

Resolución No. SCVS-INS-DNNR-2024-00009457

Ab. Romina Sánchez Luzarraga
DIRECTORA NACIONAL DE NORMATIVA Y RECLAMOS

CONSIDERANDO:

Que el artículo 213 de la Constitución de la República del Ecuador prescribe: “*Las superintendencias son organismos técnicos de vigilancia, auditoría, intervención y control de las actividades económicas, sociales y ambientales, y de los servicios que prestan las entidades públicas y privadas, con el propósito de que estas actividades y servicios se sujeten al ordenamiento jurídico y atiendan al interés general. Las superintendencias actuarán de oficio o por requerimiento ciudadano. Las facultades específicas de las superintendencias y las áreas que requieran del control, auditoría y vigilancia de cada una de ellas se determinarán de acuerdo con la ley (...)*”

Que el Código Orgánico Monetario y Financiero, Libro I, artículo 78 inciso primero establece: “*(...) La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, entre otras atribuciones en materia societaria, ejercerá la vigilancia, auditoría, intervención, control y supervisión del mercado de valores, del régimen de seguros y de las personas jurídicas de derecho privado no financieras, para lo cual se registrá por las disposiciones de la Ley de Compañías, Ley de Mercado de Valores, Ley General de Seguros, este Código y las regulaciones que emita la Junta de Política y Regulación Monetaria y Financiera (...)*”

Que el artículo 42 de la Ley General de Seguros, establece: “*Art. 42.- Las compañías de seguros y reaseguros tienen la obligación de pagar el seguro contratado o la parte correspondiente a la pérdida debidamente comprobada, según sea el caso, dentro del plazo de treinta (30) días siguientes de presentada la reclamación por parte del asegurado o beneficiario, acompañando los documentos determinados en la póliza. Las compañías de seguros y reaseguros podrán objetar por escrito y motivadamente, dentro del plazo antes mencionado el pago total o parcial del siniestro, no obstante si el asegurado o el beneficiario se allanan a las objeciones de la compañía de seguros, ésta pagará inmediatamente la indemnización acordada. Si el asegurado o beneficiario no se allana a las objeciones podrá presentar un reclamo ante la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, a fin de que ésta requiera a la aseguradora que justifique su negativa al pago. Dentro del plazo de 30 días de presentado el reclamo, y completados los documentos que lo respalden, el organismo de control dirimirá administrativamente la controversia, aceptando total o parcialmente el reclamo y ordenando el pago del siniestro en el plazo de 10 días de notificada la resolución, o negándolo. La resolución podrá ser impugnada en sede administrativa con arreglo al artículo 70 de la presente Ley. El incumplimiento del pago*

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

Que el Reglamento de Reclamos Administrativos de Seguros, publicado en el Segundo Suplemento del Registro Oficial No. 337, de fecha 22 junio de 2023, norma la sustanciación de los reclamos previstos en el artículo 42 de la Ley General de Seguros.

Que, mediante trámite No. 38767-0041-24, ingresado el 28 de marzo de 2024 la señora Digna Isabel Granda Girón, presentó un reclamo administrativo en contra de HISPANA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A., señalando –en síntesis- lo siguiente:

"(...) QUINTO: FUNDAMENTOS DE HECHO Y DE DERECHO EN LOS QUE BASA SU RECLAMACIÓN, EXPUESTOS CON CLARIDAD. -

Señor Intendente juntamente con mi esposo en el año 2016 decidimos aplicar para un crédito hipotecario en el Banco del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (Biess), crédito que lo realizamos en forma solidaria para la Adquisición y Construcción de Vivienda Solidaria, el cual consta con el número de trámite 420453, número de operación 12715802 y 12715803, en donde se ha venido cancelando de forma puntual. Sin embargo, debo hacer conocer a usted que venía presentando problemas de salud muy repetitivos por lo que decido realizarme una valoración más minuciosa, por lo que el 01 de agosto del 2023 acudo al Hospital Oncológico SOLCA con el Dr. Wilson Franco Cruz, para realizarme un PAAF (Punción aspiración con aguja fina) de tiroides + Citología., luego de esto con fecha 04 de agosto del 2023 se me hace conocer los resultados en el cual se me hace conocer la detección de un TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DE LA GLANDULA TIROIDES, hasta aquel momento incierto si era maligno o benigno porque se enviaba la muestra a realizar la respectiva biopsia. Por lo cual se me programa una operación de manera apresurada y fortuita ingresando a la clínica el día 16 de agosto del 2023, para posteriormente ser intervenida el 17 de agosto del 2023, en la cual se me realiza una TIROIDECTOMIA Y VACIAMIENTO GANGLIONAR.

