

Javier Cascante E.  
**Superintendente**

## **SGS-R-214-2009**

Superintendencia de Pensiones. Despacho del Superintendente, al ser las once horas del seis de noviembre de dos mil nueve.

### **Resultando**

**Primero.** Que la Ley Reguladora del Mercado de Seguros N°8653 (LRMS) del 1° de julio de 2008, fue publicada en el alcance N° 30, a La Gaceta N° 152, de fecha 7 de agosto de 2008.

**Segundo.** Que dicho cuerpo normativo, crea la Superintendencia General de Seguros, como un órgano de máxima desconcentración, adscrito al Banco Central de Costa Rica, con personalidad y capacidad jurídicas instrumentales; y que contará con un superintendente de seguros y un intendente de seguros.

**Tercero.** Que el Consejo Nacional de Supervisión del Sistema Financiero (CONASSIF) en los artículos 6 y 5 de las actas de las sesiones 732-2008 y 733-2008, celebradas ambas el 31 de julio de 2008, acordó recargar en la Superintendencia de Pensiones, por un periodo de dieciocho meses, o antes, si las circunstancias así lo permitieran, las facultades, deberes, obligaciones, funciones y responsabilidades establecidas a la Superintendencia General de Seguros en la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley N°8653, de conformidad con lo que estatuye el Transitorio I, Capítulo III, Disposiciones Transitorias, de la citada Ley.

**Cuarto.** Que como parte de las competencias otorgadas por Ley, la Superintendencia General de Seguros, tiene la función de “...Definir cuando exista duda, de oficio o a instancia de parte, por resolución razonada de carácter general, si una actividad se considera actividad aseguradora para los efectos de esta Ley y bajo los parámetros establecidos en el artículo 2 de esta Ley...”, lo anterior de conformidad con el artículo 29, inciso k).

**Quinto.** Que la Ley Reguladora del Mercado de Seguros establece en su artículo 2: “...La actividad aseguradora y la actividad reaseguradora solo podrán desarrollarse en el país por parte de entidades que cuenten con la respectiva autorización administrativa emitida por la Superintendencia General de Seguros, en adelante Superintendencia, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 7 de esta Ley...” Adicionalmente, el cuarto párrafo de ese artículo dispone que “...Estarán sometidas al ámbito de aplicación de esta Ley, todas las personas físicas o jurídicas, que participen, en forma directa o indirecta, en el desarrollo o realicen en cualquier forma la actividad aseguradora, reaseguradora, su intermediación y servicios auxiliares de seguros...”

---

**“Valor del mes: Profesionalismo, Integridad, Honestidad y Transparencia”**

**Sexto.** Que el Consejo Nacional de Supervisión del Sistema Financiero, mediante artículo 6 del acta de la sesión 744-2008, celebrada el 18 de setiembre de 2008 aprobó el Reglamento de Autorizaciones, Registros y Requisitos de Funcionamiento de Entidades Supervisadas por la Superintendencia General de Seguros (en adelante Reglamento), el cual incluye el procedimiento general para las autorizaciones administrativas.

**Sétimo.** Que la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, desde su génesis cuando era proyecto de ley, contempló al consumidor como el eje central sobre el cual debía recaer una protección especial en el mercado asegurador. En ese sentido, la exposición de motivos indicó: *“...en relación con esa actividad, existe una responsabilidad estatal de garantizar al consumidor la efectiva contraprestación del asegurador en los términos pactados, cuando eventualmente se produce el siniestro. Lo anterior, por cuanto la contratación de seguros responde a un ciclo productivo inverso, el consumidor otorga una prestación presente y cierta (prima), a cambio del compromiso de recibir una prestación futura e incierta (indemnización o renta convenida), por parte de la entidad aseguradora. Así, el Estado debe promover el desarrollo del mercado de seguros y su ordenamiento para lo cual resulta imperativo contar con una adecuada regulación y supervisión del mismo, y con una regulación óptima en materia de contratación de seguros...”*

**Octavo.** Que son numerosas las actividades mercantiles que desarrollan los agentes económicos, quienes ofrecen a los consumidores diferentes clases de productos a través de contratos de adhesión: En particular es común el ofrecimiento de los servicios denominados “de asistencia”, mediante los cuales se brinda un determinado tipo de asistencia a las personas que la requieran, como consecuencia de algún evento fortuito, en los casos y condiciones previstos por las partes, a cambio de una contraprestación.

**Noveno.** Que el equilibrio entre las partes del contrato y la defensa de los intereses económicos de los consumidores se evalúa en función de la inexistencia en el mismo de cláusulas que, de alguna manera, supongan una desventaja para el consumidor, teniendo en cuenta que se trata de una parte a proteger, por ser el contratante más débil, que no está en plano de igualdad.

