

PJD-SGS-017-2013

18 de setiembre de 2013

Señor
Tomás Soley Pérez
Superintendente
Superintendencia General de Seguros

Estimado Señor:

En los primeros meses del año 2013, esta Superintendencia recibió variadas denuncias por parte de consumidores de seguros, que se encontraban disconformes por aumentos, –considerados por ellos “excesivos”– en el monto de la prima comercial de la póliza de gastos médicos que estos asegurados habían contratado con una determinada aseguradora; específicamente en aquellos casos de aumentos que tendrían que honrar a partir de la próxima renovación de cada uno de los contratos de seguros.

I. ASPECTOS DENUNCIADOS

La razón de la disconformidad de los denunciantes radica, no únicamente en el porcentaje aumentado en la prima, el cual se consideraba desproporcionado, sino además en la forma en cómo dicho aumento les fue comunicado a los asegurados por parte de la aseguradora con la cual mantenían el contrato mencionado, comunicación que consideraban insuficiente para la importancia de la modificación del contrato suscrito por los asegurados.

Por ejemplo, en una de las notificaciones de aumento de prima por parte de la aseguradora denunciada a los asegurados denunciantes, se les indica a estos que se determina realizar un aumento en la prima lo anterior en virtud de un estudio integral que se realizó sobre las pólizas que presentaban mayor siniestralidad, sin darles mayor detalle sobre el resultado al que se llegó con dicho estudio.

Asimismo, se debe destacar lo indicado por dos denunciantes en el escrito de queja presentado ante esta Superintendencia, en razón de la notificación recibida por estos en virtud del aumento mencionado:

PJD-SGS-007-2011

Página | 2

“Incremento desmesurado en la prima de la Póliza...sin explicación alguna.”¹

*“Suscribí mi póliza de gastos médicos.... Dicha suscripción se llevó a cabo con ciertas reglas (...) las ha ido **modificando unilateralmente**, (...) aclaro que no se ha fundamentado en el pasado el por qué se aumentan las primas en esa forma tan desproporcionada y sin la debida notificación”. (El resaltado no es del original)².*

Sumado a lo anterior, el día 18 febrero del año en curso, se recibió ante esta Superintendencia, el oficio número 02386-2013-DHR de la Defensoría de los Habitantes³, el cual refiere al informe final de recomendaciones sobre las denuncias presentadas por dos asegurados ante dicha Institución, denuncias que también se relacionaban con aumentos en el monto de primas en las pólizas de gastos médicos mencionadas.

En dicho informe, la Defensoría concluye una serie de recomendaciones al Superintendente de Seguros, donde le solicita entre otras cosas, valorar la conveniencia de realizar una investigación a efectos de determinar si las actuaciones emanadas por parte de la aseguradora denunciada, en cuanto al aumento en el monto de las primas de seguros gastos médicos se encuentran adecuados a lo que dispone el ordenamiento jurídico actual y a los criterios técnicos que rigen la materia.

En razón de lo anterior y siguiendo el objetivo que por ley tiene asignado esta Superintendencia, de velar por la estabilidad y el eficiente funcionamiento del mercado de seguros, así como entregar la más amplia información a los asegurados; este Órgano Regulador adquirió el compromiso ante los consumidores de seguros y ante la Defensoría de los Habitantes,⁴ de realizar una investigación de carácter general en torno al seguro de gastos médicos, con la finalidad de analizar la justificación técnica de los aumentos en el

¹ Esta transcripción literal se toma de dos denuncias (ingresadas bajo el número de consecutivo de correspondencia entrante de esta Superintendencia SGS-DOC-D-0993-2013, y SGS-DOC-E-0990-2013) aportadas por dos diferentes denunciante a la Sugese.

² *Ibidem*.

³ Informe que ingreso a la correspondencia entrante de la Superintendencia General de Seguros el 22 de febrero del presente año bajo el consecutivo número SGS-DOC-E-754-2013, y que resultó en el dictamen jurídico PJD-SGS-007-2013 de la División de Asesoría Jurídica de la SUGESE.

⁴ Mediante oficio SGS-DES-O-520-2013 de fecha 18 de marzo de 2013 se establecen las medidas adoptadas por la SUGESE para hacer efectivas las recomendaciones realizadas por la Defensoría de los Habitantes.

PJD-SGS-007-2011

Página | 3

monto de las primas de ese tipo de seguro en los periodos de renovación, así como la información que se le brinda al consumidor sobre el tema. En virtud de ello, se procede de seguido a indicar el resultado de la investigación.

II. SOBRE EL CONTRATO DE SEGUROS EN GENERAL

Se considera oportuno, previo a analizar el tema de fondo del presente dictamen, realizar una breve introducción sobre las bases generales del contrato de seguros, esto con la finalidad de obtener una mejor comprensión sobre los alcances de la presente investigación.

El contrato en términos generales se podría definir como una convención entre dos o más personas físicas o jurídicas cuyo fin es constituir y reglar entre ellas un vínculo jurídico, siendo uno de los elementos esenciales de éste el consentimiento de las partes contratantes. (Artículos 1007 y 1008 del Código Civil).

La Ley Reguladora del Contrato de Seguros⁵ (en adelante LRCS) define a este convenio de la siguiente manera:

“...ARTÍCULO 3.-Contrato de seguros

El contrato de seguros es aquel en que el asegurador se obliga, contra el pago de una prima y en el caso de que se produzca un evento cuyo riesgo es objeto de cobertura, a indemnizar el daño producido a la persona asegurada, o a satisfacer un capital, una renta u otras prestaciones, dentro de los límites y las condiciones convenidos...”.

Puede observarse que la anterior definición brindada por la LRCS, cumple con lo indicado líneas arriba a la hora de delimitar el concepto del contrato en general. A saber, efectivamente el contrato de seguros es un convenio, entre dos o más personas– el asegurador y el tomador–quienes en virtud de la coalición de sus voluntades convienen en suscribir un tipo de contrato denominado de seguros.

⁵ Ley Reguladora del Contrato de Seguros, ley número 8956.

