria.

▪ **Multirriesgo**

Todo riesgo de incendio, lucro cesante por incendio, rotura de maquinaria, lucro cesante por maquinaria, robo y/o asalto, equipo electrónico, dinero (permanencia), equipo y maquinaria.

▪ **Análisis del riesgo**

Para realizar el análisis es indispensable hacer inspección física para el conocimiento global del riesgo. Se debe tener el desglose de valores por rubro y cada dirección, así como detallar los bienes asegurados y determinar su suma asegurada para cada bien o conjunto de bienes bajo una misma definición (muebles, enseres y equipos de oficina).

Además, se deben de considerar los siguientes factores:

- Tipo de construcción.
- Instalaciones en general.
- Diseño.
- Años de construcción.
- Linderos.
- Ubicación geográfica.
- Siniestralidad histórica de la zona.

- Siniestralidad del cliente.
- Giro del negocio.
- Seguridad interna: (brigadas, sistemas de seguridad).
- Seguridad externa: (bomberos, tomas de agua).

Otras coberturas y cláusulas

Usualmente, se pueden incluir en la póliza de incendios coberturas que naturalmente se encuentran excluidas, previo el pago de una prima adicional; o simplemente coberturas como un anexo aclaratorio al contrato principal. A continuación, algunos ejemplos en la infografía sobre otras coberturas y cláusulas.

[Otras coberturas y cláusulas](#)



Actividades de aprendizaje recomendadas

Es hora de reforzar los conocimientos adquiridos resolviendo las siguientes actividades:

1. Analizar y contrastar el contenido sobre “Seguro de incendio y líneas aliadas” con una póliza de incendios de una empresa aseguradora. Haga un resumen con sus principales conclusiones.

Nota. Por favor, complete la actividad en un cuaderno o documento Word.

2. A continuación, le invito a realizar el siguiente quiz para reforzar sus conocimientos.

[Seguros generales](#)





Semana 15

Unidad 5. Seguros generales

Estimado estudiante, esta es la última semana en que se revisará contenido académico. Imprima esfuerzo en la última recta hacia la consecución de su objetivo.

5.3. Fianzas

Una fianza es un contrato suscrito entre tres partes:

1. El afianzador, que es la compañía de seguros, se compromete con otra parte denominada beneficiario a responder por el cumplimiento de un tercero llamado contratista.
2. El beneficiario o asegurado es quien se verá favorecido en caso de incumplimiento del contratista, a través del pago que le efectúe la afianzadora.
3. Contratista o afianzado es quien solicita a la aseguradora que lo garanticen, para el cumplimiento de la obligación que ha contraído.

Estimado estudiante, piense en el siguiente ejemplo: la construcción de un puente. La Municipalidad de Loja decide construir un puente y para ello suscribe un contrato con la empresa constructora ABC; a la misma que le realiza un anticipo del 30 % del monto del contrato para que inicie con la construcción. A fin de evitar que el dueño de ABC se fugue con el 30 % anticipado (riesgo que perjudicaría las arcas de la municipalidad), requiere del contratista una fianza de "Buen uso de anticipo". De este modo, en caso de que el contratista se fugue o incumpla con los plazos o malgaste el anticipo, por mencionar algunos sucesos y riesgos posibles, la municipalidad simplemente ejecutará la garantía y recuperará su dinero. Para atender el requerimiento del Municipio de Loja, el contratista suscribirá una póliza con la aseguradora a cambio de una garantía.





En general, la fianza es un contrato accesorio unido a otro contrato principal o una obligación ya contraída.

Es un acuerdo o contrato suscrito entre tres partes, en el cual uno llamado afianzador (compañía de seguros), se compromete con otra parte denominada beneficiario (asegurado) a responder por el cumplimiento de un tercero llamado contratista (afianzado).

La fianza es un contrato accesorio unido a otro contrato principal o una obligación ya contraída. Las personas que intervienen en el otorgamiento de una fianza son:

Aseguradora ----- Beneficiario Contratista

- **Afianzado - Cliente - Contratista:** es la persona que solicita la fianza, o solicita que lo garanticen, para el cumplimiento de la obligación que ha contraído. Es nuestro cliente, al que tendremos que calificar, es la persona natural o jurídica que ha ganado el contrato.
- **Fiador - afianzadora - compañía de seguros:** es la compañía que se compromete a respaldar al deudor, que es nuestro cliente, asume el riesgo y la responsabilidad de pagar el valor de la fianza en caso de incumplimiento.
- **Beneficiario - asegurado - contratante:** es la persona natural o jurídica que contrató los trabajos y se verá favorecida en caso de incumplimiento del contratista, a través del pago que le efectúe la afianzadora.

Los seguros que conforman el ramo de fianzas garantizan al asegurado, sea este del sector público o sector privado, por el perjuicio económico ocasionado por el incumplimiento de la obligación principal afianzada por parte del proponente, garantizado o contratista afianzado.

- **Seriedad de oferta.**— Garantiza al asegurado el mantenimiento de la oferta por parte del proponente afianzado durante el plazo fijado en las bases de la licitación o concurso y, en caso de resultar adjudicatario, concurrir a la





suscripción del respectivo contrato, en los términos acordados entre las partes.

- **Cumplimiento de contrato.**— Garantiza al asegurado por el incumplimiento del contratista afianzado de las obligaciones que contrajere, en virtud del contrato principal suscrito entre estos, de la ley, y de aquellas que adquiriera a favor de terceros provenientes de dicho contrato, cuyo objeto consista en la ejecución de obra, provisión o suministro de bienes o, prestación de servicios, siempre que tal incumplimiento sea imputable al afianzado o bien provenga de causas que afecten directamente su responsabilidad.
- **Buen uso de anticipo.**— Garantiza al asegurado contra el uso o apropiación indebida o la falta de devolución, que el afianzado haga de los anticipos de cualquier naturaleza, sea en dinero, giros a la vista u otra forma de pago convenida, que se le hayan otorgado para la ejecución del contrato. Incluye, buen uso de carta de crédito, que garantiza el buen uso de la carta de crédito en la adquisición de los bienes u obras que representan el objeto del contrato suscrito entre el asegurado y el afianzado; el embarque y entrega de los bienes a proveerse en idénticas características y especificaciones técnicas de las contratadas, y, en caso de que se prevea embarques parciales, la garantía se reducirá en la medida que se vayan recibiendo provisionalmente los bienes, materia del contrato.
- **Ejecución de obra y buena calidad de materiales.**— Garantiza al asegurado el pago de los daños que le ocasione el afianzado por el incumplimiento de las especificaciones técnicas y mala calidad de los materiales en la ejecución de la obra establecida en el contrato celebrado entre ellos.
- **Garantías aduaneras.**— Garantiza al asegurado (administración de aduanas), los perjuicios económicos que total o parcialmente, con arreglo a las disposiciones legales y/o reglamentarias vigentes en materia aduanera, le ocasione el garantizado por la falta de pago de derechos arancelarios, tasas, multas, intereses y más recargos que adeudare como consecuencia de las operaciones de importación, exportación, tránsito y/o traslado de bienes de legítimo comercio.
- **Otras garantías.**— Fianzas que no se encuentren cubiertas en las señaladas anteriormente; por ejemplo, garantía judicial, garantía legal, garantía de arrendamiento, entre otras.

Tipos de contratación:

Los contratos se pueden presentar de dos tipos:

Para el sector público, que está regido por una ley específica que es la Ley de Contratación Pública, en ella se detallan todos los pasos concretos para que las instituciones del sector público contraten para las diferentes actividades. Es el marco legal por el cual se rigen.

Este tipo de contratos tiene tres características principales que son:

- **Incondicional.**— La aseguradora no podrá oponerse al pago en caso de una solicitud de ejecución por incumplimiento, aduciendo situaciones que no estén previstas en la ley. Esta situación hace que la compañía de seguros tenga que tomar todas las precauciones necesarias.
- **Irrevocable.**— La aseguradora no podrá dejar sin vigencia las coberturas otorgadas, es decir, no podrá dejar de renovar las pólizas si así lo solicita el afianzado o el cliente. El beneficiario podrá solicitar la no renovación de la póliza.
- **Cobro inmediato.**— Es la obligación que tiene la aseguradora de realizar el pago, tan pronto como el beneficiario le presente la documentación necesaria.
- **Para el sector privado**, estos contratos se rigen por el Código de Comercio, la Ley General de Seguros, y el Código Civil. Este tipo de contratos nace de un acuerdo privado, no hay un formato o norma específica que se deba seguir, lo que en ellos conste es a lo que se obligan las partes. Por lo general, no debe emitirse con las características de incondicionalidad, aunque muchos contratantes las solicitan, pero si la calificación del cliente es muy buena y la aseguradora lo acepta, se puede emitir con estas características.



5.4. Seguro de vehículos

El seguro de vehículos cubre daño propio al vehículo como consecuencia directa de choque, volcadura, incendio, robo, hurto o cualquier otro suceso originado por una fuerza externa, repentina y violenta; responsabilidad civil a terceros por lesiones corporales o daños causados a personas o bienes que se encuentren fuera del vehículo; a ocupantes por lesiones corporales que sufran las personas que viajan dentro del vehículo asegurado, y, como coberturas adicionales, asistencia en viajes, equipos de sonido y de comunicación, entre otras.

Adicionalmente, se comercializa con un Seguro de Responsabilidad Civil en caso de daños a terceros, que pueden incluir lesiones corporales o daños causados a bienes que se encuentren fuera del vehículo. De igual manera, conjuntamente con estas pólizas, se comercializan coberturas adicionales de asistencia en viajes, equipos de sonido y de comunicación, entre otras.

Los factores que influyen en la probabilidad de ocurrencia de un siniestro son múltiples: la clase de vehículo, la marca, el modelo, la potencia, el peso, el color, etc. Con anterioridad las entidades aseguradoras fijaban las tasas de precio del seguro en función de unos pocos elementos, pero con la evolución de los sistemas de gestión de información y bases de datos, se ha ido evolucionando hasta utilizar métodos multivariantes y dinámicos de clasificación que permiten estimar primas personalizadas.

Se trata, por tanto, de un seguro multirriesgo que se configura en torno a un objeto concreto, al vehículo, y se limita a la actividad de uso y circulación del mismo, con lo que su ámbito de cobertura se refiere exclusivamente a dicho objeto y actividad, así como, en su caso, a las personas que circulan en él.

Los vehículos de motor son, los vehículos comerciales (como furgonetas o furgones), los camiones, remolques, tractores, motocicletas, etc.

Clasificación de riesgos y determinación del precio del seguro



Los factores que influyen en la probabilidad de ocurrencia del riesgo en el ramo de vehículos son múltiples y, considerando que el número de pólizas que manejan las compañías es elevado, se pueden realizar análisis de siniestralidad con sistemas de clasificación de riesgos de gran sofisticación.

Anteriormente, las entidades aseguradoras fijaban las tasas de precio del seguro en función de unos pocos elementos (como la provincia de circulación, la potencia del vehículo, y otras), pero esta situación ha ido evolucionando dada la necesidad de ajustar el coste del seguro a las circunstancias de cada caso, lo que ha dado lugar a la utilización de métodos multivariantes y dinámicos de clasificación.

Esta dinámica contempla factores relativos al vehículo, su conductor y los relativos a la circulación. A continuación, se explican cada uno de ellos.

- **Factores relativos al vehículo**

La clase de vehículo, la marca, el modelo, la potencia, el peso, el color, etc.

- **Factores relativos al conductor**

Su edad, el sexo, el tiempo acumulado de experiencia en la conducción, el estado civil, el número de hijos, el resultado de la experiencia del conductor en el pasado, etc.

Este último factor puede dar lugar posteriormente a la contratación del seguro, además, a la aplicación de sucesivos descuentos por no siniestralidad o recargos por haber incurrido en siniestro con culpa, lo que se denomina método del *bonus-malus* o de tarificación *a posteriori*, que consiste en que el seguro se renueva anualmente con mayor o menor prima en función de la experiencia siniestral de la póliza.

También es influyente la posibilidad de conducción del vehículo por conductor o conductores ocasionales, de mayor riesgo, diferentes al conductor habitual, lo que determina generalmente un recargo en la prima, lo que permite, por otra parte, tener adecuadamente cubiertos a dichos conductores.



• Factores relativos a la circulación

La zona por la que se realizan viajes normalmente (por sus infraestructuras, pluviosidad, si se trata de zona rural o urbana, etc.); el uso al que se destina el vehículo (turismo, viajes profesionales, reparto de mercancías – peligrosas, de reparto urbano, etc. –, vehículos de alquiler, conducción por el propietario o empleados a su servicio, etc.); kilómetros anuales, etc.



Actividades de aprendizaje recomendadas

Es hora de reforzar los conocimientos adquiridos resolviendo las siguientes actividades:

1. Realice un resumen con las principales coberturas, exclusiones y características de los Seguros de Fianzas y Vehículos.

Nota. Por favor, complete la actividad en un cuaderno o documento Word.

2. Le invito a reforzar sus conocimientos, participando en la siguiente autoevaluación.



Autoevaluación 5

Complete Verdadero o Falso:

1. () Normalmente, el riesgo de combustión espontánea se encuentra excluido en una póliza de incendios.
2. () El seguro de incendio y líneas aliadas paga una indemnización a la familia de un trabajador quemado, producto de un incendio en una fábrica que cuenta con dicha póliza.
3. () La clasificación de los seguros en: vida y no vida es propia de la normativa ecuatoriana.



4. () El seguro de fianzas, es un seguro que protege el interés del contratista frente a posibles incumplimientos contractuales del asegurado.
5. () La prima de un seguro de vehículos, cada vez más, es producto de avanzados métodos cuantitativos que consideran variables como el color o la potencia del motor.
6. () ¿Después de los seguros de vida, el seguro de vehículos es el seguro más comercializado en el Ecuador?

Complete los siguientes enunciados:

7. Previo la suscripción de un contrato de seguro de incendio y líneas aliadas es indispensable hacer una _____ para el conocimiento global del riesgo.
8. Las personas que intervienen en el otorgamiento de una fianza son _____, _____ y _____.
9. Las fianzas para el sector público tienen tres características particulares, pues deben ser _____, _____ y _____.
10. La fianza que garantiza al asegurado el pago de los daños que le ocasione el afianzado por el incumplimiento de las especificaciones técnicas y mala calidad de los materiales en una construcción se llama _____.

[Ir al solucionario](#)





Semana 16

Actividades finales del bimestre

Estimado estudiante, ha concluido las cinco unidades que conforman esta asignatura. Asegúrese de haber enviado sus actividades práctico-experimentales y, si tiene inquietudes o dudas, es oportuno consultar con el tutor.

Ahora es momento de revisar lo aprendido durante el segundo bimestre. Revise nuevamente las actividades realizadas. Esta es la semana en la que se lleva a cabo la segunda evaluación bimestral, espero que durante las actividades de aprendizaje realizadas durante las semanas previas le produzcan tranquilidad y seguridad para rendir la prueba.

Aún es tiempo de consultar con el tutor de la asignatura las inquietudes que pueda tener. En cualquier caso, le deseo el mayor de los éxitos.



Actividad de aprendizaje recomendada

Es hora de reforzar los conocimientos adquiridos resolviendo la siguiente actividad:

Estudie comprensivamente las autoevaluaciones relacionando el contenido de las preguntas con el significado de las opciones de respuesta. Cualquier concepto o redacción que le pueda causar confusión, consúltelo de inmediato con el tutor.





4. Autoevaluaciones

Autoevaluación 1

Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
1	Autofinanciamiento	El ahorro personal permite cubrir las consecuencias económicamente desfavorables de la ocurrencia de un riesgo.
2	Cuantificables	El interés asegurable debe poder medirse en dólares, o en el caso de la vida, convenir un monto de indemnización.
3	Los asesores productores de seguros	No cualquiera puede vender seguros, solo aquellos calificados para hacerlo.
4	Inversiones obligatorias	Son producto de las reservas técnicas que debe mantener la aseguradora para garantizar el pago de los siniestros.
5	V	La cantidad mínima de capital pagado de USD 8,000,000.00 requerida para la constitución de una compañía de seguros se establece para garantizar la solidez financiera y la capacidad de la empresa para hacer frente a sus obligaciones contractuales.
6	V	Los peritos de seguros son esenciales para evaluar pérdidas en siniestros, garantizando equidad en reclamaciones, previniendo fraudes y cumpliendo normativas. Su experiencia asegura la integridad del sistema, beneficiando a compañías y asegurados.
7	F	Se clasifican en seguros generales y seguros de vida.
8	V	La Reserva de Riesgos en Curso es una parte crucial de las reservas técnicas en seguros, ya que garantiza la capacidad financiera de la aseguradora para cubrir siniestros activos.
9	F	Pilar I – estados financieros. Pilar II – cualificación y supervisión. Pilar III – transparencia de la información.



Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
----------	-----------	-------------------

10

F

La Ley de Salud Prepagada y su reglamento son, de hecho, parte de los principales cuerpos legales que norman la actividad.

[Ir a la autoevaluación](#)



Autoevaluación 2

Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
1	Generales, Especiales, Particulares.	Estos apartados incluyen las cláusulas que formalizan la póliza. Las particulares, en concreto, delimitan el riesgo y la cobertura.
2	Legal	Dado que el Seguro se define legalmente como un contrato, es fundamental contar con un equipo de expertos legales que elabore el articulado del contrato y analice las coberturas cuando acaece un siniestro.
3	La suma asegurada.	Monto pactado entre las partes, definido en las condiciones particulares.
4	Asegurado	Es la persona que toma el seguro y declara al beneficiario, que puede ser él/ella mismo.
5	Condiciones generales	Constituye la primera parte del contrato de Seguro y está sujeto a revisión y aprobación por parte del organismo de regulación y control.
6	Reaseguro	Operación de transferencia de riesgos entre personas jurídicas cuyo objeto social son los reaseguros.
7	3 años	El plazo de hasta 3 años desde la fecha del siniestro para que el beneficiario notifique al asegurador en los seguros de vida se establece para permitir un tiempo razonable para que la parte beneficiaria informe sobre el fallecimiento del asegurado.
8	Pérdida de una cosa proveniente del vicio propio.	Defecto originario e interno de un objeto que puede producir en mayor o menor grado su propio deterioro.
9	Crédito interno, crédito a las exportaciones.	Consisten en el pago de una indemnización por las pérdidas que experimente el asegurado a consecuencia de la presunción de incapacidad de pago de los clientes deudores compradores.
10	F	Según cada legislación, este contrato debe incluir una serie de requisitos mínimos para que tenga validez jurídica.
Ir a la autoevaluación		



Autoevaluación 3

Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
1	V	La fórmula "Prima pura = Frecuencia * Severidad" es una expresión fundamental en el cálculo de primas de seguros y se deriva del principio de riesgo.
2	V	La prima comercial incluye la prima pura, que cubre las pérdidas esperadas basadas en la probabilidad y severidad de riesgos asegurados, y los recargos de ley, costos adicionales impuestos por normativas que se suman a la prima.
3	V	Las tarifas de primas deben asegurar una correlación positiva entre la prima y el riesgo asociado para garantizar una relación coherente entre el costo del seguro y el nivel de riesgo cubierto.
4	V	Esto asegura la viabilidad financiera y la sostenibilidad de la compañía de seguros.
5	V	El método de "class rating" en la tarificación de seguros se basa en agrupar los riesgos en categorías o clases homogéneas, considerando características similares dentro de cada clase.
6	V	La tarificación en seguros implica asignar un precio a cada riesgo, considerando los costos del riesgo en sí y los costos operativos de la aseguradora.
7	Invalidez total y permanente.	Esta debe ser diagnosticada por un médico y consiste en la imposibilidad de valerse por sí mismo para trabajar.
8	qx	Probabilidad de que una persona de edad "x" muera en el transcurso de ese año.
9	Vida	Un seguro de vida indemniza con un monto previamente determinado al/los beneficiario/s.
10	Frecuencia del siniestro e interés técnico.	Este último puede ser determinado por normativa o estimado en función del rendimiento de otros activo

[Ir a la autoevaluación](#)



Autoevaluación 4

Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
1	V	La necesidad de calcular la reserva de riesgos en curso al cierre de cada mes se fundamenta en la naturaleza dinámica de la actividad aseguradora.
2	F	El método <i>Chain Ladder</i> corresponde al cálculo de reservas IBNR.
3	V	Las reservas de insuficiencia de primas se calculan al 31 de diciembre de cada año para evaluar la situación financiera de la aseguradora al cierre del ejercicio anual.
4	F	No, se calculan las reservas matemáticas en seguros de vida.
5	V	La reserva para siniestros pendientes avisados constituye una entrada contable que las compañías de seguros emplean para representar las obligaciones futuras vinculadas a siniestros ya ocurridos y notificados, pero que aún no han sido totalmente saldadas o pagadas.
6	V	Las reservas se registran en el pasivo del balance con el fin de atender las obligaciones derivadas de los riesgos suscritos, así como las desviaciones en los resultados y siniestralidad esperada.
7	70 %	La consideración del 70 % de la prima neta retenida como base de cálculo en las reservas de riesgos en curso para pólizas con vigencia mayor a un año tiene como objetivo reflejar la parte proporcional de la prima que corresponde al período no vencido de la póliza.
8	40 %	La consideración del 40 % de la prima neta retenida como base de cálculo en la reserva de riesgos en curso para pólizas con vigencia a corto plazo responde a la naturaleza temporal y riesgosa de estas pólizas.
9	5 días	Este plazo facilita la evaluación continua de la situación financiera de las entidades, permite una respuesta rápida a posibles irregularidades y garantiza la transparencia y la integridad del sistema asegurador.
10	100 %	La necesidad de constituir una reserva equivalente al 100 % de la prima neta retenida para el seguro de transporte marítimo se fundamenta en la naturaleza y los riesgos asociados a este tipo específico de seguro.

[Ir a la autoevaluación](#)



Autoevaluación 5

Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
1	V	La exclusión del riesgo de combustión espontánea en una póliza de incendios se debe a que este tipo de siniestro está vinculado a condiciones específicas, como almacenamiento inadecuado, manipulación incorrecta de materiales o procesos industriales particulares.
2	F	Este seguro, solo indemniza por pérdidas materiales.
3	F	No, esta clasificación responde a un estándar internacional.
4	F	Al contrario, el seguro indemniza al asegurado/beneficiario por el incumplimiento del contratista.
5	V	La utilización de métodos cuantitativos y el análisis de múltiples variables permiten a las aseguradoras establecer primas más precisas y ajustadas al perfil de riesgo de cada vehículo.
6	V	El seguro de vehículos es ampliamente comercializado en el Ecuador, y suele incluir cobertura para daños al vehículo, un seguro de Responsabilidad civil para terceros, y opciones adicionales como asistencia en viajes y cobertura para equipos de sonido y comunicación.
7	Inspección física	Es el proceso que realiza un perito para precautelar los intereses de la aseguradora y del asegurado.
8	Aseguradora, beneficiario y contratista.	En caso de que el contratista incumpla con el objeto del contrato, la aseguradora indemnizará al beneficiario.
9	Incondicionales, irrevocables y de cobro inmediato.	De este modo, el Estado se garantiza para sí la posibilidad de resarcirse por la contratación de malas empresas.
10	Ejecución de obra y buena calidad de materiales.	Esta garantía actúa como respaldo financiero en caso de que el contratista no cumpla con los términos acordados, proporcionando seguridad y compensación al asegurado por los perjuicios sufridos durante la realización del proyecto.

[Ir a la autoevaluación](#)





5. Referencias bibliográficas

Ayuso, M., Corrales, H., Guillén, M., Pérez-Marín, A., & Rojo, J. (2007).

Estadística actuarial vida. Barcelona: Universidad de Barcelona.

Codificación de resoluciones monetarias, financieras, de valores y seguros. (2019). Libro III: Sistema de Seguros Privados. Quito. http://www.bce.fin.ec/images/junta/Codificacioon_Resoluciones_JPRMF_Libro-I.pdf?dl=0

Código de Comercio. (2019). Quito.

Durán Proaño, A. (2020). *Documento de Apoyo Nro. 1: Introducción al Seguro*. Loja: UTPL.

Durán Proaño, A. (2020). *Documento de Apoyo Nro. 2: La Industria del Seguro*. Loja: UTPL.

Durán Proaño, A. (2020). *Documento de Apoyo Nro. 3: Técnicas de Tarificación de Seguros*. Loja: UTPL.

Durán Proaño, A. (2020). *Documento de Apoyo Nro. 4: Aplicaciones Prácticas en Compañías de Seguros*. Loja: UTPL.

Durán Proaño, A. (2020). *Documento de Apoyo Nro. 5: Seguros Generales*. Loja: UTPL.

Junta de política y regulación monetaria y financiera. (2017). *Codificación de resoluciones monetarias, financieras, de valores y seguros. Libro III: Sistema de Seguros Privados*. Quito: 2019.

Klugman, S., Panjer, H., & Willmot, G. (2012). *Loss Models* (4ta ed.). New Jersey: John Wiley & Sons.



Ley General de Seguros. (2014). Quito. <https://www.cosede.gob.ec/wp-content/uploads/2016/08/LEY-GENERAL-SEGUROS.pdf>

Ley orgánica que regula a las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y a las de seguros que oferten cobertura de asistencia médica. (2016). Quito.

Pérez Caicer, W. E., & Villalva Jara, R. P. (2017). *Seguros Texto-Guía*. Loja: Ediloja Cía. Ltda.

Perez Torres, J. L. (2011). *Fundamentos del Seguro*. Barcelona.

Reglamento a la Ley General de Seguros. (2006). Quito.





6. Anexos



Anexo 1 Cap. XI - Normas para la estructura y operatividad del contrato de Seguro



propias tablas de probabilidades o parámetros necesarios para el cálculo de las reservas, por ejemplo, tablas de morbilidad, tablas de invalidez, tablas de accidentes, entre otras. Dichas tablas deberán ser técnicamente sustentadas en base a la experiencia propia de la empresa de seguros, nacional o extranjera y estar ajustada a tratamientos estadísticos y actuariales generalmente aceptados.

Art. 8.- Cuando no exista experiencia en el mercado respecto a la administración de determinados riesgos, se podrá considerar como referencia la tasa del reasegurador y/o bases estadísticas de otros países. Sin embargo, una vez que la empresa de seguros cuente con tres (3) años de experiencia en el ramo, deberá sustentar en una nota técnica a partir de las bases estadísticas propias, las tasas aplicables a los productos de seguros que comercializan.

Art. 9.- Las tarifas de primas y notas técnicas tendrán una vigencia máxima de cinco (5) años, para cuyo efecto la empresa de seguros deberá actualizarlas periódicamente en base a su experiencia siniestral, o justificar la sostenibilidad de dichas tarifas ante la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros. Cuando la razón combinada de un ramo o producto presente un valor mayor al cien por ciento (100%) por dos (2) años consecutivos, se entenderá que la tarifa del ramo o producto no es suficiente y la empresa de seguros deberá presentar una nueva tarifa sustentada en la nota técnica respectiva.

Sección III PROHIBICIONES Y SANCIONES

Art. 10.- A las empresas de seguros les está prohibido:

1. Utilizar tarifas de primas y notas técnicas que no cuenten con autorización de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros; y,
2. No acatar las observaciones o instrucciones realizadas a las tarifas de primas y notas técnicas por parte de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, en la forma y plazos instruidos por este organismo de control.

Art. 11.- Las empresas de seguros que no acaten las disposiciones de este capítulo serán sancionadas de conformidad con lo que establece el artículo 37 de la Ley General de Seguros.

DISPOSICIÓN GENERAL

Única.- Las dudas en la aplicación de este capítulo y los casos no considerados en el mismo serán resueltos por la Junta de Política y Regulación Monetaria y Financiera o el Superintendente de Compañías, Valores y Seguros, según corresponda.

Capítulo XI NORMAS PARA LA ESTRUCTURA Y OPERATIVIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO

Sección I PRINCIPIO GENERAL Y DEFINICIONES

Art. 1.- Para efectos de este capítulo el contrato de seguro se denominará también póliza.

Art. 2.- Las condiciones generales, especiales y particulares del contrato de seguro podrán ser desmaterializadas, a fin de que puedan suscribirse por medio de firma electrónica, bajo la denominación de "e-póliza", siempre que los procedimientos y seguridad adoptados para la implementación del sistema estén acreditados por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros y que se observen las disposiciones propias para cada condición.

Art. 3.- Para efectos de la aplicación de este capítulo, se determinan las siguientes definiciones:

1. **Asegurado.-** Persona interesada en la traslación de los riesgos;

2. **Asegurador.-** Persona jurídica legalmente autorizada para operar en el Ecuador, que asume los riesgos especificados en el contrato de seguro;

3. **Beneficiario.-** Es la que ha de percibir, en caso de siniestro, el producto del seguro. Una sola persona puede reunir las calidades de solicitante, asegurado y beneficiario;

4. **Empresas de seguros.-** Son aquellas personas jurídicas (sociedades anónimas) que realicen operaciones de seguros, constituidas en el territorio nacional y las sucursales de empresas extranjeras, establecidas en el país, cuyo objeto exclusivo es el negocio de asumir directa o indirectamente o aceptar y ceder riesgos en base a primas y efectuar demás actividades permitidas por la ley;

Las empresas de seguros se dividen en:

a. **Empresas de seguros generales.-** Son aquellas que aseguran los riesgos causados por afecciones, pérdidas o daños de la salud, de los bienes o del patrimonio y los riesgos de fianzas o garantías; y,

Empresas 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; tienen 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, mantendrán contabilidades separadas;

5. **Interés asegurable.-** En los seguros de daños, es el requisito que debe concurrir en quien desee la cobertura de determinado riesgo, reflejado en su deseo sincero de que el siniestro no se produzca, ya que a consecuencia de él se originaría un perjuicio para su patrimonio. En los seguros de personas, una persona puede tomar un seguro sobre su propia vida; sobre las personas a quienes legalmente pueda reclamar alimentos; y, sobre aquellas cuya muerte o incapacidad puedan aparejarle un perjuicio económico aunque éste no sea susceptible de una evaluación cierta;

6. **Monto o suma asegurado.-** Valor atribuido por el titular de un contrato de seguro a los bienes cubiertos por la póliza y cuyo importe es la cantidad máxima que está obligado a pagar el asegurador, en caso de siniestro;

7. **Prima o precio del seguro.-** Contraprestación económica que recibe el asegurador por la cobertura de riesgo que ofrece al asegurado;

8. **Riesgo.-** 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; sin perjuicio de lo señalado en el artículo 81 del Decreto Supremo 1147 de 29 de noviembre de 1963, R.O. 123, VII-XII-1963;

9. **Riesgo asegurable.-** Es la posibilidad de que un hecho incierto se realice o lesione el interés asegurable, creando la necesidad de recurrir al amparo del seguro. El riesgo asegurable puede referirse a daños, pérdidas o averías de una cosa, a detrimentos en resultados esperados (lucro cesante, pérdida de beneficios), a la generación de responsabilidades que afecten el patrimonio; y, a la integridad física o la propia vida de las personas; que deberá existir indispensablemente al momento de la contratación del seguro;

10. **Solicitante o tomador.-** 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; y,

11. **Siniestro.-** Es la ocurrencia del riesgo asegurado.

Sección II

DISPOSICIONES PARA LA ESTRUCTURA Y OPERATIVIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO

Art. 4.- Las condiciones que conforman el contrato de seguro pueden ser generales, especiales o particulares.

1. **Condiciones generales.-** Son las que se caracterizan por:

a. Son principios básicos, estipulaciones o cláusulas establecidas por el asegurador, con el objeto de regular la relación bilateral con el contratante y/o asegurado, en el marco de la legislación aplicable y de los principios de la técnica de los seguros;

b. Pueden ser impositivas o dispositivas, según la especie o ramo de seguro, aplicables a todas y cada una de las futuras pólizas que celebre el asegurador. Las condiciones impositivas son las que ordenan, sin excusa alguna, la ejecución de determinados actos o la abstención de hacerlos, bajo sanción establecida en las propias pólizas. Las condiciones dispositivas son las que regulan situaciones para el supuesto de no haber normas específicas en la ley; y,

c. Deben ser aprobadas previamente por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros.

2. **Condiciones especiales.-** Son:

a. Las que amplían, condicionan, delimitan, modifican o suprimen riesgos, extienden o restringen las coberturas previstas en las condiciones generales de las pólizas, o instituyen nuevas condiciones de protección, sin que contengan disposiciones expresamente prohibidas por la Ley General de Seguros y su reglamento general, la Legislación sobre el Contrato de Seguro y, los principios de la técnica de los seguros; y,

b. Aprobadas previamente por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, antes de ponerlas en vigencia. Prevalerán sobre las condiciones generales. Deberán elaborarse en anexos, cláusulas, entre otros, para ser incorporadas a las pólizas que correspondan.

Los anexos contentivos de las condiciones especiales, de conformidad con lo previsto en el último inciso del artículo 7 de la Legislación sobre el Contrato de Seguro (DECRETO SUPREMO No. 1147, 29 de noviembre de 1963, R.O. 123, VII-XII-1963), deben indicar el número de la póliza a la cual se adhieren; el nombre del contratante y/o asegurado(s); el periodo de vigencia; la constancia del pago de la prima adicional cuando haya lugar; la fecha de emisión y la firma de los contratantes, a menos que sean citadas en las condiciones particulares de las pólizas, con el carácter de obligatorio para las partes, o correspondan a pólizas estándar, siempre que cumplan con lo señalado en los literales a. y b. de numeral 2 del artículo 4.

3. **Condiciones particulares.-** Se caracterizan por:

a. Ser reglas o estipulaciones que se han convenido por mutuo acuerdo entre las partes contratantes y fijan los elementos de la relación singular acordada que se hallan enunciados en el artículo 7 de la Legislación sobre el Contrato de Seguro, contenida en el Decreto Supremo No. 1147 de 29 de noviembre de 1963, publicado en el Registro Oficial No. 123 de 7 de diciembre de 1963, que textualmente señala:

"Toda póliza debe contener los siguientes datos:

a) El nombre y domicilio del asegurador;

- b) Los nombres y domicilios del solicitante, asegurado y beneficiario;
- c) La calidad en que actúa el solicitante del seguro;
- d) La identificación precisa de la persona o cosa con respecto a la cual se contrata el seguro;
- e) La vigencia del contrato de seguro, con indicación de las fechas y horas de iniciación y vencimiento, o el modo de determinar unas y otras;
- f) El monto asegurado o el modo de precisarlo;
- g) La prima o el modo de calcularla;
- h) La naturaleza de los riesgos tomados a su cargo por el asegurador;
- i) La fecha en que se celebra el contrato y la firma de los contratantes; y,
- j) Las demás cláusulas que deben figurar en la póliza de acuerdo con las disposiciones legales.

Los anexos deben indicar la identidad precisa de la póliza a la cual corresponden; y las renovaciones, además, el período de ampliación de la vigencia del contrato original.”

b. Su naturaleza es variable y por lo tanto, pueden ser libremente modificadas por consentimiento de las partes, a través de un anexo modificatorio. Las últimas de tales modificaciones suscritas por los contratantes, prevalecen sobre las anteriormente convenidas.

Las condiciones particulares de las pólizas y los anexos modificatorios de las mismas no requieren aprobación de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros. Los anexos modificatorios deben llevar la identificación precisa de la póliza a la cual se incorporan, la fecha de suscripción y las firmas de los contratantes.

Las condiciones particulares de las pólizas que no estén suscritas por el asegurado se reputan no escritas.

Art. 5.- Impresión de los Modelos de Contrato de Seguro.- Para garantizar la inalterabilidad de su contenido, las condiciones generales de las pólizas deberán ceñirse a lo establecido en el capítulo tercero de la Ley General de Seguros; imprimirse con letra no inferior a diez (10) puntos tipográficos, por medios mecánicos o con caracteres magnéticos calificados y autorizados por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros; e, incluirse en carácter destacado el número y la fecha del pertinente oficio aprobatorio expedido por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros. Las empresas de seguros deberán remitir dos ejemplares impresos de tales condiciones a esta institución para su registro y archivo junto con el medio magnético que las contenga, por lo menos con quince (15) días antes de su utilización y aplicación. Estas disposiciones rigen también para las condiciones especiales y particulares, en lo que fuere aplicable.

Las condiciones especiales y particulares de las pólizas pueden formar un solo cuerpo documental con las condiciones generales, o no. Si constituyen documentos separados se hará constar que aquéllas forman parte de la póliza pertinente aprobada por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, identificándole plenamente.

Sección III

DISPOSICIONES PARA LA OPERATIVIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO

Art. 6.- Los documentos de suscripción son los instrumentos que permiten la operatividad del contrato de seguro y contienen las condiciones generales, especiales y particulares, así como las declaraciones de las partes contratantes a quienes

corresponda, y serán entre otras:

1. Solicitud de seguro.- Es el formulario propuesto por la empresa de seguros para ser llenado objetivamente por el tomador o solicitante del seguro, mediante el cual solicita a la empresa de seguros las coberturas descritas en dicho documento; declara de buena fe el estado del riesgo, el cual sirve de base para la contratación del seguro, en especial, para su evaluación y aceptación por parte de la empresa de seguros; y, en consecuencia, la emisión de la correspondiente póliza. La declaración es objetiva cuando se ciñe a la verdad real y no a la interpretación subjetiva de la persona que declara;

2. Carátula de póliza.- Es el documento inicial del cuerpo de la póliza que contiene los datos mínimos o condiciones particulares de la misma, señalados en la letra a. del numeral 3 "Condiciones particulares" del artículo 4, de este capítulo;

La empresa de seguros puede utilizar una carátula única de póliza para todos los ramos de seguros en los cuales opere, o carátulas específicas por ramo. Cuando opte por la carátula única, serán consideradas como un documento independiente, y las carátulas específicas por ramo formarán un solo cuerpo documental con las condiciones generales de la póliza a la que acceden. No obstante, existen ramos de seguros en los que por su naturaleza tanto la carátula como las condiciones generales deben formar parte de un mismo cuerpo documental, los cuales serán determinados por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros;

3. Contrato o póliza de seguro.- Es el instrumento mediante el cual una de las partes, la empresa de seguros, 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. El contrato de seguro se perfecciona y prueba por medio de documento privado que se llama póliza, en la cual deben constar los elementos esenciales de éste, redactarse en castellano, ser firmada por los contratantes y extenderse por duplicado;

4. Anexos o cláusulas y endosos.- Para lo cual se considerará que:

a. Anexo o cláusula.- Son documentos complementarios que se adhieren a la póliza y pueden contener condiciones especiales o particulares y deben llevar la identificación precisa de la póliza a la cual acceden; el nombre del contratante y/o asegurado, según el caso; y, las firmas de las partes contratantes. Los anexos o cláusulas contentivos de las condiciones especiales también indicarán la referencia de la resolución aprobatoria, señalando el número y la fecha de su otorgamiento; y,

b. Endoso o cesión.- Es el acto por el cual se transfieren en todo o en parte los derechos derivados de la póliza a la orden o nominativa, en su caso. Para que produzca efectos, se deberán cumplir las formalidades de ley pertinentes a la naturaleza de la póliza;

5. Certificado individual de seguro.- Es el documento emitido por la empresa de seguros y entregado a cada asegurado de una póliza de seguro de grupo, colectiva, abierta, maestra o similares, el cual debe contener información mínima de la póliza a la cual se adhiere para su cabal conocimiento, tal como la denominación del ramo o seguro; nombres y domicilios de la empresa de seguros, contratante, asegurado; nombre y porcentaje de los beneficiarios; número de la póliza y certificado; identificación precisa de la persona o cosa con respecto a la cual se contrata el seguro; vigencia de la póliza o certificado con fechas y horas de iniciación y vencimiento; monto asegurado o modo de precisarlo; prima o modo de calcularla; fecha de emisión del documento; y, firma de los contratantes, cuando sea necesario. Además deberá contener las coberturas y exclusiones; el procedimiento y plazos en los que debe proceder el asegurado y/o beneficiario en caso de siniestro; y, los documentos necesarios para el reclamo.

En las pólizas abiertas, se les conoce también como aplicaciones, las mismas que deben contener los datos anteriores, en lo que fuere aplicable; y,

6. Otros documentos de suscripción.- Son documentos complementarios utilizados por las empresas de seguros, para la operatividad del contrato de seguro, como son los certificados de renovación, certificados provisionales, recibos de pago de primas, pagarés por primas, pagarés por préstamos sobre pólizas, avisos o reclamación de siniestros, actas de finiquito, entre otros.

Sección IV DISPOSICIONES COMUNES

Art. 7.- Las empresas de seguros están obligadas a observar y cumplir en el desarrollo de sus operaciones las normas de prevención de lavado de activos y financiamiento al terrorismo y otros delitos, así como las demás disposiciones que se apliquen al sistema de seguro privado.

Art. 8.- En caso de seguros individuales, las empresas de seguro están obligadas a entregar la póliza de seguro al contratante y/o asegurado dentro de los quince (15) días siguientes de haber solicitado el seguro, si no media rechazo previo de la solicitud. En caso de haber entregado la póliza al contratante y el asegurado sea una persona distinta, éste podrá solicitar copia de la póliza a la empresa de seguros.