**Décimo.** Que esta Superintendencia ha recibido diversas consultas relativas a determinar la naturaleza jurídica de las actividades de asistencia de conformidad con los parámetros definidos por el legislador en la Ley Reguladora del Mercado de Seguros N°8653.

**Décimo Primero.** Que los servicios de asistencia pueden ser prestados a través de diversas modalidades que garantizan la puesta a disposición de las personas de una ayuda inmediata, atendiendo a los casos y circunstancias específicas previstas en los contratos, tales como: la asistencia en viajes o traslados, la asistencia automovilística, la asistencia en el hogar, la asistencia médica de emergencia, la asistencia funeraria, la asistencia legal y administrativa y otros de naturaleza similar, y que en muchos casos cuando estas empresas empiezan a asumir riesgos técnicamente asegurables, se plantea la necesidad de que sean considerados por la Administración Pública, como aseguradoras, a efectos de que, - y puesto

que se comprometen a una prestación futura e incierta -, se les exijan ciertas garantías de que, si esa incertidumbre se hace real, el consumidor tenga avalado que la entidad puede cumplir con lo prometido contractualmente.

**Décimo Segundo.** Que teniendo como norte el interés del consumidor, considera esta Superintendencia necesario precisar y definir el marco apropiado para este tipo de servicios ofrecidos por empresas distintas a las instituciones de seguros y, de esta forma, dar certidumbre al sector, consumidores y usuarios respecto de estas operaciones y propiciar el sano desarrollo de esta actividad.

**Décimo Tercero.** Que en ese sentido se procederá a analizar los servicios de asistencia de conformidad con el artículo 29 inciso k) de la Ley N°8653, y

### ***Considerando***

**Primero. Sobre los contratos de asistencia.** Para poder determinar cuáles de los contratos de asistencia se pueden considerar seguros sujetos a las reglas de supervisión, se debe analizar lo reseñado tanto en el artículo 57, de la Ley N°7523, aplicable al mercado de seguros por remisión expresa, así como lo preceptuado en el artículo 2 de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros (LRMS). Dicho numeral señala los elementos esenciales del contrato de seguros derivados de la actividad aseguradora, entre los cuales se encuentra el riesgo asegurable:

*“...La actividad aseguradora consiste en aceptar, a cambio de una prima, la **transferencia de riesgos asegurables** a los que estén expuestas terceras personas, con el fin de dispersar en un colectivo la carga económica que pueda generar su ocurrencia. La entidad aseguradora que acepte esta transferencia se obliga contractualmente, ante el acaecimiento del riesgo, a indemnizar al beneficiario de la cobertura por las pérdidas económicas sufridas o a compensar un capital, una renta u otras prestaciones convenidas...” Destacado es nuestro.*

El seguro es definido por la Asociación Internacional de Supervisores de Seguros (IAIS por sus siglas en inglés) como “un acuerdo económico donde el individuo sustituye un pequeño costo cierto (la prima) por una pérdida financiera grande e incierta (la contingencia contra la cual se asegura) la cual podría darse si no existiera el contrato de seguro; un acuerdo económico para reducir o eliminar el riesgo mediante la combinación de un número suficiente y homogéneo de exposiciones en un grupo de manera tal que las pérdidas sean predecibles para el grupo como un todo.” (traducción libre, IAIS, Glossary of terms, set. 2003)

Por su lado, el Diccionario MAPFRE de Seguros, conceptualiza la póliza como “...el documento o póliza suscrito con una entidad de seguros en el que se establecen las normas que han de regular la relación contractual de aseguramiento entre ambas partes (asegurador y asegurado), especificándose sus derechos y obligaciones respectivos...”  
(<http://www.mapfre.com/wdiccionario/general/diccionario-mapfre-seguros.shtml>)

En opinión del autor español Garrigues, el contrato de seguro *"... es un contrato sustantivo y oneroso por el cual una persona – el asegurador – asume el riesgo de que ocurra un acontecimiento incierto, al menos en cuanto al tiempo, obligándose a realizar una prestación pecuniaria cuando el riesgo se haya convertido en siniestro..."* (Garrigues (Joaquín). *"Curso de Derecho Mercantil"* Tomo IV. Editorial Temis. Bogota, 1987)

De esta forma, en el contrato de seguro la entidad aseguradora se obliga, mediante el cobro de una prima y para el caso de que llegare a producirse el siniestro cuyo riesgo es objeto de cobertura, a indemnizar, dentro de los límites pactados, el daño producido al asegurado o a satisfacer un capital, una renta u otras prestaciones convenidas en el contrato.