PJD-SGS-007-2011

Página | 4

Al referirse a este tipo de contrato, la Sala Primera de la Corte Suprema de Justicia indicó en la resolución número 001521-F-S1-2012 de las diez horas cinco minutos del quince de noviembre de dos mil doce, lo siguiente:

“Es un negocio comercial, sujeto a solemnidades, bilateral, oneroso, aleatorio ante la eventualidad de que se produzca el siniestro, de ejecución continuada, y de adhesión. En estos contratos, existe un pilar de confianza entre las partes, puesto que el asegurado vivirá con la expectativa de que la empresa aseguradora cumpla con lo pactado en caso de que surja el supuesto de hecho que origina el deber de indemnizar; y la compañía de seguros por su parte, confía en la diligencia del segundo de cuidar y proteger el bien asegurado, evitando actos dolosos, negligentes o imprudentes, que lesionen el bien o el negocio en sí”.

De la anterior transcripción del voto de la Sala Primera se pueden desprender varias características del contrato de seguros que de seguido se pasan a analizar:

a. Consensual

Tal y como se estableció supra, el contrato de seguros es un convenio consensual, ya que el mismo se perfecciona con el simple consentimiento de las partes contratantes. Ese consentimiento tuvo que haberse formado libremente, es decir, exento de vicios y en un sujeto con capacidad para adquirir obligaciones. A pesar de esto, y en virtud de la importancia del contenido de las estipulaciones acordadas por los contratantes, es necesario la expedición de la póliza por parte de entidad aseguradora y su correspondiente entrega al asegurado, según lo establece el artículo 18 de la LRCS.

b. Bilateral o sinalagmático

El contrato de seguros es bilateral pues se crean obligaciones recíprocas para cada una de las partes, siendo la obligación principal del tomador el pago de la prima, y la del asegurador, el pago de la indemnización en caso de producirse el riesgo objeto del contrato.

c. Aleatorio

PJD-SGS-007-2011

Página | 5

Se caracteriza porque los beneficios o pérdidas que se consideran en el convenio dependen de un acontecimiento incierto, a saber, el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura, el cual es un hecho futuro e incierto.

d. Oneroso

Este tipo de convenio es oneroso pues cada una de las partes contratantes recibe una ventaja patrimonial, que es la contrapartida de la ventaja o beneficio que ha recibido o que va a recibir de la otra parte. Las obligaciones consisten en el pago de la prima por parte del tomador, y el pago de la indemnización por parte del asegurador en caso de que ocurra el siniestro.

e. De adhesión

El contrato de seguro es en la mayoría de los casos un contrato de adhesión, y lo es en los casos de marras, puesto que existen cláusulas predispuestas o condiciones generales que son definidas de forma anticipada sólo por una de las partes (asegurador–predisponente–), de manera que la otra parte (tomador, asegurado–adherente–) solo tiene la posibilidad de adherirse a esas condiciones generales o rechazarlas, mas no modificarlas.

Estas condiciones no se discuten libremente entre el asegurador y el tomador-asegurado, sino que, tal y como se indicó supra, este último simplemente acepta las cláusulas elaboradas de antemano por el asegurador.

El artículo 2 de la Ley de la Promoción de la Competencia y Defensa Efectiva del Consumidor⁶, define el contrato de adhesión como un convenio “...cuyas condiciones generales han sido predispuestas, unilateralmente, por una de las partes y deben ser adheridas en su totalidad por la otra parte contratante....”

⁶ Ley número 7472.

PJD-SGS-007-2011

Página | 6

El nombre de “*condiciones generales*”⁷ tiene fundamento en que se define previamente una serie de cláusulas, no para un determinado contratante o para un contrato específico, sino para todas las personas que puedan llegar a contratar el seguro; es decir, los contratos de adhesión están destinados a comercializarse masivamente y de ahí su importancia en razón del impacto que pueden tener en la economía.

La razón por la cual se utiliza el término “*condiciones generales*”, radica en que ellas son aplicables, con carácter uniforme, a todos los sujetos que celebran con la aseguradora contratos de la misma especie.

Sobre este tema en específico, la Sala Primera de la Corte Suprema de Justicia al respecto indicó lo siguiente:

*“Sin embargo, cabe agregar que en este tipo de contratos, al estar de por medio la concentración de los seguros, se constituye en un convenio típico de adhesión, en el cual, el asegurado no puede discutir las condiciones del contenido, sino someterse a los términos que ofrece el asegurador. Lo anterior debido a que por esta particularidad, están dispuestas de antemano en el documento formal que se rubrica, cláusulas que con la signatura del acuerdo, vienen a ser, en tesis de principio, obligatorias para el co-contratista. Cabe señalar que en estas relaciones, impera un principio de buena fe, pues como bien ha señalado el Ad quem, se sustenta sobre una base de confianza que en el contexto del acuerdo provoca que el asegurado espera y confía en la cobertura del asegurador en el evento de que ocurra el hecho condicionante (imprevisto) pactado, mientras que éste último tiene la expectativa de que el asegurado no incurrirá en conductas que lesionen el interés del negocio ni la verdad de lo acontecido. Ahora bien, conforme lo preceptuado por el artículo 1022 del Código Civil, ese acuerdo tiene fuerza de ley entre las partes...”*⁸

f. Tracto Sucesivo o Continuo

⁷ Son cláusulas pre formuladas e impuestas por el estipulante sin previa negociación particular, concebidas con caracteres de generalidad, abstracción y uniformidad para ser aplicables a un número indeterminado de relaciones contractuales. Para ampliar puede consultarse a Rezzónico, Juan Carlos, “Principios fundamentales de los contratos”, Ed. Astrea, Buenos Aires, 1999.

⁸ Sala Primera de la Corte Suprema de Justicia, Resolución número 001521-F-S1-2012 de las diez horas cinco minutos del quince de noviembre de dos mil doce.

PJD-SGS-007-2011

Página | 7

El contrato de seguros es de tracto sucesivo o continuo pues las obligaciones que de éste se derivan se van ejecutando durante el transcurso del tiempo.

Así por ejemplo el artículo 13 de la LRCS refiere al plazo del contrato de seguros, indicando lo siguiente:

“El plazo del contrato será estipulado por las partes. Si estas no lo hubieran pactado expresamente el contrato se entenderá celebrado por un año”.

Del anterior artículo se pueden deducir dos aspectos de importancia; tal y como se indicó anteriormente efectivamente el contrato de seguros es un contrato de tracto sucesivo o continuo pues tiene plazo; las prestaciones de las partes contratantes se llevan a cabo durante el transcurso de ese plazo del contrato.