Conforme se podrá evidenciar en el Certificado Médico de fecha 21 de agosto del 2023 emitido por el Dr. Marcos Parra Rambay, Cirujano Oncológico, da como diagnostico final "TUMOR MALIGNO DE LA GLANDULA TIROIDES/TIROIDECTOMIA TOTAL O SUBTOTAL PARA MALIGNIDAD CON DISECCIÓN DE CUELLO LIMITADA". Tipo de Contingencia: ENFERMEDAD CATASTRÓFICA. Desde mi intervención quirúrgica he mantenido constantes descansos médicos debido a mi estado de salud y rutinarios tratamientos que mantengo actualmente conforme a las disposiciones dadas por mi médico tratante, ya que al tratarse de un tumor maligno y al encontrarse en el lugar donde estaba alojado el tumor, existía alto porcentaje que este vuelva a crecer y que se expanda por el resto de mi cuerpo razón por la cual se me dispuso la YODOTERAPIA, la misma que me encuentro realizando hasta la presente fecha.

Con los gastos médicos que ha generado esta dura y dolorosa enfermedad, la cual me encuentro afrontado en compañía de mi esposo y mi familia, desde el mes de agosto del 2023 lamentablemente hemos venido incumpliendo los pagos mensuales del Préstamo Hipotecario descrito en el párrafo inicial; razón por la cual, una vez que me encontraba un poco restablecida de salud en compañía de mi esposo nos acercamos a las ventanillas del BIESS el día 07 de febrero del 2024 para buscar una NOVACIÓN o PRORROGA a nuestro crédito puesto que esta dura enfermedad ha trastocado la planificación económica que teníamos a la adquisición del crédito. En ese momento (...) la funcionaria nos refiere que podríamos aplicar el SEGURO DE DESEGRAVAMEN DE LA POLIZA DE SEGURO POR ENFERMEDAD CATASTRÓFICA QUE MANTEMOS POR EL CRÉDITO DEL BIESS; (...) informándonos que era Hispana de Seguros y Reaseguros S.A.

El viernes 9 de febrero 2024, acudimos a las oficinas de la Aseguradora Hispana de Seguros y Reaseguros para consultar sobre nuestra póliza y cerciorarnos si efectivamente existía la cobertura de Seguro de Desgravamen por Enfermedad Catastrófica, en ese momento nos indican que efectivamente existía dentro de la póliza que éramos beneficiarios por el crédito adquirido en el BIESS y que tenía seguro de Desgravamen por Enfermedad Catastrófica. Al respecto hice conocer mi situación de salud a la persona que me atendió y le consulte cual era el trámite a seguir para poder hacer efectiva la póliza y se ejecute el seguro de desgravamen y me indicaron que envíe un correo electrónico realizando la consulta respectiva al correo faruiz@hispanadeseguros.com de Fátima Magally Ruiz Vera, quien es la Jefa de Indemnizaciones de Vida de la Aseguradora, conforme al capture que acompaño al presente. Ese mismo día recibo la respuesta de la funcionaria quien me solicita la Fecha exacta de mi diagnostico y cual es la enfermedad catastrófica diagnosticada.

Por lo que con fecha 13 de febrero del 2024, se envía vía correo electrónico la documentación solicitada en el cual se daba a conocer la fecha exacta de mi diagnóstico y cuál era la enfermedad catastrófica diagnosticada, tal como justifico con los capture de los envíos que acompaño.

Luego de esto el día 14 de febrero del 2024, recibo un correo electrónico de parte de Doménica Dennisse Carrera Almeida, quien se identifico como Ejecutiva de Indemnizaciones de la Aseguradora Hispana de Seguros, quien me solicitaba lo siguiente:

1. FORMULARIO DE RECLAMACIÓN debidamente llenado y firmado.
2. Copia de la cédula de identidad.
3. Tabla de amortización
4. Historia Clínica.
5. Notas de Evolución.
6. Resultados de exámenes de laboratorio o imágenes que amparen el diagnóstico de la enfermedad.

