

**Resolución No. SCVS-INS-DNNR-2025-00000359**  
**Ab. María Gracia Neira Ycaza**  
**DIRECTORA NACIONAL DE NORMATIVA Y RECLAMOS (E)**

**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 registrará 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*



SUPERINTENDENCIA  
DE COMPAÑÍAS, VALORES Y SEGUROS

*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. 91928-0041-24, ingresado el 26 de julio de 2024 la señora Karina Maribel Orellana Luzuriaga, presentó un reclamo administrativo en contra de HISPANA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A., señalando –en síntesis– lo siguiente: *"(...) Ocurre señor Superintendente que con fecha 15 de marzo del 2024 por resultado preliminar de biopsia de mama izquierda de carcinoma ductal infiltrante de tipo no especifico, por lo que toco esperar que se complete los exámenes de extensión específica del cáncer, cuyo resultados me fue entregado el 1 de abril de 2024, con el diagnostico definitivo siendo el siguiente: CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE LUMINAL B HER 2 POSITIVO y ahí me entregan el certificado donde reportan por primera vez como ENFERMEDAD CATASTRÓFICA, ese día me enteró de esa situación (...) realizo la llamada telefónica el 07 de mayo del 2024, donde doy aviso a Hispana de seguros de mi enfermedad, en la cual me preguntan cuál fue la fecha en la que tuve conocimiento de que padecía un cáncer, por lo que yo les indico que fue el 15 de marzo del 2024, mas no preguntan cuándo me notificaron con el diagnóstico y que era una enfermedad catastrófica, ya que eso fue el 01 de abril de 2024, ellos me indican toda la documentación que yo requiero presentar para el reclamo, y me toca lidiar con el solicitar esta documentación mientras que en el hospital me explican todos los otros cambios que voy a tener que sufrir con las quimioterapias (...) Sin embargo con fecha 20 de junio del 2024, mediante correo electrónico me adjuntan una contestación objetando el pago de la indemnización argumentando que no he cumplido con la presentación del reclamo en el tiempo establecido por el art.718 del código de comercio, lo cual*



SUPERINTENDENCIA  
DE COMPAÑÍAS, VALORES Y SEGUROS

*es totalmente erróneo y atenta contra mis derechos garantizados en la constitución de la República, pues en la póliza en ningún momento se hace constar el plazo en el que debe ser reportado el caso de enfermedad catastrófica, pero si señala en el artículo 21 que la prescripción de los derechos acciones o beneficios que se deriven de esta póliza prescriben en dos años, a partir del acontecimiento que le dio origen (...) La cuantía de la indemnización reclamada es : 1. De VEINTE Y NUEVE MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y SIETE DOLARES CON VEINTE Y SEIS CENTAVOS (USD 29.247,26), cantidad obtenida conforme la tabla de amortización de préstamos hipotecarios emitido por el Banco del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, del préstamo NUT 732008 a nombre de Orellana Luzuriaga Karina Maribel, cuota 66 del mes de 2024. 2. De DOSCIENTOS NUEVE DOLARES CON CUARENTA Y UN CENTAVO (USD 209,41) correspondientes a los gastos generados de este trámite, facturas emitidas por la Notaria Primera de Morona Santiago Macas. Siendo la cuantía total reclamada de VEINTE Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SEIS DOLARES CON SESENTA Y SIETE CENTAVOS (29.456,67) (...)" –SIC;*

**Que,** mediante oficio No. SCVS-INS-DNNR-2024-000117346-O, notificado con fecha 15 de octubre 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, notificando dicho oficio a los correos designados por la aseguradora para notificaciones;

**Que,** la aseguradora dio contestación al oficio precedente, el 22 de octubre del 2024, mediante escrito s/n adjuntando las explicaciones necesarias y documentos requeridos para la continuidad del presente reclamo en los siguientes términos: "(...) La parte reclamante pretende afectar la póliza del ramo vida colectiva en su cobertura de enfermedad catastrófica debido al diagnóstico de un 'Carcinoma Ductal infiltrante de mama izquierda'. La fecha de diagnóstico, conforme lo ha expresado la asegurada en el libelo de su reclamación fue el 21 de marzo de 2024, situación que es objetada por HISPANA. Tal como se evidencia en la historia clínica de la reclamante, tuvo conocimiento de su diagnóstico positivo para malignidad el 15 de marzo del 2024, según la documentación aportada. (...) De lo anteriormente expuesto se puede verificar que la asegurada recae en la extemporaneidad respecto de la notificación del diagnóstico que le fue dado pues, conforme lo expresa el