Segundo, el legislador estimó oportuno establecer por imperativo legal la determinación de un plazo específico, en caso de que las partes no lo establecieran expresamente, esto por la naturaleza jurídica del contrato de seguro, el cual ha de ser de ejecución continua.

Aunado a lo anterior, el artículo 14 de la LRCS establece la posibilidad de la prórroga del convenio, al establecer: *“El plazo del contrato podrá prorrogarse expresa o tácitamente...”*

Existe entonces, en este tipo de convenio una duración y continuidad de las prestaciones recíprocas a cargo de cada parte; no se agotan en un instante único sino que se proyectan durante toda su vigencia hasta su extinción.

g. De buena fe

Los contratos de seguros están cimentados bajo un principio jurídico que los gobierna de manera acentuada durante toda su existencia; este es el principio de la buena fe⁹.

⁹ Breddy Arguedas (Said), El Contrato de Seguros, Editorial Investigaciones Jurídicas S.A., San José, 2012, p.79

PJD-SGS-007-2011

Página | 8

En virtud de ese principio existe una expectativa del asegurado de que el asegurador le hará frente a la obligación que contrajo, sea la indemnización en los términos pactados, además la buena fe obliga a este a facilitar al asegurado una información exacta de los términos del contrato y a redactar con claridad el clausulado de las pólizas; el asegurador a su vez, hace una valoración del riesgo y define la prima con base en la información que el asegurado le brinda; es decir, el asegurador tiene una expectativa de que las declaraciones emitidas por el asegurado sean veraces y ajustadas a la realidad, a fin de que la esencia del contrato sea acorde con las condiciones reales del objeto asegurado.

Sobre la buena fe y el deber de declaración del tomador del seguro, indica la doctrina española lo siguiente:

“Se repite por todos los autores que a través del deber de la declaración del tomador del seguro de las circunstancias que delimitan el riesgo que se quiere que sea cubierto por el asegurador, aflora de manera nítida el carácter de contrato de seguro como de máxima buena fe, de uberrimae bonae fidei. En efecto, se sabe que siendo tan importante la delimitación del riesgo, ésta no puede llevarse a efecto sin la colaboración del futuro contratante, que es quien únicamente conoce ciertas circunstancias y detalles. El asegurador, solo con mucha dificultad, y dentro de un ámbito delimitado, puede procurarse una información directa sobre el concreto riesgo que pretende asumir, por lo que necesita la ayuda de ese futuro contratante, y requiere de él la información precisa para la concreción y valoración del riesgo. Se manifiesta la buena fe precisamente en que el asegurador ha de confiar en la descripción del riesgo que hace la otra parte”¹⁰.

III. SOBRE EL SEGURO DE PERSONAS

Habiendo determinado las características generales del contrato de seguros, de seguido se pasa a analizar brevemente los seguros de personas.

Los llamados seguros de personas constituyen una categoría de contratos de seguro, junto a los seguros de daños.

¹⁰ CALERO SÁNCHEZ, (Fernando), Ley de Contrato de Seguros, Editorial Aranzadi, S.A., Navarra, 2010, p. 280.

PJD-SGS-007-2011

Página | 9

El Anexo 1 del Reglamento sobre Autorizaciones, Registros y Requisitos de Funcionamiento de Entidades Supervisadas por la Superintendencia General de Seguros¹¹, reafirma lo anterior al establecer la definición de los alcances de cada categoría:

“...A. Categorías de Seguros

a. Seguros Generales: Agrupan los seguros relacionados con riesgos de pérdida o daño en las cosas, animales, plantas o el patrimonio.

b. Seguros Personales: Agrupan los seguros relacionados con la vida, la integridad física y la salud de las personas...”

Por su parte el capítulo III de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros está dedicado a este tipo de seguros, cuya característica principal, es que la obligación del asegurador tiene por objeto la realización de una serie de prestaciones en favor del asegurado y no la reparación de un daño (como en el seguro de daños). En ese sentido, la categoría de seguros personales se caracterizan principalmente porque su objeto asegurado es la propia persona, la cual soporta en sí misma el riesgo de ver comprometida su salud o integridad física, debido a un accidente o enfermedad o el riesgo de perder la vida.

Al respecto, el artículo 90 de la LRCS expresa lo siguiente:

“ARTÍCULO 90.- Objeto del seguro de personas

Los seguros de personas comprenden todos los riesgos que puedan afectar la vida, la integridad corporal o la salud de la persona asegurada”.

El seguro de personas comprende los ramos de vida, rentas, accidentes y salud. Para efectos de la presente consulta el desarrollo del dictamen se centrará en los seguros de gastos médicos, los cuales son el eje principal tanto del informe presentado por la Defensoría de los Habitantes a esta Superintendencia, como de las denuncias presentadas por los consumidores de seguros ante este Órgano Regulador.

A. LOS SEGUROS DE GASTOS MÉDICOS

¹¹ Aprobado por el Consejo Nacional de Supervisión del Sistema Financiero, mediante artículo 6 del acta de la sesión 744-2008, celebrada el 18 de setiembre del 2008, publicado en el Diario Oficial “La Gaceta” N°184 del 24 de setiembre del 2008 y sus reformas.

PJD-SGS-007-2011

Página | 10

El seguro de gastos médicos es un seguro voluntario que se encuentra dentro del ramo de seguros personales, dentro de la línea de accidentes y salud, de conformidad con el Reglamento sobre Autorizaciones, Registros y Requisitos de funcionamiento de entidades supervisadas por la Superintendencia General de Seguros.

El artículo 104 de la LRCS establece que el seguro de gastos médicos impone al asegurador la obligación de cubrir los costos de las prestaciones médicas requeridas por la persona asegurada.

En cuanto al objeto de este tipo de seguro, se ha indicado que el mismo se traduce en cubrir los gastos en que haya incurrido el asegurado por bienes o servicios de salud médico-hospitalarios y que sean necesarios, razonables y acostumbrados para la salud o vigor vital del asegurado, cuando se hayan afectado por causas de un accidente o enfermedad¹².

Al ser este tipo de seguro un seguro voluntario, se desliga de los seguros obligatorios existentes en nuestra legislación constitucional.