Tratándose de seguros de grupo o colectivos, las empresas de seguros tienen la obligación de entregar los certificados individuales de seguro al contratante, dentro de los quince (15) días siguientes de haber solicitado el seguro, si no media rechazo previo de la solicitud.

Asimismo, a solicitud de los asegurados, las empresas de seguros emitirán copia de la póliza correspondiente, incluyendo las condiciones generales, especiales y particulares que la conformen, debiendo entregarla dentro de los quince (15) días desde la fecha de recepción de la solicitud presentada por el asegurado. El derecho del asegurado a solicitar copia de la póliza de seguro de grupo o colectivo a la empresa de seguros deberá figurar impreso en el certificado individual de seguro.

Art. 9.- Adicionalmente, las empresas deberán entregar a los asegurados o contratantes, conjuntamente con la póliza o certificado de seguro, según sea el caso, un resumen en el que conste de manera clara y breve, los riesgos cubiertos y las exclusiones, las causales de resolución del contrato, el procedimiento y plazo para presentar la solicitud de cobertura, procedimiento para presentar reclamos por insatisfacción de los asegurados, ante un servicio o producto de la empresa, los mecanismos de solución de controversias, las áreas de la empresa encargadas de atender reclamos de los usuarios, señalando su ubicación y teléfono.

En los casos que la amplitud de la información lo amerite, las empresas podrán remitirse a la póliza de seguro, debiendo indicar expresamente en el resumen, el rubro a que se refiere dicha información y el número del artículo y/o cláusula correspondiente, a fin de que el asegurado y/o contratante tenga fácil acceso a las disposiciones ahí contenidas.

Dicho resumen deberá reflejar fielmente el contenido de la póliza de seguro. En caso de comprobarse que en el resumen se han modificado condiciones de la póliza, la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros procederá a sancionar con el máximo rigor de la ley.

Sección V PROHIBICIONES Y SANCIONES

Art. 10.- A las empresas de seguros les está prohibido:

1. Incluir en las pólizas, coberturas que no cuenten con la debida autorización de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros;

2. Incluir en las pólizas de seguro cláusulas mediante las cuales los asegurados o beneficiarios renuncien a la jurisdicción o leyes que les favorezcan;

3. Incluir en las pólizas de seguro cláusulas de redacción ambigua o carentes de claridad;

4. Incluir en las pólizas de seguro cláusulas que establezcan plazos de prescripción que no se adecuen a la normatividad vigente;

5. Incluir en las pólizas de seguro cláusulas que coloquen al asegurado en desventaja frente a la empresa de seguros o sean incompatibles con la buena fe o la equidad;

6. Desnaturalizar el objeto para el cual se formuló la póliza, ofreciendo coberturas que son incompatibles con la materia que se está amparando y con el contenido de las condiciones de la misma;

7. Incorporar como condiciones particulares, las catalogadas en este capítulo como generales o especiales, que requieren de la autorización previa de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros; y,

8. Dejar sin efecto condiciones generales o especiales mediante condiciones particulares.

Art. 11.- Las observaciones realizadas a los documentos de suscripción por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, deberán ser obligatoriamente incorporadas a los mismos, en la forma y plazos instruidos por este organismo, que no excederá de treinta (30) días, bajo prevención de aplicar las sanciones previstas en la Ley General de Seguros y su Reglamento General; y, este organismo de control las incorporará y emitirá la resolución respectiva aprobando los documentos de suscripción, en caso de no ser corregidos.

Art. 12.- Las empresas de seguros que no acaten las disposiciones de este capítulo serán sancionadas con la suspensión temporal o definitiva del ramo, de conformidad con lo que establece el artículo 37 de la Ley General de Seguros y su reglamento general.

DISPOSICIONES GENERALES

Primera.- Las dudas en la aplicación de este capítulo y los casos no considerados en el mismo serán resueltos por la Junta de Política y Regulación Monetaria y Financiera o el Superintendente de Compañías, Valores y Seguros, según corresponda.

Segunda.- Se deroga las resoluciones No. JB-2008-1219 de 18 de diciembre del 2008 y No. JB-2013-2674 de 31 de octubre del 2013.

Capítulo XII

NORMAS PARA LA PROMOCIÓN, COMERCIALIZACIÓN Y CONTRATACIÓN DE PÓLIZAS DE SEGURO A TRAVÉS DE ENTIDADES DEL SISTEMA FINANCIERO

Sección I

DE LA COMERCIALIZACIÓN

Art. 1.- Las empresas de seguros o asesores productores de seguros podrán utilizar canales alternos de distribución de seguros para promocionar y comercializar productos de seguros que se encuentren debidamente aprobados por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros. Los productos que se comercialicen mediante este mecanismo serán aquellos que técnica y legalmente correspondan a seguros de grupo o colectivos de personas y de bienes.

Estos programas que se inscriben dentro de la denominada banca seguros, podrán solamente abarcar seguros colectivos de vida, asistencia médica, gastos ambulatorios, accidentes personales y hogar.

Anexo 2 Ley General de Seguros



Segundo Suplemento del Registro Oficial No.332 , 12 de Septiembre 2014

Normativa: Vigente

Última Reforma: Suplemento del Registro Oficial 449, 19-III-2019

CÓDIGO ORGÁNICO MONETARIO Y FINANCIERO

(Ley s/n)

Notas:

- De conformidad con las Disposición Reformativa Primera del Código s/n publicada en el Suplemento del Registro Oficial 506 de 22 de mayo de 2015 dispone que: "En todas las disposiciones legales o reglamentarias vigentes, sustitúyase en lo que diga: 1. "Código de Procedimiento Civil"; "Ley de la Jurisdicción Contencioso Administrativa" y "Ley de Casación", por "Código Orgánico General de Procesos"; y, 2. "Juicio verbal sumario" por "procedimiento sumario".

- De conformidad con la Disposición General Décima Octava del presente Código, las disposiciones correspondientes al Sistema Monetario y Financiero contenidos en los Títulos I, II y III constituyen el Libro I, la Ley de Mercado de Valores con sus reformas se incorpora como Libro II y la Ley General de Seguros con sus reformas se agrega como Libro III del Código Orgánico Monetario y Financiero.

ASAMBLEA NACIONAL

Of. No. SAN-2014-1305

Quito, 05 de septiembre de 2014

Ingeniero

Hugo del Pozo Barrezueta

Director del Registro Oficial

En su despacho

De mis consideraciones:

La Asamblea Nacional, de conformidad con las atribuciones que le confiere la Constitución de la República del Ecuador y la Ley Orgánica de la Función Legislativa, discutió y aprobó el Proyecto de **CÓDIGO ORGÁNICO MONETARIO Y FINANCIERO**.

En sesión de 2 de septiembre de 2014, el Pleno de la Asamblea Nacional conoció y se pronunció sobre la objeción parcial presentada por el señor Presidente Constitucional de la República.

Por lo expuesto; y, tal como lo dispone el artículo 138 de la Constitución de la República del Ecuador y el artículo 64 de la Ley Orgánica de la Función Legislativa, acompaño el texto del **CÓDIGO ORGÁNICO MONETARIO Y FINANCIERO**, para que se sirva publicarlo en el Registro Oficial.

Atentamente,

f.) **DRA. LIBIA RIVAS ORDÓÑEZ**, Secretaria General.

REPÚBLICA DEL ECUADOR

ASAMBLEA NACIONAL

CERTIFICACIÓN

Me permito **CERTIFICAR** que la Asamblea Nacional discutió y aprobó el **PROYECTO DE CÓDIGO ORGÁNICO MONETARIO Y FINANCIERO**, en primer debate de 8 de julio de 2014; en segundo debate el 22 y 24 de julio de 2014; y, su objeción parcial el 2 de septiembre de 2014.

Quito, 2 de septiembre de 2014.

f.) **DRA. LIBIA RIVAS ORDÓÑEZ**, Secretaria General.

REPÚBLICA DEL ECUADOR

ASAMBLEA NACIONAL

EL PLENO

CONSIDERANDO:

Que, de conformidad con el artículo 261 numeral 5 de la Constitución de la República, el Estado central tendrá competencias exclusivas sobre las políticas económica y monetaria, entre otras;

Que, el artículo 283 de la Carta Suprema del Estado establece que el sistema económico es social y solidario; reconoce al ser humano como sujeto y fin; propende a una relación dinámica y equilibrada entre sociedad, Estado y Mercado, en armonía con la naturaleza; tiene como objetivo garantizar la producción y reproducción de las condiciones materiales e inmateriales que posibiliten el Buen Vivir; y prescribe que el sistema económico se integra por las formas de organización económica, pública, privada, mixta, popular y solidaria, y las demás que la Constitución determine;

Que, el artículo 284 de la Constitución de la República dispone que la política económica tendrá los siguientes objetivos: 1) Asegurar una adecuada distribución del ingreso y de la riqueza nacional; 2) Incentivar la producción nacional, la productividad y competitividad sistémicas, la acumulación del conocimiento científico y tecnológico, la inserción estratégica en la economía mundial y las actividades productivas complementarias en la integración regional; 3) Asegurar la soberanía alimentaria y energética; 4) Promocionar la incorporación del valor agregado con máxima eficiencia, dentro de los límites biofísicos de la naturaleza y el respeto a la vida y a las culturas; 5) Lograr un desarrollo equilibrado del territorio nacional, la integración entre regiones, en el campo, entre el campo y la ciudad, en lo económico, social y cultural; 6) Impulsar el pleno empleo y valorar todas las formas de trabajo con respeto a los derechos laborales; 7) Mantener la estabilidad económica, entendida como el máximo nivel de producción y empleo sostenibles en el tiempo; 8) Propiciar el intercambio justo y complementario de

bienes y servicios en mercados transparentes y eficientes; 9) Impulsar un consumo social y ambientalmente responsable;

Que, de acuerdo con el artículo 302 numerales 2 y 3 de la Constitución de la República, la política monetaria, crediticia, cambiaria y financiera tendrán como objetivos: establecer niveles de liquidez global que garanticen adecuados márgenes de seguridad financiera y orientar los excedentes de liquidez hacia la inversión requerida para el desarrollo del país, respectivamente;

Que, el artículo 303 de la Carta Política del Estado prescribe que la formulación de las políticas monetaria, crediticia, cambiaria y financiera es facultad exclusiva de la Función Ejecutiva que se instrumentará a través del Banco Central y que la ejecución de la política crediticia y financiera también se ejercerá a través de la banca pública;

Que, el artículo 308 de la Constitución de la República ordena que las actividades financieras son un servicio de orden público y podrán ejercerse previa autorización del Estado, de acuerdo con la ley;

Que, el artículo 309 de la Constitución de la República dispone que el sistema financiero nacional se compone de los sectores público, privado y del popular y solidario, que intermedian recursos del público y prescribe que cada uno de estos sectores contará con normas y entidades de control específicas y diferenciadas, que se encargarán de preservar su seguridad, estabilidad, transparencia y solidez;

Que, el artículo 312 de la Constitución de la República establece que las instituciones del sistema financiero privado, sus directores y principales accionistas no podrán ser titulares, directa ni indirectamente, de acciones y participaciones en empresas ajenas a la actividad financiera;

Que, de acuerdo al artículo 338 de la Constitución de la República, el Estado promoverá y protegerá el ahorro interno como fuente de inversión productiva en el país;

Que, es necesario sistematizar dentro de un cuerpo legal todas las disposiciones de leyes relacionadas con las políticas monetaria, financiera, crediticia y cambiaria, como parte de la nueva arquitectura financiera ecuatoriana;

Que, es necesario determinar las instituciones responsables de la formulación de las políticas en los ámbitos monetario, financiero, crediticio y cambiario, así como de la regulación de los servicios financieros de orden público y de su control; y,

En ejercicio de las facultades establecidas en el artículo 120 numeral 6 de la Constitución de la República, expide el siguiente:

CÓDIGO ORGÁNICO MONETARIO Y FINANCIERO

LIBRO I

CÓDIGO ORGÁNICO MONETARIO Y FINANCIERO

Título Preliminar DISPOSICIONES COMUNES

Capítulo 1

PRINCIPIOS GENERALES

Art. 1.- Objeto. El Código Orgánico Monetario y Financiero tiene por objeto regular los sistemas monetario y financiero, así como los regímenes de valores y seguros del Ecuador.

Art. 2.- Ámbito. Este Código establece el marco de políticas, regulaciones, supervisión, control y rendición de cuentas que rige los sistemas monetario y financiero, así como los regímenes de valores y seguros, el ejercicio de sus actividades y la relación con sus usuarios.

Art. 3.- Objetivos. Los objetivos de este Código son:

1. Potenciar la generación de trabajo, la producción de riqueza, su distribución y redistribución;
2. Asegurar que el ejercicio de las actividades monetarias, financieras, de valores y seguros sea consistente e integrado;
3. Asegurar los niveles de liquidez de la economía para contribuir al cumplimiento del programa económico;
4. Procurar la sostenibilidad del sistema financiero nacional y de los regímenes de seguros y valores y garantizar el cumplimiento de las obligaciones de cada uno de los sectores y entidades que los conforman;
5. Mitigar los riesgos sistémicos y reducir las fluctuaciones económicas;
6. Proteger los derechos de los usuarios de los servicios financieros, de valores y seguros;
7. Profundizar el proceso de constitución de un sistema económico social y solidario, en el que los seres humanos son el fin de la política pública;
8. Fortalecer la inserción estratégica a nivel regional e internacional;
9. Fomentar, promover y generar incentivos a favor de las entidades de la Economía Popular y Solidaria; y,
10. Promover el acceso al crédito de personas en movilidad humana, con discapacidad, jóvenes, madres solteras y otras personas pertenecientes a los grupos de atención prioritaria.

Art. 4.- Principios. Los principios que inspiran las disposiciones del Código Orgánico Monetario y Financiero son:

1. La prevalencia del ser humano por sobre el capital;
2. La subordinación del ámbito monetario, financiero, de valores y seguros como instrumento al servicio de la economía real;
3. El ejercicio de la soberanía monetaria y financiera y la inserción estratégica internacional;
4. La inclusión y equidad;
5. El fortalecimiento de la confianza; y,
6. La protección de los derechos ciudadanos.

- 4.- Ley s/n (Suplemento del Registro Oficial 249, 20-V-2014).
- 5.- Código Orgánico Monetario y Financiero (Segundo Suplemento del Registro Oficial 332, 12-IX-2014)
- 6.- Código s/n (Suplemento del Registro Oficial 509, 22-V-2015).
- 7.- Ley s/n (Suplemento del Registro Oficial 986, 18-IV-2017).

LIBRO III

LEY GENERAL DE SEGUROS (Codificación No. 2006-010)

Notas:

- La versión de esta Ley previa a su codificación puede ser consultada en la sección histórica.
- En aplicación a la reforma establecida en la Disposición General Décima Novena de la LEY DE MERCADO DE VALORES (R.O. 215-S, 22-II-2006) y la Disposición General Décima Segunda de la LEY DE COMPAÑÍAS (R.O. 312, 5-XI-1999), la denominación "Superintendencia de Compañías" fue sustituida por "Superintendencia de Compañías y Valores".
- En aplicación a la reforma establecida en la Disposición General Décima Segunda de la LEY DE COMPAÑÍAS (R.O. 312, 5-XI-1999), la denominación "Superintendente de Compañías" fue sustituida por "Superintendente de Compañías y Valores".
- En aplicación a la reforma establecida en la Disposición Reformatoria Primera del Código Orgánico Integral Penal (R.O. 180-S, 10-II-2014), la denominación del "Código Penal" fue sustituida por "Código Orgánico Integral Penal".
- De conformidad con la Disposición General Décima Octava del Código Orgánico Monetario y Financiero, las disposiciones correspondientes al Sistema Monetario y Financiero contenidos en los Títulos I, II y III constituyen el Libro I, la Ley de Mercado de Valores con sus reformas se incorpora como Libro II y la Ley General de Seguros con sus reformas se agrega como Libro III del Código Orgánico Monetario y Financiero.

H. CONGRESO NACIONAL

LA COMISIÓN DE LEGISLACIÓN Y CODIFICACIÓN

INTRODUCCIÓN A LA CODIFICACIÓN DE LA LEY GENERAL DE SEGUROS

La Comisión de Legislación y Codificación del H. Congreso Nacional de conformidad con lo dispuesto en el Art. 160 de la Constitución Política de la República, realiza la presente Codificación de la Ley General de Seguros, considerando las disposiciones de la Constitución Política de la República; leyes reformativas y derogatorias expresas y tácitas; Ley para la Transformación Económica del Ecuador; Ley de Contratación Pública; Ley Reformatoria a la Ley de Régimen Monetario y Banco del Estado; Código de Procedimiento Penal; Ley General de Instituciones del Sistema Financiero; Ley de Régimen Tributario Interno; y, Resolución No. 211-98-TC del Tribunal Constitucional.

Con estos antecedentes, se codifican las disposiciones de esta Ley, destacando la sustitución en todo el texto de las referencias que se hacen de "Superintendencia de Bancos"; y, "Superintendente de Bancos" por "Superintendencia de Bancos y Seguros"; y, "Superintendente de Bancos y Seguros", respectivamente, de conformidad a lo

dispuesto en el quinto inciso de la Primera Disposición de Reformas y Derogatorias, de la Ley de Seguridad Social, publicada en el Suplemento del Registro Oficial No. 465 del 30 de noviembre del 2001.

Los textos en los que se hace referencia a "sucres" o "moneda nacional", han sido reemplazados por "moneda de curso legal", puesto que el Art. 1 de la Ley para la Transformación Económica del Ecuador manda que a partir de la vigencia de dicha ley, circularán en adelante dólares de los Estados Unidos de América, que no constituye moneda nacional sino moneda de curso legal o de circulación legal, criterio compartido y recogido por el H. Congreso Nacional y que ha sido incorporado, por ejemplo, en las siguientes disposiciones: Art. 42 de la Ley para la Transformación Económica del Ecuador, que sustituye el texto del Art. 449 del Código de Comercio; en el Art. 20 de la Ley de Empresas Unipersonales de Responsabilidad Limitada, publicada en el Registro Oficial No. 196 del 26 de enero del 2006; en el Art. 71 de la Ley de Educación Superior, publicada en el Registro Oficial No. 77 del 15 de mayo del 2000; en el primer inciso del Art. 24 de la Ley Orgánica de la Corporación Financiera Nacional, sustituido por el Art. 13 de la Ley 2005-17, Reformatoria a la Ley en referencia, publicada en el Registro Oficial No. 143, del 11 de noviembre del 2005; y, en el segundo inciso del Art. 24 de la Ley para Reprimir el Lavado de Activos, publicada en el Registro Oficial No. 127 del 18 de octubre del 2005, entre otras.

El segundo inciso del Art. 3, se redacta considerando la fecha de vigencia de la presente Ley, esto es, el Registro Oficial No. 74 del 3 de abril de 1998, por lo que el texto dirá: "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".

Conforme dispone el Art. 12 de la Ley para la Transformación Económica del Ecuador, las referencias y valores en unidades de valor constante se sustituyen por su equivalente en 2,6289 dólares de los Estados Unidos de América por cada UVC; con similar antecedente no se incluye el inciso sexto del Art. 14 que decía: "El valor de los UVC se liquidará en los términos previstos en la Ley de Régimen Monetario".

El inciso final del Art. 12 de la Ley para la Transformación Económica del Ecuador, dispone que cada salario mínimo vital general tiene un valor fijo e invariable equivalente a cuatro dólares de los Estados Unidos de América, por lo cual, en el primer inciso del Art. 76 se sustituye el texto: "diez a mil salarios mínimos vitales generales" por "cuarenta a cuatro mil dólares de los Estados Unidos de América", y, en el primer inciso del Art. 77 se reemplaza "dos a doscientos salarios mínimos vitales", por "ocho a ochocientos dólares de los Estados Unidos de América".

No se incluye el quinto inciso del Art. 14, en razón de que fue declarado inconstitucional por el fondo y suspendidos todos sus efectos, mediante Resolución del Tribunal Constitucional No. 211-98-TC, publicada en el Registro Oficial No. 7 del 19 de agosto de 1998; y, con igual antecedente no se incluye el segundo inciso del Art. 67.

No se agrega el literal h) del Art. 25, que fue derogado por lo dispuesto en el literal g) del Art. 100 de la Ley para la Transformación Económica del Ecuador.

En el literal a) del Art. 23 se sustituye la referencia de "Tesorería General del Estado" por "Tesorería General de la Nación", para guardar concordancia con lo dispuesto en el literal e) del Art. 73 de la Ley de Contratación Pública, codificación publicada en el Registro Oficial No. 272 del 22 de febrero del 2001, y, en el Art. 268 de la Ley de Seguridad Social, publicada en el Suplemento del

Registro Oficial No. 465 del 30 de noviembre del 2001; y, en el literal g) se reemplaza el texto: "a la Junta Monetaria" por "al Directorio del Banco Central del Ecuador", conforme consta en la Disposición General de la Ley Reformatoria a la Ley de Régimen Monetario y Banco del Estado, publicada en el Suplemento del Registro Oficial No. 20 del 7 de septiembre de 1998, que ha sido declarada con el carácter de orgánica.

En el segundo inciso del Art. 33, el segundo inciso del Art. 38 y el inciso final del Art. 58 se reemplaza el texto: "el juez penal competente" por "del fiscal o de la policía judicial", para guardar concordancia con las disposiciones contenidas en el Código de Procedimiento Penal vigente, publicado en el Suplemento del Registro Oficial No. 360 del 13 de enero del 2000.

Por sistematización en el Art. 45, se agregan literales a los motivos por los cuales termina la responsabilidad de una empresa de seguros.

En el texto inicial del Art. 52, se sustituye el texto: "en la Ley de Compañías" por "la Junta Bancaria", puesto que la fusión y escisión de las entidades sujetas al control de la Superintendencia de Bancos y Seguros se someterán a las normas que para el efecto dicte la Junta Bancaria, conforme dispone el Art. 207 de la Ley General de Instituciones del Sistema Financiero, codificación publicada en el Registro Oficial No. 250 del 23 de enero del 2001.

En el Art. 70, la referencia al "Ministerio de Finanzas y Crédito Público", se sustituye por: "Junta Bancaria", conforme consta en la reforma expresa prevista en el Art. 20 de la Ley Reformatoria a la Ley para la Transformación Económica del Ecuador, publicada en el Suplemento del Registro Oficial No. 48 del 31 de marzo del 2000.

No se incluye el Art. 79, correspondiente al Capítulo III subtítulo "Reformas", del Título III, puesto que la reforma al numeral 19 del Art. 55 de la Ley de Régimen Tributario Interno, ya fue incorporada en la codificación publicada en el Suplemento del Registro Oficial No. 463 del 17 de noviembre del 2004, por lo que, en igual sentido, en el texto del Título III, "Disposiciones Generales, Reformas, Derogatorias y Transitorias" no se incluye la referencia a las "Reformas".

En la codificación, se excluyen las Disposiciones Transitorias Primera, Segunda, Quinta, Séptima, Octava y Novena, porque han perdido vigencia en atención a que han sido ejecutadas. La Tercera Disposición Transitoria, que en la codificación consta como Primera, se redacta en pretérito ya que el sistema de cálculo para las reservas de riesgo, se encuentra vigente desde el año 1998, y su texto dice: "El sistema de cálculo para las reservas de riesgos en curso está en vigencia desde el 1 de enero de 1998"; en igual forma, la Cuarta Disposición Transitoria que consta como Segunda, se redacta haciendo constar que se refiere a reclamos administrativos que se presentaron antes de la vigencia de esta Ley, el 3 de abril de 1998.

El artículo final, se redacta en pretérito haciendo referencia a que esta Ley está vigente desde su publicación en el Registro Oficial No. 290 del 3 de abril del año 1998; además que, en adelante, rige la nueva numeración del articulado correspondiente a esta codificación.

H. CONGRESO NACIONAL

LA COMISIÓN DE LEGISLACIÓN Y CODIFICACIÓN

Resuelve:

EXPEDIR LA SIGUIENTE CODIFICACIÓN DE LA LEY GENERAL DE SEGUROS

**Título I
DEL ÁMBITO DE LA LEY**

Art. 1.- (Reformado por la Disposición Reformatoria Décima Sexta, num. 1 del Código Orgánico Monetario y Financiero; R.O. 332-2S, 12-IX-2014).- 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.

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.- (Reformado por la Disposición Reformatoria Décima Sexta, num. 1 del Código Orgánico Monetario y Financiero; R.O. 332-2S, 12-IX-2014).- 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:

El texto resaltado en negritas, fue declarado inconstitucional mediante Sentencia No. 005-18-SIN-CC (Corte Constitucional, 25-IV-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.

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 lo que les fuere aplicable.

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 registrarán 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.

Art. 8.- (Reformado por la Disposición Reformatoria Décima Sexta, num. 1 del Código Orgánico Monetario y Financiero; R.O. 332-2S, 12-IX-2014).- 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.

Título II **DE LA CONSTITUCIÓN, ORGANIZACIÓN, ACTIVIDADES Y FUNCIONAMIENTO**

Capítulo I

DEL SISTEMA DE SEGURO PRIVADO

Sección I DE LA CONSTITUCIÓN Y AUTORIZACIÓN

Art. 9.- (Reformado por la Disposición Reformatoria Décima Sexta, num. 1 del Código Orgánico Monetario y Financiero; R.O. 332-2S, 12-IX-2014).- Las personas jurídicas que integran el sistema de seguro privado, para su constitución, organización y funcionamiento se sujetarán a las disposiciones de esta Ley, al Código de Comercio, a la Ley de Compañías, en forma supletoria, y a las normas que para el efecto dicte la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros.

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

Art. 10.- (Reformado por la Disposición Reformatoria Décima Sexta, num. 1 del Código Orgánico Monetario y Financiero; R.O. 332-2S, 12-IX-2014).- El Superintendente de Compañías, Valores y Seguros, en un plazo no mayor de sesenta días, admitirá o rechazará las solicitudes presentadas para la constitución o establecimiento de las personas jurídicas que integran el sistema de seguro privado, en base a los informes técnico, económico y legal de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, los que se elaborarán en función de los estudios de factibilidad y demás documentos presentados por los promotores o fundadores. En dichos informes se evaluará la solvencia, probidad y responsabilidad de los promotores, fundadores o solicitantes.

Una vez cumplidos los requisitos legales y efectuadas las investigaciones correspondientes, el Superintendente de Compañías, Valores y Seguros aprobará, mediante resolución, la constitución de la compañía, en un plazo no mayor de sesenta días, dispondrá su inscripción en el registro mercantil de su domicilio principal y extenderá el certificado de autorización, que estará a la vista del público.

Art. 11.- (Reformado por la Disposición Reformatoria Décima Sexta, num. 1 del Código Orgánico Monetario y Financiero; R.O. 332-2S, 12-IX-2014).- El certificado de autorización no habilita, por sí solo, a las empresas de seguros para asumir riesgos y otorgar coberturas, a cuyo efecto deben obtener del Superintendente de Compañías, Valores y Seguros, un certificado específico para cada ramo, de acuerdo a las normas que al respecto expida la Superintendencia de Compañías y Seguros y Seguros. Para otorgar el referido certificado, el Superintendente de Compañías, Valores y Seguros exigirá que a la documentación pertinente, se agregue, el o los respectivos contratos de reaseguros.

Art. 12.- La empresa de seguros, deberá iniciar sus operaciones en el transcurso de seis meses, contados a partir de la fecha de otorgamiento del certificado de autorización; caso contrario éste quedará sin valor y efecto, y ello será causal de liquidación de la sociedad.

Art. 13.- (Reformado por la Disposición Reformatoria Décima Sexta, num. 1 del Código Orgánico Monetario y Financiero; R.O. 332-2S, 12-IX-2014).- Las personas jurídicas que integran el sistema de seguro privado, podrán abrir sucursales y agencias en el país y en el exterior. El establecimiento de sucursales y agencias en el exterior requerirá de autorización previa del Superintendente de Compañías, Valores y Seguros.

El Superintendente de Compañías, Valores y Seguros aprobará sin más trámite a petición de parte el establecimiento de sucursales en el país y en el exterior. La apertura de agencias se efectuará sin otro requisito que la notificación a la Superintendencia de Compañías y Seguros.

Sección II

DEL CAPITAL Y RESERVA LEGAL

Art. 14.- (Reformado por la Disposición Reformatoria Décima Sexta, num. 1; y, sustituido por la Disposición Reformatoria Décima Sexta, num. 4 del Código Orgánico Monetario y Financiero; R.O. 332-2S, 12-IX-2014).- El capital pagado mínimo legal para la constitución de las compañías que conforman el sistema de seguros, será el siguiente:

a) De seguros, será de USD 8'000.000 (ocho millones de dólares de los Estados Unidos de América).

b) De reaseguros, será de trece millones de dólares de los estados Unidos de América (USD \$ 13'000.000,00). En el caso de las compañías que operen en seguros y reaseguros, el capital será de trece millones de dólares de los Estados Unidos de América (USD \$ 13'000.000,00);

El capital pagado deberá ser aportado en dinero.

La Junta de Política y Regulación Monetaria y Financiera, en cualquier momento, podrá incrementar los requisitos mínimos de capital.

Art....- (Agregado por la Disposición Reformatoria Décima Sexta, num. 5 del Código Orgánico Monetario y Financiero; R.O. 332-2S, 12-IX-2014).- El capital pagado no podrá reducirse a una cantidad inferior al mínimo legal y se incrementará por decisión de la junta general de accionistas o por disposición del Superintendente de Compañías, Valores y Seguros.

Los recursos para el aumento de capital pagado provendrán exclusivamente de:

a) Aportes en dinero que no podrán provenir de préstamos u otro tipo de financiamiento directo o indirecto que hayan sido concedidos por la propia compañías;

b) Del excedente de la reserva legal;

c) De las utilidades acumuladas; y,

d) De la capitalización de cuentas de reserva, siempre que estuvieren destinadas a este fin.

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros verificará la legalidad del pago de dicho capital, su procedencia y aplicación de los fondos y de establecer lo contrario dejará insubsistente dicho aumento de capital.

Art. 15.- Las personas jurídicas que integran el sistema de seguro privado, formarán y mantendrán un fondo de reserva legal no inferior al cincuenta por ciento (50%) del capital pagado. Al final de cada ejercicio económico, destinarán por lo menos el diez por ciento (10%) de sus utilidades netas a la reserva legal.

Sección III

DEL GOBIERNO Y ADMINISTRACIÓN

Art. 16.- El directorio de las empresas de seguros y compañías de reaseguros, estará integrado siempre por un número impar, no menor de cinco ni mayor de quince vocales principales, elegidos o reelegidos por la junta general de accionistas, la que también designará igual número de vocales suplentes, por igual período.

Art. 17.- (Reformado por la Disposición Reformatoria Décima Sexta, num. 1 del Código

Orgánico Monetario y Financiero; R.O. 332-2S, 12-IX-2014).- Las designaciones de vocales de directorio, administradores y funcionarios tanto de la oficina principal como de las sucursales y agencias y cualquier cambio que se haga con dichas dignidades, deberán ser comunicadas al Superintendente de Compañías, Valores y Seguros en el término de ocho días.

No podrán ser vocales de directorio, administradores, funcionarios ni empleados de quienes integran el sistema de seguro privado:

- a) Los que se hallen inhabilitados para ejercer el comercio;
- b) Los extranjeros no domiciliados ni autorizados a trabajar en el país; excepto para el caso de directores principales o suplentes;
- c) Los funcionarios y empleados de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros;
- d) Quienes estuvieren en mora en el cumplimiento de sus obligaciones por más de sesenta días con cualquiera de las instituciones del sistema financiero o de seguros o quienes en el transcurso de los últimos cinco años, hubiesen incurrido en el castigo de sus obligaciones por parte de cualquier institución financiera o de seguros;
- e) Los que hayan sido sancionados con la separación por causas graves de una entidad del sistema de seguro privado o instituciones del sistema financiero; y,
- f) Los representantes legales de las compañías asesoras productoras de seguros.

Ninguna incompatibilidad ni prohibición prevista en esta Ley, para los vocales de directorio, administradores, funcionarios y empleados, se aplicará con relación al ejercicio de dichos cargos en compañías que operan en distintos ramos de seguros.

Art. 18.- Todo gerente de sucursal de una empresa de seguros tendrá individual, o conjuntamente con otro u otros apoderados, gerentes o funcionarios de la sucursal, las facultades otorgadas por los estatutos, el directorio, organismos o funcionarios facultados para ello.

Art. 19.- (Reformado por la Disposición Reformativa Décima Sexta, num. 1 del Código Orgánico Monetario y Financiero; R.O. 332-2S, 12-IX-2014).- Las empresas que realizan operaciones de seguros o compañías de reaseguros del exterior, para establecerse en el país, deberán obtener autorización previa de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros.

Una empresa extranjera, previo a obtener la autorización a que se refiere este artículo, deberá cumplir con los requisitos que para el efecto establezca la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros.

Para su gestión y funcionamiento, mantendrá permanentemente en el país, cuando menos un apoderado general, cuyo poder será previamente calificado por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros y deberá inscribirse en el registro mercantil. Este apoderado contará con atribuciones amplias y suficientes para representar a la empresa extranjera en todos los asuntos judiciales, extrajudiciales y administrativos que puedan ocurrir y estará facultado para recibir solicitudes de seguros, expedir pólizas, pagar siniestros y efectuar toda clase de operaciones relacionadas con los negocios de la empresa.

En el poder que confiera a su representante legal, la empresa poderdante declarará que la casa matriz responde de las obligaciones que su apoderado general contraiga,

con todos los bienes que posea o llegare a poseer en el Ecuador y en el exterior.

Art. 20.- Son aplicables a las entidades extranjeras, y a las empresas multinacionales andinas (EMAS), las disposiciones de esta Ley.

Las entidades extranjeras autorizadas para operar en el país, deberán expresar el capital y reservas constituidos para sus negocios en el Ecuador.

Capítulo II

DE LAS NORMAS DE PRUDENCIA TÉCNICA FINANCIERA

Sección I

DE LAS RESERVAS TÉCNICAS

Art. 21.- (Reformado por la Disposición Reformativa Décima Sexta, num. 1 del Código Orgánico Monetario y Financiero; R.O. 332-2S, 12-IX-2014).- Las empresas de seguros y compañías de reaseguros deberán constituir mensualmente las siguientes reservas técnicas: a) Reservas de riesgos en curso; b) Reservas matemáticas; c) Reservas para obligaciones pendientes; d) Reservas para desviación de siniestralidad y eventos catastróficos.

a) Reservas de riesgos en curso.- Corresponde a una suma no inferior de la que resulte de aplicar el método denominado de base semimensual aplicado a las primas retenidas, no obstante en el ramo de transporte corresponderá a:

1. Transporte marítimo: al monto equivalente de las primas retenidas, en los dos últimos meses a la fecha de cálculo de la reserva; y,

2. Transporte aéreo y terrestre: al monto equivalente de la prima retenida en el último mes, a la fecha de cálculo de la reserva.

b) Reservas matemáticas.- Se constituirán sobre la base de cálculos actuariales para los seguros de vida individual y renta vitalicia, de conformidad con las normas establecidas por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros;

c) Reservas para obligaciones pendientes.- Se calcularán de la siguiente manera:

1. Para los siniestros liquidados por pagar, por el valor de la respectiva liquidación;

2. Para los siniestros por liquidar, por el valor probable de su monto;

3. Para los siniestros ocurridos y no reportados; de acuerdo a las normas que para el efecto expida la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros; y,

4. Para los vencimientos de capitales, de rentas y beneficios de los asegurados en los seguros de vida, por el valor garantizado.

En el cálculo de estas reservas deberán considerarse los reaseguros aceptados; y,

d) Reservas para desviación de siniestralidad y eventos catastróficos.- (Reformado por la Disposición Reformativa Décima Sexta, num. 1 del Código Orgánico Monetario y Financiero, R.O. 332-2S; 12-IX-2014).- Se constituirán para cubrir riesgos de frecuencia incierta, siniestralidad poco conocida y riesgos catastróficos. Su cuantía será fijada en base a los parámetros determinados por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros.

Las reservas establecidas en este artículo y las determinadas por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, mientras permanezcan como tales, son obligaciones prioritarias de las empresas de seguros y compañías de reaseguros; por lo tanto, así figurarán en su contabilidad y serán deducibles para efectos del impuesto a la renta conforme lo dispuesto en la Ley de Régimen Tributario Interno.

La Superintendencia de Bancos y Seguros, podrá fijar cualquier otro método para la constitución de las reservas a las que se refieren los incisos anteriores, los que deberán comunicarse con por lo menos 120 días de anticipación.

Las reservas técnicas señaladas en los literales b) y d) se constituirán por una sola vez al 31 de diciembre de cada ejercicio económico.

Sección II DE LA SOLVENCIA

Art. 22.- (Reformado por la Disposición Reformatoria Décima Sexta, num. 1; y, sustituido por la Disposición Reformatoria Décima Sexta, num. 6 del Código Orgánico Monetario y Financiero; R.O. 332-2S, 12-IX-2014).- Las compañías de seguros y reaseguros deberán mantener, en todo tiempo, los requerimientos de solvencia generales o por ramos que regule la Junta de Política y Regulación Monetaria y Financiera, considerando lo siguiente:

- a) Régimen de reservas técnicas;
- b) Sistema de administración de riesgos;
- c) Patrimonio técnico; y,
- d) Inversiones obligatorias.

Los requerimientos de solvencia serán revisados por la Junta de Política y Regulación Monetaria y Financiera.

La Junta de Política y Regulación Monetaria y Financiera expedirá la normativa que sea necesaria para aplicar el régimen de solvencia previsto en este artículo; pudiendo determinar los plazos, condiciones, medidas y acciones que sean necesarias para su aplicación; con la finalidad de evitar o atenuar la exposición al riesgo de las compañías de seguros y compañías de reaseguros en beneficio de los asegurados.

Las compañías de seguros y compañías de reaseguros, deberán constituir las reservas técnicas por riesgos en curso, reservas matemáticas, reservas catastróficas, reservas por obligaciones pendientes y reservas por desviación de siniestralidad; definidas por la normativa que emita la Junta, quien determinará su metodología.

Las reservas técnicas deberán cubrir la totalidad de los riesgos asumidos por las compañías de seguros y compañías de reaseguros.

La Junta podrá crear otro tipo de reservas técnicas y/o modificar las existentes y su fórmula de cálculo en función de la dinámica propia del desarrollo del negocio de seguros.

El régimen de patrimonio técnico comprende la determinación del patrimonio técnico mínimo requerido, el cual se establece en función de un nivel de capital adecuado destinado a proteger a las compañías de seguros y compañías de reaseguros contra los efectos generados por desviación en la frecuencia y severidad del riesgo de suscripción, así como de cualquier otro riesgo y en especial el riesgo de crédito

derivado de las operaciones de reaseguros.

Las exigencias del régimen de patrimonio técnico que establecen en este capítulo, deberán cumplirse adicionalmente de las disposiciones relativas a capitales mínimos establecidos en la ley, y demás normativa expedida por la Junta de Política y Regulación Monetaria y Financiera al respecto.

Toda compañías de seguros y compañías de reaseguros deberá establecer esquemas eficientes y efectivos de administración control de riesgos técnicos, mercado, liquidez, crédito y operativo.

Art. 23.- (Reformado por el Art. 162 de la Ley s/n, R.O. 249-S, 20-V-2014; por la Disposición Reformatoria Décima Sexta, num. 1 del Código Orgánico Monetario y Financiero; R.O. 332-2S, 12-IX-2014; y, sustituido por la Disposición Reformatoria Décima Sexta, num. 7 del Código Orgánico Monetario y Financiero; R.O. 332-2S, 12-IX-2014).- Las compañías de seguros y compañía de reaseguros deben invertir sus reservas técnicas, al menos el sesenta por ciento (60%) del capital pagado y la reserva legal, en títulos del mercado de valores, fondos de inversión, instrumentos financieros y bienes raíces, en los segmentos y porcentajes definidos por la Junta de Política y Regulación Monetaria y Financiera, a través de normas de carácter general, procurando una adecuada combinación de riesgos, liquidez, seguridad y rentabilidad. Se prohíbe a las compañías de seguros y compañías de reaseguros negociar acciones u obligaciones convertibles con instituciones del Sistema Financiero.

En ningún caso las inversiones en instrumentos financieros emitidos por instituciones del sistema financiero podrán superar el 10% del total de instrumentos de inversión; la Junta definirá los porcentajes máximos de las demás inversiones.

Art. 24.- (Derogado por la Disposición Reformatoria Décima Sexta, num. 8 del Código Orgánico Monetario y Financiero; R.O. 332-2S, 12-IX-2014).- .

Capítulo III DE LAS PÓLIZAS Y TARIFAS

Art. 25.- (Reformado por la Disposición Reformatoria Décima Sexta, num. 1; y, sustituido por la Disposición Reformatoria Décima Sexta, num. 9 del Código Orgánico Monetario y Financiero; R.O. 332-2S, 12-IX-2014).- La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros determinará las cláusulas que obligatoriamente contendrán las pólizas, así como las cláusulas prohibidas, las cuales carecerán de efectos y se tendrán por no escritas en caso de existir. Las tarifas de primas y notas técnicas requerirán autorización previa de la Superintendencia. Copias de las pólizas, tarifas y notas serán remitidas a la Superintendencia, por lo menos treinta días antes de su utilización, para fines de verificación, control y sanción.