El interés ha sido considerado como la causa de los contratos de seguros, el cual debe existir en el momento en que se contrate y subsistir junto con el contrato (Rodríguez Rodríguez, Joaquín, *Derecho Mercantil*, Edit. Porrúa, 1978, Tomo 11, pág. 162, citado por López Blanco, Hernán Fabio en *Comentarios al Contrato de Seguro*, Dupre Editores, Bogotá, 3ª. Edición, pág. 62.)

Nuestro ordenamiento mercantil no define de manera concreta el concepto de interés asegurable; sin embargo, el artículo 1 de la Ley de Seguros N°11, del 02 de octubre de 1922 establece que el seguro *"...puede tener por objeto todo interés estimable en dinero y toda clase de riesgos, no mediando prohibición expresa de la ley..."*

De esta forma, el riesgo asegurable es un suceso incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador, del asegurado o del beneficiario, y cuya realización da origen a la obligación del asegurador.

No obstante la ausencia de definición legal, se destaca como nota característica de la anterior cita normativa, la afectación económica que sobre un patrimonio puede ocasionar la realización del riesgo, para que se pueda predicar el interés asegurable por parte de su titular. El Glosario de términos de IAIS lo define como *"un interés que podría ser dañado si el evento sobre el cual se asegura ocurre; la posibilidad de que una pérdida financiera para un individuo pueda ser evitada por medio de un contrato de seguro"*.

Para el asegurador, el interés consiste en la realización de un negocio lucrativo, encontrándose que tanto en el contrato de seguro como en el de asistencia, la causa es igual tanto para la empresa de seguros como para la de asistencia.

En el contrato de seguro el interés para el tomador es el de protegerse de un riesgo, específicamente en cuanto al costo que implicaría la prestación de los servicios, o reposición del bien, al momento de ser requerido por el asegurado. Por su lado, en el contrato de asistencia, el interés para el contratante, es la obtención de una prestación o auxilio que consiste en la actividad desplegada por la empresa para que el cliente pueda hacer uso de los servicios que requiera de forma pronta y no necesariamente para resolver en forma definitiva un imprevisto.

La actividad que realizan las entidades de seguros y las empresas de asistencia, son similares en que ambas garantizan, al contratante, la prestación del servicio sin que necesariamente tenga que erogar dinero.

En cuanto al objeto de la obligación del contrato de seguro, Broseta Pont señala que este elemento está representado por el conjunto de obligaciones que genera su perfección y entre ellas, el pago de la prima por parte del tomador y la del asegurador de asumir el riesgo (cobertura del riesgo). Al analizar el objeto de las obligaciones del contratante en algunos contratos de asistencia, se observa que consiste en una obligación de dar, traducida en el pago de una suma de dinero en forma anticipada, como contraprestación al deber de la empresa prestadora del servicio. Dicha obligación se asimila a la prima, ya que lo que debe pagar el cliente durante la vigencia del contrato, equivale al servicio que debe garantizar la empresa que lo brinda, existiendo la posibilidad de que durante la vigencia del contrato el cliente no requiera de ninguna asistencia, por no materializarse el imprevisto, accidente, siniestro o situación que genere la necesidad utilización del servicio de asistencia, y además, sin que exista el compromiso por parte de la empresa prestadora del servicio, de restituir una fracción del pago. Todo esto evidencia que en definitiva la verdadera obligación de algunas de esas empresas, más que prestar el servicio, es correr con el riesgo de que no se produzca la situación que suscite la prestación del servicio de asistencia al contratante. (Broseta Pont, Manuel. Manual de Derecho Mercantil, Edit. Tecnos, Madrid, 10ª Edición, 1994, p.566)

El objeto de la obligación de la empresa aseguradora en el contrato de seguro es la cobertura del riesgo, el cual se define como el grado de probabilidad existente de que el siniestro llegue a ocurrir, y una vez ocurrido éste, se hace exigible una obligación consistente en el pago de la indemnización o de la prestación debida.

En conclusión, la actividad realizada por algunas empresas de asistencia es similar a la desplegada por las empresas de seguros. En principio constituiría una actividad propia del mercado asegurador, en el tanto el servicio prestado cumpla con los requisitos para ser una actividad de seguros. Para mayor claridad, lo anterior se ve cumplido, cuando se observen las siguientes características:

1. El correcto funcionamiento de algunos sistemas de asistencia descansa en la compensación y neutralización de los riesgos mediante la distribución de la carga

económica entre un número significativo de personas sometidas a los mismos riesgos. Como consecuencia, estas empresas administran una fuerte masa de capital constituida por los aportes percibidos por cada contrato celebrado.