Es necesario recordar, y en virtud de la connotación comercial que ostenta este tipo de seguros, que la aseguradora no tiene obligación alguna de suscribir el contrato con el asegurado, pues la misma LRCS en su artículo 24 establece que la solicitud de seguro que cumpla con todos los requerimientos del asegurador deberá ser aceptada o rechazada por esta dentro de un plazo máximo de treinta días naturales.

Durante este plazo de treinta días la aseguradora realiza un análisis de riesgo con el fin de determinar si acepta o no la solicitud, y en caso de aceptarla, analiza la prima que le corresponde, de acuerdo a su perfil de riesgo.

En resumen, se podría concluir que el seguro de gastos médicos, es un acuerdo entre partes contratantes, donde priva el derecho privado, aplicándose por tanto el artículo 1022 del Código Civil. Un acuerdo donde ambas partes contratantes tienen derechos y obligaciones, la obligación primordial del asegurado y/o tomador, pagar la prima; la obligación

¹² Op cit. Breddy Arguedas (Said), p.100.

PJD-SGS-007-2011

Página | 11

primordial del asegurador, honrar las prestaciones a las cuales se comprometió en virtud del contrato.

Los artículos 4 y 5 de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, tutelan los derechos de los asegurados. El artículo 4 garantiza al consumidor de seguros el derecho a la protección de sus intereses económicos y a un trato equitativo, y a la libertad de elección entre las aseguradoras, intermediarios de seguros y servicios auxiliares de su preferencia, así como el derecho de recibir información adecuada y veraz antes de cualquier contratación acerca de las empresas que darán cobertura efectiva a los distintos riesgos e intereses económicos asegurables. Por su parte el artículo 5 obliga a que se le brinde al consumidor un trato equitativo y no discriminatorio y que en caso de duda, siempre deberá resolverse a favor del consumidor.

Por lo tanto, se concluye que la libertad de empresa, derecho constitucional jurídicamente relevante (artículo 46 de la Constitución Política) que priva en las relaciones comerciales por las cuales se rige el derecho de seguros, debe equilibrarse ante garantías constitucionales de los ciudadanos como la protección de derechos formales como consumidor de seguros. La Superintendencia, como Órgano Regulador del mercado de seguros, debe velar porque se garantice a los asegurados la protección de tales derechos, los cuales en última instancia han sido protegidos a través de la suscripción de ese tipo de contratos de seguros, los que se pasan a detallar.

IV. SOBRE EL DERECHO A RECIBIR INFORMACIÓN CLARA, COMPLETA Y VERAZ

El principal derecho de todo consumidor, es el de recibir información clara, completa y veraz de forma oportuna, pues de la información que reciba dependerá en gran medida que la decisión de consumo que tome satisfaga de forma eficiente y eficaz las necesidades que lo motivan. Asimismo, a este derecho se encuentran ligados otros derechos, cuyo respeto se vería vulnerado por la falta de información o la existencia de información falsa, inexacta o confusa, como por ejemplo el derecho a la libre elección.

El incumplimiento de este derecho, podría generarse tanto por acciones como por omisiones del responsable de proporcionar la información al consumidor, lo cual puede

PJD-SGS-007-2011

Página | 12

verse ejemplificado en situaciones como: la entrega de información falsa o inexacta al eventual comprador de una póliza o la omisión de entrega de la información, total o parcialmente.

Respecto a la información que se ha de poner a disposición del consumidor de seguros, se debe considerar una serie de elementos que a continuación se exponen.

En primer término, la información que se entrega debe ser completa; esto implica que el comerciante o el responsable de entregarla –que en materia de seguros podría ser un empleado de una aseguradora o un intermediario de seguros– exponga con claridad los aspectos más importantes o de relevancia de los productos de seguros que ofrece al público en general, como lo podrían ser: coberturas, exclusiones, cargos, entre otros.

Resulta claro que es prácticamente imposible dentro de la práctica comercial, explicar a cabalidad todos los detalles que abarca un producto o póliza seguros determinada; sin embargo, la información respecto a estos debe ser puesta a disposición del consumidor y la persona responsable de proporcionarla debe ser capaz de evacuar las dudas que le puedan surgir al interesado producto de su estudio.

En el caso específico de la información precontractual la LRCS en su artículo 12, determina cuales datos deberán ser proporcionados al “cliente” por escrito y previo al perfeccionamiento del contrato de seguros, entre ellos: riesgos asociados, los beneficios, las obligaciones, los cargos, coberturas, exclusiones, entre otros.

En términos generales se ha determinado, que para definir si una información es relevante o no, se debe analizar si el conocimiento o no de ésta por el consumidor, hubiere podido influir de forma directa en su decisión de consumo. Por ejemplo: información sobre un recargo en la prima del 30%, 40% o 50% por factores de salud, evidentemente tendrá influencia en la decisión que el eventual asegurado tome respecto a la adquisición o no del seguro.

Otro aspecto a considerar respecto a la información, es la veracidad de la misma, que implica que los datos que se suministren deben ajustarse a la realidad y que estos no induzcan a error.

PJD-SGS-007-2011

Página | 13

Se considera que una afirmación resulta engañosa cuando esta es capaz de confundir a un consumidor promedio, que actúa razonablemente dentro de determinadas circunstancias. En este entendido una afirmación particular o determinada información no se considerará engañosa, cuando la confusión se genera en el consumidor producto de una incorrecta o poca atinente interpretación.

La información también debe ser entregada de forma oportuna, pues puede darse el caso de que si bien se entreguen datos correctos y completos al asegurado, se entreguen en un momento que la torne improductiva; por ejemplo: poco útil resulta recibir información sobre exclusiones de un seguro, después de que el reclamo de indemnización fue rechazado amparado en alguna de estas; o sobre posibles recargos de la prima del seguro basados en la edad del asegurado sin previamente comunicarle a éste que su edad determina el monto de la prima a pagar cuando ya alcanzó esa determinada edad.

Esta situación ha sido especialmente considerada en materia contractual de seguros por la LRCS en su artículo 12, en donde tal y como se señaló con anterioridad, se han determinado los elementos mínimos que las aseguradoras e intermediarios deberán entregar al cliente previo a la celebración y perfeccionamiento del contrato.