Por lo que procedimos a reunir todos los documentos requeridos por la funcionaria, procediéndolos a enviar el día 15 de febrero del 2024 a los correos electrónicos dcarrera@hispanadeseguros.com de la señorita Doménica Dennisse Carrera Almeida,

Ejecutiva de Indemnizaciones, al correo faruiz@hispanadeseguros.com de la señora Fátima Magally Ruiz Vera, jefa de Indemnizaciones de Vida y al correo ezuniga@hispanadeseguros.com de propiedad de Emily Zúñiga Zambrano, Ejecutiva de Indemnizaciones de Vida (...)

El día viernes 23 de febrero mi esposo Luis Guamán Romero, realiza una llamada telefónica a la señorita Doménica Dennisse Carrera Almeida, ejecutiva de Indemnizaciones, con numero celular 0939884627, para saber cómo va el trámite, quien le supo informar que la SOLICITUD ESTABA APROBADA POR EL DEPARTAMENTO MEDICO y que debíamos esperar.

Confiados en que nuestro requerimiento se encontraba por buen camino decidimos esperar, es así que con fecha 13 de marzo del 2024 recibimos la respuesta de la Aseguradora Hispana de Seguros y Reaseguros S.A., adjuntando un documento con numeración DS-VAP-G-2024-022, de fecha 13 de marzo del 2024, suscrito por la señora Fátima Ruiz Vera, Jefe de Indemnizaciones de Vida Hispana de Seguros y Reaseguros, en el cual me hacen conocer que proceden a NOTIFICARME con mi requerimiento indicándome que el mismo NO PUEDE SER ATENDIDO DE MANERA FAVORABLE EL SINIESTRO reportado el 14 febrero del 2024, indicando en su parte pertinente lo siguiente: "...Conforme se desprende de la documentación presentada a esta compañía de seguros, la enfermedad catastrófica (siniestro) fue diagnosticada por el médico tratante o especialista el 31 DE OCTUBRE DEL 2023. Al respecto, habiendo transcurrido en demasía el tiempo previsto en el Código de Comercio para dar oportuno aviso del hecho cuya indemnización se reclama, el primer inciso del artículo 712 del Código de Comercio expresa: 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..."

A pesar de que se ha adjuntado toda la documentación requerida para la aplicación del SEGURO DE DESGRAVAMEN, la aseguradora HISPANA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A. dentro de sus observaciones insinúa y manifiesta que mi enfermedad fue conocida el 31 de octubre del 2023, fecha en que se diagnosticó mi enfermedad catastrófica, situación que es totalmente falsa ya que conforme a la documentación que fue proporcionada el diagnostico que me fue dado data de fecha 21 de agosto del 2023, hecho que es totalmente falso, como se demuestra en el Certificado Médico proporcionado por el Dr. Marcos Parra Rambay, Cirujano Oncólogo, Médico Tratante, lo que me hace entender que el personal de dicha entidad ni si quiera se ha percatado la fecha correcta que fue otorgado mi diagnostico como para poder emitir una negativa a mi requerimiento.

En este punto es importante informar a su autoridad y recalcar que como beneficiarios de esta Póliza de Seguros jamás habíamos tenido conocimiento sobre la temporalidad que teníamos para poder hacer conocer "EL SINIESTRO" a la Aseguradora Hispana de Seguros y Reaseguros S.A. ya que en dicha póliza no se encuentra detallado el tiempo permitido para dar a conocer el padecimiento de una enfermedad catastrófica.