SUPERINTENDENCIA  
DE COMPAÑÍAS, VALORES Y SEGUROS

*Código de Comercio tenía 5 días termino para realizarla, sin embargo, se tomo casi dos meses para hacerlo(...)*Sobre el correo electrónico del 07 de mayo de 2024, por el cual la señora Orellana se comunica con HISPANA y solicita información que debe remitir para la afectación de la cobertura por enfermedad catastrófica respecto de la póliza emitida a favor del BIESS, nada tenemos que objetar pues, efectivamente, el 07 de mayo de 2024 la reclamante se comunicó vía electrónica y requirió la información. La información fue requerida mediante correo electrónico del mismo día y fue remitida por la señora Orellana el 22 de mayo del 2024 a HISPANA, fecha en la cual se formalizo su reclamo tal como se ha establecido en el reclamo inicial. Luego del análisis médico y jurídico correspondiente, estando dentro del tiempo que prevé el artículo 42 de la Ley General de Seguros, con fecha 22 de junio del 2024, HISPANA comunica a la señora Karina Maribel Orellana Luzuriaga, la objeción/negativa del reclamo presentado pues, se pudo comprobar que el siniestro (diagnóstico de enfermedad catastrófica), fue notificado en exceso del tiempo que otorga el Código de Comercio para aquello.(...)Por lo anterior, resulta importante indicar que el seguro, sus coberturas y demás, son plenamente conocidos por el asegurado cuando suscribe la operación de crédito y cuya prima paga mensualmente; por lo que la existencia del contrato es conocida; es decir, este hecho no es aislado pues el asegurado conoce exactamente el valor de su cuota mensual y desglose, hecho que ya fue expuesto anteriormente.(...) Se debe tener en cuenta que el reclamante conoce el contenido de la póliza, tanto así que dichas condiciones y cláusulas son el fundamento de su reclamación, por lo que, cualquier alusión a que el asegurado desconoce el contenido y clausulado de la póliza No. 0002296 es, por lo menos, impertinente y justificado.(...)Por los fundamentos de hecho y derecho expuestos, requerimos a usted se sirva RECHAZAR el reclamo administrativo presentado por la señora Karina Maribel Orellana Luzuriaga.(...)” - SIC;

**Que**, mediante oficio No. SCVS-INS-DNNR-2024-00137397-O, notificado el 18 de diciembre de 2024, 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 los documentos ingresados;

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



SUPERINTENDENCIA  
DE COMPAÑÍAS, VALORES Y SEGUROS

**“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. 725.-** El asegurado o el beneficiario pierden su derecho al cobro de la indemnización en caso de siniestro, por las siguientes causas: (...)

b) Por la omisión, no justificada, de la obligación de notificar a la aseguradora o intermediarios sobre la ocurrencia del siniestro. (...);

**“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



**SUPERINTENDENCIA**  
DE COMPAÑÍAS, VALORES Y SEGUROS

*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”;*

**Que**, respecto al efecto de las obligaciones, el Código Civil, 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** 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 VEINTINUEVE MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SEIS DÓLARES DE ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA CON 67/100 (US \$29.456,67), ante el diagnóstico de la enfermedad catastrófica “CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE DE TIPO NO ESPECIFICO”;

**Que** la reclamante obtuvo un préstamo hipotecario con el BANCO DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL (BIESS), con operación No. 23962901 y NUT No. 732008, en cuya tabla de amortización se verifica el monto total aprobado de US \$90.838,39, por lo que se aseguró dicha operación financiera mediante la póliza de vida colectiva No. 0002296, que protege la vida y otras coberturas en favor de los titulares de préstamos obtenidos con el BIESS, emitida por HISPANA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A.;



SUPERINTENDENCIA  
DE COMPAÑÍAS, VALORES Y SEGUROS

**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** la controversia en el presente caso estriba en la supuesta extemporaneidad en la que habría incurrido la asegurada al realizar el aviso de siniestro, siendo que la compañía aseguradora, en su negativa de indemnización de fecha 20 de junio de 2024, alega que la enfermedad catastrófica fue diagnosticada el 13 de marzo de 2024, y que la asegurada dio aviso luego del término legal de cinco (5) días establecido en el artículo 718 del Código de Comercio. Por su parte, la parte reclamante alega que la extemporaneidad es justificable, tal como lo prevé la misma disposición legal, considerando una imposibilidad física, consistente en tres prescripciones de reposo médico, que le impidió realizar antes el aviso;