En último lugar, se ha de señalar que la información relevante que se entregue al consumidor de seguros debe ser clara, en este entendido toda información debe ponerse a disposición del público de tal forma que sea comprensible para una persona promedio. Por ejemplo: puede que las fórmulas actuariales matemáticas con las que se calcula la prima de un seguro en especial resulten completas, correctas y veraces; sin embargo, para el grueso del público resultaría materialmente imposible comprenderlas.

Es importante tomar nota que la información que se le brinde al asegurado no debe darse únicamente previo al perfeccionamiento del contrato, sino durante toda la vigencia del mismo. El derecho a la información es vital en un contrato de adhesión como lo es el contrato de marras; es por esta razón que el artículo 42 de la Ley de Promoción de la Competencia y Defensa Efectiva del Consumidor establece que: *"...En los contratos de adhesión, sus modificaciones, anexos o adenda, la eficacia de las condiciones generales está sujeta al conocimiento*

PJD-SGS-007-2011

Página | 14

efectivo de ellas por parte del adherente o la posibilidad de haberlas conocido mediante una diligencia ordinaria¹³.

Sobre este tema, el Tribunal Contencioso Administrativo Sección Sexta, refiriéndose al voto número 1992-03495 de la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia, indicó lo siguiente:

“... es notorio que el consumidor se encuentra en el extremo de la cadena formada por la producción, distribución y comercialización de los bienes de consumo que requiere adquirir para su satisfacción personal, y su participación en ese proceso, no responde a razones técnicas ni profesionales, sino en la celebración constante de contratos a título personal. Por ello su relación en esa secuencia comercial es de inferioridad y requiere de una especial protección frente a los proveedores de los bienes y servicios, a los efectos de que previo a externar su consentimiento contractual cuente con todos los elementos de juicio necesarios, que le permitan expresarlo con toda libertad y ello implica el conocimiento cabal de los bienes y servicios ofrecidos. Van incluidos por lo expresado, en una mezcla armónica, varios principios constitucionales, como la preocupación estatal a favor de los más amplios sectores de la población cuando actúan como consumidores, la reafirmación de la libertad individual al facilitar a los particulares la libre disposición del patrimonio con el concurso del mayor posible conocimiento del bien o servicio a adquirir, la protección de la salud que está involucrada, el ordenamiento y la sistematización de las relaciones recíprocas entre los interesados, la homologación de las prácticas comerciales internacionales al sistema interno y en fin, la mayor protección del funcionamiento del habitante en los medios de subsistencia...” (Sentencia número 1996-04463. Véase en sentido similar, la sentencia número 1992-01441). Este Tribunal considera que ese deber de información no sólo se cumple con el hecho de que el ente asegurador consigne en el contrato que presuntamente firmará el consumidor, el texto expreso y completo – en este caso- de las cláusulas en las que se detallen las personas, eventos, pérdidas o circunstancias que no serán cubiertos por el contrato de póliza del seguro; sino también, mediante la comunicación efectiva, completa, veraz y por escrito al asegurado de los cambios introducidos en la póliza (ver antigua cláusula 23 y actual cláusula XXXV de las Condiciones Generales del Seguro...), conforme a la facultad de modificación unilateral del

¹³ Ley N° 7472, Ley de Promoción de la Competencia y Defensa Efectiva del Consumidor.

PJD-SGS-007-2011

Página | 15

contrato prevista a favor de (...) en la antigua cláusula 26 y actuales cláusulas II y XII de las Condiciones Generales del Seguro Médico Internacional, Dicha comunicación resulta esencial, no sólo para que el acto surta efectos (artículo 121.1, 140, 240, 245 de la Ley General de la Administración Pública; antiguas cláusulas 2, 23 y 26, y actuales cláusulas II, XII y XXXV de las Condiciones Generales del seguro ...); sino también, para la tutela efectiva del principio de seguridad jurídica, y sobre todo para que en definitiva, el consumidor cuente con todos los datos que le permitan tomar la decisión que mejor convenga a sus intereses económicos, en ejercicio de su derecho fundamental a la libre elección, del cual se deriva el principio de la libre contratación”¹⁴.

Continúa manifestando el Tribunal Contencioso Administrativo Sección Sexta, en la resolución supra citada lo siguiente:

“En los contratos de adhesión estos elementos -que determinan contenido esencial del principio de libertad de contratación-, sufren una serie de limitaciones, pues el contratante se limita a aceptar o no las condiciones que previamente ha estipulado una de las partes, “decisión” que usualmente está determinada por dos aspectos: que sólo se le ofrezca esa opción y que se encuentre en un estado de necesidad tal que debe recurrir a esa única posibilidad que le brinda el mercado, a efecto de cubrir el requerimiento que lo obliga a suscribir el contrato. Es precisamente en protección de la seguridad y los intereses económicos y sociales del consumidor – establecidos como derechos fundamentales por el párrafo último de la Constitución Política y desarrollados en las leyes 7472 y 8653- que se hace necesario tutelar de forma efectiva esos derechos frente las cláusulas abusivas que podrían contener los contratos de adhesión, a fin de garantizar en última instancia la libertad de escogencia y la igualdad en la contratación, derivadas de un ejercicio efectivo del derecho de información. En ese sentido, el artículo 42 de la Ley de Promoción de la Competencia y Defensa Efectiva del Consumidor establece que –en lo que interesa- que: “...En los contratos de adhesión, sus modificaciones, anexos o adenda, la eficacia de las condiciones generales está sujeta al conocimiento efectivo de ellas por parte del adherente o la posibilidad de haberlas conocido mediante una diligencia ordinaria”.

¹⁴ Tribunal Contencioso Administrativo. Sección Sexta. Segundo Circuito Judicial de San José, sentencia número 3831 -2010 de las dieciséis horas diez minutos del once de octubre de dos mil diez.

PJD-SGS-007-2011

Página / 16

Tal y como lo señaló la resolución citada, en el caso de los contratos de seguros relativos a gastos médicos, por tratarse de contratos de adhesión, resulta necesario hacer del pleno conocimiento de los asegurados adherentes aquellas disposiciones que los comprenden y que pudiesen afectar sus legítimos intereses, según se analizará de seguido.