Ahora bien, la referida Aseguradora Hispana de Seguros y Reaseguros, dentro de su escueta motivación al NEGAR LA APLICACIÓN DEL SEGURO DE DESGRAVAMENTE, se fundamenta en el Código de Comercio en su Art. 718, sin embargo, la entidad aseguradora no contempla lo que la propia norma refiere en la Sección IV - DEL SINIESTRO, 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. En el caso que nos ocupa se ha dejado más que claro que dentro de la póliza adquirida no consta la temporalidad que me impida ejercer mi derecho a reclamar la aplicación del Seguro de Desgravamen, tal es así que la Compañía Aseguradora era Hispana de Seguros y Reaseguros S.A. ni si quiera fundamenta su negativa en alguna de las cláusulas existentes de dicha póliza, sino que niega mi requerimiento en base al Código de Comercio, sin embargo, en la misma norma adjetiva se puede observar con claridad meridiana que estoy en todo mi derecho de que se acepte mi solicitud de aplicación del Seguro de Desgravamen. (...)" –SIC.

Que mediante oficio No. SCVS-INS-DNNR-2024-00024986-O, notificado con fecha 04 de abril de 2024, se dio cumplimiento a lo establecido en el artículo 6 y 7 del Reglamento de Reclamos Administrativos de Seguros, para que la aseguradora presente su contestación, acompañando los señalamientos, explicaciones y pronunciamientos correspondientes sobre los documentos presentados por la parte reclamante;

Que, a través de la comunicación ingresada el 11 de abril de 2024, el abogado Nayib Jiménez Martínez, en su calidad de Procurador Judicial de la compañía HISPANA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A., dio respuesta al oficio previamente citado, exponiendo -en síntesis- lo siguiente: "(...) 2.1. **PRONUNCIAMIENTO RESPECTO DE LOS FUNDAMENTOS DE HECHO DEL RECLAMO (...)** el 15 de febrero de 2024 la parte reclamante procedió a remitir la documentación solicitada por HISPANA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A. para que su caso sea analizado por el departamento correspondiente. (...) Luego del análisis médico y jurídico correspondiente, estando dentro del tiempo que prevé el artículo 42 de la Ley General de Seguros, con fecha 13 de marzo de 2024, HISPANA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A. comunica a la señora Digna Granda Girón, la objeción/negativa del reclamo presentado pues, se pudo comprobar que el siniestro (diagnostico de la enfermedad catastrófica), fue notificado en exceso del tiempo que otorga el Código de Comercio para aquello.

2.2. SOBRE LA FECHA DEL DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD CATASTRÓFICA

La enfermedad catastrófica diagnosticada, por la cual la parte reclamante pretende afectar la Póliza del Ramo Vida Colectiva es un "Tumor Maligno de la Glándula Tiroide". La fecha del diagnóstico, conforme lo ha expresado la asegurada en el libelo de su reclamación fue en agosto de 2023, situación que no es objetada por HISPANA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A.

Sin perjuicio de lo anterior, dentro de la documentación presentada a esta compañía de seguros, se puede evidenciar que con fecha 31 de octubre de 2023 se entregaron los resultados de la biopsia realizada a la asegurada, los cuales indican diagnóstico positivo para malignidad; razón por la cual dentro de la negativa se hace constar mencionada fecha; sin que aquello desvirtúe los argumentos y motivos de mi representada para objetar la reclamación presentada.

La justificación del pronunciamiento que emitió HISPANA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A., nace de la extemporaneidad en la que recae la asegurada respecto de la notificación/aviso de diagnóstico de la enfermedad catastrófica que padece pues, conforme lo expresa el Código de Comercio tenía 5 días término para realizarla, más sin embargo, se tomó más de 5 meses para hacerlo. (...)

EL TÉRMINO PARA DAR AVISO A UN EVENTO QUE AFECTE LOS AMPAROS ADICIONALES EN LOS SEGUROS DE VIDA ES EL PREVISTO PARA LOS SEGUROS DE DAÑO

Finalmente, habiendo demostrado que nos encontramos ante una reclamación de carácter patrimonial cuyo objeto es el pago de su obligación crediticia para con el BIESS, siguiendo tal cobertura las reglas y normas del seguro de daños, es necesario referirnos que el ordenamiento jurídico ha previsto la obligación de dar aviso del siniestro ocurrido, dentro de un término específico. Así el primer inciso del artículo 718 del Código de Comercio indica lo siguiente:

"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. (...)"