Las pólizas deberán sujetarse, mínimo a las siguientes condiciones:

- a) Responder a normas de igualdad y equidad entre las partes contratantes;
- b) Ceñir su contenido a la legislación sobre el contrato de seguro constante en el Código de Comercio, el Decreto Supremo No. 1147, publicado en el Registro Oficial No. 123 de 7 de diciembre de 1963, a la presente Ley y a las demás disposiciones que fueren aplicables;
- c) Encontrarse redactada de manera clara, de modo que sea de fácil comprensión para el asegurado;
- d) Los caracteres tipográficos deben ser fácilmente legibles;

e) Figurar las coberturas básicas y las exclusiones con caracteres destacados en la póliza;

f) Incluir el listado de documentos básicos necesarios para la reclamación de un siniestro;

g) Incluir una cláusula en la que conste la opción de las partes de someter a decisión arbitral o mediación las diferencias que se originen en el contrato o póliza de seguros; y,

h) Señalar la moneda en la que se pagarán las primas y siniestros. La cotización al valor de venta de la moneda extranjera serán los vigentes a la fecha efectiva de pago de las primas y de las indemnizaciones.

i) (Agregado por el num. 32 del Art. 7 de la Ley s/n, R.O. 150-2S, 29-XII-2017).- Señalar que todo reembolso de seguros se realizará mediante transferencia electrónica de fondos o cualquier otro medio de pago electrónico.

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

Las tarifas de primas se sujetarán a los siguientes principios:

1. Ser el resultado de la utilización de información estadística que cumpla exigencias de homogeneidad y representatividad; o,

2. Ser el resultado del respaldo de reaseguradores de reconocida solvencia técnica y financiera.

En todo contrato de seguro se entienden incorporadas las normas de la Ley Orgánica de Defensa del Consumidor. Se tendrá por no escrita toda la cláusula que se oponga a las leyes, en perjuicio del asegurado, o a las prohibiciones que determine la Superintendencia conforme al inciso primero de este artículo.

Art. 26.- (Reformado por la Disposición Reformatoria Décima Sexta, num. 1 del Código Orgánico Monetario y Financiero; R.O. 332-2S, 12-IX-2014).- En toda póliza emitida y vigente se entenderán incorporados los requisitos señalados en el artículo 25 aun cuando éstos no consten en su texto en forma expresa. Este incumplimiento será causal para que el Superintendente de Compañías, Valores y Seguros prohíba o suspenda la emisión de nuevas pólizas hasta cuando sea satisfecho el o los requisitos respectivos. Si tales faltas u omisiones resulten reiteradas, el Superintendente de Compañías, Valores y Seguros podrá retirar el certificado de autorización del ramo correspondiente sin perjuicio de las sanciones legales pertinentes.

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

Capítulo IV DE LOS REASEGUROS

Art. 27.- (Reformado por la Disposición Reformatoria Décima Sexta, num. 1 del Código Orgánico Monetario y Financiero; R.O. 332-2S, 12-IX-2014).- Las empresas de seguros deberán sujetarse para la contratación de los reaseguros a principios de solvencia y prudencia financieras, así como también a principios de seguridad y oportunidad.

Las empresas de seguros deberán contratar los reaseguros con empresas reaseguradoras en forma directa o a través de intermediarias de reaseguros autorizadas a operar en el país o registradas en la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, según sea el caso.

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

Art.- (Agregado por la Disposición Reformatoria Décima Sexta, num. 10 del Código Orgánico Monetario y Financiero; R.O. 332-2S, 12-IX-2014).- La Junta de Política y Regulación Monetaria y Financiera emitirá las regulaciones correspondientes para la contratación de reaseguros, debiendo definir las condiciones y porcentajes máximos de cesión de seguros y reaseguros por ramo, en función a las características de los riesgos cubiertos, el perfil de las carteras, la siniestralidad de la misma y otros factores técnicos necesario. Además, podrá definir los casos en que no sea necesaria la contratación de reaseguros.

Capítulo V

DE LA VIGILANCIA, CONTROL E INFORMACIÓN DEL SISTEMA DE SEGURO PRIVADO

Art. 28.- (Reformado por la Disposición Reformatoria Décima Sexta, num. 1 del Código Orgánico Monetario y Financiero; R.O. 332-2S, 12-IX-2014).- El Superintendente de Compañías, Valores y Seguros, personalmente o por medio de delegados expresamente acreditados, visitará y auditará con la frecuencia que estime necesaria, a las entidades del sistema de seguro privado autorizadas para operar en el Ecuador.

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

Art. 29.- (Reformado por la Disposición Reformatoria Décima Sexta, num. 1 del Código Orgánico Monetario y Financiero; R.O. 332-2S, 12-IX-2014; y por la Disposición Reformatoria Primera del Código s/n, R.O. 506-S, 22-V-2015).-)- Las entidades del sistema de seguro privado llevarán su contabilidad y conservarán sus archivos, sujetándose a las disposiciones que imparta la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros a quien presentarán por lo menos mensualmente los estados financieros y sus anexos en la forma que ésta establezca.

Las intermediarias de reaseguros, los peritos de seguros y los asesores productores de seguros, presentarán los estados financieros y sus anexos anualmente o en la forma que la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros establezca.

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

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

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

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

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

Las copias de los documentos, certificados en la forma que determine el Superintendente de Compañías, Valores y Seguros, servirán como medio de prueba conforme al Código Orgánico General de Procesos, y su falsificación o alteración acarreará responsabilidad penal.

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

Art. 30.- (Reformado por la Disposición Reformatoria Décima Sexta, num. 1 del Código Orgánico Monetario y Financiero; R.O. 332-2S, 12-IX-2014).-Sin perjuicio del cumplimiento de otras obligaciones legales y estatutarias, el representante legal de la entidad controlada estará obligado a poner de inmediato en conocimiento del directorio o del organismo que haga sus veces toda comunicación de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros que contenga observaciones o recomendaciones respecto de la marcha de los negocios, dejando constancia de ello en el acta de la sesión que será firmada por todos los directores y administradores que hayan concurrido a la misma, en la que constará además la resolución adoptada por el directorio, copia de la cual se remitirá a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros dentro de los ocho días siguientes.

Art. 31.- (Reformado por la Disposición Reformatoria Décima Sexta, num. 1 del Código Orgánico Monetario y Financiero; R.O. 332-2S, 12-IX-2014).- La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros editará por lo menos en forma trimestral boletines que contengan la situación financiera de las empresas de seguros correspondiente al trimestre anterior, para distribuirlos al público. Este boletín deberá contener, por lo menos, información sobre la estructura financiera, margen de solvencia e indicadores de rentabilidad y eficiencia.

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

Art... .- (Agregado por la Disposición Reformatoria Décima Sexta, num. 11 del Código Orgánico Monetario y Financiero; R.O. 332-2S, 12-IX-2014).- Las compañías de seguros, reaseguros, asesoras productoras de seguros, inspectoras de riesgos, ajustadoras de siniestros e intermediarias de reaseguros tendrán control interno a cargo de un auditor calificado por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros.

El auditor interno presentará sus informes de control a la compañías y a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, de acuerdo con las normas de control que emita dicho organismo.

Las personas naturales que presten sus servicios como asesores productores de seguros, inspectoras de riesgo, ajustadoras de siniestros e intermediarias de seguros deberá ejercer su actividad bajo criterios de seriedad, veracidad, eficiencia y efectividad.

Capítulo VI DE LOS AUDITORES EXTERNOS

Art. 32.- (Reformado por la Disposición Reformatoria Décima Sexta, num. 1; y, reformado por la Disposición Reformatoria Décima Sexta, num. 12 del Código Orgánico Monetario y Financiero; R.O. 332-2S, 12-IX-2014).- Las compañías de seguros, reaseguros están obligadas a contratar auditores externos así como firmas calificadoras de riesgo que deberán ser personas jurídicas las cuales se sujetarán a las normas de calificación y emisión de informes que expida la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros.

La auditoría externa para las demás personas naturales o jurídicas que integran el sistema de seguro privado deberá observar las normas que expida la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros.

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, respecto de las auditorías que se realicen, tendrá plenas facultades fiscalizadoras y exigirá requisitos mínimos que deban cumplir las señaladas auditorías.

Capítulo VII DE LAS LIMITACIONES, PROHIBICIONES Y SANCIONES

Art. 33.- (Reformado por la Disposición Reformatoria Décima Sexta, num. 1 del Código Orgánico Monetario y Financiero; R.O. 332-2S, 12-IX-2014).- Las personas naturales o jurídicas que no cumplan las disposiciones de esta Ley o no formen parte del sistema de seguro privado, no podrán realizar las operaciones determinadas en esta Ley, ni usar en anuncios, membretes de cartas, circulares o prospectos, un nombre, razón social o expresión que indique o sugiera que corresponda a una entidad del sistema de seguro privado ni utilizar en el lugar en que despachan sus negocios indicación o letrero del que puede inferirse que tal lugar es la oficina de una entidad del sistema de seguro privado.

La violación a las disposiciones de este artículo acarreará la suspensión inmediata de las operaciones, que será dispuesta por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros; quien deberá denunciar este hecho en conocimiento (sic) del fiscal o la policía judicial y además si el infractor es una persona jurídica a la Superintendencia de Compañías para las sanciones de ley.

Art.- (Agregado por la Disposición Reformatoria Décima Sexta, num. 13 del Código Orgánico Monetario y Financiero; R.O. 332-2S, 12-IX-2014).- Las compañías de seguros y reaseguros deberán contar con servicios actuariales, que podrán ser proporcionados por personas naturales o jurídicas, calificadas por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, con el fin de generar las notas técnicas de los productos ofertados y opinar sobre la adecuación y suficiencia de los montos contenidos en los reportes financieros, o sobre la metodología, o sobre las hipótesis asumidas para estos.

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, respecto de los estudios actuariales que se realicen tendrá plenas facultades verificadoras y exigirá los requisitos mínimos que los informes técnicos deban cumplir.

Art. 34.- Las empresas de seguros no podrán ejercer otras actividades que no sean las relacionadas con su objeto social, salvo en los siguientes casos:

- 1) Cuando tengan que realizar mercaderías, productos, y otros bienes provenientes de recuperación de siniestros;
- 2) Cuando adquieran bienes que le sean traspasados, directamente o mediante remate,

o en dación en pago por deudas que provengan del giro propio de sus negocios.

Art. 35.- Ninguna entidad integrante del sistema de seguros privados, persona jurídica, acreditará, pagará dividiendo alguno a sus accionistas o enviará remesas al exterior mientras existan pérdidas acumuladas de ejercicios anteriores o cuando existan insuficiencia de reservas, inversiones o del margen de solvencia.

Art. 36.- (Reformado por la Disposición Reformatoria Décima Sexta, num. 1 del Código Orgánico Monetario y Financiero; R.O. 332-2S, 12-IX-2014).- Se prohíbe a las entidades de seguros ofrecer al público, directamente o por medio de asesores productores de seguros, coberturas que no puedan incluirse en los respectivos contratos de seguros, conceder comisiones a los asegurados; y, en general, todo acto de competencia desleal.

La colocación de un seguro por parte de los asesores productores de seguros, bajo un plan distinto a lo ofrecido, con engaño para el asegurado; la cesión de corretajes a favor del asegurado, el ofrecimiento de beneficios que la póliza no garantiza o la exageración de éstos; el hacerse pasar por asesores productores de seguros o por intermediarios de reaseguros o como representante de una entidad de seguros sin serlo; el agenciamiento de pólizas de entidades de seguros no establecidas en el país; y, en general, todo acto de fraude, dará lugar para que el Superintendente de Compañías, Valores y Seguros cancele la respectiva credencial, sin perjuicio de las acciones legales a que hubiere lugar.

Cuando el infractor sea extranjero, la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros comunicará el particular a las autoridades competentes para efecto de la aplicación de las sanciones que sean del caso, sin perjuicio de lo establecido en esta Ley.

Los asesores productores de seguros están prohibidos de suscribir cobertura de riesgos a nombre propio o en representación de una entidad de seguros. Las intermediarias de reaseguros también están sujetas a esta prohibición salvo que cuenten con poder expreso otorgado por el reasegurador.

Art. 37.- (Reformado por la Disposición Reformatoria Décima Sexta, num. 1 del Código Orgánico Monetario y Financiero; R.O. 332-2S, 12-IX-2014).- Los directores, funcionarios o empleados de una entidad del sistema de seguro privado o la persona que actuare a nombre y en representación de ellos, no podrán para sí mismos adquirir, arrendar, ni vender por su propia cuenta o en representación de un tercero, directa o indirectamente, cualquier bien de propiedad de la entidad, o los que estuvieren hipotecados o prendados a ella.

Cuando en una entidad controlada, sus directores, administradores o funcionarios violaren las leyes o reglamentos que rijan su funcionamiento, o en los casos que infringieren disposiciones estatutarias o normas e instrucciones impartidas por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros y Seguros, y en especial cuando incumplieren las disposiciones de esta Ley; cuando rehusaren recibir la visita de los auditores o funcionarios debidamente acreditados de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros o se negaren a suministrar los documentos o datos que sean necesarios para la práctica de la auditoría; cuando no presentaren oportunamente los balances, cuentas y demás documentos relacionados a sus negocios, o no presentaren los informes especiales que les sean solicitados; cuando acusaren deficiencias de reservas, inversiones y del margen de solvencia; si no pagaren la contribución para el sostenimiento de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros dentro del plazo que se hubiere fijado, cuando efectuaren inversiones sin sujetarse a las normas legales; la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, dependiendo de la gravedad de la infracción, impondrá una de las siguientes sanciones:

a) A la entidad controlada:

1) Amonestación.

2) Multa.

3) Suspensión de los certificados de autorización o retiro de credenciales, según el caso; y,

b) A los directores y administradores de la entidad del sistema de seguro privado:

1) Amonestación.

2) Multa.

3) Remoción.

En cualquier caso y sin perjuicio de lo establecido en este artículo, el Superintendente de Compañías, Valores y Seguros adoptará las medidas tendientes a restablecer el acatamiento de la norma violada. Las multas impuestas a los directores y administradores, serán pagadas con sus propios recursos.

Si un director, administrador, funcionario o empleado o al igual que el auditor externo de una entidad controlada, fuere designado o ejerciere sus funciones, en contravención de lo dispuesto en el artículo 17 de esta Ley, será removido de sus funciones mediante resolución dictada por el Superintendente de Compañías, Valores y Seguros, si antes no lo hubiere hecho el órgano nominador, o si no hubiere renunciado.

Art. 38.- (Reformado por la Disposición Reformatoria Décima Sexta, num. 1 del Código Orgánico Monetario y Financiero; R.O. 332-2S, 12-IX-2014).- Cualquier director, administrador o funcionario de una entidad controlada o la persona que actúe en nombre y representación de aquellos, será personalmente responsable por las siguientes infracciones:

1. De la declaración falsa, hecha a sabiendas, respecto de las operaciones de la entidad;

2. De la aprobación y presentación de estados financieros falsos;

3. Del ocultamiento deliberado al Superintendente de Compañías, Valores y Seguros o sus representantes debidamente autorizados, de la verdadera situación de la entidad; y,

4. Del ocultamiento, alteración o supresión deliberada en cualquier informe de operación, de datos o de hechos respecto de los cuales el Superintendente de Compañías, Valores y Seguros tenga derecho a estar informado.

El Superintendente de Compañías, Valores y Seguros, cuando descubriere actos dolosos, los denunciará ante el fiscal o la policía judicial.

Estas infracciones serán sancionadas de conformidad con el artículo anterior, sin perjuicio de la aplicación de las penas previstas en el Código Penal.

Art. 39.- (Reformado por la Disposición Reformatoria Décima Sexta, num. 1 del Código Orgánico Monetario y Financiero; R.O. 332-2S, 12-IX-2014).- Si el Superintendente de Compañías, Valores y Seguros, al verificar la legalidad del aumento de capital de una entidad controlada y la procedencia de los fondos utilizados para el pago del

mismo, estableciere que existieron infracciones a la ley, mediante resolución dejará insubsistente total o parcialmente dicho aumento y ordenará que la resolución que expida, se inscriba en el registro mercantil y se publique en el Registro Oficial.

Art. 40.- (Reformado por la Disposición Reformatoria Décima Sexta, num. 1; y, sustituido por la Disposición Reformatoria Décima Sexta, num. 14 del Código Orgánico Monetario y Financiero; R.O. 332-2S, 12-IX-2014).- Las multas que imponga la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros en ningún caso serán menores a treinta (30) salarios básicos unificados, ni superiores al 5% de las ventas que reporte la entidad infractora, con excepción de las que se impongan a los empleados o funcionarios, las que no podrán ser menores a tres salarios básicos unificados del trabajador en general.

Las sanciones se graduarán en atención a la gravedad de la falta, perjuicios causados a terceros, negligencia, intencionalidad, reincidencia o cualquier otra circunstancia agravante o atenuante.

La imposición de las sanciones dispuestas en ésta Ley, es independiente de cualquier otra sanción que se pudiera aplicar por actos violatorios de otras disposiciones y no limitan la aplicación de las sanciones civiles o penales que correspondan de conformidad con la ley.

En ningún caso una persona puede ser sancionada administrativamente dos (2) veces por el mismo ente, por la misma causa, sin perjuicio de las acciones penales que fueran pertinentes.

Las multas impuestas a la compañías, su representante legal, administradores, directores, empleados o funcionarios, se harán efectivas mediante títulos que podrán cobrarse a través de la jurisdicción coactiva o por cualquier otro medio.

Art. 41.- (Reformado por la Disposición Reformatoria Décima Sexta, num. 1 del Código Orgánico Monetario y Financiero; R.O. 332-2S, 12-IX-2014).-El Superintendente de Compañías, Valores y Seguros impondrá igual sanción que a los administradores de las entidades controladas a los auditores y funcionarios de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros que divulguen el contenido de sus informes o que intencionalmente presenten informes inexactos, oculten u omitan datos importantes; o que abusen en el ejercicio de sus funciones; sin perjuicio de otras sanciones administrativas a que hubiere lugar.

Capítulo VIII DEL RECLAMO ADMINISTRATIVO

Art. 42.- (Reformado por la Disposición Reformatoria Primera a la Ley General de Seguros de la Ley s/n, R.O. 395-S, 4-VIII-2008, por la Disposición Reformatoria Primera de la Ley s/n, R.O. 100-2S, 14-X-2013; y, sustituido por la Disposición Reformatoria Décima Sexta, num. 15 del Código Orgánico Monetario y Financiero; R.O. 332-2S, 12-IX-2014).- 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 compañías 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 de 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 del 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 emitirlos 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 den 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 compañías de seguros.

Capítulo IX

DE LA REGULARIZACIÓN Y LA INTERVENCIÓN

(Reformado por la Disposición Reformatoria Décima sexta del Código Orgánico Monetario y Financiero; R.O. 332-2S, 12-IX-2014)

Art. 43.- (Reformado por la Disposición Reformatoria Décima Sexta, num. 1 del Código

Orgánico Monetario y Financiero; R.O. 332-2S, 12-IX-2014).- La empresa de seguros, dentro de su actividad, está facultada, previa autorización del Superintendente de Compañías, Valores y Seguros, para otorgar mediante la emisión de pólizas, por cuenta de terceros, a favor de personas naturales o jurídicas, de derecho público o privado, fianzas o garantías cuyo otorgamiento no esté prohibido por ley.

El afianzado está obligado a entregar a favor de la entidad de seguros, las contragarantías personales o reales que respalden el riesgo asumido.

El afianzado podrá ceder en favor de la empresa de seguros sus derechos para el cobro de valores por el anticipo a recibir, así como por las liquidaciones por planillas a emitirse por los trabajos realizados tanto del contrato garantizado como de otros a los que tuviere derecho.

La falta de pago de la prima no suspende ni termina los efectos de la garantía.

También podrá convenir que en caso de que los beneficiarios del sector público ordenen la renovación de las garantías, las primas correspondientes sean pagadas por éstos con cargo a los valores que tengan retenidos a sus contratistas.

La empresa de seguros podrá convenir que el pago de la prima por la emisión o renovación de la póliza, lo realice el solicitante, el afianzado o el asegurado.

El recibo o factura de prima, debidamente certificado por la empresa de seguros, constituye título ejecutivo.

Art. 44.- (Reformado por la Disposición Reformatoria Décima Sexta, num. 1 del Código Orgánico Monetario y Financiero; R.O. 332-2S, 12-IX-2014).- El afianzado está obligado a mantener en vigencia la póliza, de acuerdo a las disposiciones legales o contractuales a las que accede, hasta el total cumplimiento de las obligaciones garantizadas.

La responsabilidad de la empresa de seguros no excederá de la suma máxima asegurada indicada en la póliza o sus anexos.

En ningún caso la empresa de seguros podrá obligarse a más de lo que deba el afianzado. De igual manera, el riesgo asegurado deberá constar en forma clara y determinada sin que pueda extenderse la cobertura a otras obligaciones que por ley o contrato tenga el afianzado.

En las fianzas por anticipos, la suma asegurada se reducirá a medida que se los vaya devengando.

Se entiende causado el siniestro en los casos establecidos en la ley o el contrato.

Para el cobro de la fianza, el asegurado deberá proceder de acuerdo con lo que la ley, la obligación principal y la póliza establezcan en lo pertinente a notificación y trámite. Se adjuntarán los documentos que acrediten el incumplimiento en lo que se refiera a la obligación afianzada, así como a la naturaleza y monto del reclamo.

Una vez expedida la resolución administrativa de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros o el fallo judicial que declare el incumplimiento de una compañía, se procederá dentro de los 15 días siguientes a la inscripción de la misma en el Registro de Incumplidos de la Contraloría General del Estado.

De igual forma, la empresa de seguros podrá también solicitar dicha inscripción, en el caso de mora de obligaciones por parte del contratista.

En caso que la ley, reglamentos o contratos lo permitan, podrá la empresa de seguros gozar de los beneficios de excusión u orden.

Art. 45.- La responsabilidad de la empresa de seguros termina:

a) Por la suscripción del acta que declare extinguidas las obligaciones del afianzado o contratista; o por el vencimiento del plazo previsto en el contrato principal;

b) Por la devolución del original de la póliza y sus anexos;

c) Por el pago de la fianza;

d) Por la extinción de la obligación afianzada;

e) Por no haberse solicitado la renovación de la póliza o la ejecución de las fianzas, dentro de su vigencia; y,

f) Por las causas señaladas en la ley.

Art. 46.- Si el asegurado al momento de ocurrir el siniestro fuere deudor del afianzado por cualquier concepto, se compensarán las obligaciones hasta el monto correspondiente.

La empresa de seguros podrá oponer como excepciones todas aquellas que por ley y los contratos pueda plantear el afianzado.

Art. 47.- (Reformado por la Disposición Reformatoria Décima Sexta, num. 1 del Código Orgánico Monetario y Financiero; R.O. 332-2S, 12-IX-2014).- El asegurador tendrá acción contra el afianzado para el reembolso de lo que haya pagado por él, con intereses y gastos, aún cuando dicho pago haya sido ignorado o rechazado por éste. Para este efecto la póliza en la que conste haberse efectuado el pago o el recibo de indemnización, constituirá título ejecutivo.

Las contragarantías entregadas por el afianzado a la empresa de seguros podrán ser ejecutadas hasta por el monto demandado o adeudado, por los pagos parciales o cargos provenientes de las pólizas y de sus renovaciones realizadas por las empresas de seguros.

El asegurado antes de proceder al pago de los valores correspondientes a la liquidación final del contrato, exigirá al contratista la presentación de un certificado de no constar, como deudor moroso, en la Central de Deudores de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros.

Capítulo X DE LA CESIÓN Y FUSIÓN

Sección I DE LA CESIÓN TOTAL DE NEGOCIOS

Art. 48.- (Reformado por la Disposición Reformatoria Décima Sexta, num. 1 del Código Orgánico Monetario y Financiero; R.O. 332-2S, 12-IX-2014).- Las empresas de seguros, con aprobación previa del Superintendente de Compañías, Valores y Seguros, podrán ceder la totalidad de sus negocios a otra u otras empresas de seguros autorizadas para trabajar en el país en el mismo ramo o ramos de los seguros objeto de la cesión; siempre que se hayan pagado las reclamaciones presentadas ante la cedente por los asegurados o beneficiarios o que la o las cesionarias se comprometan expresamente asumir dichos pagos.

La aprobación del Superintendente de Compañías, Valores y Seguros a la cesión total de negocios que realice una empresa de seguros, acarreará la revocatoria automática de la autorización otorgada por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros a la cedente, y la consecuente inhabilidad legal para realizar nuevos negocios de seguros, sin perjuicio de la responsabilidad subsidiaria prevista en esta Sección.

Art. 49.- (Reformado por la Disposición Reformatoria Décima Sexta, num. 1 del Código Orgánico Monetario y Financiero; R.O. 332-2S, 12-IX-2014).- Las empresas de seguros contratantes presentarán a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros el proyecto de contrato de cesión y todos los documentos relativos al asunto, con sus estados financieros a la fecha de la negociación.

De la cesión deberá notificarse previamente a los asegurados, para el efecto el Superintendente de Compañías, Valores y Seguros, ordenará a la cedente publique una síntesis del contrato en uno de los periódicos de mayor circulación a nivel nacional, mediante tres avisos, con tres días de intervalo, y dirija una carta circular en que se comunique la cesión a cada uno de los asegurados.

En ningún caso las condiciones en que se realice la cesión podrán gravar ni modificar los derechos de los asegurados ni sus garantías.

En el evento de que el asegurado cancele por esta circunstancia la póliza correspondiente, no habrá lugar a cobrar recargos de corto plazo y la liquidación se hará a prorrata.

Art. 50.- (Reformado por la Disposición Reformatoria Décima Sexta, num. 1 del Código Orgánico Monetario y Financiero; R.O. 332-2S, 12-IX-2014).- Será condición expresa para aprobar la cesión total de negocios que la o las cesionarias se obliguen en los mismos términos que la cedente, asumiendo directamente el cumplimiento de todas las obligaciones contraídas por ésta. La cedente responderá subsidiariamente de tales obligaciones durante el plazo de dos años, para cuyo efecto, mantendrá depositado en una entidad del sistema financiero el capital pagado, a la orden de la Superintendencia, en una inversión que genere intereses. Vencido este plazo, cesará su responsabilidad y obtendrá la devolución del capital depositado con los correspondientes intereses.

El Superintendente de Compañías, Valores y Seguros examinará los documentos recibidos y verificará que no sufran menoscabo los derechos de los asegurados y, una vez que se hayan cumplido los requisitos que se determinan, expedirá la resolución aprobatoria de la cesión.

Sección II DE LA CESIÓN PARCIAL DE NEGOCIOS

Art. 51.- (Reformado por la Disposición Reformatoria Décima Sexta, num. 1 del Código Orgánico Monetario y Financiero; R.O. 332-2S, 12-IX-2014).- Las empresas de seguros podrán ceder parcialmente su cartera a otra u otras empresas de seguros autorizadas a operar en el país, en el o los ramos materia de la cesión; en cuyo caso no requerirán de autorización del Superintendente de Compañías, Valores y Seguros.

Para la validez de dicha cesión, la cedente notificará en forma previa mediante comunicación circular a cada uno de los asegurados y la o las cesionarias se comprometan expresamente a asumir las obligaciones contraídas por la cedente en los mismos términos de los contratos de seguros materia de la cesión.

En el evento de que el asegurado cancele por esta circunstancia la póliza correspondiente no habrá lugar a cobrar recargos de corto plazo y la liquidación se hará a prorrata.

La cedente notificará del proceso de cesión a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros dentro de los ocho días posteriores a la cesión, adjuntando los documentos justificativos.

Sección III DE LA FUSIÓN

Art. 52.- (Reformado por la disposición reformativa primera de la Ley 2001-55, R.O. 465-S, 30-XI-2001; y, por la Disposición Reformativa Décima Sexta, num. 1 y 2 del Código Orgánico Monetario y Financiero; R.O. 332-2S, 12-IX-2014).- La fusión entre empresas de seguros o entre compañías de reaseguros, debe ser aprobada por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros y regirse para su perfeccionamiento por el procedimiento determinado por la Junta de Política y Regulación Monetaria y Financiera. Se observarán los mismos requisitos que se exigen para la cesión total de negocios, en cuanto sean aplicables, cuidando que los intereses de los asegurados o reasegurados queden perfectamente garantizados.

Capítulo XI DE LA REGULARIZACIÓN

Art. 53.- (Reformado por la Disposición Reformativa Décima Sexta, num. 1 del Código Orgánico Monetario y Financiero; R.O. 332-2S, 12-IX-2014).- Las empresas de seguros y compañías de reaseguros están obligadas a informar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros las deficiencias del capital mínimo legal, o de inversiones con las cuales debe respaldar sus reservas técnicas y el margen de solvencia, establecido en el artículo 22 de esta Ley, tan pronto ello sea detectado y comunicar dentro de los cinco días hábiles siguientes las medidas que hubiere adoptado o adoptará para su solución, las mismas que deberán encontrarse dentro del plan de regularización más adelante descrito.

En el evento que la empresa de seguros no cumpliera con la obligación de informar, señalare como fecha de ocurrencia del déficit una distinta a la efectiva o consignare datos no reales, y estas irregularidades fueren detectadas por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, a más de las sanciones a que haya lugar, se aplicarán los procesos de regularización que se indican a continuación desde la fecha de la comunicación con la cual se hacen las observaciones por parte de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros:

1. La reducción del capital a menos del mínimo legal, deberá ser cubierta en un plazo no superior a noventa días y cuyo aumento deberá ser pagado en dinero en efectivo; y,

2. En caso de producirse un déficit en las inversiones con los cuales la empresa de seguros debe respaldar sus reservas técnicas y margen de solvencia, deberá adoptar las medidas tendientes a solucionarlo, tales como la contratación de reaseguros, la cesión de cartera, la sustitución de las inversiones o el aumento de capital.

Si el déficit no sobrepasare el 5% de lo requerido, la empresa de seguros deberá adoptar las medidas tendientes a solucionarlo dentro de un plazo de hasta treinta días. Si el déficit correspondiente sobrepasare este porcentaje, el plazo para cubrirlo será de noventa días.

En los casos de déficit, tanto del capital como de inversiones que respaldan las reservas técnicas y el margen de solvencia, el Superintendente de Compañías, Valores y Seguros podrá mientras estos no se superen, disponer la suspensión de la emisión de nuevas pólizas, la cesión de toda o parte de la cartera de seguros o adoptar ambas medidas.

Si la empresa de seguros no se regularizare en los plazos señalados, el Superintendente de Compañías, Valores y Seguros dispondrá la liquidación forzosa, en los términos de esta Ley.

Art....- (Agregado por la Disposición Reformatoria Décima Sexta, num. 17 del Código Orgánico Monetario y Financiero; R.O. 332-2S, 12-IX-2014).- El Superintendente podrá ordenar la intervención de las empresas sujetas a su control y vigilancia según esta Ley, con arreglo a las normas de la sección XI y conexas de la Ley de Compañías.

Capítulo XII DE LAS LIQUIDACIONES

Sección I DE LA VOLUNTARIA

Art. 54.- (Reformado por la Disposición Reformatoria Décima Sexta, num. 1 del Código Orgánico Monetario y Financiero; R.O. 332-2S, 12-IX-2014).- La entidad controlada que no quisiere continuar sus negocios en el país, podrá por resolución de la junta general o de la casa matriz en el caso de sucursales de empresas extranjeras, solicitar su liquidación voluntaria al Superintendente de Compañías, Valores y Seguros enviándole copia auténtica de dicha resolución.

El Superintendente de Compañías, Valores y Seguros comprobando que la entidad solicitante no se encuentra en estado de liquidación forzosa, aceptará la solicitud y expedirá la respectiva resolución declarando el estado de liquidación voluntaria, resolución que se publicará en el Registro Oficial. Hecha esta publicación, entrará en liquidación, si fuere empresa nacional; y, si fuere extranjera, en liquidación para sus operaciones en el Ecuador.

Declarada la liquidación en la forma prescrita, la entidad solicitante nombrará un liquidador, quien deberá elaborar los estados financieros, con los anexos que contengan la descomposición de cada una de las cuentas.

El Superintendente de Compañías, Valores y Seguros dispondrá la publicación de por lo menos tres avisos por la prensa dando cuenta al público de la liquidación para que las personas que se crean con derecho presenten sus reclamaciones dentro del plazo que se señale en la publicación.

Sección II DE LA FORZOSA

Art. 55.- (Reformado por la Disposición Reformatoria Décima Sexta, num. 1 del Código Orgánico Monetario y Financiero; R.O. 332-2S, 12-IX-2014).- El Superintendente de Compañías Valores y Seguros dispondrá la liquidación forzosa, cuando una entidad controlada incurra en una o más de las siguientes causales:

- a) Suspensión de pagos en general;
- b) Incumplimiento del régimen de regularización;
- c) No efectuar las remociones impartidas por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros;
- d) Liquidación, disolución, suspensión de pagos o quiebra de la casa matriz de la sucursal de una entidad extranjera establecida en el Ecuador;
- e) Vencimiento del plazo de duración de acuerdo a los estatutos;

f) Si la entidad controlada no hubiese iniciado operaciones dentro de los seis meses siguientes a la fecha en que le fue otorgado el certificado de autorización; y,

g) Cuando los administradores de la entidad abandonen sus cargos y no sea posible designar sus reemplazos, dentro de los quince días calendario siguientes.

Art. 56.- (Reformado por la Disposición Reformativa Décima Sexta, num. 1 del Código Orgánico Monetario y Financiero; R.O. 332-2S, 12-IX-2014).- En la resolución en que el Superintendente de Compañías, Valores y Seguros declare la liquidación forzosa de una de las entidades controladas, dispondrá expresamente lo siguiente:

a) Que se halla en estado de liquidación forzosa, al hacerlo expresará las causales y revocará la resolución mediante la cual se autorizó su funcionamiento;

b) Que se hace cargo de la liquidación con las facultades que la ley le confiere y ordenará la prohibición de enajenar los bienes de la entidad, la misma que se inscribirá en los respectivos registros de la propiedad y mercantil, dejando sin efecto las prohibiciones y embargos que constaren inscritos, a no ser que los mismos se originen en títulos hipotecarios, en acciones hipotecarias o laborales. En caso de suspenderse la liquidación, recobrarán vigencia las medidas precautelatorias anteriormente registradas;

c) Que los representantes legales de la entidad cesan en sus funciones y quedan inhabilitados para la administración de los bienes sociales y para contraer nuevas obligaciones;

d) Que no podrá celebrar nuevos contratos de seguros o de reaseguros, en los que sean aplicables;

e) Que los deudores de la entidad en liquidación, no podrán hacer pagos ni entregas sino al Superintendente de Compañías, Valores y Seguros o a su delegado, bajo pena de nulidad;

f) Que no podrá constituirse embargo, secuestro, retención o prohibición de enajenar sobre los bienes de la entidad una vez iniciada la liquidación, y que, los practicados con anterioridad a la liquidación, quedan sin efecto, con excepción del embargo y de aquellos sobre los cuales hubiere hipotecas constituidas por dicha entidad a favor de terceros, las que se regirán por lo dispuesto en el Código Civil;

g) Cuando la liquidación forzosa resultare a consecuencia del incumplimiento del artículo 22 de la presente Ley, no se presumirá como acto fraudulento; y,

h) El Superintendente de Compañías, Valores y Seguros dispondrá además que los respectivos jueces remitan a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros todos los juicios que se hallen en trámite contra la entidad en liquidación por obligaciones de dar o de hacer, excepto los seguidos por acción hipotecaria y aquellos en los cuales se haya ejecutado la acción hipotecaria. El Superintendente de Compañías, Valores y Seguros tomará los datos necesarios como si se tratara de reclamaciones presentadas y luego los devolverá para su archivo, si aceptare la reclamación, o los devolverá para que continúe su trámite, si la rechazare.

Art. 57.- (Reformado por la Disposición Reformativa Décima Sexta, num. 1 del Código Orgánico Monetario y Financiero; R.O. 332-2S, 12-IX-2014).- Cuando una entidad controlada sea declarada en estado de liquidación forzosa, se presumirá que es a consecuencia de actos fraudulentos ejecutados por los administradores, si existiere indicios, antecedentes o circunstancias graves, precisas y concordantes que permitan suponerlo, especialmente en los casos siguientes:

- a) Si hubiere reconocido obligaciones inexistentes o indebidas;
- b) Si hubiere simulado enajenaciones o gravámenes, en perjuicio de sus accionistas o de sus acreedores;
- c) Si dentro de los sesenta días anteriores a la fecha de declaración del estado de liquidación forzosa, hubiere pagado a un acreedor antes del vencimiento de la obligación;
- d) Si hubiere comprometido o dispuesto los bienes recibidos en garantía o custodia;
- e) Si hubiere ocultado, alterado, falsificado o inutilizado los libros, registros y archivos de la entidad;
- f) Si hubiere vendido bienes de su activo a precios inferiores al de mercado, o empleado otros arbitrios ilegítimos para proveerse de fondos; y,
- g) Si en general, hubiere ejecutado dolosamente operaciones dirigidas a disminuir los activos o a incrementar los pasivos de la entidad.

El Superintendente de Compañías, Valores y Seguros, dependiendo de la gravedad de los actos, denunciará el hecho ante el fiscal o la policía judicial, y acompañará a la denuncia cualquier informe o documento que sirva de base para sustentar las presunciones.

Art. 58.- (Reformado por la Disposición Reformativa Décima Sexta, num. 1 del Código Orgánico Monetario y Financiero; R.O. 332-2S, 12-IX-2014).- Para los efectos de los literales f) y g) del artículo 56 de esta Ley, será nulo el embargo o secuestro, retención o prohibición de enajenar que se decreta durante el proceso de liquidación y el juez de la causa procederá a cancelarlo tan pronto como lo pida el Superintendente de Compañías, Valores y Seguros o su delegado.

Art. 59.- (Reformado por la Disposición Reformativa Décima Sexta, num. 1 del Código Orgánico Monetario y Financiero; R.O. 332-2S, 12-IX-2014).- El Superintendente de Compañías, Valores y Seguros representará judicial y extrajudicialmente a la entidad en proceso de liquidación forzosa; nombrará y removerá empleados; otorgará y revocará mandatos; aceptará o negará a nombre de la entidad en liquidación, las reclamaciones que le fueren presentadas; realizará los bienes que formen el activo de la liquidación; y, en general, llevará a efecto cualquier operación o transacción con las más amplias facultades.

El Superintendente de Compañías, Valores y Seguros podrá nombrar un liquidador para que lo represente en la liquidación, delegando las atribuciones que le confiere la ley.

El Superintendente de Compañías, Valores y Seguros pagará todos los gastos de la liquidación, incluyendo honorarios de asesores y asistentes, con los fondos que de ella disponga, excepto en los casos que sean funcionarios de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros.

Art. 60.- (Reformado por la Disposición Reformativa Décima Sexta, num. 1; y, reformado por la Disposición Reformativa Décima Sexta, num. 18 del Código Orgánico Monetario y Financiero; R.O. 332-2S, 12-IX-2014).- Al iniciar la liquidación forzosa de una entidad controlada, el Superintendente de Compañías, Valores y Seguros o el liquidador estará obligado a:

1. Elaborar los estados financieros y el inventario de todos los activos y pasivos de la entidad a la fecha de la liquidación;

2. Devolver a los interesados, previa la respectiva comprobación, los valores y demás bienes que hayan dejado en custodia. Los bienes entregados en administración o cualquier otro tipo de tenencia serán devueltos previo saneamiento de las eventuales obligaciones que hubieren existido a favor de la compañía al tiempo de la liquidación; y,

3. Notificar a las personas que puedan tener reclamaciones contra la entidad en proceso de liquidación, para que presenten la prueba de sus créditos y señalen domicilio, en el plazo de sesenta días a partir de la notificación, la que se hará mediante tres publicaciones en un periódico de circulación nacional, entre las cuales deberá mediar al menos diez días.

Los reclamos presentados luego del plazo señalado se sustentarán ante la justicia ordinaria en juicio verbal sumario.

En virtud del estado de liquidación, son exigibles las obligaciones de plazo no vencido que haya contraído la entidad y desde ese momento ninguna de las obligaciones devengará intereses de cualquier clase.

Una vez vencido el plazo señalado en el numeral tercero, el Superintendente de Bancos y Seguros o el liquidador formulará una lista completa de todas las reclamaciones presentadas, especificando el número de orden, la fecha, el nombre del reclamante, su domicilio, el concepto y el importe de cada una de ellas.

El Superintendente de Bancos y Seguros o el liquidador notificará por escrito a los interesados la aceptación o rechazo de sus reclamaciones.