2. Algunas empresas de asistencia utilizan tarifas cuyo cálculo obedece a postulados de la teoría matemática del riesgo, basadas en estadísticas. En muchos casos estas tarifas están calculadas por actuarios, lo cual trae como consecuencia que las mismas se obtengan en forma muy semejante a las empleadas por las compañías de seguros. La asegurabilidad, según Chuliá, “...*dependerá de un juicio de oportunidad fundado en la maximización de la utilidad colectiva de la cobertura mutualística, basado en el cálculo de tales eventos, dañosos o no...*” (VICENT CHULIA (Francisco). Compendio crítico de Derecho Mercantil. Tomo II. Editorial Bosch, tercera edición, Barcelona, 1990, p.4987)
3. El riesgo implica que en unos casos la tarifa/prima no se consumirá por el cliente, al no necesitar la asistencia en su hogar o en algún momento de su viaje. Pareciera que el negocio le habrá resultado gravoso, no obstante no es así dado que pagó por obtener seguridad y confianza que de haberlo necesitado, hubiera sido asistido.
4. Por otra parte, el costo total de los servicios que necesite un cliente será muy superior a lo que pagó como prima. En este caso la pérdida aparece del lado de la empresa prestadora del servicio, pero precisamente en eso se basa la técnica actuarial y el funcionamiento del seguro como institución, pues la empresa compensará esa posible pérdida sufrida con cargo a los contratos de asistencia de los otros clientes que no llegaron a consumir su tarifa/prima, tal y como opera en los contratos de seguro.

**Segundo. Formas en las que se puede desarrollar y prestar la asistencia como un contrato de seguro.** La entidad aseguradora se compromete a *garantizar* la asistencia o ayuda inmediata, no necesariamente a prestarla en forma directa.

Se estipula cuál es el riesgo asegurable, el evento que de suceder, genera la obligación de garantía del asegurador. Este riesgo se puede conceptualizar como *dificultades*, en las que puede encontrarse el tomador o asegurado, como consecuencia de un evento fortuito, ya sea en su domicilio habitual o fuera de él por encontrarse en el curso de un viaje. Los alcances de este concepto se establecen en las condiciones particulares de la póliza donde se determinan si se ha verificado el riesgo y por tanto si hay o no siniestro.

La asistencia alude a dos conceptos: la materialidad y la inmediatez. No basta con proporcionarle al cliente tranquilidad psicológica ante una dificultad, sino que debe traducirse en actuaciones materiales para solventarla de forma pronta y cumplida.



En relación al contenido de la asistencia, la misma puede consistir en una prestación de dar (prestación económica), o de hacer (prestación de un servicio).

En este sentido el artículo 4 de la LRMS establece que:

*“...cuando corresponda **el pago o la indemnización**, este deberá efectuarse dentro del plazo antes indicado, contado a partir de la notificación de la respuesta oportuna. Sin embargo, cuando corresponda la **prestación de un servicio o una renta periódica**, este deberá brindarse de conformidad a lo establecido en el contrato respectivo y en esta Ley o, en su defecto, en un plazo prudencial acordado por las partes o fijado por la Comisión Nacional del Consumidor...” Destacado es nuestro.*

De esta forma, la propia LRMS reconoce los dos tipos de prestaciones que se pueden derivar de un contrato general de asistencia.

La asistencia la puede prestar la propia entidad aseguradora (suele ser poco probable pues demanda gran cantidad de infraestructura operativa), quien realiza materialmente todas las actividades integrantes de la asistencia. La entidad aseguradora en forma directa se encarga de organizar la prestación del servicio con medios propios o bien, contratándolos pero gestionados por ella y tramitando directamente el siniestro. En este caso la entidad aseguradora no solo garantiza, sino que ejecuta el auxilio al asegurado.

Una segunda forma de prestar la asistencia es mediante un contrato de arrendamiento de servicios en la que una empresa especializada corra con la ejecución material del servicio (contrato interempresarial). En este caso la asistencia será prestada por una entidad no aseguradora. Este contrato no afecta en nada la relación del asegurador con el asegurado. La empresa de asistencia, al ser la que preste el servicio, va a ser la “cara de la entidad aseguradora”. En esta asistencia “indirecta”, la aseguradora garantiza pero no ejecuta la asistencia.

Ahora bien, el responsable directo frente al cliente es la aseguradora aunque se haya producido una cesión de la gestión material de las operaciones asistenciales. Queda a salvo lo referido al régimen de responsabilidad concurrente establecido en el artículo 35 de la Ley de Promoción de la Competencia y Defensa Efectiva del Consumidor N°7472.