V. SOBRE EL DERECHO DE INFORMACIÓN EN LOS CASOS DE LAS DENUNCIAS RECIBIDAS

Inicialmente resulta oportuno aclarar que la Superintendencia carece de competencias para intervenir en la sustancia de un contrato de seguro, ya que tal función es típica y propia de la actividad jurisdiccional, que le corresponde ejercer al Poder Judicial, en virtud del principio de separación de poderes tutelado expresamente por el artículo 153 de la Constitución Política.

Esto quiere decir que conocer por el fondo conflictos o diferencias provenientes de aspectos sustanciales del contrato de seguro, tales como las derivadas de su formación, validez, o las relativas a los efectos que el contrato pueda producir sobre la pérdida o daño en los bienes, patrimonio o aquellas relacionadas con la vida, integridad física y moral de las personas, corresponde a la vía judicial y arbitral.

Ahora bien, a pesar de lo anterior, tal y como se analizó previamente, dentro de los deberes que sí tiene asignado este Órgano Regulador por imperativo legal, y que de conformidad con el artículo 1 de la LRMS, ostentan carácter de interés público, se encuentra velar por la protección de los derechos económicos del consumidor de seguros, así como que a este se le entregue la más amplia información sobre el convenio a suscribir, información que cómo se estableció en el apartado anterior debe ser clara, completa, veraz y de forma oportuna.

Resulta necesario recordar que ese derecho a información clara, completa, veraz y de forma oportuna que tienen los consumidores de seguros no se agota en la etapa precontractual, sino que se extiende durante toda la vigencia del convenio.

Lo anterior cobra aún más importancia, cuando algunas cláusulas contractuales surten variaciones respecto a las condiciones inicialmente pactadas, sobre todo si estas cláusulas

PJD-SGS-007-2011

Página | 17

afectan de manera importante la contraprestación principal que le corresponde al tomador del seguro en este tipo de contratos, cual es el pago de la prima.

Por otra parte, también es un deber de las entidades aseguradoras brindar a los asegurados la información pertinente relacionada con el negocio jurídico pactado. Así el inciso ñ) del artículo 25 de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros establece dentro de las obligaciones de las entidades aseguradoras la siguiente:

“Suministrar a los asegurados la información que soliciten, expresamente, en relación con los contratos en que tenga un interés directo legítimo y que no corresponda a información propia del negocio”.

Ahora bien, retomando la notificación realizada por las entidades aseguradoras en las denuncias recibidas, tal y como se indicó líneas arriba, en una de las notificaciones de aumento de prima, se indica a los denunciantes que se determinaba realizar un aumento en la prima, lo anterior en virtud de un estudio integral que se realizó sobre las pólizas que presentaban mayor siniestralidad, sin brindarles mayor información respecto al supuesto estudio realizado, y con base en qué datos se llegó a esa conclusión.

La anterior comunicación no pareciera cumplir con lo analizado previamente en cuanto al alcance del derecho a la información que tienen los asegurados y la obligación de las aseguradoras en brindarlo adecuadamente.

Esto se concluye por las siguientes razones; en primer término, la información brindada al asegurado no resulta clara pues tal y como se indicó supra para que la información sea clara debe ser comprensible para una persona promedio. Es entendible que una persona promedio no va a comprender el concepto de siniestralidad, podrá tener una percepción general del mismo, pero no lo va a comprender a cabalidad.

Tampoco resulta información completa, pues la aseguradora no aporta el resultado del “estudio integral” que realizó y que le permitió determinar que la póliza específica de los denunciantes presentaba mayor siniestralidad. Simplemente se limita a indicar en el comunicado que: *“Hemos llevado a cabo un estudio integral de los Seguros ...”*.

PJD-SGS-007-2011

Página | 18

Esta Superintendencia comprende que hay información confidencial de las aseguradoras que no debe ser revelada al público en general y a la competencia, pero también concluye de la lectura de ese comunicado que la información brindada al asegurado no cumple con las especificaciones requeridas para que esta sea completa.

En cuanto a la oportunidad con que se realizaron las comunicaciones, vale la pena resaltar que solo una de las notificaciones no cumplió con el plazo de 15 días hábiles establecido en el artículo 24 de la LRCS¹⁵, y que al incumplir ese plazo la misma aseguradora por su propia cuenta decidió no tener por válido el aumento notificado mediante dicha comunicación.

Sin embargo, y a pesar de lo anterior, es necesario rescatar que la oportunidad con que una aseguradora le brinde información a un asegurado debe de ir de la mano con que esa información sea clara, completa y veraz, pues poco efecto puede tener en el asegurado que le den información oportuna, si el contenido de la información no es comprensible por él o resulta incompleta o en un escenario más gravoso, sea falsa.

Ahora bien, esta obligación de brindar información clara, completa, veraz y de forma oportuna no es únicamente responsabilidad de la aseguradora; esta obligación se extiende también a los intermediarios de seguros, que en la mayoría de los casos son los que tienen mayor comunicación con el asegurado.

Lo anterior se ratifica de la lectura del inciso q) del artículo 26 de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, el cual indica lo siguiente:

*“Brindar asistencia y asesoramiento al asegurado o potencial asegurado, proporcionándole información **veraz y oportuna** en relación con las pólizas, en particular sobre las condiciones de los riesgos asegurados, el monto cubierto, la vigencia del contrato y las normas, así como los procedimientos aplicables en caso de siniestro”. (El resaltado no es del original).*

En tal entendido, es claro que el asegurado que suscribe un contrato de gastos médicos, lo hace con la expectativa de contar con la cobertura que le permitirá atender las afectaciones

¹⁵ Artículo 24 LRCS: “...La propuesta de seguro vincula al asegurador por un plazo de quince días hábiles y la notificación de su aceptación dentro de ese plazo, por parte del tomador, perfecciona el contrato...”.

PJD-SGS-007-2011

Página | 19

a su salud mediante la póliza contratada, dentro de sus posibilidades económicas. De esta forma, una vez definida la prima (que resulta en la obligación principal del asegurado) éste se verá en la obligación de cubrirla, a efectos de recibir la contraprestación por parte de la aseguradora.

Por tal motivo resulta de gran relevancia, el hecho de que si existen factores que pueden incidir en el monto a pagar por concepto de prima, en proporciones que superan el cien por ciento como ha ocurrido en los casos denunciados, lo procedente es que el asegurado estuviese al tanto de tales posibilidades, a efectos de que al contar con información suficiente, pudiese valorar si le convenía pactar en tales términos. En tal sentido, brindar información oportuna en cuanto a los factores que puedan incidir directamente en los recargos de la prima (siniestralidad global e individual –por ejemplo-), resulta trascendental para que el asegurado tome una decisión acorde a sus intereses.