Los interesados cuyas reclamaciones hubieren sido rechazadas y no hubieren demandado a la entidad en liquidación, previamente a la declaratoria de la liquidación, podrán demandar el reconocimiento judicial de sus derechos, dentro del plazo de treinta días, a partir de la fecha de notificación del rechazo. La demanda se circunscribirá a la reclamación originaria y en la ejecución de la sentencia el actor no tendrá mayor participación que la de los demás reclamantes.

A partir de la liquidación, se consideran de plazo vencido y son exigibles las operaciones activas con personas vinculadas a la entidad, sin necesidad de requerimiento. En caso de falta de pago, el liquidador cobrará la obligación mediante coactiva, pudiendo sujetarse a los principios y procedimientos de la Ley de Defensa de los Derechos Laborales.

En relación a las operaciones pasivas vinculadas, no serán exigibles sino luego de pagados todos los demás acreedores, determinados en el artículo 62. Será ineficaz toda decisión administrativa o judicial que vulnere este principio.

Art. 61.- Los recursos que se interpongan ante el Tribunal Distrital de lo Contencioso Administrativo, no interrumpirán la ejecución o cumplimiento de la resolución administrativa de la que se recurre, ni restará competencia a la autoridad de control para continuar actuando conforme a derecho. Estos recursos sólo podrán interponerse dentro de los sesenta días contados a partir de la fecha de expedición de la resolución de liquidación.

Nota:

El Código Orgánico de la Función Judicial (R.O. 544-S, 9-III-2009) modificó la estructura orgánica de la Función Judicial, transfiriendo las competencias de los tribunales distritales de lo contencioso administrativo a las salas de lo contencioso administrativo de las Cortes Provinciales, sin embargo, éstos seguirán en funciones hasta que el Consejo de la Judicatura integre las salas.

Sección III

DISPOSICIONES COMUNES A LAS LIQUIDACIONES VOLUNTARIAS Y FORZOSAS

Art. 62.- (Reformado por la Disposición Reformatoria Décima Sexta, num. 1; y, sustituido por la Disposición Reformatoria Décima Sexta, num. 22 del Código Orgánico Monetario y Financiero; R.O. 332-2S, 12-IX-2014; y por la Disposición Reformatoria Primera del Código s/n, R.O. 506-S, 22-V-2015).-En toda liquidación los pagos se sujetarán al siguiente orden de preferencia:

1. Las deudas provenientes de vencimientos, siniestros y valores de rescate en el ramo de vida, de conformidad con las respectivas pólizas y costas judiciales;
2. Las obligaciones por siniestros en ramos generales, se considerarán privilegiadas sobre todos los créditos y obligaciones comunes. Esta prelación no afecta a los derechos de los acreedores prendarios sobre los bienes empeñados. El Superintendente de Compañías, Seguros y Valores aplicará las disposiciones que al respecto contiene el Código Orgánico General de Procesos;
3. Los valores que se adeuden a los trabajadores por salarios, sueldos, indemnizaciones, fondos de reserva y pensiones jubilares con cargo al empleador, hasta por el monto de las liquidaciones que se practiquen en los términos del Código del Trabajo, y las obligaciones para con el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social derivadas de las relaciones laborales;
4. Los valores pagados por la Corporación del Seguro de Depósitos, Fondeo de Liquidez y Fondo del Seguro Privado; y,
5. Los impuestos y contribuciones.

Luego se atenderán los otros créditos de acuerdo al orden y forma determinados en el Código Civil, en cuanto fueren pertinentes.

El Superintendente de Compañías, Valores y Seguros podrá ordenar pagos parciales, de acuerdo con los fondos de que disponga la liquidación.

Art. 63.- (Reformado por la Disposición Reformatoria Décima Sexta, num. 1 del Código Orgánico Monetario y Financiero; R.O. 332-2S, 12-IX-2014).- Al principio de una liquidación y al final de cada trimestre o con la frecuencia que el Superintendente de Compañías, Valores y Seguros indique se calcularán las reservas correspondientes a los riesgos en vigor, las cuales figurarán en el pasivo de los balances.

Art. 64.- (Reformado por la Disposición Reformatoria Décima Sexta, num. 1; y reformado por la Disposición Reformatoria Décima Sexta, num. 19 del Código Orgánico Monetario y Financiero; R.O. 332-2S, 12-IX-2014).- La resolución que declare la liquidación de una entidad controlada se publicará en el Registro Oficial y en el o los diarios que designe el Superintendente de Compañías, Valores y Seguros y se inscribirá en el registro mercantil.

El Superintendente de Compañías, Valores y Seguros vigilará el proceso de liquidación y cuando éste termine, expedirá la correspondiente resolución que declare la terminación del proceso liquidatorio, la cual deberá inscribirse en el registro mercantil del cantón donde la entidad tenga su sede principal y publicarse en el Registro Oficial. En la resolución dispondrá la cancelación de la matrícula de comercio, de la cual se tomará nota al margen de la misma.

Durante la liquidación, sea esta voluntaria o forzosa, no se contratarán nuevos seguros y los que estuvieren en vigor, continuarán según las cláusulas de las respectivas pólizas, hasta su vencimiento o hasta que el asegurado, el

Superintendente de Bancos y Seguros o el liquidador, según el caso, soliciten su resolución, salvo para los seguros de vida.

Cuando los asegurados con pólizas de seguros de vida, no deseen resolver sus contratos, el Superintendente de Bancos y Seguros, podrá transferirlos a la empresa de seguros establecida en el país que él designe, mediante la entrega de los correspondientes valores de rescate.

Con la finalidad de concluir los procesos de liquidación, el Superintendente de acuerdo con las normas que dicte la Junta podrá autorizar o disponer que los activos y pasivos de entidades que se encuentren en liquidación, sean aportados temporal o irrevocablemente a un fideicomiso de modo que puedan ser administrados conjuntamente los activos y pasivos provenientes de dichas entidades, con el encargo de cumplir con el pago de obligaciones en la medida que se realicen los activos. La Superintendencia continuará ejerciendo la jurisdicción coactiva por cuenta del fideicomiso, a fin de que lo que se recaude le sea entregado a para cumplir con aquellas obligaciones.

Art. 65.- La liquidación de las sucursales de compañías extranjeras se regirá por las disposiciones de esta Ley. En caso de liquidación de la matriz, los bienes ubicados en el Ecuador servirán para satisfacer las obligaciones contraídas en el país y el saldo será integrado a la masa común.

Art.... - (Agregado por la Disposición Reformativa Décima Sexta, num. 20 del Código Orgánico Monetario y Financiero; R.O. 332-2S, 12-IX-2014).- Los representante legales o convencionales, vocales del directorio, administradores, y accionistas con 12% o más de participación en el capital, o que ejerzan influencia significativa en la administración, serán responsables personal y pecuniariamente por el déficit que se determine para cubrir los pasivos de la entidad en liquidación. Para el cobro de esta obligación, el Superintendente podrá hacerlo mediante coactiva, previa resolución debidamente motivada cuya impugnación no suspenderá la orden de cobro.

Título III

DISPOSICIONES GENERALES, DEROGATORIAS Y TRANSITORIAS

Capítulo I

DISPOSICIONES GENERALES

Art. 66.- (Reformado por la Disposición Reformativa Décima Sexta, num. 1 del Código Orgánico Monetario y Financiero; R.O. 332-2S, 12-IX-2014).- Se prohíbe celebrar en territorio ecuatoriano los siguientes contratos de seguros con empresas de seguros no establecidas legalmente en el país:

- a) Seguro de personas, cuando el asegurado se encuentre en la República al celebrarse el contrato;
- b) Seguro contra incendio y riesgos adicionales sobre bienes ubicados en el territorio nacional;
- c) Seguro de casco de naves marítimas o aéreas, cuando éstos se hallen bajo matrícula ecuatoriana;
- d) Seguros de transporte de mercancías o bienes que se importen al país; y,
- e) Seguros de los demás ramos contra riesgos que puedan ocurrir en territorio ecuatoriano.

En el caso que ninguna empresa de seguros autorizada para operar en el país pueda

asumir determinado riesgo, el interesado previa autorización del Superintendente de Compañías, Valores y Seguros, podrá contratar el seguro sobre ese riesgo en el exterior.

Art. 67.- (Reformado por la Disposición Reformatoria Décima Sexta, num.1; y, sustituido por la Disposición Reformatoria Décima Sexta, num. 3 del Código Orgánico Monetario y Financiero; R.O. 332-2S, 12-IX-2014).- Los fondos para atender los gastos del órgano de control del área de seguros privados y los aportes al Fondo de Seguros Privados se obtendrán de la contribución del 3,5% sobre el valor de las primas netas de seguros directos, las que podrán aumentarse hasta el 5%, por resolución de la Junta de Política y Regulación Monetaria y Financiera y a petición del titular de éste órgano de control, conforme a las atribuciones constantes en la ley para la aprobación del presupuesto del organismo de control. Las empresas de seguros actuarán como agentes de retención de esta contribución.

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

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

El acta de finiquito constituye título de propiedad, no obstante el asegurado o beneficiario, está obligado a realizar todos los actos tendientes a consolidar el dominio del asegurador sobre dichos bienes y a entregarle todos los documentos inherentes a ellos.

Art. 69.- (Reformado por la Disposición Reformatoria Décima Sexta, num. 1 del Código Orgánico Monetario y Financiero; R.O. 332-2S, 12-IX-2014).- La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, expedirá mediante resoluciones las normas necesarias para la aplicación de esta Ley, las que se publicarán en el Registro Oficial.

Las atribuciones que la ley confiere a la Superintendencia o Superintendente de Compañías, serán, respecto de las entidades del sistema de seguro privado, ejercidas exclusivamente por la Superintendencia o el Superintendente de Compañías, Valores y Seguros.

Art. 70.- (Reformado por la Disposición Reformatoria Décima Sexta, num. 1; y, sustituido por la Disposición Reformatoria Décima Sexta, num. 21 del Código Orgánico Monetario y Financiero; R.O. 332-2S, 12-IX-2014).- De las resoluciones expidas por el órgano competente de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, en el ámbito regulado por la presente Ley, podrá interponerse recurso de apelación ante el Superintendente, en el plazo de diez (10) días contados desde la fecha de notificación de la resolución. La decisión que el Superintendente adopte causará estado, sin perjuicio de las acciones contencioso administrativas, y de lo preceptuado en el artículo 42 de esta ley. No procede recurso alguno respecto de lo resuelto por el Superintendente de Compañías, Valores y Seguros, ni en caso de que su pronunciamiento haya sido expedido en primera instancia administrativa.

Extraordinariamente, mediante revisión, el Superintendente de Compañías, Valores y Seguros podrá revocar o reformar cualquier acto administrativo, sea de oficio o con motivo de la presentación del respectivo recurso, dentro del plazo de un año, que se contará a partir de la notificación de dicho acto.

La revisión solo tendrá lugar si el acto administrativo impugnado hubiere 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 expedirse

el acto o resolución que se trate.

Art. 71.- (Reformado por la Disposición Reformatoria Décima Sexta, num. 1 del Código Orgánico Monetario y Financiero; R.O. 332-2S, 12-IX-2014).- El Superintendente de Compañías, Valores y Seguros podrá solicitar al Superintendente de Compañías proporcione datos relacionados con cualquier entidad sujeta a la vigilancia y control de ésta. Igualmente el Superintendente de Compañías, podrá solicitar al Superintendente de Compañías, Valores y Seguros, le proporcione datos e informes relacionados con cualquier entidad del sistema de seguro privado. Se especificará en la solicitud las causas que la motivan.

Estos datos e informes se considerarán reservados y las personas que los conozcan quedarán sujetas a las prohibiciones y sanciones mencionadas en la Ley de Compañías y en la presente Ley, según el caso.

Art. 72.- (Reformado por la Disposición Reformatoria Décima Sexta, num. 1 del Código Orgánico Monetario y Financiero; R.O. 332-2S, 12-IX-2014).- La certificación del Superintendente de Compañías, Valores y Seguros, respecto a la existencia legal de quienes integran el sistema de seguro privado y de quienes ostentan la representación legal, constituirá prueba suficiente y plena de tales hechos ante cualesquiera autoridad judicial o administrativa.

Art. 73.- (Reformado por la Disposición Reformatoria Décima Sexta, num. 1 del Código Orgánico Monetario y Financiero; R.O. 332-2S, 12-IX-2014).- El Superintendente de Compañías, Valores y Seguros podrá intervenir como parte personalmente o podrá delegar la representación en cualquier juicio que se promoviére por infracciones de la presente Ley.

Art. 74.- Para la contratación de seguros, todas las instituciones y entidades del sector público se sujetarán a concurso de ofertas entre empresas de seguros constituidas y establecidas legalmente en el país.

Art. 75.- Las condiciones de las pólizas y las tarifas serán el resultado del régimen de libre competencia del mercado de seguros.

Capítulo II

DE LAS INFRACCIONES Y LAS PENAS

(Derogado por la Disposición Derogatoria Décimo Cuarta del Código Orgánico Integral Penal; R.O. 180-S, 10-II-2014).

Capítulo III

DEROGATORIAS

Art. 79.- Deróganse las disposiciones legales y reglamentarias que se opongan a la presente Ley, y especialmente las siguientes:

1. Ley General de Compañías de Seguros, codificada por la Superintendencia de Bancos mediante Resolución No. 67-09-S, promulgada en el Registro Oficial No. 83 de 13 de marzo de 1967;

2. Ley No. 155 C.L.P., promulgada en el Registro Oficial No. 216 de 21 de julio de 1969 y su reforma constante en el artículo 3 de la Ley No. 80, promulgada en el Registro Oficial No. 479 de 13 de julio de 1990;

3. Decreto No. 763, promulgado en el Registro Oficial No. 181 de 28 de septiembre de 1976; y, Decreto No. 593 de 26 de julio de 1976, promulgado en el Registro Oficial No. 147 de 11 de agosto de 1976;

4. Artículo primero del Decreto 1554, promulgado en el Registro Oficial No. 373 de 6 de julio de 1997;

5. Artículo 31 de la Ley No. 121, promulgada en el Registro Oficial, Suplemento No. 453 de 17 de marzo de 1983;
6. Numeral sexto del artículo 171 del Decreto Ley No. 02, promulgado en el Registro Oficial, Suplemento No. 930 de 7 de mayo de 1992;
7. Artículo 68 de la Ley de Mercado de Valores publicada en el Registro Oficial, Suplemento No. 199 de 28 de mayo de 1993;
8. Artículo 116 de la Ley de Cooperativas, de 7 de septiembre de 1966, publicada en el Registro Oficial No. 123 de 20 de septiembre de 1966;
9. Artículo 32 de la Ley de Regulación Económica y Control del Gasto Público, publicada en el Registro Oficial No. 453 Suplemento del 17 de marzo de 1983;
10. Resoluciones dictadas por la Superintendencia de Bancos Nos. 80-087-S, promulgada en el Registro Oficial No. 208 de 12 de junio de 1980 y su reforma constante de la Resolución No. 80-172-S, publicada en el Registro Oficial No. 262 de 28 de agosto de 1980; 83-216-S de 8 de septiembre de 1983; 91-187 publicada en el Registro Oficial No. 807 de 7 de noviembre de 1991; y, 92-204-S reformatoria de la anterior, de 9 de junio de 1992.

Capítulo IV DISPOSICIONES TRANSITORIAS

PRIMERA.- El sistema de cálculo para las reservas de riesgos en curso está en vigencia desde el 1 de enero de 1998.

SEGUNDA.- (Reformado por la Disposición Reformativa Décima Sexta, num. 1 del Código Orgánico Monetario y Financiero; R.O. 332-2S, 12-IX-2014).- Los reclamos administrativos presentados ante la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros con anterioridad a la vigencia de esta Ley, se tramitarán con el proceso vigente a la fecha de su presentación.

TERCERA.- (Reformado por la Disposición Reformativa Décima Sexta, num. 1 del Código Orgánico Monetario y Financiero; R.O. 332-2S, 12-IX-2014).- La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros dictará las normas que sean necesarias para la aplicación de esta Ley y los códigos de cuentas e instructivos para el sistema de seguro privado.

CUARTA.- (Reformado por la Disposición Reformativa Décima Sexta, num. 1 del Código Orgánico Monetario y Financiero; R.O. 332-2S, 12-IX-2014).- Las resoluciones y disposiciones administrativas dictadas por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, que no se hubieren derogado expresamente, se mantendrán vigentes y serán aplicados en todo lo que no se oponga a esta Ley y hasta que la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros dicte las nuevas normas.

ARTÍCULO FINAL.- La presente Ley tiene el carácter de especial, prevalecerá sobre otras leyes especiales y generales que se le opongan y rige desde la fecha de su promulgación en el Registro Oficial.

En adelante citese la nueva numeración.

Esta Codificación fue elaborada por la Comisión de Legislación y Codificación, de acuerdo con lo dispuesto en el número 2 del Art. 139 (120, num. 6) de la Constitución Política de la República.

Cumplidos los presupuestos del Art. 160 de la Constitución Política de la República, publíquese en el Registro Oficial.

Quito, 7 de noviembre de 2006.

FUENTES DE LA CODIFICACIÓN DE LA LEY GENERAL DE SEGUROS

- 1.- Constitución Política de la República del Ecuador;
- 2.- Ley No. 74, publicada en el Registro Oficial No. 290 de 3 de abril de 1998;
- 3.- Fe de Erratas, publicada en el Registro Oficial No. 329 de 1 de junio de 1998;
- 4.- Resolución 211-98-TC, publicada en el Registro Oficial No. 7, 19 de agosto de 1998;
- 5.- Ley No. 98-12, publicada en el Suplemento del Registro Oficial No. 20 de 7 de septiembre de 1998;
- 6.- Ley No. 2000-4, publicada en el Suplemento del Registro Oficial No. 34 de 13 de marzo de 2000;
- 7.- Ley No. 2000-10, publicada en el Suplemento del Registro Oficial No. 48 de 31 de marzo del 2000;
- 8.- Ley General de Instituciones del Sistema Financiero, codificación publicada en el Registro Oficial No. 250, de fecha 23 de enero del 2001; y,
- 9.- Ley No. 2001-55, publicada en el Suplemento del Registro Oficial No. 465 de 30 de noviembre del 2001.

CONCORDANCIAS DE LA CODIFICACIÓN DE LA LEY GENERAL DE SEGUROS

Numeración Anterior	Numeración Actual	Numeración Anterior	Numeración Actual	Numeración Anterior	Numeración Actual
1	1	32	32	63	63
2	2	33	33	64	64
3	3	34	34	65	65
4	4	35	35	66	66
5	5	36	36	67	67
6	6	37	37	68	68
7	7	38	38	69	69
8	8	39	39	70	70
9	9	40	40	71	71
10	10	41	41	72	72
11	11	42	42	73	73
12	12	43	43	74	74
13	13	44	44	75	75
14	14	45	45	76	76
15	15	46	46	77	77
16	16	47	47	78	78
17	17	48	48	79	-
18	18	49	49	80	79
19	19	50	50	1ra. D.T.	-
20	20	51	51	2da. D.T.	-
21	21	52	52	3ra. D.T.	1ra. D.T.
22	22	53	53	4ta. D.T.	2da. D.T.

23	23	54	54	5ta. D.T.	-
24	24	55	55	6ta. D.T.	3ra. D.T.
25	25	56	56	7ma. D.T.	-
26	26	57	57	8va. D.T.	-
27	27	58	58	9na. D.T.	-
28	28	59	59	10ma. D.T.	4ta. D.T.
29	29	60	60	Art. Final	Art. Final
30	30	61	61		
31	31	62	62		

FUENTES DE LA PRESENTE EDICIÓN DE LA LEY GENERAL DE SEGUROS

- 1.- Codificación 2006-010 (Registro Oficial 403, 23-XI-2006)
- 2.- Ley s/n (Suplemento del Registro Oficial 395, 4-VIII-2008)
- 3.- Ley s/n (Segundo Suplemento del Registro Oficial 100, 14-X-2013)
- 4.- Código Orgánico Integral Penal (Suplemento del Registro Oficial No. 180, 10-II-2014)
- 5.- Ley s/n (Suplemento del Registro Oficial 249, 20-V-2014).
- 6.- Código Orgánico Monetario y Financiero (Segundo Suplemento del Registro Oficial 332, 12-IX-2014).

FUENTES DE LA PRESENTE EDICIÓN DEL CÓDIGO ORGÁNICO MONETARIO Y FINANCIERO

- 1.- Ley s/n (Segundo Suplemento del Registro Oficial 332, 12-IX-2014)
- 2.- Ley s/n (Tercer Suplemento del Registro Oficial 598, 30-IX-2015)
- 3.- Ley s/n (Suplemento del Registro Oficial 615, 26-X-2015)
- 4.- Ley s/n (Suplemento del Registro Oficial 652, 18-XII-2015)
- 5.- Código s/n (Suplemento del Registro Oficial 506, 22-V-2015)
- 6.- Ley s/n (Segundo Suplemento del Registro Oficial 802, 21-VII-2016)
- 7.- Ley s/n (Sexto Suplemento del Registro Oficial 913, 30-XII-2016).
- 8.- Ley s/n (Segundo Suplemento del Registro Oficial 966, 20-III-2017).
- 9.- Ley s/n (Suplemento del Registro Oficial 986, 18-IV-2017).
- 10.- Código s/n (Segundo Suplemento del Registro Oficial 31, 7-VII-2017).
- 11.- Ley Orgánica para la Reactivación de la Economía (Segundo Suplemento del Registro Oficial 150, 29-XII-2017)
- 12.- Sentencia No. 005-18-SIN-CC (www.corteconstitucional.gob.ec, 25-IV-2018)

13.- Ley s/n (Suplemento del Registro Oficial 309, 21-VIII-2018).

14.- Ley s/n (Suplemento del Registro Oficial 449, 19-III-2019)

Anexo 3. Código de Comercio



Suplemento del Registro Oficial No. 497 , 29 de Mayo 2019

Normativa: Vigente

Última Reforma: (Suplemento del Registro Oficial 497, 29-V-2019)

CÓDIGO DE COMERCIO (Código s/n)

Oficio No. SAN-2019-2499

Quito, 14 de mayo del 2019

Ingeniero
Hugo del Pozo Barrezueta
Director del Registro Oficial
En su despacho.-

De mis consideraciones:

La Asamblea Nacional, de conformidad con las atribuciones que le confiere la Constitución de la República del Ecuador y la Ley Orgánica de la Función Legislativa, discutió y aprobó el **CÓDIGO DE COMERCIO**.

En sesión de 9 de mayo de 2019, el Pleno de la Asamblea Nacional conoció y se pronunció sobre la objeción parcial de la referida Ley, presentada por el señor licenciado Lenin Moreno Garcés, Presidente Constitucional de la República.

Por lo expuesto, y tal como dispone el artículo 138 de la Constitución de la República del Ecuador y el artículo 64 de la Ley Orgánica de la Función Legislativa, acompaño el texto del **CÓDIGO DE COMERCIO**, para que se sirva publicarlo en el Registro Oficial.

CERTIFICACIÓN

En mi calidad de Secretaria General de la Asamblea Nacional, me permito **CERTIFICAR** que el día 15 de marzo de 2017, la Asamblea Nacional discutió en primer debate el "**PROYECTO DE CÓDIGO DE COMERCIO**", en segundo debate los días 16 y 23 de octubre de 2018; y 12 de marzo de 2019 siendo esta última fecha, finalmente aprobado; posteriormente, dicho proyecto fue objetado parcialmente por el Presidente Constitucional de la República, el 11 de abril de 2019, ingresado el 12 del mismo mes y año. Finalmente, y de conformidad con lo señalado en el artículo 138 de la Constitución de la República del Ecuador y el artículo 64 de la Ley Orgánica de la Función Legislativa, fue aprobado el "**CÓDIGO DE COMERCIO**" por la Asamblea Nacional el 9 de mayo de 2019.

Quito, 14 de mayo de 2019.

REPÚBLICA DEL ECUADOR
ASAMBLEA NACIONAL

Art. 689.- Son obligaciones del operador logístico aquellas que se pacten entre las partes, dependiendo el alcance de la operación logística, y podrán comprender, entre otras, las siguientes:

- a) El embalaje, verificación y control de las mercancías y cargas, según instrucciones del usuario;
- b) Obtención de licencias, autorizaciones y otras formalidades con respecto a las mercancías;
- c) Transporte hasta la plataforma logística desde donde recoge la carga y hasta el nodo de carga al transporte principal, en tanto y en cuanto, no sea desde la propia plataforma (puerto, aeropuerto, terminal ferroviaria);
- d) Transporte interior (el que fuere necesario), en origen y destino;
- e) Cumplimiento de las formalidades aduaneras de importación y exportación;
- f) Manipulación en origen y destino;
- g) Transporte principal;
- h) Gestión de seguros;
- i) Entrega.

Libro VI EL CONTRATO DE SEGURO

Capítulo I DISPOSICIONES GENERALES

Sección I DEFINICIONES Y ELEMENTOS DEL CONTRATO DE SEGURO

Art. 690.- 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 al asegurado o a su beneficiario, por una pérdida o daño producido por un acontecimiento incierto; o, a pagar un capital o una renta, si ocurre la eventualidad prevista en el contrato.

Art. 691.- Son elementos esenciales del contrato de seguro:

- a) El nombre del asegurador;
- b) El nombre del solicitante o tomador;
- c) El interés asegurable;
- d) El riesgo asegurable;
- e) La prima o precio del seguro;
- f) La obligación del asegurador, de efectuar el pago del seguro en todo o en parte, según la extensión del siniestro; y,
- g) El monto asegurado o el límite de responsabilidad del asegurador, según el caso.

A falta de uno o más de estos elementos el contrato de seguros es absolutamente nulo.

Art. 692.- Para efectos de este Código, el asegurador es la persona jurídica legalmente autorizada para operar en la República del Ecuador, que asume los riesgos especificados en el contrato de seguro. Solicitante o tomador 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. Asegurado, es la persona natural o jurídica interesada en la traslación de los riesgos. Beneficiario, es la persona natural o jurídica, que ha de percibir, en caso de siniestro, el producto del seguro.

Una sola persona puede reunir las calidades de solicitante, asegurado y beneficiario.

Art. 693.- Riesgo asegurable es el evento incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del solicitante, asegurado o beneficiario, ni la del asegurador, y cuyo acaecimiento hace exigible la obligación del asegurador. Los hechos ciertos, salvo la muerte, y los imposibles, no constituyen riesgo.

Art. 694.- Es asegurable todo interés del asegurado que, además de lícito, sea susceptible de estimación en dinero.

También existe interés asegurable sobre la vida y la salud.

Art. 695.- Se denomina siniestro la ocurrencia del evento o riesgo asegurado, reconocido en el contrato.

Art. 696.- El contrato de seguro es consensual, es decir, se perfecciona con el solo consentimiento de las partes.

Los elementos esenciales y las estipulaciones del contrato se podrán acreditar por cualquier medio de prueba regulado por la legislación pertinente, excepto la prueba testimonial.

Bajo ningún concepto podrá alegarse como aceptación tácita del asegurado, su falta de pronunciamiento.

Tendrá también mérito probatorio la nota de cobertura u otro documento emitido por el asegurador para señalar las condiciones del seguro.

El asegurador debe mantener un registro de la aceptación del tomador o solicitante por el plazo de prescripción de las obligaciones que surjan de la relación contractual.

Art. 697.- Perfeccionado el contrato, el asegurador deberá emitir la póliza dentro del término de tres días. En el evento de que ocurra un siniestro antes de que se emita la póliza, se presumirá que el asegurado tiene derecho a la cobertura que según el ramo hubiere sido aprobado a dicha empresa de seguros por la entidad de control y supervisión de seguros del país.

La póliza de seguros y sus modificaciones o renovaciones deberán ser formalizadas por escrito o a través de cualquier sistema de transmisión y registro digital o electrónico, reconocidos por nuestra legislación.

La póliza deberá redactarse en idioma castellano, de manera clara, de modo que sean de fácil comprensión para el usuario y con caracteres tipográficos de un mismo tamaño de letra fácilmente identificables y legibles acorde a las disposiciones en materia de seguros, eliminando la posibilidad de ocultamiento de estipulaciones dentro del contrato.

Art. 698.- En defecto de estipulación contractual o norma legal, la cobertura y los

riesgos empezarán a correr por cuenta del asegurador inmediatamente después de que se perfeccione el contrato.

Art. 699.- Toda póliza debe contener los siguientes datos:

- a) El nombre y domicilio del asegurador;
- b) Los nombres y domicilios del solicitante, asegurado y beneficiario;
- c) La calidad con que actúa el solicitante del seguro en caso de no ser asegurado o beneficiario;
- d) La identificación precisa de la persona o cosa con respecto a la cual se contrata el seguro;
- e) La vigencia del contrato, con indicación de las fechas y horas de iniciación y vencimiento, o el modo de determinar unas y otras;
- f) La suma asegurada o el modo de precizarla;
- g) La prima o el modo de calcularla y la forma de pago;
- h) Los riesgos tomados a su cargo por el asegurador; y,
- i) La fecha en que se celebra el contrato.

Art. 700.- Formarán parte integrante de la póliza, en caso de existir, la solicitud del seguro hecha por el tomador, informes de inspección u otros que hayan servido para la valoración del riesgo que hayan sido expresamente consentidos por el tomador, la declaración sobre el estado del riesgo y los documentos que se emitan para pedir renovaciones, modificaciones, o revocatorias de la póliza, los mismos que deberán estar firmados por el tomador. Dichos documentos deberán indicar la identidad precisa del contrato de seguro al que se refieran. Las renovaciones requerirán de la aceptación previa y expresa del asegurado y contendrán, además, el término de ampliación de vigencia del contrato.

Art. 701.- Las pólizas deberán contener adicionalmente los medios de contacto de la aseguradora para recibir avisos y comunicaciones de sus asegurados, tanto en medios físicos, telemáticos y electrónicos. Las páginas digitales de las aseguradoras también contendrán esta información de forma visible y destacada.

En el caso de seguros de vida, la póliza también deberá contener los medios de contacto del o los beneficiarios, tales como teléfonos o correos electrónicos.

Art. 702.- Las pólizas que se emitan para cubrir riesgos con objeto, sujeto o valor asegurado variable denominadas pólizas flotantes o abiertas, se limitarán a describir las condiciones generales del seguro, dejando la identificación o valoración de los intereses del contrato, lo mismo que otros datos necesarios para su individualización, para ser definidos en declaraciones posteriores. Estas se harán constar mediante anexo a la póliza, certificado o aplicación de seguro o por otros medios determinados por la costumbre.

Art. 703.- La póliza solo puede ser nominativa o a la orden, salvo en los casos previstos por este Código. La cesión de la póliza nominativa en ningún caso produce efecto sin previa aceptación del asegurador. Este puede hacer valer frente al cesionario o endosatario en su caso, o ante quien pretenda aprovecharse de sus beneficios, las excepciones que tuviere contra el solicitante, contra el asegurado o contra el beneficiario.

Art. 704.- Ni la póliza de seguro, ni los demás documentos que la modifican o adicionan, prestan mérito ejecutivo contra el asegurador, sino en los siguientes

casos:

1. En los seguros de vida que incluyen un ahorro retirable al vencimiento del plazo determinado (seguros de vida dotales), una vez cumplido el respectivo plazo;
2. En los seguros de vida, en general respecto de los valores de rescate; y,
3. En los seguros de fianza, de conformidad con la ley.

Sección II DEL OBJETO DEL SEGURO

Art. 705.- 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 los riesgos deben estar claramente expresados en el contrato o póliza de seguros, en tal forma que no quede duda respecto a los riesgos cubiertos y a los excluidos.

Art. 706.- El dolo y los actos meramente potestativos del asegurado son inasegurables. Toda estipulación en contrario es absolutamente nula. Igualmente, es nula la estipulación que tenga por objeto garantizar al asegurado contra las sanciones de carácter penal o policial.

Art. 707.- Los seguros podrán ser de personas o generales, estos a su vez, podrán ser de daños o patrimoniales.

Sección III DE LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LAS PARTES

Art. 708.- Si el solicitante celebra un contrato de seguro a nombre ajeno sin tener poder o facultad legal para ello, el interesado puede ratificar el contrato aun después de la verificación del siniestro.

El solicitante deberá cumplir todas las obligaciones derivadas del contrato hasta el momento que se produzca la ratificación o la impugnación por parte del tercero.

Art. 709.- Si el seguro se estipula por cuenta ajena, el solicitante tiene que cumplir con las obligaciones emanadas del contrato, salvo aquellas que por su naturaleza no pueden ser cumplidas sino por el asegurado.

Los derechos derivados del contrato corresponden al asegurado y aunque el solicitante tenga la póliza en su poder, no puede hacer valer esos derechos sin expreso consentimiento del mismo asegurado.

Para efectos de reembolso de las primas pagadas al asegurador y de los gastos del contrato, el solicitante tiene el privilegio sobre las sumas que el asegurador deba pagar al asegurado.

Art. 710.- El solicitante del seguro está obligado a declarar objetivamente el estado de riesgo, previo al perfeccionamiento del contrato de seguro, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador, y de conformidad con la ley.

El cumplimiento de esta obligación se limita a revelar hechos o circunstancias que, siendo efectivamente conocidos por el solicitante, hubiesen podido influenciar en la decisión del asegurador sobre aceptar o no la celebración del contrato, o de hacerlo con estipulaciones más gravosas o distintas. La reticencia o falsedad acerca de la declaración del solicitante, vician de nulidad relativa el contrato de seguro, con la salvedad prevista para el seguro de vida en el caso de inexactitud en la declaración de la edad del asegurado.

Salvo que se pruebe el dolo o mala fe del solicitante en la declaración sobre el estado del riesgo, si el asegurador no solicita información adicional a la contenida en la declaración sobre el estado del riesgo proporcionada por el solicitante, no puede alegar errores, reticencias, inexactitudes o circunstancias no señaladas en la solicitud. Sin perjuicio de las acciones penales contempladas en el Código Orgánico Integral Penal, si es que el hecho constituye delito.

Conocida la existencia de vicios en la declaración del solicitante en materia del riesgo o el encubrimiento de circunstancias que le agraven, el asegurador tiene derecho a iniciar las acciones pertinentes bien para dar por terminado el contrato de seguro o, bien para pedir su declaratoria de nulidad. Si el asegurador, antes de perfeccionarse el contrato, conocía o debía haber conocido las circunstancias encubiertas, o si después las acepta, la nulidad de que trata este artículo se entiende como saneada.

Art. 711.- Terminado el contrato o rescindido el contrato por los vicios a que se refiere la disposición anterior, el asegurador tiene derecho a retener la prima por el tiempo transcurrido, notificando en ambos casos al asegurado.

Art. 712.- El asegurado o solicitante debe notificar al asegurador, o su intermediario, todas aquellas circunstancias que sean conocidas o que sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato y, que impliquen agravamiento del riesgo o modificación de su identidad dentro de los términos previstos en el inciso segundo de este artículo. Estas circunstancias deben ser de tal naturaleza que, si hubieran sido conocidas por el asegurador en el momento de la perfección del contrato no lo habría celebrado, o lo habría concluido en condiciones más gravosas. En los seguros de personas el tomador o el asegurado no tienen obligación de comunicar, en el término indicado en el siguiente inciso, la variación de las circunstancias relativas al estado de salud del asegurado, hecho que en ningún caso se considerarán agravamiento del riesgo.

El asegurado o el solicitante, según el caso, deben hacer la notificación a que se alude en el precedente inciso dentro de los diez días hábiles siguientes a la fecha de la modificación o agravamiento del riesgo, si ésta depende de su propio arbitrio. Si le es extraña, dentro de los cinco días siguientes a aquel en que tenga conocimiento de él. En ambos casos, el asegurador tiene derecho a dar por terminado el contrato si la modificación es producto de mala fe, dolo o fraude; o a exigir un ajuste en la prima si la modificación no es producto de mala fe, dolo o fraude.

La disposición prevista en este inciso en lo concerniente a la terminación o ajuste no será aplicable a los seguros de personas.

La falta de notificación da derecho al asegurador a dar por terminado el contrato, pero el asegurador tendrá derecho a retener, por concepto de pena, la prima devengada.

No es aplicable la terminación ni la sanción de que trata el inciso anterior si el asegurador conoce oportunamente la modificación del riesgo y, consiente en ella expresamente por escrito.

La terminación y la sanción tampoco serán aplicables a los seguros de personas en los términos establecidos en el primer inciso de este artículo.

Art. 713.- El solicitante del seguro está obligado al pago de la prima en el plazo de treinta días desde perfeccionado el contrato, a menos que las partes acuerden un plazo mayor. En el seguro celebrado por cuenta de terceros, el solicitante debe pagar la prima, pero el asegurador podrá exigir su pago al asegurado, o al beneficiario, en caso de incumplimiento de aquel, excepto para el seguro de vida.

Si el asegurado estuviere en mora, tendrá derecho a la cobertura por treinta días, contados a partir de la fecha en que debió realizar el último pago; fenecido dicho plazo, se suspenderá la cobertura. La empresa de seguros hará conocer al asegurado o beneficiario sobre este hecho por cualquier medio. En caso que el asegurado estuviere en mora por más de sesenta (60) días, contados desde la fecha en que debió realizar el último pago, se le notificará la terminación automática del mismo, por cualquiera de los medios reconocidos por nuestra legislación. Lo dispuesto en este inciso no podrá ser modificado por las partes.

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

La entrega de pagarés a la orden o letras de cambio para instrumentar la obligación de pago a plazo de la prima en caso de acordarse así, no conlleva duplicidad de dicha obligación, misma que se reputará pagada en su totalidad.

Art. 714.- Por la declaratoria de terminación del contrato, el asegurador no pierde su derecho para exigir el pago de la prima devengada, así como de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

Art. 715.- En caso de disminución del riesgo, el asegurador deberá reducir la prima estipulada, según la tarifa correspondiente, por el tiempo no corrido del seguro siempre y cuando se haya notificado el hecho de manera oportuna conforme lo dispuesto en este Código.

Art. 716.- El pago de la prima debe hacerse en el domicilio del asegurador o en el de sus representantes o agentes debidamente autorizados para recibirla. Si el pago se hace al agente o intermediario de seguros, su entrega se reputará válida y se entenderá como entregada al asegurador mismo.

Si el intermediario recibe el pago de la prima, debe entregarla al asegurador dentro del plazo de dos días. Hasta que el intermediario de seguros no haya entregado el pago de la prima al asegurador, no podrá recibir comisión por la colocación de la póliza en referencia.

Art. 717.- El contrato de seguro podrá ser terminado unilateralmente por el asegurado. La terminación por parte del asegurador solo podrá ser realizada en los casos previstos en este Código y en caso de liquidación. En cualquiera de estos casos, las partes deberán notificar su decisión por escrito, pudiendo hacerlo incluso por medios electrónicos. Esta disposición no será aplicable para los seguros de vida, los cuales se regularán por lo previsto para este contrato en este libro VI.

Art. 718.- El asegurado o el beneficiario están obligados a dar aviso de la ocurrencia del siniestro, al asegurador o su intermediario, dentro de los cinco días hábiles siguientes a la fecha en que hayan tenido conocimiento del mismo. Este término puede ampliarse, más no reducirse, por acuerdo de las partes.

El intermediario está obligado a notificar al asegurador, en el mismo día, sobre la ocurrencia del siniestro.

El asegurado podrá justificar la imposibilidad de dar aviso del siniestro en el término señalado o pactado, en tanto hubiere estado imposibilitado físicamente, por caso fortuito o fuerza mayor, de cumplir con este deber.

En caso de seguros de vida, el beneficiario tendrá hasta tres (3) años desde la fecha del siniestro para dar aviso al asegurador. La aseguradora tendrá la obligación de notificar al beneficiario sobre la existencia del seguro desde el momento en que tenga conocimiento, aun de oficio, del deceso del asegurado o, de ser el caso, de su declaratoria de muerte presunta.

Art. 719.- Cuando existan varios seguros sobre el mismo riesgo, con diversos aseguradores, el asegurado debe comunicar el siniestro a todos los aseguradores, indicando a cada uno de ellos el nombre de los otros. El asegurado puede pedir a cada asegurador la indemnización proporcional al respectivo contrato; las sumas cobradas en conjunto no pueden superar al monto del daño, excepto en los seguros de vida.

Art. 720.- Igualmente, está obligado el asegurado a evitar la extensión o propagación del siniestro. El asegurado está obligado a ejercer las acciones que razonablemente pueda ejercer para mitigar y detener la propagación del siniestro y a procurar el salvamento de las cosas amenazadas. El asegurador se hará cargo de los gastos útiles en que razonablemente incurra el asegurado en cumplimiento de estas obligaciones, y de todos aquellos que se hagan con su aquiescencia previa. Estos gastos en ningún caso pueden exceder del valor de la suma asegurada.

Lo dispuesto en este artículo no se aplica a los seguros de personas.

Art. 721.- Por coaseguro se entiende cuando dos o más aseguradores, a petición del asegurado o con su autorización previa, acuerdan distribuirse entre ellos un determinado seguro.

El asegurado podrá determinar el asegurador líder que emitirá la póliza, realizará las modificaciones, el cobro y el pago y receptará los valores de las otras coaseguradoras en caso de la ocurrencia del siniestro.