**Tercero. Definición del seguro de asistencia en las categorías, ramos y líneas de seguro.** El seguro de asistencia se caracteriza por cubrir riesgos propios de otros seguros enlazados por un nexo consistente en que el siniestro se produzca en el domicilio habitual o fuera de él o durante el curso de un viaje.

Tómese por ejemplo el caso de un seguro de viaje estándar y que tiene como fin proporcionar la necesaria tranquilidad al turista. Éste no conseguiría su objetivo si en conjunto con las coberturas propias de los seguros de daños, no incorpora otras propias de los seguros de personas (principalmente asistencia médica y atención de enfermedad).

El seguro de asistencia no introduce un riesgo nuevo sino que lo que se hace es aglutinar en un producto, *multiriesgo*, varios riesgos contemplados en otros tantos ramos para el supuesto de que el siniestro se verifique ya sea en el hogar (asistencia hogar) o fuera del domicilio habitual (asistencia en viaje). En consecuencia no sólo es aplicable la categoría de seguros generales que regulan los seguros de daños, sino la de seguros personales que regulan entre otros los seguros de vida y seguros de accidentes y salud, pues se trata de un seguro multiriesgo que agrupa riesgos propios de otros seguros.

El anexo 1 del Reglamento sobre Autorizaciones, Registros y Requisitos de Funcionamiento de Entidades Supervisadas por SUGESE, establece que *“...En un solo producto podrá agruparse varias líneas y ramos autorizados incluso de diferentes categorías...”*

Las especiales características de este seguro, fundamentalmente la coexistencia de riesgos generales y de otros relativos a las personas y de prestaciones indemnizatorias con otras de servicios o de hacer y el que éstas últimas se caractericen por su inmediatez, le imprimen un carácter peculiar previsto por dicho anexo cuando indica:

*“...La autorización para ofrecer un riesgo principal perteneciente a un ramo podrá asimismo cubrir los riesgos comprendidos en otro ramo sin necesidad de obtener autorización específica, siempre que:*

- a) Se encuentren vinculados al riesgo principal.*
- b) Se refieran al objeto cubierto contra el riesgo principal.*
- c) Se encuentren cubiertos por el contrato que cubra el riesgo principal.*

*No obstante, los riesgos comprendidos en el ramo crédito y caución de la categoría de seguros generales no podrán ser considerados accesorios de otros ramos...”*

De esta forma, este seguro goza de un carácter mixto puesto que comprende coberturas propias de los seguros generales y los de personas.

**Cuarto. En particular sobre la asistencia en viaje.** El llamado contrato de Asistencia Integral del Viajero, se caracteriza por la ayuda técnica que, prestada por especialistas en la materia, actúa como complementaria de un riesgo o actividad principal y tiende a solventar contingencias que pueden sobrevenir en dicha actividad. Involucra a las personas que contratan una cobertura en un viaje por lesiones, enfermedades, asistencia médica, accidentes, etc.

El Diccionario MAPFRE de Seguros define a los contratos de asistencia al viajero como una:



*"...Póliza de seguro de salud y otras coberturas como accidente, robo, pérdidas, etc., hecha especialmente para cubrir a un asegurado de estos eventos mientras viaja. La cobertura puede hacerse para un solo viaje o para un tipo especial de viajes o incluso cubrir los viajes a realizar durante un año o más tiempo. Los hay para toda la vida, como el seguro permanente de vuelo...". ([www.mapfre.com/wdiccionario/general/diccionario-mapfre-seguros.shtml](http://www.mapfre.com/wdiccionario/general/diccionario-mapfre-seguros.shtml))*

El contrato de asistencia, al igual que el de seguro, además del riesgo que protege, tiene una serie de *exclusiones*, es decir hipótesis o circunstancias que son dejadas fuera del amparo del seguro, pese a corresponder en principio al riesgo cubierto, teniendo su razón de ser en la configuración del riesgo asegurado, cuyo diseño final se efectúa en función de la probabilidad e intensidad siniestral.

De igual forma, el contrato de asistencia integral al viajero incorpora limitaciones de cobertura, que también son contempladas en el contrato de seguros y que limitan el lapso durante el cual regirá la cobertura (*exclusiones temporales*), las que limitan los bienes o las cosas comprendidas (*exclusiones objetivas*), las que limitan el quantum de la prestación (*exclusiones cuantitativas*).

El contrato de *Asistencia Integral al Viajero* establece limitaciones además por medio de topes a los gastos reconocidos en el contrato. De esta manera el "voucher" de la empresa prestadora del servicio incorpora los topes por viaje y beneficiario para el servicio de atención médica en caso de accidente, en caso de enfermedad, por medicamentos ambulatorios, por medicamentos por internación, por odontología, por compensación por pérdida de equipaje, por gastos por vuelo demorado, gastos de hotel por convalecencia, por asistencia legal en caso de accidente, a modo de ejemplo.