VI. DE LA PRORROGA DEL CONTRATO DE SEGURO Y SU DIFERENCIA CON EL CONCEPTO DE RENOVACIÓN DEL CONTRATO

En el apartado primero anterior, específicamente en el inciso f) se estableció dentro de las características del contrato de seguros que este es un contrato de duración continua.

Esto por cuanto la relación jurídica que nace en virtud de este tipo de contrato es de las llamadas continuas, duraderas o de tracto sucesivo, a diferencia de las relaciones obligatorias instantáneas o de tracto único.

Es importante recordar que la duración de la relación que surge del contrato de seguros ha de estar indicada en la póliza. En este caso resulta necesario traer a colación lo establecido líneas arriba en el artículo 13 de la LRCS el cual establece que el plazo del contrato será estipulado por las partes contratantes.

Ahora bien, la Ley Reguladora del Contrato de Seguros prevé la posibilidad de prorrogar los contratos de seguros, precisamente por ser este tipo de convenios de tracto sucesivo o de

PJD-SGS-007-2011

Página | 20

duración continua. La ley establece entonces la posibilidad de prolongar aún más el plazo del contrato inicial, si así lo tienen las partes contratantes a bien.

El plazo del contrato podrá prorrogarse inclusive tácitamente si tal posibilidad está establecida así en el contrato, prórroga que se entenderá hecha, según el artículo 14 de la LRCS, por un año.

El artículo en mención literalmente expresa dentro de lo analizado previamente, lo siguiente:

“El plazo del contrato podrá prorrogarse expresa o tácitamente. Cuando la prórroga sea tácita deberá estar establecida expresamente en el contrato y esta se entenderá hecha por un año”.

Entonces, la LRCS, prevé la prórroga de toda la relación aseguradora contractual, de forma que no se efectúa un nuevo contrato, sino que se prolonga la duración del contrato primitivo en el tiempo, y en consecuencia, la misma relación que de él deriva.

La prórroga de este contrato podría favorecer los intereses de las partes. Los intereses del asegurador se ven favorecidos pues se mantiene su cartera de contratos y continúa percibiendo el pago de la prima; al asegurado le beneficia por cuanto de alguna u otra manera se extiende en el tiempo la “protección” que le brinda el asegurador, en el supuesto de que ocurra el riesgo que es objeto de cobertura.

En el supuesto que no se haya establecido la posibilidad de la prórroga expresa o tácita, habrá de entenderse que el contrato ha quedado extinguido cuando se ha cumplido el término. Después de eso podrá producirse una renovación del contrato más no una prórroga.

En otro orden de ideas, retomando lo indicado líneas arriba en cuanto a que la prórroga del contrato no implica un nuevo convenio, esto se reafirma con la lectura del artículo 14 supra citado, el cual indica expresamente que: *“La prórroga del plazo no implicará un nuevo contrato”*. En la prórroga entonces no hay modificación de cláusulas contractuales, como sí ocurriría en una renovación contractual.

PJD-SGS-007-2011

Página | 21

Al respecto el tratadista español Fernando Sánchez Calero, sobre este tema en específico menciona en su libro Ley de Contrato de Seguro lo siguiente:

“La jurisprudencia distingue del caso de prórroga del contrato de seguro el supuesto de renovación del contrato. Distinción que se caracteriza porque surge un nuevo contrato de seguro, pero en el que se mantienen elementos esenciales del primero, de forma que para la interpretación del nuevo contrato habrán de tenerse en cuenta los elementos contenidos en el primero. En ese sentido se manifiesta la Sentencia de 25 abril 1997 que indica que en los supuestos que en tráfico mercantil se habla de “actualización de la póliza de seguro”-en los que una póliza se ve sustituida posteriormente por otra- debe entenderse que siguen vigentes algunos de los elementos de la póliza primitiva, porque “entre las dos pólizas-dice esta sentencia- se da la figura que la moderna doctrina científica denomina como renovación negocial, a través de la cual las partes contratantes celebran un nuevo contrato, manteniendo los elementos esenciales del que se extingue, con la modificación de alguna o algunas estipulaciones, pero conservándose de una manera exacta la relación jurídica subyacente que les une”¹⁶.

Empero, retomando lo previamente analizado, se podrían concluir dos aspectos de interés para el presente dictamen, el primero, la LRCS regula expresamente la posibilidad de prórroga en el contrato de seguros, mas no su renovación; segundo, efectivamente existe una diferencia entre ambos conceptos jurídicos que no debe omitirse en el análisis legal de los contratos.

VII. SOBRE LA PRORROGA Y RENOVACIÓN ESPECÍFICAMENTE EN LOS SEGUROS DE GASTOS MÉDICOS

Quedando claro que la prórroga del contrato no implica un nuevo convenio y que la renovación contractual sí conlleva un nuevo acuerdo, resulta necesario analizar si el asegurador en la póliza de gastos médicos tiene únicamente la obligación de alargar los efectos del contrato en el tiempo, o si además podría modificarlo.

¹⁶ CALERO SÁNCHEZ, (Fernando), Op.cit., p. 550

PJD-SGS-007-2011

Página | 22

Al respecto, el mismo artículo 14 de la LRCS continúa indicando:

*“...En el caso de los seguros de vida y gastos médicos la **prórroga** del contrato será **obligatoria** para el asegurador en tanto se cancele la prima determinada técnicamente. La anterior obligación no aplica en los seguros autoexpedibles que sean emitidos por un plazo o evento específico...” Destacados no son del original*

De la lectura del anterior artículo se desprende que el asegurador tiene la obligación de prorrogar este tipo de contratos, siempre y cuando el tomador cancele la prima determinada.

Esto quiere decir que los seguros de gastos médicos (y de vida) son por naturaleza y generalmente, de duración indefinida, por tanto un producto de estas características no podrá ser diseñado a término, pues la única excepción que el legislador estableció son en los seguros autoexpedibles y en el tanto éstos sean a término concreto o para un evento específico, sin que sea viable admitir otras excepciones no contempladas por la propia legislación.