Sección IV DEL SINIESTRO

Art. 722.- Se denomina siniestro a la ocurrencia del riesgo asegurado.

Si el siniestro, iniciado antes y continuado después de vencido el término del seguro, consuma la pérdida o deterioro de la cosa asegurada, el asegurador responde del valor de la indemnización en los términos del contrato. Pero, si se inicia antes y continúa después que los riesgos hayan iniciado a correr por cuenta del asegurador, éste no será responsable por el siniestro.

Art. 723.- Incumbe al asegurado probar que el siniestro ha ocurrido, 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. Al asegurador le incumbe en ambos casos la carga de probar los hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad.

Art. 724.- La obligación de indemnización a cargo del asegurador está limitada a los términos del contrato de seguro y hasta la suma asegurada.

Art. 725.- El asegurado o el beneficiario pierden su derecho al cobro de la indemnización en caso de siniestro, por las siguientes causas:

- a) Por la ausencia sobrevenida de un interés asegurable.
- b) Por la omisión, no justificada, de la obligación de notificar a la aseguradora o intermediarios sobre la ocurrencia del siniestro.
- c) Por fallar injustificadamente en la obligación de impedir razonablemente la propagación del riesgo.

Art. 726.- Recibida la notificación de la ocurrencia, el asegurador tramitará el requerimiento de pago una vez que el asegurado o beneficiario formalice su solicitud presentando los documentos previstos en la póliza y pertinentes al siniestro que demuestren su ocurrencia y la cuantía del daño. De ser necesario, el asegurador podrá contar con un ajuste a cargo de un perito ajustador debidamente autorizado y

con credencial emitida por la autoridad competente.

Una vez concluido el análisis, el asegurador aceptará o negará, motivando su decisión, de conformidad con la ley, en el plazo de treinta (30) días, contados a partir de la presentación de la formalización de la solicitud de pago del siniestro. A falta de respuesta en este lapso, se entenderá aceptada.

El asegurador deberá proceder al pago dentro del plazo de los diez (10) días posteriores a la aceptación.

Con la negativa u objeción, total o parcial, el asegurado podrá iniciar las acciones señaladas en el artículo 42 del Libro III del Código Orgánico Monetario y Financiero.

Art. 727.- Dentro del proceso de reclamo administrativo, de encontrarse hechos que hagan presumir mala fe, dolo o fraude, la autoridad administrativa competente podrá resolver sobre la petición del reclamo con base en los hechos presentados. Sin perjuicio de las acciones penales contempladas en el Código Orgánico Integral Penal, si es que el hecho constituye delito.

La cobertura se mantendrá hasta la terminación del contrato o rescisión del contrato, pero en caso de demostrarse la reticencia o falsedad, el culpable de tales hechos estará obligado a devolver las indemnizaciones cobradas al asegurador más los intereses legales correspondientes y responderá por los daños y perjuicios soportados por el asegurador y terceros perjudicados.

La carga de la prueba, en caso de alegarse mala fe, dolo o fraude del asegurado, corresponde al asegurador y solo podrá ser declarada por el juez competente.

Art. 728.- Las acciones contra el asegurador deben ser deducidas en el domicilio de éste o en el lugar donde su hubiera emitido la póliza, a elección del asegurado o beneficiario. Las acciones contra el asegurado o el beneficiario, en el domicilio del demandado.

Art. 729.- Las acciones derivadas del contrato de seguro, prescriben en tres (3) años, contados a partir del acontecimiento que les dio origen, a menos que el beneficiario o asegurado demuestre no haber tenido conocimiento del hecho o que han estado impedidos de ejercer sus derechos, caso en los que el plazo se contará desde que se tuvo conocimiento, o se suspenderá mientras persistió el impedimento, respectivamente, pero en ningún caso excederá de cinco años desde ocurrido el siniestro.

Capítulo II DE LOS SEGUROS DE DAÑOS

Sección I DISPOSICIONES COMUNES

Art. 730.- Tiene interés asegurable toda persona cuyo patrimonio pueda resultar afectado, directa o indirectamente, por la ocurrencia de un riesgo. Es asegurable todo interés que, además de lícito, sea susceptible de estimación en dinero.

Art. 731.- Sobre una misma cosa podrán concurrir distintos intereses, todos los cuales son asegurables, simultánea o sucesivamente, hasta por el valor de cada uno de ellos. Pero la indemnización, en caso de producirse el hecho que la origine, no podrá exceder del valor total de la cosa en el momento del siniestro.

Art. 732.- La avería, merma o pérdida de una cosa, proveniente de vicio propio, no están comprendidos dentro de los riesgos asumidos por el asegurador.

Entiéndase por vicio propio, el germen de destrucción o deterioro que llevan en sí las cosas por su propia naturaleza o destino, aunque se las suponga de la mejor calidad en su especie.

Art. 733.- El interés asegurable debe existir desde la fecha en que el asegurador asume el riesgo hasta el del siniestro, que condiciona la obligación a su cargo. La desaparición del interés lleva consigo la cesación o extinción automática del seguro.

Art. 734.- En los casos en que no pueda hacerse la estimación previa en dinero del interés asegurable, el valor del seguro será estipulado libremente por los contratantes.

Art. 735.- Respecto del asegurado, los seguros de daños son contratos de mera indemnización y jamás podrán constituir para él fuente de enriquecimiento. La indemnización podrá comprender a la vez el daño emergente y el lucro cesante, pero éste último deberá ser objeto de un acuerdo o disposición expresa; en ambos casos descontando el valor del deducible, salvo acuerdo contrario de la partes.

Art. 736.- La indemnización no puede exceder del valor real del interés asegurado en el momento del siniestro, ni del monto efectivo del perjuicio patrimonial sufrido por el asegurado o beneficiario, ni puede sobrepasar el límite de la suma asegurada.

Art. 737.- La indemnización es pagadera en dinero, o mediante la reposición, reparación o reconstrucción de la cosa asegurada, a opción del asegurador.

Art. 738.- En caso de exceso del seguro sobre el valor real del interés asegurado, debe promoverse su reducción por las partes mediante la devolución de la prima correspondiente al importe del exceso y por todo el periodo del seguro.

Art. 739.- En el caso de coexistencia de seguros, la cuota correspondiente a un seguro ineficaz por liquidación forzosa del asegurador, será soportada por los demás aseguradores en proporción a la cuantía de sus respectivos contratos, siempre que el asegurado haya actuado de buena fe.

La buena fe se presumirá si el asegurado ha dado aviso escrito a cada asegurador de los seguros coexistentes.

Art. 740.- El asegurador que ha pagado una indemnización de seguro se subroga, por ministerio de la ley, hasta el monto de dicha indemnización, en los derechos y acciones del asegurado contra terceros responsables del siniestro. Pero el tercero responsable puede oponer al asegurador las mismas excepciones que hubiere podido hacer valer contra el damnificado.

A petición del asegurador, el asegurado debe hacer todo lo que esté a su alcance para garantizarle la viabilidad de la acción subrogatoria.

Art. 741.- El asegurador no puede ejercer la acción subrogatoria contra ninguna de las personas cuyos actos u omisiones den origen a responsabilidad del asegurado de acuerdo con las leyes, ni contra el causante del siniestro que, respecto del asegurado, sean parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad, ni contra el cónyuge o conviviente en unión de hecho reconocida por la ley.

Pero esta norma no tiene efecto si tal responsabilidad proviene de dolo o si está amparada por un contrato de seguro. En este último caso la acción subrogatoria estará limitada, en su alcance, de acuerdo con los términos de dicho contrato.

La acción subrogatoria deberá tramitarse en procedimiento sumario.

Art. 742.- No hallándose asegurado el valor real del interés asegurable, en los casos en que éste es susceptible de una estimación, el asegurador solo está obligado a indemnizar el daño a prorrata en proporción a la cantidad asegurada y la que no lo está. Si esto ocurre, deberá reajustar el valor de la prima y devolver el sobrante

al asegurado, en caso de haberlo.

Sin embargo, las partes pueden estipular que el asegurado no soporte parte alguna de la pérdida o deterioro sino en el caso de que el monto de éstos exceda de la suma asegurada.

Art. 743.- Si la cosa asegurada está prendada o hipotecada, y se iniciare contra el asegurado un juicio ejecutivo por tal motivo, podrá el acreedor solicitar al juez que no se pague la indemnización en caso de siniestro, sino en la parte que exceda al valor de los créditos, mientras éstos no fueren cancelados. El valor de la indemnización que resultare, se entregará al juzgado donde permanecerá hasta que se decida la causa. Pero son válidos los pagos hechos al asegurado antes de la notificación judicial.

Art. 744.- La transmisión a título universal del interés asegurado, o de la cosa a que está vinculado el seguro, deja subsistente el contrato a nombre del adquirente, a cargo de quien queda el cumplimiento de las obligaciones cuya exigibilidad se halla pendiente en el momento de la transmisión. Si son varios los herederos o adquirentes, todos son solidariamente responsables por dichas obligaciones. De la misma manera, cualquiera de los herederos puede solicitar el cumplimiento de las obligaciones contraídas por parte de la aseguradora.

Art. 745.- La transmisión o transferencia a título singular del interés asegurado, o de la cosa a que está vinculado el seguro, produce automáticamente la extinción del contrato, a menos que subsista un interés asegurable en cabeza del asegurado. En este caso, subsiste el contrato en la medida necesaria para proteger tal interés, siempre que el asegurador no prefiera darlo por terminado; si lo prefiere, tiene la obligación de devolver la prima en proporción al tiempo no corrido.

Art. 746.- El asegurador tiene derecho a oponer al cesionario legal o convencional del seguro todas las excepciones oponibles al cedente.

Art. 747.- Al asegurado o beneficiario, según el caso, no le está permitido el abandono de las cosas aseguradas, con ocasión de un siniestro, salvo acuerdo entre las partes contratantes.

Art. 748.- Se denomina franquicia deducible, a la cantidad o porcentaje establecido cuyo importe, que siempre será por cuenta del asegurado, ha de superarse para que se pague una reclamación en una póliza. El deducible puede convertirse en dinero o en tiempo expresado en días u horas.

Sección II DEL SEGURO DE INCENDIO

Art. 749.- El asegurador contra el riesgo de incendio responde por los daños materiales causados a los bienes asegurados por incendio, es decir por llamas, por simple combustión, por humo del mismo incendio o por rayo. Responde igualmente cuando tales daños sean consecuencia de las medidas adoptadas para evitar la propagación del siniestro.

Art. 750.- Podrán contratarse, como una extensión o ampliación a la cobertura de incendio, seguros adicionales que protejan al asegurado contra otros riesgos.

Art. 751.- El asegurador no responde de las pérdidas o daños que sean ocasionados o que se produzcan como consecuencia de terremoto, temblor, erupción volcánica u otra convulsión de la naturaleza, salvo pacto en contrario.

Sección III DEL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL

Art. 752.- En los seguros de responsabilidad civil, el asegurador debe satisfacer, dentro de los límites fijados en el contrato, las indemnizaciones pecuniarias que, de acuerdo con las leyes, esté obligado a pagar el asegurado, como civilmente

responsable de los daños causados a terceros, por hechos previstos en el contrato.

Son asegurables la responsabilidad contractual y la extracontractual, al igual que la culpa grave.

Art. 753.- Salvo pacto en contrario, corren a cargo del asegurador, dentro de los límites de la cobertura, los honorarios y gastos de toda clase que se produzcan con motivo de la defensa civil del asegurado, incluso contra reclamaciones infundadas. No obstante, no aplicará en los siguientes casos:

- a) Si la responsabilidad proviene de dolo o está expresamente excluida del contrato de seguro;
- b) Si el asegurado decide utilizar sus propios abogados rechazando los que proponga el asegurador al inicio del proceso; o,
- c) Si la condena por los perjuicios ocasionados a la víctima excede la suma que, conforme a los artículos pertinentes de este título, delimita la responsabilidad del asegurador, éste sólo responderá por los gastos del proceso en proporción a la cuota que le corresponda en la indemnización.

Art. 754.- Será nulo, de nulidad relativa, el seguro de responsabilidad profesional cuando, al momento de celebrarse el contrato de seguro, el asegurado no sea legalmente hábil para ejercer la profesión.

Art. 755.- El seguro de responsabilidad profesional válidamente contratado terminará cuando el asegurado sea legalmente inhabilitado para el ejercicio de su profesión. De la misma forma, este se puede suspender, en tanto el profesional contratante esté suspendido. En ambos casos, deberá realizarse la correspondiente devolución proporcional de la prima.

Art. 756.- Es prohibido al asegurado, bajo pena de pérdida del derecho a la indemnización, realizar transacciones, arreglos extrajudiciales o cualquier otro acto que tienda a reconocer su responsabilidad, sin previa y expresa aprobación del asegurador. Sin embargo, esta prohibición no rige en caso de que el asegurado sea compelido a declarar judicialmente bajo juramento acerca de los hechos constitutivos del siniestro.

Art. 757.- El seguro de responsabilidad civil no es un seguro a favor de terceros. El tercero perjudicado carece, en tal virtud, de acción directa y exclusiva contra el asegurador.

Este principio no obsta para que el tercero perjudicado pueda demandar civilmente al asegurado y en la misma demanda pedir que se cuente con la compañía de seguros.

Art. 758.- Los seguros sobre riesgos del trabajo, mencionados en el Código de Trabajo, se asimilan a los seguros de responsabilidad civil.

Sección IV DEL SEGURO DE TRANSPORTE

Art. 759.- Además de los elementos exigidos en este Código, la póliza de seguro de transporte debe contener:

1. La clase de mercadería y su empaque.
2. La forma como debe hacerse el transporte, el medio que se va a utilizar, y el lugar donde deben ser entregados los efectos transportados.
3. Si se transporta dinero, las características del vehículo, sus seguridades y guardianes y los máximos montos permitidos en un solo viaje.

4. La modalidad del transporte, sea terrestre, marítima, aérea o multimodal.

El certificado de seguro de transporte puede ser nominativo, a la orden o al portador.

Art. 760.- La responsabilidad del asegurador inicia desde el momento en que las mercancías quedan a disposición del porteador y concluye con la llegada de aquellas al destino indicado en la póliza. Esta podrá extenderse de común acuerdo entre las partes, si el trayecto también llega a extenderse.

Art. 761.- El asegurador gana la prima desde el momento en que los riesgos empiezan a correr por su cuenta.

Art. 762.- El asegurador responde de los daños causados por culpa o dolo de los encargados de la recepción, transporte o entrega de los objetos asegurados, sin perjuicio de la acción subrogatoria a que tiene derecho de conformidad con este Código.

Art. 763.- El seguro de transporte comprende todos los riesgos inherentes al transporte, pero el asegurador no está obligado a responder por los deterioros causados por el transcurso del tiempo, ni por los riesgos expresamente excluidos en el contrato.

Art. 764.- En el monto asegurado se puede incluir, para efectos de la indemnización, además del costo de las mercaderías en el lugar de destino, un porcentaje adicional por concepto de lucro cesante.

Art. 765.- Podrá contratar el seguro de transporte no solo el propietario de la mercancía, sino también todos aquellos que tengan responsabilidad en su conservación, tales como el comisionista o la empresa de transporte, expresando en la póliza si el interés asegurado es la mercancía o la responsabilidad por el transporte de la mercancía.

Art. 766.- En los casos no previstos en esta sección se aplicará las disposiciones sobre el seguro marítimo.

Sección V DE LOS SEGUROS DE PERSONAS

Subsección I DISPOSICIONES COMUNES

Art. 767.- Toda persona tiene interés asegurable:

a) En su propia vida;

b) En la de las personas a quienes pueda reclamar alimentos de acuerdo con el Código Civil; o,

c) En la de aquellas cuya muerte puede aparejarle un perjuicio económico o moral aunque éste no sea susceptible de una evaluación exacta.

Art. 768.- En los seguros de personas, el valor del interés asegurable no tiene otro límite, que el que libremente le asignen las partes contratantes.

Art. 769.- Los amparos accesorios de gastos que tengan carácter de daño patrimonial, como gastos médicos, clínicos, quirúrgicos o farmacéuticos, son susceptibles de indemnización y se regulan por las normas relativas a los seguros de daños.

Art. 770.- Es beneficiario a título gratuito aquel cuya designación tiene por causa la simple liberalidad del solicitante o asegurado. En los demás casos, el beneficiario lo es a título oneroso. A falta de estipulación en contrario, se presume que el beneficiario ha sido designado a título gratuito.

Art. 771.- A falta de beneficiario, tienen derecho al seguro los herederos del asegurado. Estos tienen también derecho al seguro, si el asegurado y el beneficiario mueren simultáneamente o en las circunstancias previstas en el Código Civil.

Art. 772.- Cuando el asegurado y el beneficiario mueren simultáneamente o se ignora cuál de los dos ha muerto primero, tendrán derecho al seguro el cónyuge y los herederos del asegurado, si el título de beneficiario es gratuito; si es oneroso, los herederos del beneficiario.

Art. 773.- En los seguros sobre la vida del deudor, el acreedor solo recibirá una parte del seguro igual al monto no pagado de la deuda. El saldo será entregado a los demás beneficiarios.

Art. 774.- Son derechos personales e intransmisibles del asegurado los de hacer y revocar la designación de beneficiario.

El asegurado no puede revocar la designación de beneficiario a título oneroso mientras subsista el interés que la legítima, a menos que dicho beneficiario consienta expresamente en la revocación.

Art. 775.- El beneficiario a título gratuito carece durante la vida del asegurado, de un derecho propio en el seguro de vida contratado a su favor. Ese derecho lo tiene solo el beneficiario a título oneroso, pero no puede disponer de él sin consentimiento escrito del asegurado.

Con la muerte del asegurado nace o se consolida, según el caso, el derecho del beneficiario.

Art. 776.- Si el beneficiario, como autor o como cómplice, hubiese provocado intencionalmente la muerte del asegurado, pierde el derecho a cobrar el valor del seguro. En este caso, el asegurador debe pagar el respectivo valor de rescate del seguro, si lo hubiere, a los demás beneficiarios o a quien legalmente corresponda.

Art. 777.- La mera ausencia y desaparición de la persona cuya vida ha sido asegurada, no concede derecho a la cantidad asegurada. Pero ésta podrá reclamarse si se produce la declaración de muerte presunta por desaparecimiento, con obligación de restituirla si el ausente reapareciere.

Art. 778.- La cesión del contrato de seguro solo será oponible al asegurador si éste la ha aceptado expresamente, en los casos en que sea nominativo. El simple cambio de beneficiario sólo requerirá ser oportunamente notificado por escrito al asegurador.

Sección VI DE LOS SEGUROS DE VIDA Y DE ASISTENCIA MÉDICA

Art. 779.- Sin perjuicio de lo dispuesto en leyes orgánicas vigentes, la falta de pago de la prima por más de treinta días, producirá la caducidad del contrato, a menos que sea procedente la aplicación del artículo que sigue.

El pago de las primas puede ser mensual, trimestral, semestral o anual y en caso de los seguros de asistencia médica y servicios de financiamiento de salud integral prepagada, las primas, cuotas y tarifas serán aprobadas de conformidad a la ley de la materia y según lo disponga la entidad competente del control y vigilancia de seguros del país.

Art. 780.- Los seguros de vida no se considerarán caducados, por falta del pago de la prima mensual cuando se hayan pagado las primas correspondientes a los dos primeros años, en cuyo caso los asegurados tendrán la posibilidad de cancelar los valores impagos hasta por el plazo de tres meses contados desde el último pago realizado; en el caso de seguros de vida que contemplen planes de ahorro, el contrato de seguro se considerará caducado cuando el valor de las primas atrasadas, o el de los préstamos efectuados con sus intereses excedan el valor de rescate de la póliza.

Se exceptúan de esta disposición los seguros temporales en caso de muerte, sean individuales o de grupo, y otros que fueren expresamente autorizados por la entidad competente del control y vigilancia de los seguros.

En el caso de los seguros de asistencia médica y contratos de salud integral prepagada, el plazo para la caducidad de los contratos se sujetará a lo previsto en la ley de la materia.

Art. 781.- Las pólizas deben contener la tabla de valores garantizados, con indicación de los beneficios reducidos a que tiene derecho el asegurado al final de cada período anual, a partir del segundo año.

Art. 782.- En los seguros de vida contra el riesgo de muerte, solo pueden excluirse el suicidio del asegurado ocurrido durante los dos primeros años de vigencia del contrato.

Art. 783.- Son válidos los seguros conjuntos, en virtud de los cuales, dos o más personas, mediante un mismo contrato, se aseguren recíprocamente, una en beneficio de otra u otras.

Art. 784.- El asegurador no podrá alegar la nulidad por error en la declaración proveniente de buena fe exenta de culpa.

Art. 785.- Transcurridos dos años en vida del asegurado, desde la fecha del perfeccionamiento del contrato o de la rehabilitación, el seguro de vida es indisputable.

Art. 786.- Dentro de los cinco años posteriores a la fecha en que caduca la póliza, el asegurado puede obtener la rehabilitación, siempre que cumpla con los requisitos que para el efecto debe contener el contrato de seguro. A falta de indicación, bastará con la expresión de voluntad en tal sentido.

Art. 787.- En ningún caso el asegurador puede revocar unilateralmente el contrato de seguro de vida.

Art. 788.- El error sobre la edad del asegurado no anula el seguro, a menos que la verdadera edad del asegurado a la fecha de emitirse la póliza estuviese fuera de los límites previstos por las tarifas del asegurador. Si la edad real es mayor que la declarada, el valor del seguro se reduce proporcionalmente en relación matemática con la prima efectivamente pagada; si la edad real es menor, el valor del seguro se aumenta proporcionalmente en la forma antes indicada.

Capítulo III DEL REASEGURO

Art. 789.- El reaseguro es un contrato mediante el cual una de las partes, llamada cedente (asegurador), cede a otra, llamada reasegurador, parte de los riesgos asumidos directamente en una póliza de seguro. A su vez el reasegurador puede ceder a otro, parte de tales riesgos y este contrato se llama de retrocesión.

El reasegurador es una persona jurídica nacional o extranjera, debidamente autorizada para operar como tal.

Art. 790.- En virtud del contrato de reaseguro, el reasegurador contrae con el asegurador las mismas obligaciones que éste ha contraído con el tomador o asegurado y comparte análoga suerte que en el desarrollo del contrato de seguro, sujeto a los términos del contrato de reaseguro, salvo que se compruebe la mala fe del asegurador, en cuyo caso el contrato de reaseguro no surtirá efecto alguno. El reasegurador se obliga a indemnizar al asegurador según los términos del contrato de seguro directo y en todo caso sigue la suerte de su cedente. La responsabilidad del reasegurador en ningún caso será inferior a los plazos de prescripción de las acciones del asegurado.

Estos términos no pueden ser modificados por las partes.

Art. 791.- El reasegurador se obliga a indemnizar al asegurador, según los términos del contrato de reaseguro, y solamente los reasegurados tienen derechos y acciones para reclamar al amparo de la póliza de reaseguro.

Art. 792.- El reaseguro no modifica las obligaciones asumidas por el asegurador, ni da al asegurado acción directa contra el reasegurador.

Art. 793.- La liquidación forzosa del reasegurado carece de toda influencia en el ajuste de la indemnización a cargo del reasegurador.

Art. 794.- Los preceptos relacionados con el contrato de seguro, se aplicarán al contrato de reaseguro en defecto de estipulación contractual, a menos que, por ser de orden público, no se puedan aplicar.

Libro VII LOS CONTRATOS DE TRANSPORTE

Título I DEL CONTRATO DE TRANSPORTE TERRESTRE

Capítulo I DEFINICIONES

Art. 795.- Para efectos de aplicación del presente título, se entenderá por:

Demoraje: Es la demora y retraso que sufra el vehículo de transporte utilizado para el transporte de las mercancías y bienes, tanto en el punto de salida y entrega como en destino, por el generador de la carga, transportista o consignatario.

Destinatario o consignatario: Es la persona natural o jurídica que recibe las mercancías que se encuentran detalladas en la guía de remisión o contrato de transporte terrestre por carretera. El consignatario o destinatario puede ser el generador de carga.

Flete: Se denomina flete, de manera general, al precio que las partes acuerdan pagar por el transporte, siempre que no haya tarifa. Se denominará porte en el caso de mercaderías.

Flota: Conjunto de vehículos habilitados, debidamente registrados, que la operadora autorizada dispone para prestar el servicio de transporte terrestre por carretera.

Generador de carga: Persona natural o jurídica que, en su nombre, entrega las mercancías al transportista autorizado y suscribe la guía de remisión o contrato de transporte terrestre por carretera.

Guía de remisión, carta de porte por carretera: Es el documento que sustenta el traslado de mercancías al transportista bajo su responsabilidad por cualquier motivo dentro del territorio nacional o internacional, bajo las condiciones establecidas en el mismo documento y en el contrato de transporte correspondiente.

Se entenderá que la guía de remisión acredita el origen lícito de la mercadería, siempre y cuando los documentos sean legítimos y válidos, y los datos expresados en la guía de remisión concuerden con la mercadería que se trasladan.

Lo indicado también será aplicable al manifiesto de carga, el cual se regula por lo dispuesto en las decisiones comunitarias andinas respectivas.



Desafíos clave en la implementación
de Solvencia II
Marcando el rumbo

Contenido

4	Elementos clave de Solvencia II
6	Principales desafíos
7	Pilar 1: Aspectos cuantitativos
10	Pilar 2: Gobierno corporativo
11	Pilar 3: Transparencia
12	Evaluación del impacto
15	Reflexión
15	Sobre la práctica de atención a la industria de servicios financieros

Desafíos

Las compañías de seguros se enfrentarán en los próximos años a una iniciativa integral que impactará su capacidad de solvencia. Aunque este sector en México es considerado por los especialistas como muy solvente dada su regulación conservadora y sus buenos márgenes de capitalización, Solvencia II tiene como objetivo fortalecer el capital de solvencia de las aseguradoras.

A diferencia del modelo actual, donde estos capitales son determinados por la regulación con base en factores que resultan de diversos cálculos y procedimientos, los cambios representan un gran desafío dada la utilización de un modelo interno y uno estándar.

El modelo estándar se generará a través de la evaluación de riesgos de diferentes aseguradoras. Posteriormente, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas determinará el resultado con base en un estudio del mercado y designará un parámetro del capital según el tipo de aseguradora y el mercado.

Por otro lado, el modelo interno deberá desarrollarlo cada compañía aseguradora tomando en cuenta sus políticas de gobierno corporativo (GC) y una gestión integral del riesgo y el capital. Mientras mejor y más eficiente sea el GC, la gestión integral de riesgo y el capital, se mitigarán más riesgos y es probable que la necesidad de capital sea menor.

Esta iniciativa que se ha venido implementando en Europa desde hace algunos años ha dejado una serie de experiencias

que serán de gran utilidad para las aseguradoras mexicanas cuando sea aprobada dentro de las modificaciones al marco regulatorio actual.

Lo invitamos a adentrarse en este documento, donde usted podrá darle una revisión a los elementos clave de Solvencia II, los desafíos que ha supuesto este proceso en los países que han comenzado a implementarlo de acuerdo a cada uno de los tres pilares y una breve evaluación del impacto que supone este esquema.

El contenido de este documento fue realizado a partir de la conferencia "Desafíos clave en la implementación de Solvencia II". Agradecemos la participación de José Gabriel Puche, Socio líder de Solvencia II en Deloitte España y Michel de la Bellière, Socio líder de Solvencia II en Deloitte Francia, como conferencistas invitados.

Comprometidos en aportar valor al sector asegurador y afianzador a través de nuestro punto de vista, esperamos que este análisis sea de utilidad para usted y su compañía.

Saludos cordiales,

Guillermo Roa

Socio Director de Auditoría
para la industria de Servicios Financieros

Javier Vázquez

Socio Líder de Auditoría para el Sector Asegurador

Elementos clave de Solvencia II

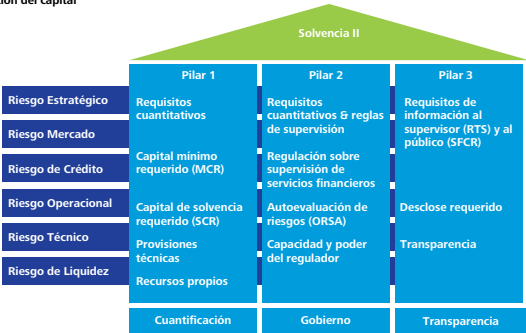
El desarrollo de Solvencia II nació con una premisa muy importante: la protección del asegurado. El principal cambio de esta visión se observó por parte de las instituciones en el establecimiento de requisitos de capital, por lo que se modificó la expresión "todos somos iguales" por "aseguradoras en función del volumen de negocio que tienen y en función de cómo están suscribiendo". Esto implica que el capital sea delimitado en función de los riesgos que están manejando las compañías de seguros.

En una aseguradora existen diferentes tipos de riesgos: de mercado, técnico, de liquidez, estratégico; y todos

estos subyacen en la estructura que tiene Solvencia II, pero no todos están tratados en la estructura de los tres pilares.

Cuando se habla de los tres pilares se hace referencia a una estructura normativa, pero también a una gestión de riesgo integral, enfocada en tres aspectos importantes: requerimientos financieros cuantitativos, requerimientos cualitativos del proceso de revisión y supervisión (gobierno), y requerimientos de revelación (transparencia).

Una nueva estructura para la gestión del capital



Pilar 1: Cuantificación

El primer pilar destaca el aspecto cuantitativo, es decir, se verán aquellos elementos que influyen directamente en el capital de las aseguradoras. Aquí existen varios elementos clave, incluyendo el establecimiento del balance económico. Éste tiene, por un parte, la apuesta de todos los activos a valor de mercado que no coincide cien por ciento con la implementación en los seguros. Sin embargo, por parte del pasivo supone colocar las provisiones con un margen de riesgo.

Asimismo, este pilar contempla requerimientos financieros cuantitativos vinculados con las reservas técnicas, requerimiento de capital, valuación de activos, riesgos incluidos, medición y supuestos de riesgos, dependencias de riegos, fórmulas de cálculos y enfoque de modelo interno.

Pilar 2: Gobierno corporativo

A este pilar se le conoce como el corazón de Solvencia II y se relaciona con el aspecto de gestión de GC tanto al exterior como al interior de la organización. Hacia el exterior se fijan las reglas de intervención por parte de los reguladores y hacia el interior se establecen, fundamentalmente, dos elementos: la estructura de GC que necesita tener el negocio y la manera como ésta debe

evaluar de forma continua todos aquellos riesgos que influyen en el devenir, tanto actual, como futuro.

Mientras que en el Pilar 1, cuando se habla de capital se fija en un año de riesgo, en el Pilar 2 se piensa en una proyección, en una estabilidad de ese capital a lo largo del tiempo. Además, incluye aspectos como control interno, administración de riesgos, pruebas de estrés y continuidad de las pruebas.

Pilar 3: Transparencia

Aquí se hace referencia a la información que necesitan dar las compañías al regulador, en primer lugar, y al mercado, en segundo. Incluye también aquella otra información de gestión que es imprescindible establecer dentro de la empresa como aspectos relacionados con la Fase II de las Normas Internacionales de Información Financiera (IFRS), unificación de teoría, revelación pública y revelación privada del regulador.

También contempla especial atención en la presentación de informes sobre planeación, las personas que poseen los datos, la disponibilidad y suficiencia de éstos, así como datos de gobierno corporativo y los procesos de control en tecnología.



Desafíos clave en la implementación de Solvencia II 5

Principales desafíos

Solvencia II es un proyecto que exige grandes cambios por parte de las aseguradoras puesto que la estructura de la regulación cambiará. Este esquema busca que el riesgo esté en mejor posición dentro de la empresa, además de modificar la comunicación que se dará al mercado al igual que la manera en que las compañías medirán sus riesgos.

Factores a considerar en la estructura de Solvencia II

- Centralizar versus descentralizar
- Asignar responsabilidades
- Alineación sincronizada con la estructura corporativa
- Enfoque de los flujos de trabajo, por ejemplo:
 - Orientado a los pilares
 - Orientado a bloques de trabajo
 - Orientado a capacidades / visión
- Equilibrio entre los recursos necesarios en el negocio y los asignados al proyecto

Para lograr esto es indispensable organizarse bien, en especial cuando se analizan los costos. El costo de poner en práctica Solvencia II es aproximadamente de 0.3 a 0.5 por ciento de las primas anuales de las aseguradoras.

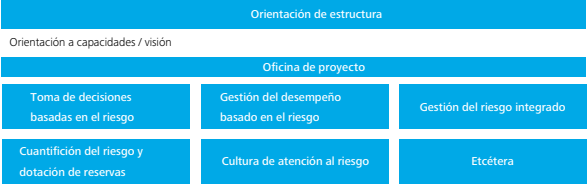
Es imprescindible que las aseguradoras igualmente verifiquen que la asignación de responsabilidades sea la adecuada, ya que en Solvencia II toda la compañía debe participar en el proceso, no sólo los actuarios o gerentes de riesgo, por ejemplo.

Asimismo, es relevante establecer un programa de acuerdo a la cultura de cada empresa. Por ejemplo, si la compañía tiene una modalidad centralizada en donde todas las instrucciones pasan del grupo a las unidades de negocio, será necesario establecer una organización que permita conservar esta estructura. Sin embargo, contar con cierta flexibilidad permitirá ajustar los programas planeados dependiendo de las adaptaciones o modificaciones que requiera la ley posteriormente.

En seguida se muestran algunos de los modelos que los especialistas de Deloitte han diseñado.



Este primer modelo muestra cómo las aseguradoras se organizan según los proyectos de cada pilar. Se ha visto que es un bueno diseño, pero cuando se pone en práctica, generalmente tiende a cambiar la organización a algo que está mucho más alineado con la estructura de las unidades de negocio.



En el segundo caso se ve un proyecto organizado con base en la capacidad, es decir que se establece un modelo interno en donde se toman en cuenta cuestiones tales como manejo de riesgo integrado o desarrollo de sistemas de datos.

Al final no es posible asegurar que un modelo sea mejor que el otro, pues cada uno responde a las necesidades específicas de la aseguradora. Lo que sí es factible prever es la forma de atacar los desafíos que conlleva este esquema, los cuales incluyen:

- Plantear una visión clara por parte de la dirección y del equipo gestor del programa

- Elaborar una estructura eficiente del programa que abarque tanto al grupo como a las unidades de negocio
- Definir una hoja de ruta clara cuyos recursos y costos se conocen de antemano
- Contar con una política de comunicación a lo largo de la organización
- Cumplir con la evaluación de uso
- Asegurar que los modelos sean pragmáticos
- Precisar los datos robustos y el uso adecuado de las mejoras tecnológicas
- Utilizar calendarios de implementación que se estrechan rápidamente
- Administrar al mismo tiempo diversos planes de implementación, tales como IFRS

De igual manera se pueden identificar retos específicos para cada pilar, mismos que serán discutidos a continuación.

Pilar 1: Aspectos cuantitativos

Solvencia II establece una fórmula estándar de cálculo de capital y anima a las compañías de seguros a que no sólo se enfoquen en el Pilar 1, sino que observen todo el entorno del programa. Esto supone, probablemente, ir desarrollando un modelo de cuantificación propio a mediano plazo.

Uno de estos modelos es conocido como Modelo Interno Parcial.

Modelo interno parcial

Se basa en el principio de la materialidad y la proporcionalidad y actúa como un aglutinador de todos los cálculos que necesitan hacerse para determinar el balance económico, es decir, las provisiones para calcular el capital y para determinar cuánto se encuentra disponible para cubrir los requisitos de capital regulatorios.

El modelo interno no debe ser visto como un hecho aislado dentro de la empresa, porque uno de los elementos clave en el proceso de aprobación por parte del regulador es que haya una prueba de uso, en pocas palabras, es indispensable poder confirmar que el negocio esté usando el modelo.

Cuando se dice que está en el centro de la organización, lo que se está reflejando son cuatro elementos:



- **Información.** Este elemento está íntimamente ligado con los datos que dispone la compañía, cómo se construye y cómo se obtiene información para poder alimentar el modelo interno.
- **Riesgo estratégico.** Aquí tienen que estar adaptados los riesgos de suscripción, de reservas, de longevidad y de mortalidad, entre otros.
- **Toma de decisiones.** Se relaciona con aspectos vitales para la toma de decisiones como lo son la tasificación, la asignación del capital, el reaseguro y la planificación.
- **Gestión.** Incluye los elementos necesarios para llevar adecuadamente la toma de decisiones, la política de remuneración y el establecimiento y seguimiento de responsabilidades.

Retos

Los desafíos clave para construir el modelo interno en el Pilar 1 son:

1. **Justificar supuestos / hipótesis subyacentes del modelo.** Las aseguradoras tendrán que realizar una serie de supuestos con cierto juicio de experto para poder desarrollar el modelo. Para esto será necesario crear hipótesis provenientes de los datos que se tengan de la organización y de la profundidad de los mismos. Al final se documentará el proceso.

2. **Complejidad del modelo. De nada sirve desarrollar algo muy complejo si no se va a usar.** Todo lo que se desarrolla se pensará en términos de cómo se va usar, mantener y solventar. Requerirá de modificaciones a lo largo del tiempo, por lo que las compañías aseguradoras deberán tener los sistemas y la organización para ir modificando el modelo y adaptándolo a la evolución de la empresa.
3. **Validación del modelo.** El modelo interno lo van a desarrollar algunos de los miembros de la organización, pero habrá que tener un proceso de validación del mismo. Este elemento es esencial para luego pedir la aprobación por parte del regulador.
4. **Prueba de uso.** Aquí es indispensable garantizar que los modelos internos estén integrados dentro de la gestión del día a día del negocio.
5. **Costos y tiempos de respuesta.** Vale la pena considerar que el costo no se debe minimizar, incluyendo el costo del tiempo de las personas.
6. **Habilidades actuariales.** Se refiere a compartir las habilidades y esos modelos que tienen los actuarios con el resto de la organización.
7. **Gestión del cambio.** Las aseguradoras pasarán por un proceso de adaptación, al tiempo que desarrollan sistemas de formación para transmitir lo que significa la implantación del nuevo régimen de capital a lo largo de toda la compañía.



Los desafíos clave relacionados con el Pilar 1

- Justificar supuestos / hipótesis
- Complejidad del modelo
- Validación de modelo
- Prueba de uso
- Habilidades actuariales
- Gestión del cambio

Pilar 2: Gobierno corporativo

El Pilar 2 incluye dos áreas: una relacionada con las autoridades regulatorias y otra con la práctica dentro de la organización con base en el gobierno corporativo y los diferentes procesos de la compañía.

Autoridades regulatorias y reglamento general

- Proceso de revisión por parte del supervisor (SRP)
- Acciones correctas (incremento del capital o capital *add-on*)

Sistema de gobierno

- Idoneidad
- Gestión de riesgos
- Autoevaluación de los riesgos asumidos (ORSA)
- Control interno
- Auditoría interna
- Función actuarial
- Exteriorización de funciones

- Demostrar que el riesgo y la gestión del capital están integrados y son considerados en la planificación estratégica de negocios y la toma de decisiones.
- El consejo y los ejecutivos "son los dueños" del sistema de gestión de riesgos y del modelo interno.
- **La responsabilidad sobre el riesgo no puede ser diluida por delegación.**

La clave de este punto es demostrar que se está cumpliendo con los requerimientos del regulador, a diferencia de los años anteriores, donde el supervisor tenía que demostrar que las aseguradoras estaban rompiendo la ley. Es decir, algunas cosas que en este momento no están escritas o documentadas deberán estarlo en el futuro.

Es indispensable que las suposiciones, es decir, las hipótesis del Pilar 1, estén por escrito y se justifiquen para que en cuanto llegue un auditor de lo externo, ya sea independiente o no de los organismos regulatorios, entienda de qué se tratan, para qué son, cuál es su objetivo, etcétera.

Retos

Los desafíos clave para las compañías de seguros relacionados con este pilar son:

- Integración de la cultura de riesgo
- Vinculación de los procesos de gestión de riesgos con la estrategia y las necesidades de capital de la empresa
- Establecimiento del apetito de riesgo / tolerancia al riesgo de la empresa
- Evaluación de los riesgos propios y necesidades de solvencia de la empresa ("ORSA")
- Garantía de la independencia de las funciones de riesgo
- Oportuna gestión de la información
- Demostración de que la alta dirección entiende y gestiona los riesgos

Así pues, el involucramiento de los directivos, tal como se mencionó anteriormente, es vital. Los directores necesitan comprender realmente a la industria aseguradora, por lo que es importante no deslindarse de la responsabilidad

de la gestión de riesgo. Al final, cualquier problema será responsabilidad de la empresa.

Los mandos superiores deberán asegurarse que todos los miembros de la compañía entiendan la nueva cultura, que reciban capacitación y se ponga el ejemplo desde el nivel más alto.

También hay que procurar que haya una liga entre los procesos de riesgo y las estrategias, aspectos relacionados con la evaluación de los riesgos propios y la necesidad de solvencia de la organización.