De esta forma, se tiene que las características de un contrato de seguro son la existencia de un evento incierto adverso a los intereses del comprador, la asunción del riesgo por parte de la empresa derivado de ese evento incierto, la cantidad a pagar es calculada considerando la probabilidad (alta o baja) de la ocurrencia del evento incierto, los compromisos de la empresa constituyen obligaciones que procuran responderle a un asegurado ante la ocurrencia de un siniestro (transferencia del riesgo).

**Quinto. Exclusiones.** Para clarificar aún más el concepto de asistencia que puede ser asegurable, deben puntualizarse las operaciones de asistencia que no constituirían seguro. Esta delimitación se realizará mediante exclusiones de determinados servicios que pese a ser típicamente asistenciales, no constituyen actividad aseguradora y que se caracterizan por la inexistencia de cálculo actuarial en la fijación de sus tarifas y el no pago o reembolso de gastos al cliente. En estos casos, se trata de operaciones en los que el prestador del servicio se limita a cobrar cada servicio brindado una vez que se ha producido la solicitud de asistencia. La tarifa de cobro no depende del riesgo asumido sino que es calculada considerando los costos de operación en los que efectivamente incurre el prestador al brindar con recursos propios el servicio. En estos casos, una persona que se encuentre en

dificultades, por ejemplo en un desplazamiento, puede contratar los servicios de una empresa que le cobrará en función del tipo de servicio que le preste, por lo que no puede hablarse de actividad aseguradora.

En otras palabras, lo pagado por el cliente no conforma ningún fondo o reserva a efectos de atender las obligaciones del prestador para con el consumidor, sino que más bien la empresa utiliza ese dinero a efecto de recuperar lo invertido en su infraestructura necesaria para prestar el servicio (red de proveedores, central de atención telefónica, grúas, hoteles, servicios médicos, personal de atención al cliente, etc).

Estas empresas cobran exclusivamente e individualmente cada uno de los servicios prestados al usuario o beneficiario, o inclusive a la entidad aseguradora que asume el riesgo. En este último caso, la empresa de asistencia tiene con la aseguradora un contrato en el que no es parte el tomador del seguro. Se trata de dos relaciones jurídicas independientes, una el contrato entre la entidad aseguradora y la empresa de asistencia (contrato de prestación de servicios o asistencia subcontratada), en el que el beneficiario de la asistencia no es parte y que genera para la aseguradora la obligación de pagar a la empresa cuando está presente algún servicio, (la aseguradora le garantiza al cliente el servicio más no lo ejecuta) y por otro lado, el contrato de seguro entre el tomador y la entidad de seguros. Se reitera que lo anterior es sin perjuicio de lo referido al régimen de responsabilidad concurrente establecido en el artículo 35 de la Ley de Promoción de la Competencia y Defensa Efectiva del Consumidor N°7472.

Analizados los elementos que caracterizan a una operación de asistencia como un contrato de seguro, de seguido se puede hacer referencia a actividades que aunque sean típicas prestaciones de asistencia, **no constituirían operaciones de seguro** amparables a la LRMS:

1. Servicios de asistencia, cuando el prestador del servicio satisfaga la obligación convenida con recursos e instalaciones propias sin que se comprometa a resarcir algún daño o a pagar una prestación en dinero y se limite a cobrar cada servicio prestado una vez que se ha producido la solicitud de asistencia.
2. Aquellos servicios de asistencia que se contraten para acontecimientos ya ocurridos sin que haya existido un vínculo contractual previo entre el cliente y la prestadora.
3. Los servicios que, sin incluir el pago o reembolso de gastos por parte de la empresa de asistencia a quien contrate o reciba el servicio, consistan exclusivamente en prestar asistencia para:
  - a. Localización de personas,
  - b. Transmisión de mensajes,
  - c. Organización y realización de viajes,
  - d. Reservaciones para transportación, hospedaje y eventos,