Del caso que nos ocupa, tenemos la siguiente cronología: Tumor maligno de glándula tiroide

Enfermedad Catastrófica diagnosticada

Fecha de diagnóstico de Enfermedad Catastrófica 21 de agosto de 2023

Fecha de notificación de la Enfermedad Catastrófica a HISPANA 15 de febrero de 2024

Tiempo transcurrido desde el diagnóstico hasta la notificación MÁS de 5 meses

Tiempo que dispone la ley para notificar la ocurrencia del diagnóstico 5 días término

Resulta sencillo poder identificar y afirmar que, la señora Digna Granda Girón se demoró 5 meses y más en notificar a HISPANA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A. respecto del diagnóstico que le había sido dado, lo cual trasgrede la obligación contenida en el artículo 718 del Código de Comercio. (...) [SIC]

Que, con oficio No. SCVS-INS-DNNR-2024-00030533-O, notificado el 29 de abril de 2024, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 8 del Reglamento de Reclamos Administrativos de Seguros, se inició el procedimiento de reclamo administrativo y se corrió traslado del mismo a las partes, poniendo a conocimiento de la parte reclamante la contestación de la compañía de seguros y otorgándole el término de cinco días para que se pronuncie sobre tales documentos;

Que el procurador judicial de la compañía de seguros mediante escrito ingresado con fecha 30 de abril de 2024 remitió su contestación al precitado oficio, señalando y adjuntando, documentación que refería en lo principal: *"(...)Diligencia de Materialización del Portal Web del Banco del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, a través del cual dicha institución financiera pública indica a sus crédito - habientes que, dentro de las operaciones hipotecarias, en caso de ocurrencia de un siniestro, deben dar aviso a la compañía aseguradora hasta en un término de 5 días; confirmando así el argumento principal de nuestra objeción. (...)"* [SIC]

Que, por su parte, la señora Digna Granda Girón, mediante escrito ingresado con fecha 07 de mayo de 2024 remitió su contestación al oficio antes mencionado, señalando, en lo principal: *"(...) la Asegurada dentro de su contestación en el acápite 2.2. en el que se refiere a la Fecha del Diagnóstico de la Enfermedad Catastrófica, ha tratado de insinuar a usted que la fecha que fue proporcionada por nosotros al momento del conocer el Diagnostico es incorrecta; y no es así, esto por cuanto de la documentación que anexamos al presente Reclamo Administrativo hicimos referencia claramente de la existencia del Certificado Médico de fecha 21 de agosto del 2023 emitido por el Dr. Marcos Parra Rambay, Cirujano Oncológico, quien da como diagnostico final "TUMOR MALIGNO DE LA GLANDULA TIROIDES/TIROIDECTOMIA TOTAL O SUBTOTAL PARA MALIGNIDAD CON DISECCIÓN DE CUELLO LIMITADA". Tipo de Contingencia: ENFERMEDAD CATASTRÓFICA. Insistiendo en que el requerimiento presentado por mi clienta se encontraría presentado extemporáneamente conforme lo expresa el Código de Comercio en el Art. 718. Vale recordar a su autoridad que dimos a conocer a usted que como beneficiarios de esta Póliza del Ramo Vida Colectiva N° 0002296 jamás habíamos tenido conocimiento sobre la temporalidad que teníamos para poder dar a conocer "EL SINIESTRO" a la Aseguradora Hispana de Seguros y Reaseguros S.A. ya que en dicha póliza no se encuentra detallado el tiempo permitido para dar a conocer el padecimiento de una enfermedad catastrófica;*

(...)

La Aseguradora Hispana de Seguros y Reaseguros, dentro de su contestación en la que fundamente su NEGATIVA PARA LA APLICACIÓN DEL SEGURO DE DESGRAVAMENTE, acoge lo establecido en el Código de Comercio en su Art. 718 (...)

Sin embargo, nunca hace referencia a lo establecido en la misma norma invocada por la entidad, precisamente en la que refiere en la Sección IV - DEL SINIESTRO:

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.

En el caso que nos ocupa se ha dejado más que claro que dentro de la póliza adquirida no consta la temporalidad que impida ejercer mi derecho a reclamar la aplicación del Seguro de Desgravamen por concepto de Enfermedad Catastrófica, tal es así que la Compañía Aseguradora Hispana de Seguros y Reaseguros S.A. ni si quiera fundamenta su negativa en alguna de las cláusulas existentes de dicha póliza, sino que niega mi requerimiento en base al Código de Comercio, sin embargo, en la misma norma adjetiva se puede colegir con claridad meridiana que estoy en todo mi derecho de que se acepte mi solicitud de aplicación del Seguro de Desgravamen. (...)" -SIC.