Será imprescindible entender cuáles serán los riesgos de la compañía dentro de tres o cinco años, y cómo van a poder movilizar todo el capital para soportar ese tipo de riesgos. En ocasiones será necesario determinar cuánto dinero está dispuesto a perder la aseguradora con una cierta probabilidad.

Por último, será imperioso establecer consolas de indicadores de desempeño para entender cuál es el estatus de la aseguradora en cada momento, ya que puede ser un proceso tardado. Los negocios necesitarán algunos indicadores que les van a poder dar una idea aproximada de si la organización está alineada con sus apetitos de riesgo y lo que se había establecido, o si se necesitará realizar algunos cambios.

Pilar 3: Transparencia

El tercer pilar tiene un enfoque en los requerimientos de la revelación, es decir, en la transparencia y en la información.

Dado que los datos deben ser únicos, las compañías aseguradoras necesitarán hacerse los siguientes cuestionamientos:

- ¿Qué datos realmente necesito?
- ¿Cómo voy a controlar la generación de esos datos?
- ¿Qué profundidad tienen los datos?
- ¿Cómo los voy a verificar?
- ¿Realmente los datos están bien conciliados y todas las partidas de la organización dicen lo mismo?
- ¿Son accesibles a todo el mundo? ¿Es factible acceder a la información rápidamente?

Para el caso de los datos clave, es indispensable preguntarse: ¿qué se necesita?, ¿para qué se va a usar? Posteriormente, es vital que las compañías aseguradoras inviertan tiempo y tecnología para producir datos de calidad.

Se prevé una inversión sustancial en tecnología, lo que podría significar hasta el 50 por ciento del costo de todo el proyecto, convirtiendo a Solvencia II no únicamente en un problema actuarial, sino también técnico.

Retos

Por todo lo anterior es posible afirmar que los retos clave de este punto son:

- Hacer frente a nuevos requisitos no funcionales
- Identificar un único punto o fuente verdadera de datos

- Procurar la disponibilidad de datos
- Proporcionar un nivel suficiente de detalles
- Automatizar el flujo de información
- Tener actualizados y a la mano datos de gobierno corporativo
- Definir grupos de retos específicos
- Contar con fuertes procesos de control en el área de tecnología

Evaluación del impacto

Los impactos de Solvencia II dependerán mucho de cuál sea la situación económica en el momento en que sea puesto en práctica el programa. Dado que este esquema toma en cuenta diversos parámetros, el efecto será diferente dependiendo de los productos y del grado de preparación que ya tengan las aseguradoras en México.

En algunos países los actores han empezado a vender su capital y sus bienes raíces para tener ingresos más fijos, en otros, ciertas aseguradoras han dejado de suscribir productos para el retiro porque piensan que podría convertirse en un producto muy costoso en el futuro.

Sin embargo, consideramos que en el futuro se verán dos situaciones. En primer lugar, la mayoría de las aseguradoras serán solventes en este nuevo régimen y tendrán algunos amortiguadores de capital relevantes para poder serlo.

Por otro lado, se estima que conforme pasen los años, estos amortiguadores van a ir disminuyendo y se reflejarán en algunas líneas de negocio.

El impacto clave en términos de fusiones, de inversión y consolidación se va a dar dentro de unos años, cuando algunos de los actores más frágiles lo serán aún más como para seguir por sí mismos.

En Europa ya se ha visto una gran variedad de huellas dependiendo del producto y de los sistemas nacionales. A partir de la evaluación del impacto de Solvencia II en esta región, las aseguradoras mexicanas podrían darse una idea de lo que se esperaría cuando comiencen a implementar la estrategia.

		Provisiones técnicas	Requerimientos de capital	Necesidad total de capital	Fondos propios	Margen de solvencia	Impacto de IQS 5 sobre el margen
Mass market		↘ to ↘↘	↗↗	↘ a ↗↗	↗ a ↗↗	↘	↘↘
B2B				(1)			
Seguros de salud*		=	= a ↗↗	↘ a ↗↗ (1)	=	↘	↘↘
Ahorro a largo plazo y jubilación	Temporal	↘↘	↘ a ↗↗	↘ a ↘↘	↗↗	↗	↘
	Unit-Linked	= a ↘	↗	↘ a ↗ (2)	↗	= a ↗	↘
	Con PB (**)	↘ a ↗	= a ↗	↘ a ↗↗ (2)	↘ a ↗	↘ a ↗	↘
	Rentas	↘ a ↗	↗	↘ a ↗↗ (1)	↘ a ↗	↘ a ↗	↘

* Fuerte sensibilidad de productos de "largo plazo" a los a los parámetros del mercadeo, por lo que los resultados son bastante volátiles.
** FB participación en beneficios

(1) Aumento en la mayoría de los mercados de la UE
(2) Disminución en la mayoría de los mercados UE



Mercados masivos

En cuanto a los mercados masivos, prevemos que Solvencia II afectará los márgenes de solvencia, dado que las aseguradoras liberarán algunas de sus reservas técnicas al presentar cambios en los fondos propios. De igual manera, los requisitos de este nuevo esquema serán mayores porque se pedirá una calibración diferente; pero el aumento en los requisitos y los requerimientos de capital van a ser mayores que en los fondos propios. Es por eso que los márgenes de solvencia se irán a la baja, será más difícil mantener los márgenes actuales y las compañías tendrán que ser más estrictas de lo que han sido hasta ahora con Solvencia I.

Seguros de salud

Este aspecto varía mucho de un país a otro. En Alemania tienen un régimen de salud a largo plazo que es más parecido a vida, pero para otros que son a corto plazo las provisiones no se van a cambiar mucho. De esta manera, se puede decir que el impacto de Solvencia II va a ser menor. Esto no hace gran diferencia en términos de los fondos propios, pero los requerimientos de capital van a ser más estrictos, lo que significa que el margen de solvencia se va a reducir.

Aquí se habla sobre las empresas que han ido acumulando sus propios fondos a lo largo de los años y no hubieran sido afectadas si las reglas no hubieran cambiado, pero a lo mejor a largo plazo van a tener más dificultades para mantener sus niveles y quizá acaben tratando de consolidarse con otras empresas o conseguir fondos propios mayores.

Ahorro a largo plazo y jubilación

Los especialistas estiman que algunas aseguradoras estarán en mejores condiciones que aquellas que trabajan con anualidades, puesto que se trata de riesgos a largo plazo rodeados por incertidumbre y un ambiente de tasas bajas. Esto representará un cambio en los productos para asegurarse que puedan venderlos con menos movilización y requisitos de capital.

Es posible que suceda lo mismo en México, ya que también se trata de un cambio a largo plazo, muy amplio, que afectará a toda la organización.

Reflexión

La industria aseguradora se está convirtiendo en un mercado con una competencia global que está sufriendo de escasez de capital y una mayor demanda de los inversores de información, por lo que afectará la forma en que operan los seguros más allá de la gestión de solvencia.

Sin embargo, si la adopción de Solvencia II se lleva a cabo adecuadamente supondrá unas ventajas competitivas muy importantes, lo que permitirá a las aseguradoras optimizar el capital y poseer una cantidad libre para hacer crecer a la empresa.

Este esquema permite mejorar la gestión pues al tener mayor información, es posible diseñar productos cada vez más competitivos y ampliar el mercado. Además, va a mejorar la calificación crediticia de las instituciones, con lo cual se atraerá inversión.

Para llevar a cabo la transición con éxito, las compañías de seguros en México deberán plantearse Solvencia II no sólo como una modificación en la regulación, sino también como un cambio en la administración que implica el desarrollo de herramientas y el entendimiento del negocio aplicados a la misma gestión.

Por lo tanto, se verán cambios en el enfoque de innovación, gestión de datos, sistemas y en el proceso de toma de decisiones. Como resultado, muchas compañías de seguros podrán apreciar en Solvencia II un pretexto para llevar a cabo grandes proyectos en áreas tales como finanzas y sistemas de organización, o reestructuración de las empresas.

Sobre la práctica de atención a la industria de servicios financieros

Con un profundo conocimiento local y acceso a una red de recursos mundial, Deloitte brinda un amplio portafolio de servicios, especialmente diseñado para atender los retos actuales y ofrecer soluciones a todos los sectores de la industria de servicios financieros. Adicionalmente a los servicios de auditoría e impuestos, la firma proporciona servicios en las áreas de asesoría, control interno, gobierno corporativo, tecnología, capital humano, administración del riesgo, asesoría financiera, entre otros.

Conozca nuestro punto de vista en:

www.deloitte.com/mx/serviciosfinancieros



Desafíos clave en la implementación de Solvencia II 15

Contactos:

Guillermo Roa
+52 (55) 5080 6090
groa@deloittemx.com

Javier Vázquez
+52 (55) 5080 6091
javazquez@deloittemx.com

Pedro Jiménez
+52 (55) 5080 6775
pejimenez@deloittemx.com

www.deloitte.com/mx

Deloitte se refiere a Deloitte Touche Tohmatsu Limited, sociedad privada de responsabilidad limitada en el Reino Unido, y a su red de firmas miembro, cada una de ellas como una entidad legal única e independiente. Conozca en www.deloitte.com/mx/conozcanos la descripción detallada de la estructura legal de Deloitte Touche Tohmatsu Limited y sus firmas miembro.

Deloitte presta servicios profesionales de auditoría, impuestos, consultoría y asesoría financiera, a organizaciones públicas y privadas de diversas industrias. Con una red global de firmas miembro en más de 150 países, Deloitte brinda su experiencia y profesionalismo de clase mundial para ayudar a que sus clientes alcancen el éxito desde cualquier lugar del mundo en donde operen. Los aproximadamente 170,000 profesionales de la firma están comprometidos con la visión de ser el modelo de excelencia.

Limitación de responsabilidad

Esta publicación sólo contiene información general y ni Deloitte Touche Tohmatsu Limited, ni sus firmas miembro, ni ninguna de sus respectivas afiliadas (en conjunto la "Red Deloitte"), presta asesoría o servicios por medio de esta publicación. Antes de tomar cualquier decisión o medida que pueda afectar sus finanzas o negocio, debe consultar a un asesor profesional calificado. Ninguna entidad de la Red Deloitte, será responsable de la pérdida que pueda sufrir cualquier persona que consulte esta publicación.

© 2011 Galaz, Yamazaki, Ruiz Urquiza, S.C.

Anexo 5. Poliza de vehículo



CLIENTE	CONDICION DE PAGO	MONEDA
BRUNO GUAMAN MARIA TERESA	799614	Dolares EE.UU

VIGENCIA							
RAMO	POLIZA	RENOV.	ANEXO	F. EMISION	DESDE	HASTA	PRIMA BRUTA
VH	291389		0	12-9-2019	12-9-2019	12-9-2020	US\$ 647,65
TOTAL							US\$ 647,65
CONDUCTO DEBITO CTA.CTE. BCO.PACIFICO					CTA/TARJETA 7518196		
	Nro.	TIPO	EMITIDA	VENCIMIENTO	A DIAS	IMPORTE	
	1	Cuota Inicial	12/09/2019	15/10/2019	33 Dias	US\$	76,22
	2	Cuotas	12/09/2019	15/11/2019	64 Dias	US\$	76,22
	3	Cuotas	12/09/2019	15/12/2019	94 Dias	US\$	76,22
	4	Cuotas	12/09/2019	15/01/2020	125 Dias	US\$	59,85
	5	Cuotas	12/09/2019	15/02/2020	156 Dias	US\$	59,85
	6	Cuotas	12/09/2019	15/03/2020	185 Dias	US\$	59,85
	7	Cuotas	12/09/2019	15/04/2020	216 Dias	US\$	59,85
	8	Cuotas	12/09/2019	15/05/2020	246 Dias	US\$	59,85
	9	Cuotas	12/09/2019	15/06/2020	277 Dias	US\$	59,85
	10	Cuotas	12/09/2019	15/07/2020	307 Dias	US\$	59,89
TOTAL							US\$ 647,65

En testimonio de lo acordado se firma en GUAYAQUIL, 12 de SEPTIEMBRE de 2019

EL PAGADOR

SEGUROS EQUINOCCIAL S.A.

CASA MATREZ: AV. ELOY ALFARO No.33-400 Y AYARZA. EDIF. SEGUROS EQUINOCCIAL, CASILLA: 17-03-4557-A. TELF: (02) 398-4000 - FAX: (02) 398-4000 ext 5003. QUITO - ECUADOR
GUAYAQUIL: AV. DEL ROTARISMO 418 Y CALLE QUINTA ESG. TELEF PBX (04) 2685-818
CUECA: EL BATAN 5-27 E IMBABURA - TELF: (07) 882-950 - FAX: (07) 882-950
AMBATO: AV. LOS CAPULLES N°15-89 ENTRE MONTALVO Y LAS DELICIAS. TELF: (03) 2420-900
IBARRA: CAP. CRISTOBAL DE TROYA 1178 Y CARLOS MERLO TELF: (06) 2611-980 - FAX: (06) 2612-218
MANTA: AV. FLAVIO REYES Y CALLE 30 EDIF. PUNTA ARENAS (PLANTA BAJA) TELF: (05) 2555957 - FAX: (05) 2629539
LOJA: JUAN JOSE PERA SN ENTRE LOURDES Y MERCADILLO TELF: (07) 2570-688 www.segurosequinoccial.com

SEGUROS EQUINOCCIAL S. A.

en adelante "La Compañía" en virtud de la solicitud formulada por el interesado, asegura al nombrado aquí, en adelante "El Asegurado", contra pérdida y/o daños, de acuerdo a las condiciones generales aprobadas por Superintendencia de Bancos con Resolución No. SCVS-6-7-0-CG-11 de 2017/10/13, particulares y especiales, teniendo prelación las últimas sobre las primeras.

SEGUROS
EQUINOCCIAL
TU DEDICATE A VIVIR



RUC : 1790007502001 - AUTORIZACION DE IMPRESION

DOCUMENTO	SEGURO DE			POLIZA	ANEXO
POLIZA ORIGINAL DIRECTA	TODO RIESGO DE VEHICULOS			291389	0
VIGENCIA DEL DOCUMENTO	DURACION	SUMA ASEGURADA		RENOVACION	REFERENCIA
Desde las : 12:00 de: 12-9-2019 Hasta las : 12:00 de: 12-9-2020	Apos Meses Días 366	US\$ 18.600,00			0
Asegurado : 448559 - BRUNO GUAMAN MARIA TERESA RUC o documento : 0930624762 Dirección : SAUCES 2 MZ 76 V 16 SEGUNDA PEATONAL Teléfono : 983435117 0983435117 Dirección del riesgo : Riesgo Asegurado SEGUN CONDICIONES PARTICULARES					
CLAUSULAS QUE INTEGRAN ESTE CONTRATO:				MONEDA:	
SEGUN DOCUMENTACION ADJUNTA				Dolares EE.UU	
PRIMA	CONT. SUPERINTEN.	0.5% SEG CAMP	0% SSC NO RET	DERECHOS EMI	OTROS CARGOS
US\$ 505,92	US\$ 17,71	US\$ 2,53	US\$ 0,00	US\$ 3,00	US\$ 49,10
BASE IMPONIBLE IVA	BASE TARIFA CERO	12 % I.V.A.	INT. FINANCIACION	OTROS CARGOS SIN IVA	TOTAL
US\$ 578,26	US\$ 0,00	US\$ 69,39	US\$ 0,00	US\$ 0,00	US\$ 647,65
CONDICION DE PAGO					
DEBITO CTA.CTE. BCO.PACIFICO					
SON: SEISCIENTOS CUARENTA Y SIETE Dolares EE.UU					

En testimonio de lo acordado se firma en GUAYAQUIL, 12 de SEPTIEMBRE de 2019

Fecha de recepción de documentos:

El Asegurado

Seguros Equinoccial S. A.

Este formulario fue aprobado por la Superintendencia de Bancos con resolución No.90-188-S de 90/06/19.

Documento firmado electrónicamente, tiene plena validez legal de acuerdo a Ley de Comercio Electrónico No.2002-97

ORIGINAL

CONDICIONES GENERALES

SEGURO DE	VIGENCIA DEL DOCUMENTO	POLIZA	ANEXO
TODOS RIESGOS DE VEHICULOS	Desde: 12-9-2019 Hasta: 12-9-2020	291389	0
Asegurado : 448559 - BRUNO GUAMAN MARIA TERESA			
<p>Póliza de seguro contra todo riesgo de vehículos Exclusiones unificadas Condición General</p> <p>Prólogo/Introducción Seguros Equinoccial S.A., en adelante la Compañía, en virtud de la solicitud presentada por el Asegurado, la cual es base de este contrato y forma parte de él, otorga los amparos especificados más adelante, para cubrir las pérdidas o daños materiales directos, accidentales, súbitos e imprevistos, que sufra el Asegurado, sobre el/los bien/es materia del presente contrato, dentro de su vigencia, cuyas especificaciones están detalladas en las condiciones particulares, que suscritas por las partes se adhieren a estas condiciones generales.</p> <p>Amparos o coberturas básicas Pérdida total del vehículo por daños. Pérdida total del vehículo por robo. Pérdida parcial del vehículo por daños. Pérdida parcial del vehículo por robo.</p> <p>Amparos o coberturas adicionales Responsabilidad civil extracontractual. Accidentes personales para ocupantes del vehículo. Gastos médicos.</p> <p>Pérdida total del vehículo por daños. Cubre la destrucción total del vehículo asegurado descrito en las condiciones particulares de esta Póliza como consecuencia de un accidente no excluido en la misma. La destrucción total se configura si los repuestos, la mano de obra necesaria para las reparaciones y su impuesto a las ventas, tiene un valor igual o superior al setenta y cinco por ciento (75%) del valor comercial del vehículo en el momento del siniestro.</p> <p>Pérdida total del vehículo por robo. Cubre la desaparición permanente del vehículo completo por cualquier clase de robo.</p> <p>Pérdida parcial del vehículo por daños. Cubre el daño causado por un accidente no excluido en esta Póliza, cuando los repuestos, la mano de obra necesaria para las reparaciones y su impuesto a las ventas, tiene un valor inferior al setenta y cinco por ciento (75%) del valor comercial del vehículo en el momento del siniestro. Se cubren además bajo este amparo los daños a los radios, equipos de audio, de calefacción y otros accesorios o equipos no necesarios para el funcionamiento normal del vehículo, siempre que tales accesorios o equipos se hallen mencionados específicamente en la solicitud de seguro y/o inspección técnica o mecánica o vengan desde fábrica, con el modelo original del vehículo.</p> <p>Cuando los accesorios no vengan de fábrica con el vehículo o sean cambiados, deben aparecer mencionados en las condiciones particulares de esta Póliza por su valor de reposición. En caso de que la suma de los accesorios sobrepase el veinte por ciento (20%) de la suma asegurada para el casco del vehículo, la Compañía no asumirá sino hasta ese límite del veinte por ciento (20%) aunque deben ser reportados por su valor total de reposición. Si los accesorios no se declaran o se cambian sin declaración a la Compañía, se entenderán como no asegurados.</p> <p>Pérdida parcial del vehículo por robo Cubre la pérdida o daño total o parcial de las partes o accesorios fijos, necesarios para el funcionamiento normal del vehículo, por cualquier clase de robo o sus tentativas.</p> <p>Se cubre, además, bajo esta cobertura de robo de los radios, equipos de audio, de calefacción u otros accesorios o equipos que se hallen mencionados específicamente en la solicitud de seguro y/o inspección técnica o mecánica o vengan desde fábrica, con el modelo original del vehículo.</p>			

SEGURO DE	VIGENCIA DEL DOCUMENTO	POLIZA	ANEXO
TODO RIESGO DE VEHICULOS	Desde: 12-9-2019 Hasta: 12-9-2020	291389	0

Asegurado : 448559 - BRUNO GUAMAN MARIA TERESA

Cuando los accesorios no vengan de fábrica con el vehículo o sean cambiados, deben aparecer mencionados en las condiciones particulares de esta Póliza por su valor de reposición. En caso de que la suma de los accesorios sobrepasen el veinte por ciento (20%) de la suma asegurada para el casco del vehículo, la Compañía no asumirá sino hasta ese límite del veinte por ciento (20%) aunque deben ser reportados por su valor total de reposición. Si los accesorios no se declaran o se cambian sin declaración a la Compañía, se entenderán como no asegurados.

Responsabilidad civil extracontractual.

Cubre la responsabilidad civil extracontractual que de acuerdo con la ley y demostrada a través de sentencia judicial ejecutoriada, incurra el Asegurado nombrado en las condiciones particulares de esta Póliza, al conducir el o los vehículos descritos en las mismas, o cualquier otra persona que conduzca dicho o dichos vehículos con su autorización, proveniente de un accidente o serie de accidentes emanados de un solo acontecimiento ocasionado por el o los vehículos descritos en las condiciones particulares de la presente Póliza.

Para los efectos de esta Póliza, se entiende por accidente el hecho sufrido por la acción fortuita, súbita o repentina e imprevista y violenta de una fuerza exterior e independientemente de la voluntad del Asegurado o de quien conduzca el vehículo asegurado con su autorización.

La Compañía responderá además, aún en exceso del límite asegurado para esta cobertura, por los costos del proceso civil que la víctima o sus causahabientes promuevan en contra del Asegurado con las salvedades siguientes:

Si la responsabilidad civil proviene de dolo o está expresamente excluida del contrato.

Si el Asegurado afronta el proceso sin dar aviso por escrito a la Compañía o contra expresa orden de la misma.

Si los perjuicios ocasionados a terceros exceden el límite o límites asegurados, la Compañía sólo responderá por los costos del proceso hasta un veinte por ciento del límite asegurado para la cobertura de responsabilidad civil afectada (o hasta la proporción a la cuota que le corresponda en la indemnización de la cobertura de responsabilidad civil afectada).

Exclusiones

1. Daños causados por el vehículo asegurado o por cosas transportadas en él, a bienes sobre los cuales el Asegurado, su cónyuge o sus parientes por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado inclusive, tengan la propiedad, posesión, tenencia o sean transportados bajo su responsabilidad. Así como la muerte o los daños que el Asegurado cause voluntariamente o intencionalmente a terceros. (exclusión aplicable a la cobertura de responsabilidad civil).

1. Responsabilidad penal del Asegurado y/o de quienes conducen el vehículo en el momento de producirse el accidente. (exclusión aplicable a la cobertura de responsabilidad civil) todas las coberturas

1. Lesiones corporales o muerte de las personas que se encuentren en el vehículo asegurado en lugares no destinados para llevar personas, entendiéndose como tales las partes exteriores del mismo y fuera de la cabina en los vehículos de carga. (Exclusión aplicable a la cobertura de accidentes personales).

2. Cuando el vehículo asegurado participe en competencias o entrenamiento automovilístico de cualquier índole. (exclusión aplicable a todas las coberturas)

3. Cuando el vehículo asegurado se destine a la enseñanza de conducción, al transporte público, al transporte escolar, sea dado en arriendo o subarriendo o cuando remolque otro vehículo con o sin fuerza propia, a menos que se estipule lo contrario en las condiciones particulares de esta Póliza. (exclusión aplicable a todas las coberturas)

4. Daños causados cuando el vehículo asegurado sea confiscado, incautado, embargado, requisado, decomisado y otros actos de las autoridades judiciales, de instituciones públicas, militares o privadas o se encuentre bajo poder de estas; o la pérdida o daño, que ocurra después del abandono o entrega del vehículo por orden de tal autoridad. (exclusión aplicable a

SEGURO DE	VIGENCIA DEL DOCUMENTO		POLIZA	ANEXO
TODOS RIESGOS DE VEHICULOS	Desde: 12-9-2019	Hasta: 12-9-2020	291389	0
Asegurado : 448559 - BRUNO GUAMAN MARIA TERESA				
<p>todas las coberturas)</p> <p>5. Daños al vehículo asegurado, a terceros o lesiones a sus ocupantes, ocurridos en caminos o carreteras no transitables o no autorizadas por la autoridad competente o en lugares distintos al territorio ecuatoriano. (exclusión aplicable a todas las coberturas)</p> <p>6. Daños causados por guerra civil o internacional, declarada o no, invasión, insurrección o rebelión, sean estos declarados o no y actos terroristas. (exclusión aplicable a todas las coberturas)</p> <p>7. Costos o gastos para recuperar el vehículo o liberarlo, así como los costos de liberación del conductor, si se encontrare detenido y cualquier costo de abogado que se genere por estos conceptos. (exclusión aplicable a todas las coberturas)</p> <p>1. Culpa grave, lucro cesante, indemnizaciones por daño moral o cualquier tipo de perjuicios derivados de la inutilización del vehículo asegurado, por la demora en las reparaciones, o mientras se obtiene su reposición, en caso de pérdida total, así como la pérdida del valor comercial después de su reparación. (exclusión aplicable a todas las coberturas)</p> <p>8. Cualquier tipo de daño mecánico, interno del motor, fallas debidas al uso o al desgaste natural del vehículo o a las deficiencias del servicio y lubricación. Daños eléctricos, cortocircuitos u otros accidentes electrónicos; quemaduras simples por objetos en ignición a menos que se produzca incendio. Accidentes producidos por negligencia en el mantenimiento del vehículo o a causa de una deficiente reparación o mantenimiento por parte de una mecánica. (exclusión aplicable a todas las coberturas)</p> <p>9. Cuando el vehículo asegurado haya sido robado, hurtado o tenga daños preexistentes, anteriormente a la fecha de iniciación del presente seguro, haya ingresado ilegalmente al país o simultáneamente figure con otra matrícula vigente, independientemente de que el Asegurado conozca o no de tales circunstancias. (exclusión aplicable a todas las coberturas)</p> <p>1. Usurpación, estafa, fraude u ocultación por cualquier persona en posesión del vehículo por arrendamiento, venta condicional, prenda u otro gravamen.</p> <p>10. (exclusión aplicable a todas las coberturas)</p> <p>Esta exclusión no tiene aplicación cuando el tomador, Asegurado o beneficiario sea una compañía de leasing o de arrendamiento de vehículos.</p> <p>Accidentes personales para ocupantes del vehículo.</p> <p>La Compañía ampara, hasta los límites fijados en las condiciones particulares de esta Póliza, por los accidentes que durante el uso y a causa de la circulación normal del vehículo asegurado ocurran a los ocupantes del mismo vehículo incluyendo al conductor, que al momento del accidente se encuentren dentro de la cabina o subiendo o bajando de la misma. Esta cobertura está limitada a la capacidad normal que por su tipo tenga el vehículo y sujeto a las siguientes condiciones:</p> <p>Muerte accidental de un ocupante: la indemnización por muerte accidental de cada ocupante será cubierta por la Compañía a sus beneficiarios legales, hasta el límite de la suma fijada en la condiciones particulares de esta Póliza para el amparo de muerte accidental para ocupantes y solo para aquel número de personas que indique la capacidad del vehículo.</p> <p>Pérdida accidental de miembros: si dentro de los ciento ochenta días, contados a partir de la fecha del accidente cubierto, se produce la pérdida de un miembro de alguno de los ocupantes del vehículo asegurado, la Compañía indemnizará de acuerdo a la siguiente tabla de porcentajes aplicados a la suma asegurada determinada para muerte accidental, para cada ocupante y solo para aquel número de personas que indique la capacidad del vehículo.</p> <p>Pérdida de ambos brazos o ambas manos: cien por ciento Pérdida de ambas piernas o ambos pies: cien por ciento Pérdida de una mano y un pie o de un brazo y una pierna: cien por ciento Pérdida de la capacidad auditiva total de ambos oídos: cien por ciento Pérdida completa e irreparable de la vista de ambos ojos: cien por ciento</p>				

SEGURO DE	VIGENCIA DEL DOCUMENTO	POLIZA	ANEXO
TODO RIESGO DE VEHICULOS	Desde: 12-9-2019 Hasta: 12-9-2020	291389	0

Asegurado : 448559 - BRUNO GUAMAN MARIA TERESA

Pérdida de un brazo o una pierna: cincuenta por ciento
Pérdida de una mano o un pie o un ojo o la capacidad auditiva de un oído: cincuenta por ciento
Pérdida de cualquier dedo de la mano o del pie: cinco por ciento

La reducción de la capacidad funcional del órgano o miembro, se indemnizará en proporción a dicha reducción. La pérdida de varios miembros u órganos se indemnizará sumando los porcentajes correspondientes a cada miembro u órgano perdido, sin que la indemnización total pueda exceder del cien por ciento de la suma asegurada. La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la tabla de porcentajes constituyen una invalidez, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con la de los casos previstos.

Gastos médicos.

La Compañía reembolsará, hasta el límite indicado en la condiciones particulares de esta Póliza y en exceso de los montos cubiertos por el seguro obligatorio de accidentes de tránsito que se encontrare vigente al momento del accidente, los gastos médicos necesarios, razonables y acostumbrados en los que tenga que incurrir el Asegurado y/o los ocupantes del vehículo asegurado por la atención médica de emergencia debido a las lesiones corporales que sufra como consecuencia de un accidente cubierto por esta Póliza. Los gastos deben haber sido incurridos dentro de las veinticuatro horas siguientes al accidente y ser justificados con las facturas correspondientes que cumplan todos los requisitos exigidos por la autoridad tributaria.

Bienes amparados

Se ampara dentro de la presente Póliza los vehículos a tracción a motor, que estén legalmente matriculados para transitar por el territorio ecuatoriano.

Definiciones

Solicitante: 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 a la Compañía.

Asegurado: Persona natural o jurídica interesada en la traslación de los riesgos y quien tiene interés asegurable, en los términos exigidos por las normas que rigen el contrato de seguro que cuando coincide con el beneficiario, es la que ha de percibir, en caso de siniestro, el producto del seguro.

Interés asegurable: Vínculo que existe entre el asegurado y el objeto asegurado, una persona tiene un interés asegurable cuando se beneficia de la conservación de un objeto y se perjudica si este sufre daño o pérdida. Este principio nos guía a asegurar solamente aquellos bienes que nos pertenecen o aquellos sobre los que tenemos responsabilidad. Para que exista un contrato de seguro debe estar presente el interés asegurable, en ausencia de este, no puede existir un contrato válido.

Interés asegurado: Bienes objeto del contrato de seguro.

Suma asegurada: Valor atribuido por el Asegurado del contrato de seguro a los bienes cubiertos por la Póliza y cuyo importe es la cantidad máxima que está obligado a pagar la Compañía, en caso de siniestro.

Suma asegurable: El cien por ciento del valor real o de reposición, según sea el caso, es decir, la suma máxima por la cual se puede asegurar el bien técnicamente, teniendo en cuenta los conceptos de valor real o comercial y de reposición a nuevo y sobre la cual se determinarán los conceptos de infraseguro, sobraseguro, coaseguro, pérdida total y pérdida parcial.

Valor real o comercial: Valor de los bienes asegurados al momento del siniestro, tomando en cuenta su estado, características de construcción, capacidad, vetustez, demérito por uso y demás características que determinen su valor real en el momento señalado.

Valor de reposición o a nuevo: Valor de dinero necesario para reponer el bien por uno nuevo de la misma clase y características y capacidad, incluyendo el costo de transporte, montaje y derechos arancelarios, si los hubiere. La Compañía conserva su derecho de indemnizar reponiendo el bien por uno de similares características o reparándolo con partes y piezas

SEGURO DE	VIGENCIA DEL DOCUMENTO	POLIZA	ANEXO
TODOS RIESGOS DE VEHICULOS	Desde: 12-9-2019 Hasta: 12-9-2020	291389	0

Asegurado : 448559 - BRUNO GUAMAN MARIA TERESA

nuevas.

Vigencia

Esta Póliza se encontrará vigente por el plazo determinado en las condiciones particulares contenidas en la carátula de esta Póliza y no se renovará automáticamente en ningún caso. No se considerará como obligación de la Compañía, el aviso del vencimiento de esta Póliza.

Suma asegurada

Suma asegurada estipulada en las condiciones particulares de la Póliza, representa para la Compañía el límite máximo de su responsabilidad, no podrá ser en ningún caso superior al valor real comercial del bien al momento de un siniestro.

Deducible

El presente seguro se contrata con el deducible especificado en las condiciones particulares de esta Póliza. En consecuencia, queda entendido y convenido que la Compañía pagará las indemnizaciones que tenga derecho el Asegurado únicamente cuando las pérdidas excedan el importe del deducible.

El Asegurado asume por su propia cuenta las pérdidas inferiores a la suma fijada como deducible.

Declaración falsa o reticencia

El solicitante y/o Asegurado están obligados a declarar objetivamente, el estado del riesgo. La reticencia, inexactitud o falsedad de aquellas circunstancias que, conocidas por la Compañía lo hubieren retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más gravosas, vician de nulidad relativa el contrato, de acuerdo a los términos prescritos por las normas que rigen el contrato de seguro.

Derecho de inspección

La Compañía se reserva el derecho de inspeccionar el riesgo asegurado, objeto del seguro, con el fin de determinar el riesgo al momento de su aseguramiento y con base a dicha inspección se reserva el derecho a proceder o no asegurarlo.

Modificación del estado del riesgo

El solicitante y/o Asegurado están obligados a mantener el estado del riesgo. Deberán notificar a la Compañía todas aquellas circunstancias que sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato y que impliquen agravación del riesgo o modificación de su identidad local, con una antelación no menor de diez (10) días a la fecha de modificación, si esta depende de su propio arbitrio y si le es extraña, dentro de los tres (3) días siguientes a aquel en que tenga conocimiento del mismo.

Pago de prima

El solicitante y/o Asegurado están obligados al pago de la prima al contado y por anticipado, contra recibo oficial de la Compañía, en los términos establecidos por las normas que rigen el contrato de seguro. La mora en el pago de la prima, de acuerdo a los términos establecidos, en las condiciones generales y/o en las particulares, privará al Asegurado o a sus beneficiarios del derecho a la indemnización por el siniestro ocurrido durante el período de mora o atraso, aún sin necesidad de que el solicitante, el Asegurado o la persona que lo represente, haya sido requerida para el pago.

El derecho a la indemnización no se convalida por el pago posterior de la prima o cuota de la prima respectiva, aunque haya sido recibida por la Compañía.

Renovación

Este contrato podrá renovarse por períodos consecutivos, mediante el pago de la prima de renovación que determine la Compañía.

La Compañía no está obligada a dar aviso al Asegurado sobre el vencimiento de la Póliza y se reserva el derecho de renovar o no la misma.

Seguro insuficiente

Cuando la suma asegurada es inferior al valor real o de reposición, según sea el caso, del bien o bienes asegurados. En los casos de pérdidas totales, la Compañía responderá hasta el límite de la suma asegurada, monto del cual rebajará el deducible. En las pérdidas parciales indemnizará proporcionalmente al riesgo asumido, de cuya suma rebajará el monto del deducible. Esta condición rige para cada bien asegurado, por separado.

SEGURO DE	VIGENCIA DEL DOCUMENTO		POLIZA	ANEXO
TODO RIESGO DE VEHICULOS	Desde: 12-9-2019	Hasta: 12-9-2020	291389	0
Asegurado : 448559 - BRUNO GUAMAN MARIA TERESA				
<p>Sobresseguro Cuando la suma asegurada excede del valor real de mercado o de reposición, según sea el caso, del bien o bienes asegurados. La Compañía indemnizará el monto de la pérdida a valor real del mercado o de reposición sin tener en cuenta la suma asegurada y devolverá la prima neta cobrada en exceso, por el tiempo que falte para la terminación de la última vigencia de esta Póliza.</p> <p>Si el valor asegurado de esta Póliza fuera menor al valor del mercado referido en el párrafo anterior, los siniestros cubiertos por la misma se liquidarán con sujeción a esta cláusula.</p> <p>Seguro en otras compañías En caso de que el solicitante o Asegurado contraten otro seguro sobre los mismos bienes relacionados en las condiciones particulares de esta Póliza, están en la obligación de notificar a la Compañía la fecha de contratación de los otros seguros, la clase de seguro, suma asegurada y vigencia de la o las otras pólizas. Ocurrido el siniestro, el Asegurado está obligado a comunicar a cada uno de los asegurados indicando el nombre de cada uno de ellos. El Asegurado sólo podrá pedir a cada asegurador la indemnización proporcional al respectivo contrato, y la sumatoria de las mismas no podrá superar el valor del monto del daño.</p> <p>Terminación anticipada Durante la vigencia del presente contrato, el Asegurado podrá solicitar la terminación anticipada del seguro, mediante notificación escrita a la Compañía, devolviendo el original de esta Póliza, en cuyo caso la Compañía atenderá el pedido y liquidará la prima aplicando la tarifa de corto plazo. Por su parte, la Compañía también podrá dar por terminado el seguro, en cualquier tiempo antes del vencimiento, mediante notificación al Asegurado en su domicilio con antelación no menor de diez días y si no pudiere determinar el domicilio del Asegurado, la revocación del contrato será notificada mediante tres avisos que se publicarán en un periódico de buena circulación en la ciudad en que tenga su domicilio la Compañía, con intervalo de tres días entre cada publicación; en este caso queda obligada a devolver al Asegurado la parte de la prima en proporción al tiempo no corrido, calculada a prorrata</p> <p>Aviso de siniestro Al ocurrir cualquier accidente, pérdida o daño, el Asegurado o el beneficiario deberán dar aviso a la Compañía dentro del término de tres (3) días hábiles contados a partir de la fecha en que haya conocido o debió conocer la ocurrencia del siniestro.</p> <p>Obligaciones del asegurado en caso de siniestro 1. Evitar la extensión o propagación del siniestro: De acuerdo a las normas que rigen el contrato de seguro, está obligado el Asegurado a evitar la extensión o propagación del siniestro y a procurar el salvamento de las cosas amenazadas, tomando las medidas necesarias y urgentes para precautelar los bienes asegurados y/o el traslado a un sitio que brinde las seguridades respectivas.</p> <p>El Asegurado tiene la obligación de poner en conocimiento de la Compañía estos hechos y sólo podrá efectuar las reparaciones necesarias para evitar la extensión o propagación del siniestro. El incumplimiento de esta obligación le hará perder su derecho al cobro del seguro.</p> <p>2. Para los amparos de responsabilidad civil y accidentes personales: Deberá dar aviso a la Compañía de toda demanda, procedimiento o diligencia, carta, reclamación o citación que reciba dentro de los tres días hábiles siguientes a la fecha en que tenga noticia que se relacione con cualquier acontecimiento que pueda dar lugar a reclamación de acuerdo con la presente Póliza. El aviso deberá contener la identificación del vehículo asegurado, la hora, fecha, lugar y descripción del accidente, así como los nombres de los testigos que hayan presenciado el mismo, con sus respectivas direcciones y teléfonos.</p> <p>En caso de lesiones personales o muerte, se deberá autorizar a la Compañía, si esta lo requiere, para obtener informes médicos y copias de la documentación relacionada con el siniestro. La persona lesionada se someterá, si así lo requiere la Compañía, a exámenes médicos y en caso de fallecimiento la Compañía podrá exigir, a su costa, la práctica de las autopsias necesarias, para establecer la causa de la muerte.</p> <p>Para los amparos de pérdida total y parcial por daño o por robo: Aviso del siniestro en términos ya establecidos deberá contener la identificación del vehículo asegurado, la hora,</p>				

SEGURO DE	VIGENCIA DEL DOCUMENTO		POLIZA	ANEXO
TODOS RIESGOS DE VEHICULOS	Desde: 12-9-2019	Hasta: 12-9-2020	291389	0
Asegurado : 448559 - BRUNO GUAMAN MARIA TERESA				
<p>fecha, lugar y descripción del accidente, así como los nombres de los testigos que hayan presenciado el mismo, con sus respectivas direcciones y teléfonos. Impedirá y se abstendrá de ordenar reparaciones o cualquier cambio de piezas, antes de ser autorizado por la Compañía.</p> <p>El incumplimiento de cualquiera de las obligaciones consignadas en este artículo y del aviso del siniestro hará perder el Asegurado o beneficiario todo derecho a la reclamación, en los términos consagrados en las leyes sobre el contrato de seguro.</p> <p>Documentos necesarios para la reclamación de siniestros Documentos aplicables a todas las coberturas.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Prueba sobre la propiedad del vehículo y/o de su interés asegurable, fotocopia de la matrícula actualizada. 2. Parte policial y/o denuncia a las autoridades correspondientes y de la respectiva resolución de autoridad competente e informe, si fuere el caso. 3. Fotocopia a color de la cédula del conductor y del Asegurado, si fuere el caso. 4. Proforma de reparación y/o reemplazo de las partes afectadas (total de mano de obra y/o repuestos). 5. Facturas de los gastos médicos incurridos (gastos médicos y responsabilidad civil por lesiones). 6. Certificado médico del profesional que atendió al accidentado (gastos médicos y responsabilidad civil por lesiones). 7. Historia clínica en caso de ser necesaria (gastos médicos y responsabilidad civil por lesiones). 8. Copia de la cédula del afectado (gastos médicos y responsabilidad civil por lesiones). 9. Certificado de defunción (muerte accidental y responsabilidad civil por muerte). 10. Copia de la cédula de los beneficiarios legales (muerte accidental y responsabilidad civil por muerte). 11. Posesión efectiva de bienes (muerte accidental y responsabilidad civil por muerte). 12. Sentencia judicial ejecutoriada demostrando la responsabilidad del Asegurado y el monto de los perjuicios sufridos por el tercero o terceros afectados, para la cobertura de responsabilidad civil extracontractual. 13. Contrato de compraventa debidamente firmado, según formato entregado por la Compañía, para la cobertura de pérdida total por daños o por robo. 14. Matrícula original actualizada a nombre del Asegurado, para la cobertura de pérdida total por daños o por robo. 15. Copias a color de cédula de identidad, certificado de votación del propietario del vehículo y del cónyuge de ser el caso, para la cobertura de pérdida total por daños o por robo. 16. Para personas jurídicas, fotocopias de Registro Único de Contribuyentes, estatutos de la compañía y del nombramiento del Representante Legal, debidamente inscrito y vigente, conjuntamente con la respectiva cédula de identidad y papeleta de votación, para la cobertura de pérdida total por daños o por robo. 17. Certificado Único Vehicular emitida por la autoridad de tránsito competente, para la cobertura de pérdida total por daños o por robo. 18. Llaves del vehículo y duplicados, para la cobertura de pérdida total por daños o por robo. 19. Denuncias originales de Policía Judicial, autoridad de tránsito competente (Comisión de Tránsito del Guayas), para la cobertura de pérdida total por robo. <p>Derecho de la Compañía en caso de siniestro</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nombramiento de Ajustador, si lo considera conveniente. 2. Inspección. 3. Designación de taller. 4. La Compañía tiene derecho al salvamento. 5. La Compañía de acuerdo a la ley tiene derecho a indemnizar un siniestro mediante reposición, reparación, reconstrucción o en dinero. <p>Pérdida de derecho a la indemnización</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si las pérdidas o daños han sido causados intencionalmente por el solicitante, Asegurado o beneficiario o por los representantes legales, administradores o dependientes de los mismos o con su complicidad. 2. Cuando la reclamación presentada fuere de cualquier manera fraudulenta. 3. Cuando el Asegurado o beneficiario no de aviso de la ocurrencia del siniestro a la 				