- e. Envío de documentos,
  - f. Recuperación de documentos perdidos o robados,
  - g. Brindar servicios de mecánica de emergencia en caso de desperfectos que conlleven la pérdida de la circulación autónoma del vehículo, consistentes en la reparación de la avería en el mismo lugar, envío de combustible y servicios de cerrajería, sin que incluyan servicios regulares de reparación o mantenimiento de vehículos,
  - h. Reporte de fugas en instalaciones inmobiliarias,
  - i. Concertación de citas con médicos, dentistas o centros de salud,
  - j. Orientación médica telefónica inmediata,
  - k. Brindar asesoría legal y
  - l. Contratación de servicios funerarios (traslados del sitio del fallecimiento al sitio de la velación, selección de ataúd, servicio de capilla, servicio de cortejo fúnebre, preparación del fallecido, diligencias de ley, arreglos florales, comunicación del sepelio por prensa y radio, servicios religiosos, servicio de cremación, etc).
4. Contratos de medicina prepagada donde exista pago por adelantado por parte del cliente, de los costos de los tratamientos cubiertos por el contrato a través de una cuota periódica o membresía, o que se entregue el servicio sin haber finalizado el pago de las cuotas convenidas pero continuando la obligación, que se cancela a la empresa prestadora, la cual, en caso de que el cliente requiera los servicios médicos, queda obligada a proporcionárselos, sin que involucre indemnización alguna.
5. Asistencia en viajes o traslados, referido al servicio que consista en la asistencia a los consumidores que se encuentren en dificultades durante desplazamientos o ausencias de su domicilio o de su lugar de residencia permanente, incluyendo el pago u otorgamiento de uno o más de los servicios siguientes:
- a. Casos de averías o fallas mecánicas del vehículo referidas a el traslado del cliente al destino previsto o a su domicilio, la renta de automóvil, el servicio de chofer para traslado, el hospedaje, la alimentación, así como el remolque y custodia del vehículo;
  - b. En caso de accidentes y/o enfermedades repentinas: traslados a un centro hospitalario y el tratamiento de la emergencia en el tanto ésta impida la continuación del viaje.
  - c. En caso de fallecimiento: el traslado o repatriación de restos mortales, la inhumación en el lugar del deceso, así como el regreso anticipado al domicilio por fallecimiento de un familiar;
  - d. En caso de demora o pérdida de equipaje, lo referido a la adquisición de efectos personales, así como la localización y reenvío del equipaje;
  - e. En caso de demora del viaje por causas no imputables al cliente: el hospedaje y la alimentación, y
  - f. En caso de cancelación o interrupción del viaje lo referido al pago de las cantidades no reembolsables del costo pagado por el cliente correspondiente a los servicios de viaje no utilizados, el hospedaje y la alimentación, así como el traslado a su domicilio.

Lo anterior, en el tanto la tarifa a pagar no sea calculada considerando la probabilidad (alta o baja) de la ocurrencia del evento incierto (cálculo actuarial) y el dinero cancelado por el cliente no constituya una reserva o provisión, sino el suficiente para cubrir los costos de operación en los que efectivamente incurre el prestador al brindar con recursos propios la prestación del servicio.

6. Las empresas que con infraestructura para prestar todos o algunos de los servicios que comprende la asistencia en viaje, presten solo la asistencia solicitada cobrando exclusivamente e individualmente cada uno de los servicios prestados al usuario o bien, a la entidad aseguradora que asume el riesgo (ausencia de prima).
7. Asistencia Médica de Emergencia, al servicio que consista en el tratamiento paliativo, inicial y urgente de la crisis médica en el lugar donde se encuentre el afectado y en su caso realizar su traslado a un centro hospitalario, sin que estos servicios incluyan el pago o reembolso de gastos al cliente.
8. Asistencia en el Hogar, consistente en brindar asistencia en casos de emergencia, descompostura o falla, mediante la reparación de instalaciones eléctricas, plomería, cerrajería, albañilería, vidriería, herrería, carpintería, y otros necesarios para subsanar las afectaciones al inmueble que no permitan su adecuada utilización en el tanto el prestador satisfaga la obligación convenida con recursos e instalaciones propias sin que se comprometa a resarcir algún daño o a pagar una prestación en dinero y se limite a cobrar cada servicio prestado una vez que se ha producido la solicitud de asistencia.
9. Asistencia Legal y Administrativa, referida al servicio que consista en brindar asistencia o defensa jurídica, en casos de: accidente automovilístico, robo de vehículo, fallecimiento, asalto o robo, demandas civiles, penales o de cualquier otra materia, así como para la liberación de vehículos robados, recuperación de daños, formulación de denuncias, querellas o demandas y realización de trámites ante autoridades competentes, sin que estos servicios incluyan el pago o reembolso de gastos al consumidor y el prestador se limite a cobrar cada servicio prestado una vez que se ha producido la solicitud de asistencia.
10. Cualquier servicio de asistencia en general en el que el cliente contrate los servicios de la empresa prestataria que le cobrará en función del tipo de servicio que le preste.
11. En la documentación o contratación en la que otorgue el servicio de asistencia se deberá constar la siguiente información:
  - i. Suficiente información que identifique al prestador del servicio como la persona que celebra el contrato con el consumidor,
  - ii. Que los derechos del consumidor están protegidos por la Ley de Promoción de la Competencia y Defensa Efectiva del Consumidor N° 7472 y sus Reglamentos cuando el cliente sea el destinatario final del servicio.
  - iii. Que no es un producto de seguros ni se encuentra regulado por la Superintendencia General de Seguros (SUGESE).