Que la parte reclamante acudió ante este organismo de control al amparo de lo establecido en el artículo 42 de la Ley General de Seguros, para solicitar que mediante resolución debidamente motivada se ordene el pago de CUARENTA MIL SETECIENTOS TREINTA Y DOS DÓLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA 87/100 (US \$40.732,87), ante el diagnóstico de enfermedad catastrófica.

Que el Código de Comercio, sobre el contrato de seguros, señala:

“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. 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. 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. 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.”

(Lo subrayado me pertenece)

Que, respecto al efecto de las obligaciones contractuales, en el Código Civil, se estipula:

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

“Art. 1562.- Los contratos deben ejecutarse de buena fe, y por consiguiente obligan, no sólo a lo que en ellos se expresa, sino a todas las cosas que emanan precisamente de la naturaleza de la obligación, o que, por la ley o la costumbre, pertenecen a ella.”

Que las cláusulas generales contenidas en la póliza materia de la presente reclamación, disponen lo siguiente:

“ARTÍCULO 14: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO

a) Aviso de siniestro: En caso de fallecimiento del Asegurado, el Beneficiario podrá dar aviso del siniestro a la empresa de seguros dentro del límite máximo de dos (2) años, contados a partir de la ocurrencia del siniestro. En caso de accidente, el Asegurado o el Beneficiario podrán dar aviso del siniestro a la empresa de seguros dentro del límite máximo de quince (15) días, contados a partir de la ocurrencia del siniestro. El aviso deberá contener la identificación del Asegurado, la hora, fecha, lugar y descripción del evento.

El incumplimiento de cualquiera de las obligaciones consignadas en este artículo, harán perder al Asegurado o Beneficiario, todo derecho a la reclamación, en los términos consagrados en la leyes sobre la Póliza.”

Que la señora Digna Isabel Granda Girón, y su esposo, señor Luis Alberto Guamán Romero constan asegurados bajo la póliza de seguro de vida colectiva No. 0002296, motivo por el cual, acudieron ante este organismo de control al amparo de lo establecido en el artículo 42 de la Ley General de Seguros, para solicitar que mediante resolución debidamente motivada se ordene a la compañía HISPANA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A., el pago del saldo insoluto de las dos deudas contraídas con el BANCO DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL conforme a las Tablas de Amortización acompañadas, por concepto de los dos préstamos hipotecarios Nro. 12715802 y 12715803, como indemnización por la cobertura de enfermedad catastrófica, en base al diagnóstico final "TUMOR MALIGNO DE LA GLANDULA TIROIDES/TIROIDECTOMIA TOTAL O SUBTOTAL PARA MALIGNIDAD CON DISECCIÓN DE CUELLO LIMITADA";

Que de acuerdo a las competencias otorgadas a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros por el artículo 42 de la Ley General de Seguros, a fin de dirimir la controversia administrativa surgida entre asegurado y aseguradora, le corresponde a este organismo de control determinar si la negativa de pago esgrimida por la compañía aseguradora, se encuentra debidamente fundamentada, toda vez que de conformidad con lo ordenado en el artículo 723 del Código de Comercio, ésta se encuentra obligada a probar los hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad.

Que entre los recaudos remitidos por la parte reclamante que relatan el siniestro constan:

1. Aviso de siniestro de fecha 15 de febrero de 2024;
2. Certificado Médico emitido por el Dr. Marcos Parra Rambay, Cirujano Oncológico el 21 de agosto del 2023;
3. Tablas de amortización otorgadas por el Banco del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social;
4. Resultados de exámenes de laboratorio e historia clínica No. 262592;

Que, mediante comunicación DS-VAP-G-2024-022, de fecha 13 de marzo de 2024, HISPANA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A. negó la cobertura del reclamo presentado por la señora Digna Isabel Granda Girón, alegando que: *"... el siniestro fue conocido el 31 de octubre de 2023, fecha en que se diagnosticó su enfermedad catastrófica misma que se notificó a HISPANA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A. el 14 de febrero del año 2024; por lo que resulta evidente y claro que la notificación se dio en exceso e los 5 días que la ley le otorgaba para dar aviso al respecto (...)"*;