SEGURO DE	VIGENCIA DEL DOCUMENTO		POLIZA	ANEXO
TODO RIESGO DE VEHICULOS	Desde: 12-9-2019	Hasta: 12-9-2020	291389	0
Asegurado : 448559 - BRUNO GUAMAN MARIA TERESA				
<p>Compañía, dentro del plazo estipulado en el contrato de seguros.</p> <p>4. El Asegurado perderá el derecho a la indemnización cuando se enmarque en las exclusiones mencionadas en el presente contrato.</p> <p>5. El Asegurado no está facultado para reconocer su propia responsabilidad y debe abstenerse por sí o por quien haga sus veces, de tomar cualquier providencia, pactar transacciones o ajustar pagos de indemnizatorios, sin la previa autorización escrita de la Compañía. Además deberá asistir, a solicitud de la Compañía, a todas las reuniones, juicios o procesos y ayudar a concretar arreglos, conseguir pruebas, obtener la comparecencia de testigos si los hubiere y en general a llevar a cabo todas las actividades que persigan la disminución del perjuicio patrimonial. El incumplimiento de este numeral dará como consecuencia la pérdida de los derechos de indemnización.</p> <p>Liquidación de siniestro</p> <p>La Compañía pagará la indemnización en dinero o mediante la reposición, reparación o reconstrucción del vehículo asegurado o cualquier parte de él, a su elección, dentro de los límites de la suma asegurada, menos el deducible pactado para la cobertura afectada y aplicando la regla proporcional si hubiese lugar a ella. De acuerdo con las normas que regulan el contrato de seguro, la indemnización no excederá del valor comercial del vehículo al momento del accidente ni del perjuicio patrimonial sufrido por el Asegurado y/o tercero perjudicado.</p> <p>Sin exceder las sumas aseguradas, la Compañía habrá cumplido válidamente sus obligaciones indemnizatorias al restablecer en forma razonable equivalente, el vehículo asegurado, al estado en que se encontraban en el momento del siniestro, sujeta a las siguientes estipulaciones:</p> <p>1. Piezas, partes y accesorios: La Compañía pagará al Asegurado el costo de las reparaciones por pérdida parcial y, de ser necesario, del reemplazo de aquellas piezas partes o accesorios del vehículo que no fueren reparables, sin restar la suma correspondiente al valor de la depreciación. La Compañía se reserva el derecho de efectuar por su cuenta las reparaciones del vehículo o de alguna de sus partes, piezas o accesorios y de elegir libremente el taller que deba efectuarlas.</p> <p>2. Inexistencia de partes en el mercado: Si las partes, piezas o accesorios necesarios para una reparación o reemplazo no se encontraren en el comercio local de repuestos, la Compañía no será responsable del tiempo que demande la importación de dichas piezas ni de los gastos para la aceleración de la importación, ni de los fletes aéreos y otros gastos. Si tales piezas no existiesen tampoco en fábrica, cumplirá su obligación la Compañía pagando el importe de las mismas en efectivo al Asegurado, de acuerdo con el promedio de precio de venta de los importadores durante el último semestre en que la pieza o parte de ella haya existido en el mercado local, más el costo razonable de su instalación, con sujeción al presupuesto que se formule por un taller de mecánica de reconocida solvencia que podrá ser escogido por la Compañía. Este hecho descrito no dará lugar en ningún caso al reconocimiento de pérdida total.</p> <p>3. Alcance de la indemnización en las reparaciones: La Compañía no está obligada a pagar ni a efectuar reparaciones por daños que no hayan sido causados en el siniestro reclamado y ni en la fecha en que este ocurrió ni que representen mejoras al vehículo. Habrá cumplido sus obligaciones restableciendo y en forma tal que el bien quede en las mismas condiciones objetivas que poseía en el momento inmediatamente anterior al siniestro, sin que sean de su cargo los perjuicios derivados de la demora en las reparaciones.</p> <p>4. El pago de la indemnización en caso de pérdida parcial por daños o por robo reduce la suma asegurada original hasta tanto el Asegurado no haya cubierto la prima correspondiente para restablecer la misma.</p> <p>5. En el evento de pérdida total, a menos que el acreedor prendario autorice el pago de la indemnización al Asegurado, esta determinará, en primer lugar, a cubrir los créditos con garantía prendaria sobre el vehículo asegurado y el excedente, si lo hubiere, se pagará al Asegurado.</p> <p>6. En caso de recuperación del vehículo robado, la Compañía podrá devolver el vehículo al Asegurado con el pago adicional de cualquier daño que hubiere sufrido a consecuencia del robo y siempre que tal devolución se realice antes del pago del siniestro en efectivo o por reposición.</p> <p>7. Para el caso de gastos médicos, la Compañía podrá pagar directamente a la persona lesionada o a cualquier otra persona u organización que pague los servicios cubiertos.</p> <p>8. Para el caso de accidentes personales, la indemnización que procesa será pagada únicamente con el consentimiento del Asegurado y directamente a los accidentados, beneficiarios o derechos habientes o sus representantes legales, quienes otorgarán a la Compañía, recibos con</p>				

SEGURO DE	VIGENCIA DEL DOCUMENTO	POLIZA	ANEXO
TODOS RIESGOS DE VEHICULOS	Desde: 12-9-2019 Hasta: 12-9-2020	291389	0

Asegurado : 448559 - BRUNO GUAMAN MARIA TERESA

firmas legalizadas, los cuales se considerarán como finiquitos de descargo total con respecto al accidente de dichas personas.

9. En caso de pérdida total por daño o por robo le corresponde al Asegurado cubrir los gastos que demandan la custodia y/o traslado del salvamento así como el pago de todo derecho, impuesto, multa, extinción o eliminación definitiva exigida por cualquier autoridad o por conveniencia del mismo Asegurado.

De igual forma corresponden al Asegurado, los gastos de recuperación del vehículo, cuando este ha sido encontrado antes del pago de la indemnización.

Pago de la indemnización

Si la Compañía aceptare una reclamación en caso de siniestro amparado bajo esta Póliza, tendrá la obligación de pagar al Asegurado la indemnización correspondiente a la pérdida debidamente comprobada, dentro de los treinta (30) días siguientes al que el Asegurado o sus representantes presentaron por escrito la reclamación, aparejada de los documentos estipulados en el presente contrato. En caso de que el reclamo fuese rechazado por la Compañía se estará a lo dispuesto en la Ley General de Seguros.

La Compañía no estará obligada a pagar, en ningún caso, intereses, daños ni perjuicios por los valores que adeude al Asegurado, como resultado de un siniestro, y cuyo pago fuere diferido con motivo de cualquier acción judicial entre el Asegurado y la Compañía o con motivo de retención, embargo o cualquier otra medida precautelatoria solicitada por terceros y ordenada por autoridad competente.

Derecho sobre el salvamento

1. Si por autoridad competente se exige la eliminación del salvamento o su traslado a sitio distinto, la Compañía y el Asegurado participarán proporcionalmente en estos gastos, los cuales en ningún momento podrán exceder para la Compañía del uno por ciento (1%) de la suma asegurada.

2. Cuando el Asegurado sea indemnizado, los bienes salvados o recuperados quedarán de propiedad de la Compañía. El Asegurado participará proporcionalmente al deducible descontado y el infraseguro aplicado, cuando hubo lugar a este, en la venta del salvamento neto, si la Compañía realiza la venta del mismo.

Restitución automática de la suma asegurada

La suma asegurada se reducirá desde el momento de la ocurrencia del siniestro, en el importe del valor de la pérdida, si esta no ha sido indemnizada, o de la indemnización pagada por la Compañía. La suma asegurada se considerará restablecida, a partir del momento en que se efectúe el pago de la prima correspondiente al monto restablecido, a menos que en las condiciones particulares se especifique otra cosa.

Subrogación

En virtud del pago de la indemnización, la Compañía se subroga hasta el monto de su importe en todos los derechos del Asegurado contra las personas responsables del siniestro. El Asegurado no podrá renunciar en ningún momento a sus derechos contra terceros responsables del siniestro en perjuicio de la Compañía. Tal renuncia le acarrearán la pérdida del derecho a la indemnización.

A petición de la Compañía, el Asegurado deberá hacer todo lo que esté a su alcance para permitirle el ejercicio de los derechos de subrogación y será responsable de los perjuicios que le acarrea a la Compañía su falta de diligencia en el cumplimiento de esta obligación. En todo caso, si su conducta proviene de mala fe, perderá el derecho a la indemnización.

La Compañía no puede ejercer la acción subrogatoria en los casos señalados en el Decreto Supremo No. 1147 del 29 de noviembre de 1963.

Cesión de póliza

La presente Póliza no podrá cederse ni endosarse, antes o después del siniestro, sin autorización previa y escrita de la Compañía. Cualquier endoso o cesión que se efectuare contraviniendo lo dispuesto en este artículo privará al Asegurado o a quien este hubiere transferido esta Póliza, de todo derecho a indemnización en caso de siniestro.

Arbitraje

Si se originare cualquier disputa o diferencia entre la Compañía y el Asegurado o beneficiario con relación a este seguro, tal diferencia o disputa, antes de acudir a los jueces competentes, podrá someterse de común acuerdo, a arbitraje o mediación, en cualquiera de los centros de arbitraje o mediación que legalmente operen en el domicilio de la Compañía. Los árbitros deberán, no obstante, juzgar más bien desde el punto de vista de la práctica del seguro que de derecho estricto. El laudo arbitral tendrá fuerza obligatoria para las partes.

SEGURO DE	VIGENCIA DEL DOCUMENTO	POLIZA	ANEXO
TODO RIESGO DE VEHICULOS	Desde: 12-9-2019 Hasta: 12-9-2020	291389	0

Asegurado : 448559 - BRUNO GUAMAN MARIA TERESA

Notificaciones

Cualquier notificación que deban hacerse las partes para los efectos del presente contrato deberá consignarse por escrito, dirigida a la última dirección conocida por la otra parte.

Jurisdicción

Cualquier litigio que se suscitare entre la Compañía y el Asegurado, con motivo del presente contrato de seguro, queda sometido a la jurisdicción ecuatoriana y a la vía verbal sumaria. Las acciones contra la Compañía deben ser deducidas en el domicilio de ésta. Las acciones contra el Asegurado en el domicilio del demandado.

Prescripción

Los derechos, acciones y beneficios que se deriven del presente contrato de seguro, prescriben en dos (2) años contados a partir del acontecimiento que les dio origen.

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

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó a la presente Condición General el número de registro_____, de .. de _____. 201_

En testimonio de lo acordado se firma en GUAYAQUIL, 12 de SEPTIEMBRE de 2019

SEGURO DE		VIGENCIA DEL DOCUMENTO		POLIZA	ANEXO
TODO RIESGO DE VEHICULOS		Desde: 12-9-2019	Hasta: 12-9-2020	291389	0
Asegurado : 448559 - BRUNO GUAMAN MARIA TERESA					
CONDICIONES PARTICULARES					
Certificado:GY-VH-CO-197321					

AUTO Numero : 001					

Nombre del Asegurado: BRUNO GUAMAN MARIA TERESA					
Zona-Destino : GUAYAQUIL					
Marca : RENAULT		Modelo : LOGAN INTENS 16V AC 1.6 4P			
4X2 TM					
Tipo Vehículo : SEDAN		Placa : Gtb5447			
Motor : K4M2842Q217788		Chasis : 9FB4SRC94KM782872			
Color : CREMA		Actividad: LIVIANO PARTICULAR			
Valor Asegurado Total		Item: US\$ 18.600,00	Año: 2019		
Coberturas Generales: ACP UNIFICADO DISPOSITIVO CON COSTO HASTA \$ 20.000 Convenio : 0					
Prima Neta : US\$ 505,92					
Vigencia desde : 12/09/2019					
Vigencia hasta : 12/09/2020					

Nro. ACCESORIO		SUM. ASEGURADA	PRIMA		
001 LAMINAS DE SEGURIDAD		US\$ 200,00	US\$ 5,44		

LA RESPONSABILIDAD MAXIMA DE LA COMPAÑIA EN CASO DE SINIESTRO, SERA EL VALOR ASEGURADO DE LA POLIZA. POR LO TANTO EN CASO DE UN SINIESTRO QUE LLEGUE A ESTE VALOR, EL DEDUCIBLE SE DESCONTARA DE ESTE MONTO					
COBERTURAS: SUMA ASEGURADA:					
- Pérdida parcial por robo Hasta el valor del casco					
- Pérdida parcial por daño Hasta el valor del casco					
- Pérdida total por robo Hasta el valor del casco					
- Pérdida total por daño Hasta el valor del casco					
- Responsabilidad civil hasta: USD. 35.000 como LUC por evento**.					
- Muerte conductor y/o ayudante: USD. 5.000 por cada ocupante*					
- Gastos médicos hasta: USD. 3.000 por cada ocupante*					
* Se tomará como límite máximo indicado en la matrícula					
** Dentro del Territorio Ecuatoriano					
La indemnización por concepto de gastos médicos y hospitalarios opera en exceso a las coberturas del SPPAT.					
CLAUSULAS ADICIONALES:					
- Anexo de protección vehicular Auto Conectado					
- Adhesión.					
- Aviso de siniestro, 10 días					
- Caminos vecinales					
- Cancelación de la póliza, 30 días					
- Cláusula de aceptación					
- De inexistencia de partes en el mercado					
- Cláusula de cobertura según los años de fabricación del vehículo asegurado					
- Cláusula de exclusión cuando carezca de licencia o documentos que habiliten dentro del territorio ecuatoriano a conducir el vehículo asegurado					
- Herramientas, llanta de emergencia y tapacubos.					
- Paso de puentes y gabarras					
- Salvamento					
- Restitución automática de suma asegurada					
VALORES AGREGADOS					

SEGURO DE	VIGENCIA DEL DOCUMENTO		POLIZA	ANEXO
TODO RIESGO DE VEHICULOS	Desde: 12-9-2019	Hasta: 12-9-2020	291389	0
Asegurado : 448559 - BRUNO GUAMAN MARIA TERESA				
<p>- Cobertura en países de la CAN (Excepto Venezuela), excluye Responsabilidad civil. - Cobertura 100% en air-bag en caso de un siniestro amparado en la póliza. - No se aplica depreciación en partes y piezas</p> <p>BENEFICIOS ADICIONALES</p> <p>- Asistencia Equinoccial 24 horas - Auto Sustituto, solo para vehículos livianos, excluye motos, taxis y pesados</p> <p>DEDUCIBLE POR EVENTO:</p> <p>Pérdida Parcial 10% del valor del siniestro, mínimo 1% del valor asegurado, mínimo USD\$ 250.00 (el que sea mayor por evento)</p> <p>Pérdida Total por Daño 10% del valor asegurado</p> <p>Pérdida Total por Robo (Con dispositivo) 0% del valor asegurado</p> <p>NOTAS ACLARATORIAS:</p> <p>- El consentimiento por parte de la Compañía, será otorgado una vez cumplidas las formalidades, previstas en la normativa de Prevención de Lavado de Activos, Financiamiento del Terrorismo y Otros Delitos</p> <p>- Se excluye la cobertura de pérdida parcial por robo para los radios pull-out.</p> <p>- Los radios face-out se cubrirán en robo parcial siempre y cuando el asegurado entregue la mascarilla desmontable.</p> <p>- En caso de que el(los) vehículo(s) asegurado(s) posean accesorios extras (diferentes a los originales del vehículo), cuyo valor no supere el 20% del valor del casco, el asegurado deberá notificar por escrito su decisión de asegurarlos, previo la inspección y el pago de prima adicional; caso contrario los mencionados accesorios no tendrán cobertura.</p> <p>- Excluye cualquier daño que ocurra por combustible que no sea el apropiado o estipulado por el fabricante, o por la alteración del mismo que pueda causar cualquier daño al vehículo asegurado.</p> <p>- En caso de asegurarse furgones, termokines, tanques, las coberturas inherentes a rotura de maquinaria y transporte están excluidas</p> <p>- Cubertura para radios originales: hasta el 100% de su valor no superior a us\$1.000</p> <p>- En caso de que Seguros Equinoccial hubiere pagado una indemnización por el valor total de los bienes asegurados, adquiere los derechos de dichos bienes, pudiendo renunciar a estos unilateralmente en cualquier momento.</p> <p>Forma de cálculo del puntaje de conducción por viaje</p> <p>Mediante métodos estadísticos de clasificación y segmentación, se realizará la puntuación, según las métricas alcanzadas en cada una de las siguientes variables:</p> <p>- Velocidad máxima - Excesos de velocidad - Velocidad promedio - Frenados bruscos - Aceleraciones bruscas - Distancia recorrida - Duración del viaje</p>				

SEGURO DE	VIGENCIA DEL DOCUMENTO	POLIZA	ANEXO
TODO RIESGO DE VEHICULOS	Desde: 12-9-2019 Hasta: 12-9-2020	291389	0

Asegurado : 448559 - BRUNO GUAMAN MARIA TERESA

- Otras relacionadas a la forma de conducción

Cada viaje será puntuado con una calificación en escala del 0 al 100, y las categorías por viaje responden a los siguientes rangos:

Viaje Excepcional: Puntaje mayor a 83.

Viaje Estándar: Puntaje entre 50 y 83 inclusive.

Viaje Inseguro: Puntaje inferior o igual a 50.

Forma de calificar el Comportamiento del Conductor

Del total de viajes realizados durante el transcurso de la vigencia de la póliza, se obtiene el porcentaje de viajes realizados por cada una de las categorías de viajes, aplicándose la siguiente fórmula:

Comportamiento del Conductor = $(\% \text{ ViajesExcepcionales} * 100 + \% \text{ ViajesEstándar} * 66 + \% \text{ ViajesInseguro} * 33)$

La calificación resultante se encuentra medida en escala de 0 a 100 y las categorías de calificación responden a los siguientes rangos:

Conductor Excepcional: Comportamiento del conductor mayor a 85 puntos.

Conductor Estándar: Comportamiento entre 75 y 85 puntos inclusive.

Conductor Inseguro: Comportamiento inferior o igual a 75 puntos.

BENEFICIO DE DEVOLUCIÓN O PORCENTAJE DE DESCUENTO EN PRIMA

En el caso que el cliente haya obtenido la categoría de Conductor Excepcional, es decir, su puntaje de Comportamiento de conductor haya sido mayor a 85 puntos, de acuerdo al historial de viajes realizados durante el año de vigencia de esta póliza, será beneficiado con una devolución de hasta 10% de la prima pagada por el vehículo asegurado, de acuerdo a lo estipulado en el "Anexo de Protección Vehicular Auto Conectado".

El Asegurado recibirá el importe en referencia en la forma y método acordado con la Compañía, al momento de serle comunicado dicho beneficio.

GARANTIAS DE POLIZA:

- Para efectos de esta póliza, en caso de responsabilidad civil, no se consideran terceros al cónyuge, parientes del asegurado hasta el tercer grado de consanguinidad o afinidad, así como los socios, gerentes o empleados subalternos del asegurado.

- El asegurado autoriza expresamente a la aseguradora para que, de manera directa o a través de sus peritos, en cualquier momento solicite la información que considere pertinente a la empresa de rastreo satelital que le presta sus servicios.

GARANTIA DE POLIZA EN CASO DE SINIESTRO:

En caso de sufrir un siniestro amparado por el seguro contratado, que afecte el(los) vehículo(s) materia del seguro, y no se haya entregado al momento de la suscripción la matrícula o contrato legalizado a nombre del asegurado y conforme a lo establecido en las condiciones generales, el asegurado debe probar la propiedad del vehículo y/o el interés asegurable, con la entrega de los documentos exigidos por la legislación ecuatoriana; caso contrario, Seguros Equinoccial S.A. no puede tramitar el reclamo hasta que no se complete dicha documentación.

*** CAMINOS VECINALES ***

No obstante lo estipulado en contrario a las condiciones generales de la póliza arriba citada, con esta cláusula se extiende a amparar los vehículos asegurados, durante su tránsito por caminos no entregados oficialmente al público.

SEGURO DE	VIGENCIA DEL DOCUMENTO		POLIZA	ANEXO
TODOS RIESGO DE VEHICULOS	Desde: 12-9-2019	Hasta: 12-9-2020	291389	0
Asegurado : 448559 - BRUNO GUAMAN MARIA TERESA				
<p>Todos los demás términos y condiciones de la Póliza, con excepción de lo establecido en esta cláusula, quedan en pleno vigor y sin modificación alguna.</p> <p>Lugar y Fecha:</p> <p>EL CONTRATANTE LA COMPAÑIA</p> <p>El Contratante y/o Asegurado podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.</p> <p>La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó a la presente cláusula el número de registro SCVS-6-7-0-CA-205, de 13 de octubre de 2017.</p> <p>* NOTIFICACION DE SINIESTROS *</p> <p>Se deja expresa constancia de que sin perjuicio de lo estipulado en las condiciones generales de la póliza arriba citada, el Asegurado podrá notificar a la Compañía, la ocurrencia de un siniestro, durante el periodo establecido en las condiciones particulares, después de la fecha de ocurrencia del evento.</p> <p>Todos los demás términos y condiciones de la Póliza, con excepción de lo establecido en esta cláusula, quedan en pleno vigor y sin modificación alguna.</p> <p>Lugar y Fecha:</p> <p>EL CONTRATANTE LA COMPAÑIA</p> <p>El Contratante y/o Asegurado podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.</p> <p>La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó a la presente cláusula el número de registro SCVS-6-7-0-CA-208, de 13 de octubre de 2017.</p> <p>* CLAUSULA DE ADHESION *</p> <p>Si durante la vigencia de este seguro se presenta modificaciones legales y aprobadas a las condiciones generales de la Póliza arriba citada a la cual se adhiere esta cláusula que representen un beneficio para el Asegurado, tales modificaciones quedarán automáticamente incorporadas a ella siempre y cuando no impliquen un aumento de riesgo a las condiciones originalmente pactadas o un aumento del valor asegurado.</p> <p>Todos los demás términos y condiciones de la Póliza, con excepción de lo establecido en esta cláusula, quedan en pleno vigor y sin modificación alguna.</p> <p>Lugar y Fecha:</p> <p>EL CONTRATANTE LA COMPAÑIA</p> <p>El Contratante y/o Asegurado podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.</p> <p>La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó a la presente cláusula el número de registro SCVS-6-7-0-CA-220, de 13 de octubre de 2017.</p>				

SEGURO DE	VIGENCIA DEL DOCUMENTO	POLIZA	ANEXO
TODOS RIESGO DE VEHICULOS	Desde: 12-9-2019 Hasta: 12-9-2020	291389	0

Asegurado : 448559 - BRUNO GUAMAN MARIA TERESA

* CLAUSULA DE RESTITUCION AUTOMATICA DE SUMA ASEGURADA *

Queda convenido y declarado que en caso de cualquier pérdida parcial, cubierta por la Póliza a la cual se incorpora este anexo y, cuyo pago hiciere disminuir el monto total asegurado, la Compañía y el Asegurado convienen en efectuar la inmediata restitución de la suma asegurada inicial. Para este efecto, el Asegurado abonará a la Compañía el importe de la prima calculada a prorrata sobre el monto de la pérdida, a la tasa estipulada y desde la fecha del siniestro hasta el vencimiento de la Póliza.

Todos los demás términos y condiciones de la Póliza, con excepción de lo establecido en este anexo, quedan en pleno vigor y sin modificación alguna.

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

NOTA: El presente anexo fue aprobado por la Superintendencia de Bancos y Seguros, con resolución No. SBS-INSP-2007-316, registro No. 29034 del 23 de agosto del 2007.

* ANEXO DE CANCELACION *

La Compañía queda facultada para cancelar la Póliza en referencia o alguno de sus amparos, de acuerdo a lo establecido en la sección de terminación anticipada contemplada en las condiciones generales de la Póliza, en cualquier momento pero deberá dar aviso al Asegurado por escrito sobre esta determinación en su domicilio o mediante tres (3) avisos en un periódico de buena circulación, con la antelación o condiciones fijadas en dichas condiciones generales, y devolver al Asegurado la proporción de la prima que falte para el vencimiento de la Póliza, liquidada o prorrata.

Todos los demás términos y condiciones de la Póliza, con excepción de lo establecido en esta cláusula, quedan en pleno vigor y sin modificación alguna.

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

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó a la presente cláusula el número de registro SCVS-6-7-0-CA-221, de 13 de octubre de 2017.

* ANEXO DE SALVAMENTO *

Queda convenido y declarado que en caso de pérdida o daño cubierto, la Póliza a la cual se incorpora esta cláusula se extenderá a cubrir la propiedad salvada dondequiera que la misma pueda estar, conviniendo el Asegurado en notificar a la Compañía tan pronto como le sea posible sobre la ubicación y valor de tales propiedades salvadas y, a petición de la Compañía, pagar la prima adicional requerida por el aumento de riesgo, si lo hubiere.

Todos los demás términos y condiciones de la Póliza, con excepción de lo establecido en esta cláusula, quedan en pleno vigor y sin modificación alguna.

Lugar y Fecha:

SEGURO DE	VIGENCIA DEL DOCUMENTO	POLIZA	ANEXO
TODOS RIESGOS DE VEHICULOS	Desde: 12-9-2019 Hasta: 12-9-2020	291389	0

Asegurado : 448559 - BRUNO GUAMAN MARIA TERESA

EL CONTRATANTE LA COMPAÑIA

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

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó a la presente cláusula el número de registro SCVS-6-7-0-CA-222, de 13 de octubre de 2017.

*** CLÁUSULA DE INEXISTENCIA DE PARTES EN EL MERCADO ***

Mediante la presente cláusula que se adhiere a la Póliza arriba citada, queda entendido y convenido que las partes, piezas o accesorios necesarios para una reparación o reemplazo no se encontraran en el comercio local de repuestos, la Compañía no será responsable del tiempo que demande la importación de dichas piezas ni de los gastos para la aceleración de la importación, ni de los fletes aéreos y otros gastos.

Si tales piezas no existiesen tampoco en fábrica, cumplirá su obligación la Compañía pagando el importe de las mismas en efectivo al Asegurado, de acuerdo con el promedio de precio de venta de los importadores durante el último semestre en que la pieza o parte de ella haya existido en el mercado local, más el costo razonable de su instalación, con sujeción al presupuesto que se formule por un taller de mecánica de reconocida solvencia que podrá ser escogido por la Compañía y aceptado por el Asegurado. Este hecho descrito no dará lugar en ningún caso al reconocimiento de pérdida total.

Todos los demás términos y condiciones de la Póliza, con excepción de lo establecido en esta cláusula, quedan en pleno vigor y sin modificación alguna.

Lugar y Fecha:

EL CONTRATANTE LA COMPAÑIA

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

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó a la presente cláusula el número de registro SCVS-6-7-0-CA-230, de 13 de octubre de 2017.

*** CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN CUANDO CAREZCA DE LICENCIA O DOCUMENTO ***

CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN CUANDO CAREZCA DE LICENCIA O DOCUMENTOS QUE HABILITEN DENTRO DEL TERRITORIO ECUATORIANO A CONDUCIR EL VEHICULO ASEGURADO

Queda entendido y convenido que, la Póliza arriba citada, a la cual se adhiere esta cláusula, excluye dentro de la cobertura de pérdidas parciales del vehículo por daños, cuando el Asegurado o conductor del vehículo asegurado se encuentre incurso en las causales siguientes:

No posea licencia;

Carezca de licencia vigente o no posea puntos en la licencia para conducir, conforme lo establece la normativa vigente de la materia; o, mantenga una licencia de diferente categoría a la que la normativa vigente de la materia exija para manejar el vehículo asegurado.

Todos los demás términos y condiciones de la Póliza, con excepción de lo establecido en esta cláusula, quedan en pleno vigor y sin modificación alguna.

SEGURO DE	VIGENCIA DEL DOCUMENTO	POLIZA	ANEXO
TODOS RIESGOS DE VEHICULOS	Desde: 12-9-2019 Hasta: 12-9-2020	291389	0

Asegurado : 448559 - BRUNO GUAMAN MARIA TERESA

Lugar y Fecha:

EL CONTRATANTE LA COMPAÑIA

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

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó a la presente cláusula el número de registro SCVS-6-7-0-CA-231, de 13 de octubre de 2017.

*** CLAUDULA DE ACEPTACION ***

De conformidad con lo estipulado en las condiciones generales de la Póliza arriba citada, a la cual se adhiere esta cláusula, queda entendido y convenido que el Asegurado confirma que ha leído, comprendido y aceptado, ya sea que se haya remitido de forma física o a través de medios magnéticos, los términos y condiciones que forman parte integral del contrato de seguro suscrito con la Compañía.

Si al tenor de la Póliza arriba citada o de sus condiciones especiales o particulares no se hallare de acuerdo con los compromisos contraídos, el Asegurado podrá solicitar a la Compañía la rectificación correspondiente dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de recepción de los documentos; vencido este plazo tales documentos se considerarán aceptados y definitivos.

Todos los demás términos y condiciones de la Póliza, con excepción de lo establecido en esta cláusula, quedan en pleno vigor y sin modificación alguna.

Lugar y Fecha:

EL CONTRATANTE LA COMPAÑIA

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

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó a la presente cláusula el número de registro SCVS-6-7-0-CA-235 de 13 de octubre de 2017.

*** ASISTENCIA AUTO SUSTITUTO ***

Mediante el presente anexo, el cual se adhiere a la Póliza arriba citada, y sin costo adicional, se conviene y acuerda que la Compañía otorgará al vehículo detallado en condiciones particulares, el servicio de auto sustituto, beneficio que aplicará para los clientes que tengan estipulado este beneficio en sus contratos, siempre y cuando haya sufrido un accidente, siniestro, amparado por la presente póliza hasta los límites y condiciones, que se indican a continuación:

Cobertura

Al momento de reportar un siniestro que cumpla las condiciones mencionadas anteriormente, el cliente deberá solicitar el servicio al área de indemnizaciones o del centro de atención al cliente de la Compañía.

Se coordinará la entrega del vehículo y el mismo se lo hará cuarenta y ocho horas después de reportado el siniestro, siempre y cuando se tenga la proforma que supere el límite anteriormente indicado.

SEGURO DE	VIGENCIA DEL DOCUMENTO	POLIZA	ANEXO
TODOS RIESGOS DE VEHICULOS	Desde: 12-9-2019 Hasta: 12-9-2020	291389	0
Asegurado : 448559 - BRUNO GUAMAN MARIA TERESA			
<p>Se entregará en todo caso, sin importar el vehículo que esté asegurado, un vehículo de cuatro puertas con capacidad para cuatro pasajeros y dos maletas (vehículo categoría económico). Si el Asegurado desea un vehículo superior, deberá pagar la diferencia. El kilometraje será ilimitado, la cobertura es a nivel nacional y el vehículo tendrá cobertura básica de seguro y asistencia veinticuatro horas.</p> <p>El servicio se otorgará por un máximo de diez días para pérdidas parciales y veinte días para pérdidas totales, una sola vez durante la vigencia de la Póliza, los mismos que se pueden pedir seguidos o de acuerdo a las necesidades del cliente, pero en ningún caso por un período mayor al mencionado (si el cliente desea el vehículo por más días, deberá pagar la diferencia).</p> <p>Para que el Asegurado retire el vehículo, deberá cumplir con:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ser mayor de dieciocho años de edad 2. Poseer tarjeta de crédito personal para la entrega de un voucher en garantía por seiscientos dólares, el mismo que será devuelto una vez que entregue el vehículo nuevamente donde lo retiró. 3. Licencia de conducir vigente y presentarla al momento de retirar el vehículo 4. El Asegurado se compromete a firmar el contrato de alquiler al momento de retirar el vehículo. 5. Si el vehículo va a ser retirado por otra persona que no sea el Asegurado se requiere un documento escrito firmado por el Asegurado informando quien será el conductor autorizado, en dicha autorización deberá contar los nombres y número de identificación del conductor y adjuntar copias de cédula de identidad del Asegurado y del conductor autorizado. <p>Exclusiones</p> <p>Está prohibido ceder el presente contrato o efectuar una cesión del mismo, ni siquiera por partes del cliente a favor de terceros ajenos a la presente relación contractual. El vehículo alquilado no podrá bajo ningún pretexto, ser usado para fines diversos del destino específico que consta en sus certificados de registro y/o especificaciones del fabricante, pudiendo transitar sólo en territorio nacional.</p> <p>Es prohibido el uso del vehículo alquilado para las siguientes actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Tarea deportiva, entrenamiento o competición. b. Labores ilícitas o de alto riesgo. c. Transporte de combustible. d. Servicio de transporte de pasajeros a través de pago por la prestación. e. Carga, mudanza o traslado. (Salvo que el vehículo alquilado tuviera tal fin y no se le cargará por sobre lo estipulado en el manual de su fabricante). f. Actividades vinculadas al transporte, tráfico o similar de drogas o de sustancias psicotrópicas, estupefacientes o similares. <p>El cliente debe cumplir con lo siguiente para acceder a este servicio:</p> <p>Mantener una Póliza de vehículos vigente con la Compañía. Estar al día en los pagos de dicha Póliza. Debe estar mencionada esta cobertura en las condiciones particulares del contrato de seguro. Haber tenido un siniestro cubierto por la Póliza, llevar el vehículo a un taller autorizado por la Compañía y, luego de la inspección y ajuste el valor de la reparación deber ser igual o superior a USD1.300, más impuestos.</p> <p>Una vez que se confirme el cumplimiento de las condiciones mencionadas anteriormente, el cliente accederá a este servicio.</p> <p>Todos los demás términos y condiciones de la Póliza, con excepción de lo establecido en este anexo, quedan en pleno vigor y sin modificación alguna.</p> <p>Lugar y Fecha:</p> <p>EL CONTRATANTE LA COMPAÑÍA</p> <p>El Contratante y/o Asegurado podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.</p>			

SEGURO DE	VIGENCIA DEL DOCUMENTO	POLIZA	ANEXO
TODO RIESGO DE VEHICULOS	Desde: 12-9-2019 Hasta: 12-9-2020	291389	0

Asegurado : 448559 - BRUNO GUAMAN MARIA TERESA

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente anexo el número de registro SCVS-6-7-0-CA-242, de 13 de octubre de 2017.

* ANEXO DE PROTECCION VEHICULAR AUTO CONECTADO *

Queda entendido y convenido que, en adhesión a las condiciones generales términos, exclusiones, cláusulas y condiciones contenidas en la Póliza arriba citada, respecto a las garantías de protección vehicular señaladas en la misma, el Asegurado acepta la suscripción del presente anexo, de manera libre y voluntaria, y la instalación en su vehículo de un Equipo telemático, con el propósito de que la información generada por dicho equipo, a la cual tendrá acceso a través del Aplicativo móvil, sea usada para la aplicación de beneficios, tales como la devolución de prima o aplicación de porcentajes de descuento sobre la prima de la Póliza contratada, en la coordinación de asistencias y en el acceso a la red de beneficios exclusivos tales como (pero no limitados a) premios y/o promociones a través de aliados comerciales de la Compañía, de acuerdo al Puntaje de conducción por viaje, los mismos que serán comunicados al Asegurado a través del Aplicativo móvil o los canales físicos o virtuales que disponga la Compañía. Así mismo, la información obtenida a través del Equipo telemático podrá ser utilizada en caso de presunta colisión, presunto impacto y/o presunta alerta de robo, para contactarse con el Asegurado, o con el conductor, o con la persona de contacto en caso de emergencia, con el fin de prestar los servicios y/o asistencias que estén detallados en condiciones particulares y, en caso de presunto robo, proceder al bloqueo del vehículo.

Además, la Compañía, con el objetivo de velar por la integridad física y seguridad personal y familiar del Asegurado, administrará y utilizará dicha información para fomentar buenos hábitos y conciencia de manejo vehicular, reconociendo las características del conductor del vehículo asegurado, según su Puntaje de conducción por viaje, contribuyendo a aumentar los niveles de seguridad vial en el país. Dicha información bajo ningún concepto será utilizada para sustentar y/o emitir negativas de reclamos.

Adicionalmente, el Asegurado reconoce y acepta que para que el presente anexo surta efecto, el vehículo asegurado debe estar en óptimas condiciones al momento de la instalación del Equipo telemático.

EXCLUSIONES

Quedan excluidos del presente anexo:

1. Aquellos vehículos que no hayan obtenido un criterio favorable al momento de la inspección vehicular para la contratación de la Póliza, a consecuencia de daños no declarados u omitidos al momento de la suscripción.
2. Motocicletas y aquellos vehículos dedicados al transporte público de personas y carga, como taxis formales o informales, buses, camiones, busetas, taxis ejecutivos, entre otros.
3. Cuando exista cualquier tipo de alteración, daño o modificación provocado al Equipo telemático que no se deba al uso y desgaste del mismo, no imputable a la Compañía.
4. Las demás exclusiones establecidas en las condiciones generales de la Póliza.

DEFINICIONES

Para los efectos de este anexo se entenderá por:

Equipo telemático: Hardware para el funcionamiento del servicio, instalado al momento de la contratación de la Póliza, que permite la adquisición, producción, almacenamiento, tratamiento, comunicación, registro y prestación de información, en forma de voz, imágenes o datos contenidos en señales de naturaleza acústica, óptica o electromagnética.

Aplicativo móvil: Aplicación disponible para descarga desde equipos móviles como celulares, tablets, computador, entre otros; que permite al conductor o usuario interactuar con las

SEGURO DE	VIGENCIA DEL DOCUMENTO	POLIZA	ANEXO
TODOS RIESGOS DE VEHICULOS	Desde: 12-9-2019 Hasta: 12-9-2020	291389	0

Asegurado : 448559 - BRUNO GUAMAN MARIA TERESA

estadísticas de sus viajes generadas a partir de los datos telemáticos y permite acceder a los beneficios asociados al contrato de seguro contratado.

Usuario aplicativo móvil: Es la persona que se ha registrado en el aplicativo móvil y por ende, quien tendrá acceso al mismo desde un teléfono inteligente (smartphone) o cualquier dispositivo móvil con acceso a internet.

Datos Telemáticos: Información generada por el Equipo telemático.

Puntaje de conducción por viaje: Es la calificación por viaje obtenida por el conductor del vehículo asegurado en un periodo; el cual es calculado bajo criterio de la Compañía y podrá ser visualizado mediante el aplicativo Móvil. El puntaje se medirá de acuerdo a la escala vigente al momento de la contratación de esta Póliza, basado en las siguientes variables:

1. Viaje: se considera viaje a todo aquel encendido con un recorrido de al menos 300 metros, el cual finaliza con un posterior apagado del vehículo. En caso de que el recorrido realizado fuere menor a 300 metros, no se considera como viaje.

2. Duración viaje en horas: representa el tiempo de duración del viaje expresado en horas.

3. Distancia recorrida: total de kilómetros recorridos durante un viaje.

4. Aceleración brusca: aumento de la velocidad en espacios de un segundo durante un viaje.

5. Desaceleración brusca: disminución de la velocidad en espacios de un segundo durante un viaje.

6. Fuerzas G: es una medida de aceleración, basada en la aceleración que produciría la gravedad de la Tierra en un objeto cualquiera; medición que se realiza por medio de un acelerómetro.