**Que**, forma parte del expediente la copia de la historia clínica de la asegurada emitida por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, en cuya página 64 aparece que, con fecha 11 de abril de 2024, se registra por primera vez el diagnóstico definitivo: "C509 TUMOR MALIGNO DE MAMA: TUMOR MALIGNO DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICADA";

**Que**, siendo la fecha de diagnóstico definitivo el 11 de abril de 2024, y la de aviso de siniestro el 17 de mayo de 2024, se podría determinar que el mismo es extemporáneo;

**Que**, sin embargo, la parte reclamante ha ingresado ante este organismo de control como documentación probatoria de imposibilidad física los siguientes certificados médicos:

1. IESS, HOSPITAL JOSE CARRASCO ARTEAGA, de fecha 01 de abril de 2024, que le otorgó reposo médico desde el 01/04/2024 – 05/04/2024.
2. IESS, HOSPITAL JOSE CARRASCO ARTEAGA, de fecha 08 de abril de 2024, que le otorgó reposo médico desde el 08/04/2024 – 10/04/2024.



SUPERINTENDENCIA  
DE COMPAÑÍAS, VALORES Y SEGUROS

3. IESS, HOSPITAL JOSE CARRASCO ARTEAGA, de fecha 11 de abril de 2024, que le otorgó reposo médico desde el 11/04/2024 – 10/05/2024; **Que**, de la revisión de dichos certificados médicos, se determina que la reclamante estuvo con reposo médico por tres ocasiones desde el 1 de abril de 2024, siendo el último reposo entre el 11 de abril, fecha de diagnóstico definitivo, y el 10 de mayo de 2024; y que, desde esta última fecha hasta el 17 de mayo, fecha del aviso de siniestro, hubo exactamente cinco días hábiles;

**Que** la reclamante ha logrado acreditar haber estado impedida físicamente de dar aviso de siniestro por encontrarse con reposo médico prescrito, el último de ellos desde el diagnóstico definitivo de su enfermedad catastrófica, reintegrándose a sus actividades el 11 de mayo de 2024, primer día hábil de los cinco que tenía para dar el aviso de siniestro, mismo que lo dio el 17 de los mismos mes y año, esto es el quinto día hábil;

**Que**, por las consideraciones legales expuestas y con base en la información que consta en el expediente, el reclamo administrativo presentado por la señora Karina Maribel Orellana Luzuriaga en contra de la compañía HISPANA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A., es procedente, por cuanto la compañía aseguradora no ha comprobado las circunstancias o hechos excluyentes de su responsabilidad, como lo exige el artículo 723 del Código de Comercio;

**Que**, mediante memorando No. SCVS-INS-DNNR-2024-0045-M, de fecha 17 de enero de 2025, se recomendó ACEPTAR el reclamo administrativo presentado 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. - ACEPTAR** el reclamo administrativo presentado por la señora Karina Maribel Orellana Luzuriaga, en contra de HISPANA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A., con atención a la póliza de vida colectiva No. 0002296.

**ARTÍCULO SEGUNDO. - ORDENAR** que la compañía HISPANA DE SEGUROS S.A. pague a favor del BANCO DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD





SUPERINTENDENCIA

SOCIAL (BIESS), en calidad de beneficiario acreedor, por la cobertura de enfermedades catastróficas, el saldo insoluto de la deuda contraída por la señora Karina Maribel Orellana Luzuriaga, en concepto del crédito hipotecario No. 23962901 al momento de su diagnóstico.

**ARTÍCULO TERCERO. - DISPONER** que la compañía HISPANA DE SEGUROS S.A. cumpla con el pago ordenado en esta resolución en el plazo de diez días contados a partir de su notificación.

**ARTÍCULO CUARTO. - NOTIFICAR** la presente resolución a la reclamante y a la compañía HISPANA DE SEGUROS S.A. en los domicilios electrónicos señalados para el efecto.

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 enero de 2025.

Ab. María Gracia Neira Ycaza

**DIRECTORA NACIONAL DE NORMATIVA Y RECLAMOS (E)**

RVP/RCY

Trámite No. 91928-0041-24