En cualquier otro caso, y dada la reserva de actividad a las empresas aseguradoras (artículo 2 LRMS), el contrato tendrá que hacerse a través de una entidad aseguradora.

**SEXTO. Se concluye:**

1. El correcto funcionamiento del sistema de asistencia descansa en la compensación y neutralización de los riesgos mediante la distribución de la carga económica entre un número significativo de personas sometidas a los mismos riesgos. Como consecuencia, estas empresas administran una fuerte masa de capital constituida por los aportes percibidos por cada contrato celebrado.
2. Las empresas de asistencia utilizan tarifas cuyo cálculo obedece a postulados de la teoría matemática del riesgo, basadas en estadísticas. En muchos casos estas tarifas están calculadas por actuarios, lo cual trae como consecuencia que las mismas se obtengan en forma muy semejante a las empleadas por las compañías de seguros.
3. Cuando las prestaciones del contrato de asistencia reúnan las características que marca el artículo 2 de la LRMS, se está frente a una operación asegurable. De esta forma, se tiene que las características de un contrato de seguro son la existencia de un evento incierto adverso a los intereses del asegurado, la asunción del riesgo por parte de la empresa derivado de ese evento incierto, la cantidad a pagar es calculada considerando la probabilidad (alta o baja) de la ocurrencia del evento incierto, los compromisos de la empresa constituyen obligaciones que procuran responderle a un asegurado ante la ocurrencia de un siniestro (transferencia del riesgo), todos ellos reflejados en el artículo 2 de la LRMS.
4. Algunos servicios de asistencia, bajo sus distintas modalidades, implican la transferencia a una persona jurídica (empresa prestataria) de las consecuencias dañosas para la hipótesis de realización del hecho (siniestro) y gracias a la técnica actuarial y el funcionamiento del seguro como institución, la entidad aseguradora compensará esa posible pérdida sufrida con cargo a los contratos de seguro (mismo objeto y causa) de otros asegurados que no llegaron a consumir su prima.
5. Es preciso que dichos fondos, que tienen como propósito el resarcimiento o reparación de un daño o el cumplimiento de una prestación convenida si ocurre el suceso, no sean desviados del fin específico a que están destinados, de allí que la Administración Pública deba supervisar dicha actividad, todo en consideración a la protección que requiere la colectividad de consumidores, con el objeto de que se les garantice el debido cumplimiento de las obligaciones contraídas por la empresa prestataria, que se concreta en el cumplimiento de los servicios convenidos. En efecto, se trata de que dichas compañías cumplan una serie de obligaciones con relación a la Superintendencia General de Seguros a fin de que pueda verificarse su capacidad patrimonial para atender los compromisos adquiridos.

6. En ello consiste la razón esencial que justifica la vigilancia estatal de la vida de la empresa de seguros, desde la aprobación para operar hasta su disolución; de manera que el control de la Superintendencia General de Seguros debe extenderse sobre aquellas empresas que pudieren estar realizando operaciones de seguros sin su autorización y es la razón por la cual se considera que las empresas que prestan servicios de asistencia (hogar, carretera, viaje), bajo los términos y condiciones aquí desarrollados, deben estar sometidas al ámbito de aplicación subjetivo de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros N°8653.

### ***Por Tanto***

1. De conformidad con el artículo 240 de la Ley General de la Administración Pública, se pone en conocimiento los alcances de la presente resolución de carácter general, emitida conforme las potestades conferidas por el artículo 29 inciso k) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros N°8653.
2. De conformidad con el artículo 240 de la Ley General de la Administración Pública, publíquese la presente resolución en el Diario Oficial La Gaceta.
3. Todas las empresas y agentes económicos que a la fecha estén desarrollando actividad aseguradora de asistencia conforme los postulados técnicos expuestos en la presente resolución y no se encuentren dentro de las exclusiones del considerando quinto, tendrán un plazo de **sesenta (60) días hábiles** a partir de fecha de esta publicación, para informar cómo procederán a regularizar su situación ante la Superintendencia General de Seguros.
4. Finalizado dicho plazo, la realización de actividades reguladas por la Ley N°8653, conllevará la imposición de medidas precautorias y sanciones que la Ley asigna, sin perjuicio de las demás responsabilidades civiles o penales que pudiesen corresponder.