7. Desaceleración brusca en curvas: es el aumento de fuerzas G al momento de tomar una curva dentro del viaje.

8. Velocidad media: velocidad promedio mantenida durante el viaje, medida en kilómetros por hora.

9. Velocidad máxima: mayor velocidad alcanzada durante el viaje, medida en kilómetros por hora.

10. Otras variables complementarias relacionadas a la conducción: derivadas de la capacidad y modernidad del Equipo telemático que se encuentre instalado en el vehículo asegurado, de acuerdo a su tipo y versión de software.

Las particularidades de medición de cada una de las variables y forma de cálculo del Puntaje de conducción por viaje, le serán comunicados al Asegurado de manera detallada al momento de la suscripción de la Póliza y en cada renovación de la misma, mediante medios orales, físicos, digitales u otro que la Compañía considere pertinente.

Comportamiento del conductor: Corresponde al comportamiento evidenciado por el conductor en la totalidad de sus viajes, de forma acumulada desde el inicio de vigencia de la Póliza hasta su vencimiento.

Para la renovación de la Póliza, el Comportamiento del conductor obtenido hasta el momento del vencimiento de la misma, se considerará para los cálculos de prima y beneficios de la nueva vigencia. La forma, método y variables consideradas para la categorización del Asegurado en función del Puntaje de conducción por viaje realizado por el conductor del vehículo asegurado, le serán comunicados al Asegurado de manera detallada al momento de la suscripción de la Póliza y en cada renovación de la misma, mediante medios orales, físicos, digitales u otro que la Compañía considere pertinente.

Devolución o porcentajes de descuento sobre la prima: De acuerdo al Puntaje de conducción por viaje obtenido del Comportamiento del conductor durante la vigencia de la Póliza, se realizarán descuentos o devoluciones de prima aplicables a la renovación de la misma.

La Devolución o porcentaje de descuento sobre la prima y los días observables para la obtención de dicho beneficio, podrán variar según lo pactado en las condiciones particulares

SEGURO DE	VIGENCIA DEL DOCUMENTO	POLIZA	ANEXO
TODO RIESGO DE VEHICULOS	Desde: 12-9-2019 Hasta: 12-9-2020	291389	0

Asegurado : 448559 - BRUNO GUAMAN MARIA TERESA

del contrato.

Red de beneficios: Corresponde a la prestación de servicios preferenciales como descuentos, premios y accesos a promociones dentro de la red de aliados y proveedores asociados a la Compañía; los mismos que serán comunicados a través del Aplicativo móvil entre otros.

USO DEL EQUIPO TELEMÁTICO

El Asegurado reconoce y acepta que el propietario del Equipo telemático instalado en su vehículo es de la aseguradora y que éste le ha sido entregado para su uso y en tal virtud se compromete a devolverlo a petición de la Compañía en perfecto estado tal como le ha sido entregado, en caso de cancelación anticipada de la Póliza o en caso en que sea deseo del Asegurado no continuar utilizándolo, para cuyo efecto comunicará dicha decisión por escrito y entregará el Equipo telemático a la Compañía. El costo de dicha desinstalación será asumido en su totalidad por la Compañía.

DEDUCIBLE

La contratación del anexo provoca que el deducible para la cobertura de pérdida total por robo sea el diez por ciento de la suma asegurada, porcentaje que podrá ser modificado en condiciones particulares.

COMPENSACIÓN PAGO DE PRIMA DEL SEGURO

En el caso de que el Asegurado sea beneficiado con descuentos o devoluciones de primas, en base a su Puntaje de conducción por viaje y, no se encuentre al día con el pago de prima correspondiente, dicho valor será abonado al monto de la deuda mantenida a la fecha con la Compañía.

En caso de siniestro se estará a lo dispuesto en las condiciones generales de la Póliza y al contenido de las disposiciones que fueren aplicables.

LÍMITE DE RESPONSABILIDAD EQUIPO TELEMÁTICO

La Compañía queda relevada de responsabilidad cuando por fuerza mayor o por decisión autónoma del Asegurado o del conductor, no pueda efectuar cualquiera de las prestaciones específicamente previstas en este anexo. Así mismo, las obligaciones que asume la Compañía, con relación al Equipo telemático, quedarán limitadas a la prestación de los servicios y beneficios previstos.

Además, la responsabilidad de la Compañía cesará cuando los beneficios previstos sean proporcionados al Asegurado; o cuando el Equipo telemático sea desinstalado, en cuyo caso deberá ser devuelto a la Compañía; y/o, cuando la Póliza no sea renovada.

Todos los demás términos y condiciones de la Póliza, con excepción de lo establecido en este anexo quedan en pleno vigor y sin modificación alguna.

Lugar y fecha:

EL ASEGURADO

LA COMPAÑÍA

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

NOTA: La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó a la presente cláusula el número 51452; con oficio No. SCVS-IRQ-DRS-SCTSR-2019-00013326-O de 28 de febrero de 2019.

* CLÁUSULA DE COBERTURA SEGÚN LOS AÑOS DE FABRICACIÓN DEL VEHÍ *

SEGURO DE	VIGENCIA DEL DOCUMENTO		POLIZA	ANEXO
TODOS RIESGOS DE VEHICULOS	Desde: 12-9-2019	Hasta: 12-9-2020	291389	0
Asegurado : 448559 - BRUNO GUAMAN MARIA TERESA				
<p>CLÁUSULA DE COBERTURA SEGÚN LOS AÑOS DE FABRICACIÓN DEL VEHÍCULO ASEGURADO</p> <p>Queda entendido y convenido que, en adición a los términos, exclusiones, cláusulas y condiciones contenidos en la Póliza arriba citada, este seguro ampara a los vehículos según los años de fabricación, la cobertura que se indica a continuación:</p> <p>Los vehículos de hasta los años de fabricación establecidos en las condiciones particulares de la Póliza, tendrán cobertura de todo riesgo. Los vehículos mayores a los años de fabricación establecidos en las condiciones particulares de la Póliza, tendrán cobertura de pérdida total.</p> <p>Todos los demás términos y condiciones de la Póliza, con excepción de lo establecido en esta cláusula, quedan en pleno vigor y sin modificación alguna.</p> <p>Lugar y Fecha:</p> <p>EL CONTRATANTE LA COMPAÑÍA</p> <p>El Contratante y/o Asegurado podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.</p> <p>La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó a la presente cláusula el número de registro SCVS-6-7-0-CA-234, de 13 de octubre de 2017.</p> <p>* CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN POR DETERIORO, AVERIAS O DAÑOS EN EL M *</p> <hr/> <p>CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN POR DETERIORO, AVERIAS O DAÑOS EN EL MOMENTO DE LA INSPECCION DE RIESGO PARA VEHICULOS</p> <p>Queda entendido y convenido que, en adición a los términos, exclusiones, cláusulas y condiciones contenidas en la Póliza arriba citada, la Compañía no indemnizará aquellas piezas que se encuentren deterioradas, con averías o dañadas en el momento que se realice la inspección del riesgo, las mismas que serán registradas en el formato de inspección con las respectivas fotografías de soporte.</p> <p>Todos los demás términos y condiciones de la Póliza, con excepción de lo establecido en esta cláusula, quedan en pleno vigor y sin modificación alguna.</p> <p>Lugar y Fecha:</p> <p>EL CONTRATANTE LA COMPAÑÍA</p> <p>El Contratante y/o Asegurado podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.</p> <p>La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó a la presente cláusula el número de registro SCVS-6-7-0-CA-237, de 13 de octubre de 2017.</p> <p>* ANEXO DE ASISTENCIA LIVIANOS SILVER *</p>				

SEGURO DE	VIGENCIA DEL DOCUMENTO	POLIZA	ANEXO
TODO RIESGO DE VEHICULOS	Desde: 12-9-2019 Hasta: 12-9-2020	291389	0

Asegurado : 448559 - BRUNO GUAMAN MARIA TERESA

Queda entendida y convenida que, en adhesión a los términos, exclusiones, cláusulas y condiciones contenidas en la Póliza arriba citada o en ella endosada y, sin costo adicional, la Compañía se obliga para con el Asegurado, a otorgar los servicios de asistencia livianos, cuando se encuentren en dificultades, como consecuencia de eventos fortuitos, aquí especificados, que afecten al vehículo asegurado en la presente Póliza y bajo los siguientes términos:

COBERTURAS AL VEHÍCULO DESDE EL KILÓMETRO 0 (CERO)

Las coberturas aplicables al vehículo asegurado se prestarán de acuerdo a las condiciones establecidas a continuación:

1. Conexión con profesionales: A solicitud del Asegurado, la Compañía indicará las direcciones y números telefónicos de talleres mecánicos, grúas y concesionarios de marcas automotrices cercanas al lugar donde se encuentre el Asegurado. Información aduanera, meteorológica, localización de embajadas, consulados, oficinas de turismo, cambios de moneda, restaurante y medios de transporte.

2. Remolque del vehículo cubierto: en caso de avería o accidente automovilístico la Compañía enviará y pagará por los servicios de grúa para que el vehículo accidentado o varado sea removido de la vía y trasladado hasta el taller o concesionario más cercano.

En todo caso la Compañía tendrá responsabilidad limitada en caso de reclamación del Asegurado por daños sufridos al vehículo durante su traslado siempre y cuando tales daños se hayan producido por actos o negligencias ocasionadas por los proveedores del servicio mencionado y que hayan sido debidamente comprobados por el área responsable de la Compañía.

Ø Los límites máximos de esta prestación por accidente o avería son de 200 kilómetros por evento

Ø 3 eventos al año

Ø El servicio no cubrirá tiempos de espera.

Ø En caso de accidente se debe dar prioridad a los talleres direccionados por la aseguradora y/o asegurado.

3. Segundo traslado sin límites de eventos: En caso de que por motivo de no recepción del vehículo accidentado en el taller y/o en caso de retirar el vehículo siniestrado del patio policial, la compañía brindará el segundo traslado hasta el taller de preferencia del cliente

4. Rescate menor sin límites de eventos.: En caso de requerir y sin límites de eventos la Compañía realizará el servicio de maniobras de rescate si el vehículo se encuentre en una cuneta o embancado.

Se excluye los siguientes eventos; volcamiento, caída en barrancos o quebradas de cualquier profundidad.

5. Auxilio mecánico vehículos sin límites de eventos: En caso de que el vehículo no pudiera circular por una avería leve como llanta baja, falta de combustible, batería, o que el Asegurado haya dejado las llaves en su interior, la Compañía se encargará de prestar el servicio de auxilio mecánico, poniendo a disposición del Asegurado los recursos para resolver el inconveniente, sin límites de eventos.

Nota:

Ø Se cubre el servicio, mas no los costos que haya lugar por valor de la gasolina, parchada de neumáticos, etc.

Ø Cobertura disponible únicamente dentro del límite urbano en las ciudades capitales de provincia.

6. Traslado en ambulancia en caso accidente de tránsito (sin límites de eventos): En caso de accidente de tránsito, en el que alguno de los ocupantes del vehículo asegurado resulte herido de gravedad, se realizará el traslado hasta el centro hospitalario más cercano. La Compañía, a través de su equipo médico, será la que decida a qué centro sanitario se traslada al

SEGURO DE	VIGENCIA DEL DOCUMENTO	POLIZA	ANEXO
TODO RIESGO DE VEHICULOS	Desde: 12-9-2019 Hasta: 12-9-2020	291389	0
Asegurado : 448559 - BRUNO GUAMAN MARIA TERESA			
<p>beneficiario, en función de la situación o gravedad en la que éste se encuentre.</p> <p>7. Orientación medica telefónica (sin límites de eventos): En caso de necesidad, el Asegurado podrá efectuar con el equipo médico de la Compañía una consulta médica telefónica relacionada con cuadros patológicos durante las veinticuatro horas del día los trescientos sesenta y cinco días del año</p> <p>Esta información médica podrá versar sobre los siguientes aspectos:</p> <p>Ø Procedimientos a seguir en determinadas patologías Ø Centros médicos donde acudir para un tratamiento ambulatorio Ø Consejos ante emergencias médicas Ø Medicina preventiva Ø Consejos de salud</p> <p>COBERTURAS DE ASISTENCIA LEGAL.</p> <p>Beneficio válido para el Asegurado o el conductor del vehículo cubierto en caso de accidente automovilístico dentro de la República de Ecuador, excepto Galápagos y carreteras de tercer y cuarto orden.</p> <p>Las coberturas relativas a la asistencia jurídica operaran en el evento en que el Vehículo cubierto se encuentre directamente involucrado en un accidente de tránsito.</p> <p>1. Servicio de asistencia legal in situ en caso de accidente de tránsito (QUITO, GUAYAQUIL, CUENCA, MANTA, AMBATO, PORTOVIEJO) Sin límites de eventos</p> <p>En el evento de la ocurrencia de una colisión de tránsito, en el que el vehículo asegurado se encuentre directamente involucrado, y el Asegurado comunique inmediatamente la ocurrencia del mismo al teléfono de Asistencia, se le enviará un asesor al sitio del siniestro para que brinde la asistencia legal respectiva.</p> <p>Características:</p> <p>1. Atención las veinticuatro horas, los trescientos sesenta y cinco días del año. 2. El Asegurado deberá comunicarse al teléfono de asistencia inmediatamente después de la ocurrencia del siniestro, el servicio de asistencia enviará inmediatamente un asesor al sitio del siniestro. 3. Asistencia legal en sitio las 24 Horas, comunicadas apenas ocurrido el accidente y dentro del perímetro urbano (Quito, Guayaquil, Cuenca, Ambato, Manta y Portoviejo), en la ciudad de Quito el alcance es hasta el Valle de los Chillos incluido Conocoto, la Armenia, San Rafael, El Tingo hasta la parroquia de Sangolquí. El Valle de Tumbaco se incluye, Cumbayá, Tumbaco, Puembo, Pifo hasta Tababela (Aeropuerto). En la ciudad de Guayaquil el alcance al Occidente es hasta el peaje de Chungón, al Norte dentro del perímetro urbano hasta las urbanizaciones aledañas a la avenida Febres Cordero, al Oriente Vía a Samborondon, La Puntilla y Durán, al Sur solo dentro del perímetro urbano. 4. El abogado orientará al Asegurado para evitar la agravación del siniestro. 5. El abogado receptorá por parte del Asegurado un aviso o pre aviso de siniestro. 6. El abogado entregará al departamento de siniestros de la Compañía este aviso o pre aviso de siniestro conjuntamente con un reporte de los detalles del accidente. 7. Si el vehículo no puede movilizarse, la Compañía instruirá a que talleres deberán dirigirse el vehículo asegurado y el de la responsabilidad civil, si lo hubiere. 8. Si el vehículo puede movilizarse, el asesor informará al Asegurado su obligación de acercarse al Departamento de Siniestros de la Compañía para realizar el trámite correspondiente. 9. La presencia de la asistencia legal in situ y sus actuaciones no liberan al Asegurado de sus responsabilidades contractuales y/o legales, particularmente no le libera de la responsabilidad de cancelar el deducible. 10. Si el Asegurado o conductor se encuentra en estado etílico, o en evidente violación a la ley de tránsito, el abogado exigirá a la policía que se tome el procedimiento legal respectivo, que consiste en la detención del conductor. 11. Cuando por las circunstancias del siniestro, la policía detiene al vehículo o al conductor, el abogado se encargará del trámite legal de liberación del vehículo y/o liberación de la persona, sin costo de honorarios para el Asegurado, el cual deberá</p>			

SEGURO DE	VIGENCIA DEL DOCUMENTO		POLIZA	ANEXO
TODO RIESGO DE VEHICULOS	Desde: 12-9-2019	Hasta: 12-9-2020	291389	0
Asegurado : 448559 - BRUNO GUAMAN MARIA TERESA				
<p> cubrir únicamente los costos extrajudiciales, como peritajes, exámenes médicos legales y garaje en los patios de la policía. En caso el Asegurado contrate el servicio por su cuenta, los honorarios y gastos generados no serán reembolsables. Para la prestación de este servicio el Asegurado deberá cumplir con las exigencias legales respectivas, como por ejemplo, presentar los documentos personales y de propiedad del vehículo, suscribir escritos, comparecer ante las autoridades. El trámite se lo realiza ante las autoridades respectivas, por lo tanto, el resultado dependerá de las mismas, el servicio no puede garantizar tiempos exactos ni resoluciones. 12. El presente servicio termina el momento de la entrega del documento de libertad del vehículo o de la persona detenida, la continuidad del trámite procesal de tránsito, contravenciones, etc., será de exclusiva responsabilidad del Asegurado quien deberá contratar los profesionales de su confianza para precautelar sus intereses. La Compañía no tendrá responsabilidad alguna sobre las consecuencias legales del accidente de tránsito. </p> <p>2. Servicio de asistencia telefónica en caso de accidente de tránsito</p> <p>Orientación jurídica telefónica en caso de infracciones o contravenciones de tránsito sin límites de eventos.</p> <p>3. Orientación jurídica en caso de robo del vehículo.</p> <p>En caso de robo del vehículo registrado la Compañía orientará al beneficiario mediante comunicación telefónica con un abogado.</p> <p>COBERTURAS DE ASISTENCIA DESDE EL KILÓMETRO VEINTICINCO</p> <p>1 Estancia y desplazamiento de los ocupantes por inmovilización del vehículo (sin límite de eventos): En caso de avería o accidente del vehículo, la Compañía sufragará los siguientes gastos:</p> <p>a. Cuando la reparación del vehículo no pueda ser efectuada en el mismo día de su inmovilización y precise un tiempo superior a cuatro horas, según el criterio del responsable del taller elegido, se pagará la estancia en un hotel con un máximo por cada pasajero de ciento cincuenta dólares, máximo cinco días.</p> <p>b. El desplazamiento de los ocupantes hasta su domicilio habitual, cuando la reparación del vehículo no pueda ser efectuada en las cuarenta y ocho horas siguientes a la inmovilización y precise un tiempo superior a seis horas, según el criterio del responsable del taller elegido. Si las personas optan por la continuación del viaje, la Compañía sufragará los gastos de desplazamiento hasta el lugar de destino previsto. El desplazamiento se efectuará en aerolíneas comerciales, vehículos particulares o de servicio público (taxis) según las circunstancias de tiempo y lugar.</p> <p>c. En el caso del literal b., si el número de personas fuera de dos o más, siempre que exista un proveedor dedicado al alquiler de automóviles en la zona de inmovilización del vehículo, aquellas podrán optar por el alquiler de otro de características similares al del vehículo asegurado, del que podrán disponer por un período máximo de cuarenta y ocho horas y con un costo máximo de facturación total trescientos dólares.</p> <p>2. Estancia y desplazamiento de los ocupantes por hurto simple o calificado del vehículo (sin Límite de eventos): En caso del hurto simple o calificado del vehículo, y una vez cumplidos los trámites de denuncia a las autoridades competentes, la Compañía asumirá las mismas prestaciones contenidas en el numeral 1, anterior.</p> <p>3. Transporte, depósito o custodia del vehículo reparado o recuperado (sin Límite de eventos: Si la reparación del vehículo requiere un tiempo de inmovilización superior a setenta y dos horas, o si en caso de hurto, el vehículo es recuperado después de que el Asegurado se hubiese ausentado del lugar de los hechos, la Compañía sufragará los siguientes gastos:</p> <p>a. El transporte del vehículo hasta el domicilio habitual del propietario del vehículo asegurado.</p> <p>b. El depósito y custodia del vehículo reparado o recuperado con una suma máxima de setenta y cinco dólares, sin perjuicio de la restricción de setenta y dos horas.</p> <p>c. El desplazamiento del propietario o persona habilitada que éste designe hasta el lugar donde el vehículo sustraído haya sido recuperado o donde haya sido reparado, si aquel optara por encargarse del traslado del vehículo.</p> <p>4. Servicio de conductor profesional (Sin límite de cobertura): En caso de imposibilidad del</p>				

SEGURO DE	VIGENCIA DEL DOCUMENTO		POLIZA	ANEXO
TODO RIESGO DE VEHICULOS	Desde: 12-9-2019	Hasta: 12-9-2020	291389	0
Asegurado : 448559 - BRUNO GUAMAN MARIA TERESA				
<p>conductor para conducir el vehículo por muerte, accidente o cualquier enfermedad grave, siempre que ninguno de los acompañantes pudiera sustituirle con la debida habilidad, la Compañía proporcionará de inmediato a su propio cargo un conductor profesional para trasladar el vehículo con sus ocupantes hasta el domicilio habitual en Ecuador, o hasta el punto de destino previsto del viaje.</p> <p>5. Localización y envío de piezas de repuestos (Sin límites de eventos): La Compañía se encargará de la localización de piezas de repuesto necesarias para la reparación del vehículo, cuando no fuera posible su obtención en el lugar de reparación y asumirá los gastos de envío de dichas piezas al taller autorizado donde se encuentre el vehículo, siempre que éstas se encuentren a la venta en Ecuador. Será por cuenta del propietario el costo de las piezas de repuesto.</p> <p>6. Transmisión de mensajes urgentes: la Compañía se encargará de transmitir los mensajes urgentes o justificados de los beneficiarios relativos a cualquiera de las coberturas aquí otorgadas.</p> <p>7. Transporte del asegurado fallecido: en caso de fallecimiento del titular de la Póliza durante un accidente de tránsito en el vehículo asegurado, la Compañía se hará cargo de toda la tramitación y gastos de transporte que demande el traslado de restos mortales hasta el lugar de inhumación durante la vigencia de su cobertura, excepto caso de suicidio.</p> <p>COBERTURAS ADICIONALES</p> <p>5. Equitransporte 3 eventos al año por avería o accidente, dentro del perímetro urbano de la ciudad de Quito incluye valles y Guayaquil incluido Zamborondón. Limitado a un servicio por evento: Es un servicio de transporte el cual podrá movilizar al asegurado o a los ocupantes del vehículo desde el sitio del accidente o avería; o desde el taller o concesionario donde el cliente haya dejado su vehículo averiado o siniestrado. Hasta el lugar que el cliente decida siempre y cuando este dentro de los límites geográficos señalados a continuación.</p> <p>6. Chequeo optométrico 1 evento por vigencia; El contratista coordinará y asumirá un chequeo optométrico que consiste en un examen visual preventivo, el cual valora la agudeza visual del paciente, servicio valido para el titular de la póliza. El cheque optométrico cubre el examen pertinente, mas no los gastos por tratamiento, gafas, lentes o cualquier otro adicional al chequeo preventivo.</p> <p>7. Conductor por incapacidad temporal (sin límite): En caso que el asegurado sufra alguna dolencia que le imposibilite continuar conduciendo el contratista otorgará ayuda de un conductor para poder ser traslado hasta su domicilio o lugar de trabajo.</p> <p>EXCLUSIONES DE LA ASISTENCIA</p> <p>1. No son objeto de la cobertura de esta asistencia las prestaciones siguientes, la no utilización de alguno de los servicios estipulados anteriormente, no dará lugar a compensación alguna, perdiéndose el derecho sobre este beneficio.</p> <p>a. Servicios que el Asegurado haya concertado por su cuenta sin el previo consentimiento de la Compañía.</p> <p>b. Mala fe del beneficiario, asegurado o conductor.</p> <p>c. Fenómeno de la naturaleza de carácter extraordinario tales como inundaciones, terremoto, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas, caídas de cuerpos siderales y aerolitos.</p> <p>d. Hechos derivados de terrorismo motín o tumulto popular.</p> <p>e. Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas del Orden Público o Cuerpos de Seguridad.</p> <p>f. Los servicios que el cliente necesite y que no están descritos en este anexo.</p> <p>g. Los vehículos dedicados al transporte público de personas y carga, como taxis, buses, busetas, taxis ejecutivos, entre otros, además de motos y vehículos que pesen más de tres mil quinientos kilogramos</p> <p>h. Asistencia y los gastos a los ocupantes del vehículo asegurado transportados mediante autostop o dedo (transporte gratuito ocasional).</p> <p>i. Participación del Asegurado en apuestas o desafíos</p> <p>j. Causados por carburantes, esencias minerales y otras materias inflamables, explosivos o</p>				

SEGURO DE	VIGENCIA DEL DOCUMENTO	POLIZA	ANEXO
TODOS RIESGOS DE VEHICULOS	Desde: 12-9-2019 Hasta: 12-9-2020	291389	0
Asegurado : 448559 - BRUNO GUAMAN MARIA TERESA			
<p>tóxicos transportados en el vehículo asegurado.</p> <p>k. Participación del vehículo asegurado en carreras prácticas, deportivas y pruebas preparatorias o entrenamientos.</p> <p>PRESTACIÓN DE SERVICIOS</p> <p>1. Obligaciones del beneficiario, Asegurado: En caso de evento cubierto por el presente anexo, antes de iniciar cualquier acción o cualquier pago, el beneficiario deberá llamar a la central de asistencia, con servicio 24 horas al día y proporcionará los datos siguientes:</p> <p>Ø Nombres completos y número de cédula, placa o número de motor</p> <p>Ø Lugar donde se encuentra y el número telefónico donde la Compañía podrá contactar al beneficiario.</p> <p>Ø Descripción del problema y tipo de ayuda que necesita.</p> <p>Antes de prestar los servicios de asistencia, la Compañía podrá comprobar la veracidad de los anteriores datos.</p> <p>Queda también establecido que, en caso de que el beneficiario no hubiera llamado previamente a la central de asistencia, no tendrá derecho a ningún reembolso por parte de La Compañía de Seguros por los gastos ocasionados.</p> <p>2. Cooperación: El beneficiario cooperará siempre con La Compañía a fin de permitir el buen desarrollo de la asistencia prevista y se entenderá que el mismo renuncia a su derecho de recibir asistencia en caso de que no acepte cooperar ni acepte las instrucciones dadas por el personal de la Compañía.</p> <p>DEFINICIONES</p> <p>Para los efectos de esta asistencia se entenderá por:</p> <p>Tomador del seguro: la persona natural o jurídica que, conjuntamente con la Compañía, suscribe el contrato y a la que corresponden las obligaciones que del mismo se deriven, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado.</p> <p>Asegurado: las personas transportadas legalmente en el vehículo asegurado. Para los efectos de aplicación de las coberturas de asistencia jurídica, la persona natural identificada como conductora del vehículo asegurado y a quien corresponden, en su caso, los derechos derivados del contrato.</p> <p>Lugar de residencia habitual: localidad en la que el Asegurado reside habitualmente.</p> <p>Vehículo Asegurado: se entiende por tal, el vehículo que en su caso, se designe en la Póliza, siempre que se trate de vehículos que no sobrepasen los tres mil quinientos kilogramos de peso máximo autorizado o vehículos destinados al transporte público de personas-mercancías, taxis o motocicletas.</p> <p>Avería: todo daño, rotura, y/o deterioro, que impida la circulación autónoma del vehículo asegurado.</p> <p>Accidente: todo acontecimiento que provoque daños materiales al vehículo asegurado, ocurrido única y directamente por una causa externa, violenta, fortuita y evidente, que imposibilite la movilización del vehículo asegurado.</p> <p>Contratante del seguro: persona que traslada los riesgos por cuenta propia o ajena, quien suscribe este contrato, y por tanto a quien corresponden las obligaciones que se derivan del mismo, salvo aquellas que expresamente corresponden al beneficiario.</p> <p>Segundo traslado: se entiende como segundo traslado, al servicio que el cliente solicite después de haber recibido un primer servicio de remolque por el mismo evento sea este un accidente o avería.</p> <p>Evento: acontecimiento, o suceso que cree necesidad de un servicio.</p> <p>Responsables: terceros a cargo del vehículo asegurado.</p> <p>Ámbito territorial</p> <p>Las coberturas materia de la presente asistencia serán exigibles a partir del kilómetro cero (desde la residencia permanente del Asegurado) y estará disponible para todo el Ecuador y países que conforman la CAN, excepto Galápagos y carreteras de tercer y cuarto orden,</p> <p>Los servicios de auxilio mecánico estarán disponibles para las ciudades capitales de</p>			

SEGURO DE	VIGENCIA DEL DOCUMENTO	POLIZA	ANEXO
TODO RIESGO DE VEHICULOS	Desde: 12-9-2019 Hasta: 12-9-2020	291389	0
Asegurado : 448559 - BRUNO GUAMAN MARIA TERESA			
<p>provincia, dentro del perímetro urbano de las mismas.</p> <p>Teléfono de contacto</p> <p>ASISTENCIA EQUINOCCIAL Convencional 022 990 780 Movistar 0984 355 355 Claro 0997 590 590</p> <p>Antes de iniciar cualquier acción o cualquier pago, el Asegurado deberá llamar a la central de asistencia, con servicio veinticuatro horas al día y proporcionará los datos siguientes: Nombre, placa o número de motor. El lugar donde se encuentra y el número telefónico donde la Compañía podrá contactar al Asegurado. Descripción del problema y tipo de ayuda que necesita.</p> <p>Antes de prestar los servicios de asistencia, la Compañía podrá comprobar la veracidad de los anteriores datos.</p> <p>Queda también establecido que, en caso de que le beneficiario no hubiera llamado previamente a la central de asistencia, no tendrá derecho a ningún reembolso por parte de la Compañía por los gastos ocasionados.</p> <p>El haber solicitado la asistencia no le exime al Asegurado de reportar su siniestro a la Compañía en los plazos estipulados en la presente Póliza.</p> <p>Límite de Responsabilidad</p> <p>La Compañía queda relevada de responsabilidad cuando por fuerza mayor o por decisión autónoma del Asegurado o de sus responsables, no pueda efectuar cualquiera de las prestaciones específicamente previstas en este anexo. Así mismo, las obligaciones que asume la Compañía conforme al presente anexo quedarán limitadas a la prestación de los servicios de asistencias previstos, excluyéndose en todo caso, daños morales, o emergentes, de imagen comercial, daños indirectos, lucro cesante, multas o sanciones, así como cualquier prestación establecida que tenga naturaleza punitiva o de ejemplaridad. Además la responsabilidad de la Compañía cesará cuando cada uno de los beneficios previstos sea proporcionado al asegurado.</p> <p>Declaración</p> <p>El uso del servicio de asistencia implica la conformidad con el presente programa y el Asegurado declara aceptar sus condiciones y términos.</p> <p>Todos los demás términos y condiciones de la Póliza, con excepción de lo establecido en este anexo, quedan en pleno vigor y sin modificación alguna.</p> <p>Lugar y Fecha:</p> <p>EL CONTRATANTE LA COMPAÑÍA</p> <p>El Contratante y/o Asegurado podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.</p> <p>La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente anexo el número de registro</p> <p>* CLÁUSULA DE HERRAMIENTAS, GATA, Y LLANTA DE EMERGENCIA *</p> <p>Queda aclarado que la Póliza arriba citada a la cual se adhiere esta cláusula se extiende a</p>			

SEGURO DE	VIGENCIA DEL DOCUMENTO	POLIZA	ANEXO
TODO RIESGO DE VEHICULOS	Desde: 12-9-2019 Hasta: 12-9-2020	291389	0

Asegurado : 448559 - BRUNO GUAMAN MARIA TERESA

amparar la pérdida y/o daños a las herramientas normales del vehículo, gata y llanta de emergencia.

Todos los demás términos y condiciones de la Póliza, con excepción de lo establecido en esta cláusula, quedan en pleno vigor y sin modificación alguna.

Lugar y Fecha:

EL CONTRATANTE LA COMPAÑÍA

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

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó a la presente cláusula el número de registro SCVS-6-7-0-CA-219, de 13 de octubre de 2017.

En testimonio de lo acordado se firma en GUAYAQUIL, 12 de SEPTIEMBRE de 2019

EL ASEGURADO

SEGUROS EQUINOCCIAL S.A.



SEGURO DE		VIGENCIA DEL DOCUMENTO		POLIZA	ANEXO
TODO RIESGO DE VEHICULOS		Desde: 12-9-2019	Hasta: 12-9-2020	291389	0
Asegurado : 448559 - BRUNO GUAMAN MARIA TERESA					
CONDICIONES PARTICULARES					
Certificado:GY-VH-CO-197321					

AUTO Numero : 001					

Nombre del Asegurado: BRUNO GUAMAN MARIA TERESA					
Zona-Destino : GUAYAQUIL					
Marca : RENAULT		Modelo : LOGAN INTENS 16V AC 1.6 4P			
4X2 TM					
Tipo Vehículo : SEDAN		Placa : Gtb5447			
Motor : K4M2842Q217788		Chasis : 9FB4SRC94KM782872			
Color : CREMA		Actividad: LIVIANO PARTICULAR			
Valor Asegurado Total		Item: US\$ 18.600,00	Año: 2019		
Coberturas Generales: ACP UNIFICADO DISPOSITIVO CON COSTO HASTA \$ 20.000 Convenio : 0					
Prima Neta : US\$ 505,92					
Vigencia desde : 12/09/2019					
Vigencia hasta : 12/09/2020					
Nro. ACCESORIO		SUM. ASEGURADA	PRIMA		
001 LAMINAS DE SEGURIDAD		US\$ 200,00	US\$ 5,44		
LA RESPONSABILIDAD MAXIMA DE LA COMPAÑIA EN CASO DE SINIESTRO, SERA EL VALOR ASEGURADO DE LA POLIZA. POR LO TANTO EN CASO DE UN SINIESTRO QUE LLEGUE A ESTE VALOR, EL DEDUCIBLE SE DESCONTARA DE ESTE MONTO					
COBERTURAS: SUMA ASEGURADA:					
- Pérdida parcial por robo Hasta el valor del casco					
- Pérdida parcial por daño Hasta el valor del casco					
- Pérdida total por robo Hasta el valor del casco					
- Pérdida total por daño Hasta el valor del casco					
- Responsabilidad civil hasta: USD. 35.000 como LUC por evento**.					
- Muerte conductor y/o ayudante: USD. 5.000 por cada ocupante*					
- Gastos médicos hasta: USD. 3.000 por cada ocupante*					
* Se tomará como límite máximo indicado en la matrícula					
** Dentro del Territorio Ecuatoriano					
La indemnización por concepto de gastos médicos y hospitalarios opera en exceso a las coberturas del SPPAT.					
CLAUSULAS ADICIONALES:					
- Anexo de protección vehicular Auto Conectado					
- Adhesión.					
- Aviso de siniestro, 10 días					
- Caminos vecinales					
- Cancelación de la póliza, 30 días					
- Cláusula de aceptación					
- De inexistencia de partes en el mercado					
- Cláusula de cobertura según los años de fabricación del vehículo asegurado					
- Cláusula de exclusión cuando carezca de licencia o documentos que habiliten dentro del territorio ecuatoriano a conducir el vehículo asegurado					
- Herramientas, llanta de emergencia y tapacubos.					
- Paso de puentes y gabarras					
- Salvamento					
- Restitución automática de suma asegurada					
VALORES AGREGADOS					

SEGURO DE	VIGENCIA DEL DOCUMENTO		POLIZA	ANEXO
TODOS RIESGOS DE VEHICULOS	Desde: 12-9-2019	Hasta: 12-9-2020	291389	0
Asegurado : 448559 - BRUNO GUAMAN MARIA TERESA				
<p>- Cobertura en países de la CAN (Excepto Venezuela), excluye Responsabilidad civil.</p> <p>- Cobertura 100% en air-bag en caso de un siniestro amparado en la póliza.</p> <p>- No se aplica depreciación en partes y piezas</p> <p>BENEFICIOS ADICIONALES</p> <p>- Asistencia Equinoccial 24 horas</p> <p>- Auto Sustituto, solo para vehículos livianos, excluye motos, taxis y pesados</p> <p>DEDUCIBLE POR EVENTO:</p> <p>Pérdida Parcial 10% del valor del siniestro, mínimo 1% del valor asegurado, mínimo USD\$ 250.00 (el que sea mayor por evento)</p> <p>Pérdida Total por Daño 10% del valor asegurado</p> <p>Pérdida Total por Robo (Con dispositivo) 0% del valor asegurado</p> <p>NOTAS ACLARATORIAS:</p> <p>- El consentimiento por parte de la Compañía, será otorgado una vez cumplidas las formalidades, previstas en la normativa de Prevención de Lavado de Activos, Financiamiento del Terrorismo y Otros Delitos</p> <p>- Se excluye la cobertura de pérdida parcial por robo para los radios pull-out.</p> <p>- Los radios face-out se cubrirán en robo parcial siempre y cuando el asegurado entregue la mascarilla desmontable.</p> <p>- En caso de que el(los) vehículo(s) asegurado(s) posean accesorios extras (diferentes a los originales del vehículo), cuyo valor no supere el 20% del valor del casco, el asegurado deberá notificar por escrito su decisión de asegurarlos, previo la inspección y el pago de prima adicional; caso contrario los mencionados accesorios no tendrán cobertura.</p> <p>- Excluye cualquier daño que ocurra por combustible que no sea el apropiado o estipulado por el fabricante, o por la alteración del mismo que pueda causar cualquier daño al vehículo asegurado.</p> <p>- En caso de asegurarse furgones, termokines, tanques, las coberturas inherentes a rotura de maquinaria y transporte están excluidas</p> <p>- Cobertura para radios originales: hasta el 100% de su valor no superior a us\$1.000</p> <p>- En caso de que Seguros Equinoccial hubiere pagado una indemnización por el valor total de los bienes asegurados, adquiere los derechos de dichos bienes, pudiendo renunciar a estos unilateralmente en cualquier momento.</p> <p>Forma de cálculo del puntaje de conducción por viaje</p> <p>Mediante métodos estadísticos de clasificación y segmentación, se realizará la puntuación, según las métricas alcanzadas en cada una de las siguientes variables:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Velocidad máxima - Excesos de velocidad - Velocidad promedio - Frenados bruscos - Aceleraciones bruscas - Distancia recorrida - Duración del viaje 				

SEGURO DE	VIGENCIA DEL DOCUMENTO	POLIZA	ANEXO
TODOS RIESGOS DE VEHICULOS	Desde: 12-9-2019 Hasta: 12-9-2020	291389	0

Asegurado : 448559 - BRUNO GUAMAN MARIA TERESA

- Otras relacionadas a la forma de conducción

Cada viaje será puntuado con una calificación en escala del 0 al 100, y las categorías por viaje responden a los siguientes rangos:

Viaje Excepcional: Puntaje mayor a 83.

Viaje Estándar: Puntaje entre 50 y 83 inclusive.

Viaje Inseguro: Puntaje inferior o igual a 50.

Forma de calificar el Comportamiento del Conductor

Del total de viajes realizados durante el transcurso de la vigencia de la póliza, se obtiene el porcentaje de viajes realizados por cada una de las categorías de viajes, aplicándose la siguiente fórmula:

Comportamiento del Conductor = (% ViajesExcepcionales * 100+ % ViajesEstándar * 66+ % ViajesInseguro * 33)

La calificación resultante se encuentra medida en escala de 0 a 100 y las categorías de calificación responden a los siguientes rangos:

Conductor Excepcional: Comportamiento del conductor mayor a 85 puntos.

Conductor Estándar: Comportamiento entre 75 y 85 puntos inclusive.

Conductor Inseguro: Comportamiento inferior o igual a 75 puntos.

BENEFICIO DE DEVOLUCIÓN O PORCENTAJE DE DESCUENTO EN PRIMA

En el caso que el cliente haya obtenido la categoría de Conductor Excepcional, es decir, su puntaje de Comportamiento de conductor haya sido mayor a 85 puntos, de acuerdo al historial de viajes realizados durante el año de vigencia de esta póliza, será beneficiado con una devolución de hasta 10% de la prima pagada por el vehículo asegurado, de acuerdo a lo estipulado en el "Anexo de Protección Vehicular Auto Conectado".

El Asegurado recibirá el importe en referencia en la forma y método acordado con la Compañía, al momento de serle comunicado dicho beneficio.

GARANTIAS DE POLIZA:

- Para efectos de esta póliza, en caso de responsabilidad civil, no se consideran terceros al cónyuge, parientes del asegurado hasta el tercer grado de consanguinidad o afinidad, así como los socios, gerentes o empleados subalternos del asegurado.

- El asegurado autoriza expresamente a la aseguradora para que, de manera directa o a través de sus peritos, en cualquier momento solicite la información que considere pertinente a la empresa de rastreo satelital que le presta sus servicios.

GARANTIA DE POLIZA EN CASO DE SINIESTRO:

En caso de sufrir un siniestro amparado por el seguro contratado, que afecte el(los) vehículo(s) materia del seguro, y no se haya entregado al momento de la suscripción la matrícula o contrato legalizado a nombre del asegurado y conforme a lo establecido en las condiciones generales, el asegurado debe probar la propiedad del vehículo y/o el interés asegurable, con la entrega de los documentos exigidos por la legislación ecuatoriana; caso contrario, Seguros Equinoccial S.A. no puede tramitar el reclamo hasta que no se complete dicha documentación.

SEGURO DE	VIGENCIA DEL DOCUMENTO	POLIZA	ANEXO
TODO RIESGO DE VEHICULOS	Desde: 12-9-2019 Hasta: 12-9-2020	291389	0

Asegurado : 448559 - BRUNO GUAMAN MARIA TERESA

En testimonio de lo acordado se firma en GUAYAQUIL, 12 de SEPTIEMBRE de 2019

EL ASEGURADO

SEGUROS EQUINOCCIAL S.A.