Que de la revisión de los documentos que obran en el expediente se observa que la compañía de seguros emitió su negativa dentro del plazo de 30 días establecido en el artículo 42 de la Ley General de Seguros, en concordancia con el artículo 726 del Código de Comercio; en tal sentido, HISPANA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A. dio

cumplimiento con sus obligaciones legales en cuanto al término para responder al aviso del siniestro presentado por la señora Digna Isabel Granda Girón;

Que el artículo 718 del Código de Comercio establece la obligación del asegurado o beneficiario de notificar el siniestro dentro de cinco días hábiles a partir de su conocimiento, y en el caso específico, con el respaldo por el "Reporte de Notas de Evoluciones Clínicas" del Hospital Oncológico Dr. Wilson Franco Cruz, Historia Clínica No. 59670, presentado por la señora Digna Isabel Granda Girón, se observa que tuvo conocimiento de su enfermedad catastrófica desde el 31 de octubre de 2023; sin embargo, la comunicación del siniestro a la compañía de seguros se realizó el 14 de febrero de 2024, con lo cual se establece que la notificación se efectuó fuera del término de ley;

Que, en base a lo anteriormente expuesto, se concluye que la parte asegurada, ha incurrido en incumplimiento de su obligación legal en consonancia con lo estipulado en el literal b) del artículo 725 del Código de Comercio, que establece la pérdida del derecho al cobro de la indemnización si el asegurado omite, sin justificación, notificar a la aseguradora sobre el siniestro, siendo ineludible analizar que tal notificación podría haberse efectuado de manera virtual o electrónica, no necesariamente física o presencial. Tal omisión se evidencia en la presentación extemporánea del aviso de siniestro, respaldada por la documentación médica correspondiente. Por tanto, las alegaciones invocadas por la señora Digna Isabel Granda Girón no eximen su falta de notificación oportuna del siniestro a la compañía de seguros;

Que, la parte reclamante sostiene que nunca tuvo conocimiento de la temporalidad o tiempo señalado para notificar el siniestro. No obstante, conforme lo previsto en el artículo 729 del Código de Comercio, el beneficiario o asegurado debe demostrar la falta de conocimiento del hecho que originó el siniestro o la existencia de impedimentos para ejercer sus derechos, para que el tiempo de notificación se suspenda y se empiece a calcular desde el momento en que se adquirió dicho conocimiento o cese cualquier impedimento. De lo cual, no se ha presentado evidencia que respalde la afirmación de la asegurada sobre su desconocimiento del siniestro o la existencia de impedimentos para notificarlo a la aseguradora. Por tanto, no son procedentes sus explicaciones al respecto;

Que, en consecuencia, por todo lo mencionado, se determina que los argumentos de la compañía HISPANA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A., para sustentar la negativa de pago de la indemnización por el siniestro reportado, cuentan con fundamento legal y contractual, al haber demostrado el incumplimiento de la reclamante, en la presentación extemporánea del aviso de siniestro;

Que, mediante memorando No. SCVS-INS-DNNR-2024-336-M, de fecha 09 de mayo de 2024, la Dirección Nacional de Normativa y Reclamos emitió su informe dentro del presente reclamo en contra de HISPANA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A.;

En ejercicio de las atribuciones y funciones delegadas mediante resolución No. ADM-17-040, del 26 de abril de 2017, esta Intendencia Nacional de Seguros;

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- NEGAR el reclamo administrativo presentado por la señora Digna Isabel Granda Girón, en contra de HISPANA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A., con atención a la póliza de vida colectiva No. 002296.

Se deja a salvo el derecho de las partes de acudir a cualquiera de las instancias previstas en los incisos cuarto y sexto del artículo 42 de la Ley general de Seguros en concordancia con el artículo 224 del Código Orgánico Administrativo.

COMUNÍQUESE. - Dada y firmada en la ciudad de Guayaquil, el 17 de mayo de 2024.

Ab. Romina Sánchez Luzarraga
DIRECTORA NACIONAL DE NORMATIVA Y RECLAMOS

MRG / ESM

Trámite No. 38767-0041-24