No sería, en esta clase de productos, aplicable lo estipulado en el artículo 13 de la LRCS en cuanto a que el plazo del contrato será estipulado por las partes y si éstas no lo hubieran establecido, se entenderá celebrado por un año.

La prórroga obligatoria de este tipo de seguros y su posible duración en el tiempo, encuentra fundamento en el especial objeto que tutelan, cubrir los gastos médicos en virtud de situaciones médicas presentadas en la vida del asegurado que de alguna u otra manera pueden incidir o repercutir en su salud o vida.

A contrario sensu, y tal como lo establece claramente el párrafo tercero del artículo 14 de la LRCS, se reitera que la obligación de prórroga que tiene el asegurador en este tipo de convenios –en tanto se le cancele la prima determinada técnicamente– no aplica en los seguros autoexpedibles que sean emitidos por un plazo o evento específico, precisamente porque al ser emitidos bajo una condición resolutoria (el cumplimiento del plazo o el evento específico) cumplen el fin para el cual fueron creados al verificarse tal condición.

PJD-SGS-007-2011

Página | 23

Para mayor claridad del tema a continuación se ejemplifica una eventual situación que se podría presentar con este tipo de autoexpedibles. Por ejemplo, un seguro autoexpedible de gastos médicos por plazo, sería el que contrate un consumidor cuando viaje. Cuando finalice el viaje se cumple la condición resolutoria del contrato y el mismo se extinguiría. (Esto en el entendido de que el seguro no se utilice porque el viajero no tuvo ningún contratiempo). Un seguro autoexpedible por evento sería el que se contrate este tipo de póliza para un evento deportivo, por ejemplo un triatlón, donde lo que se busca es proteger la vida o los gastos médicos en caso de que el deportista sufra alguna desavenencia en su salud durante la competencia. Cuando el asegurado termina el evento deportivo se cumple la condición resolutoria y el seguro se extingue, no prorrogándose su vigencia en el tiempo porque se cumplió el fin para el cual fue creado, la competencia deportiva.

De esta forma, en el caso de renovaciones en seguros de vida y gastos médicos, la única forma en que una póliza en estos ramos y líneas se podría renovar, es si hay consenso en las voluntades de ambas partes contratantes a fin de introducir cambios en el clausulado y condiciones originalmente pactadas.

El asegurador entonces, no podría introducirle modificaciones unilaterales al contrato, ya que para realizarlas necesariamente requeriría el consentimiento de la otra parte contratante, y en el caso en que esta última no acepte las modificaciones propuestas por el asegurador, se deben de respetar las condiciones originalmente pactadas, salvo que las introducidas beneficien más al consumidor de seguros, conforme el artículo 5 inciso c) de la LRMS, lo cual conlleva a un análisis casuístico.

Lo anterior se reafirma por lo establecido en el inciso e) del artículo 42 de la Ley 7472 al indicar lo siguiente:

“ARTÍCULO 42.- Cláusulas abusivas en los contratos de adhesión.

En los contratos de adhesión, sus modificaciones, anexos o adenda, la eficacia de las condiciones generales está sujeta al conocimiento efectivo de ellas por parte del adherente o a la posibilidad cierta de haberlas conocido mediante una diligencia ordinaria.

(Así reformado este primer párrafo por el artículo 1º, inciso b), de la ley No.7854 de 14 de diciembre de 1998)

Son abusivas y absolutamente nulas las condiciones generales de los contratos de adhesión, civiles y mercantiles, que:

PJD-SGS-007-2011

Página | 24

*...e) Faculten al predisponente para rescindir unilateralmente el contrato, **modificar sus condiciones**, suspender su ejecución, revocar o limitar cualquier derecho del adherente, nacido del contrato, excepto cuando tal rescisión, modificación, suspensión, revocación o limitación esté condicionada al incumplimiento imputable al último...".*

Sobre las cláusulas abusivas en los contratos de adhesión el Tribunal Contencioso Administrativo y Civil de Hacienda, en la sentencia número 4741-2010 de las nueve horas del veintidós de diciembre de dos mil diez, citando una sentencia de la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia indicó:

"...La Sala Constitucional ha establecido como uno de los elementos de este principio: "El equilibrio de las posiciones de ambas partes y entre sus mutuas prestaciones; equilibrio que reclama, a su vez, el respeto a los principios fundamentales de igualdad, razonabilidad y proporcionalidad, según los cuales la posición de las partes y el contenido y alcances de sus obligaciones recíprocas han de ser razonablemente equivalente entre sí y, además, proporcionadas a la naturaleza, objeto y fines del contrato... (Sentencia número 1992-03495)".

En tal sentido, se deduce que una modificación unilateral por parte del ente asegurador deviene en abusiva.

Ahora bien, las pólizas de gastos médicos y vida cuyas cláusulas mencionen referencias por ejemplo a "*Renovación de la Póliza*", devienen en irregulares, pues tal y como se analizó supra, lo que se garantiza durante la vigencia del contrato¹⁷ según el artículo 14 de la LRCS es la prórroga del mismo, mas no su renovación.

En algunas cláusulas se le informa de antemano al asegurado que las primas de estas pólizas podrán ser modificadas en cada prórroga contractual. Estableciéndose lo anterior, el asegurado que suscribe este tipo de póliza tiene pleno conocimiento que eventualmente el monto de la prima de su póliza de gastos médicos podría incrementar o inclusive disminuir.

¹⁷ La cláusula establece que la póliza tiene vigencia anual que y su renovación en cada aniversario está garantizada durante la vida del asegurado.

PJD-SGS-007-2011

Página | 25

También se le informa al cliente cuándo puede suceder esa modificación en el monto de la prima, sea en cada prórroga del contrato.

Lo que no es claro en algunos contratos analizados, es que una vez que el asegurado suscribe el contrato, desconoce los potenciales motivos y fundamentos, por los cuales la prima puede incrementar o disminuir, pues la razón brindada por la aseguradora para cambiar las primas es lo demostrado en la fundamentación actuarial.

Resulta claro que el asegurado no va a tener ningún conocimiento de lo que indica la fundamentación actuarial, pues dicha fundamentación es parte de la nota técnica¹⁸, documento de alta confidencialidad en el que se incluyen todos los datos que componen las primas de los seguros, y al cual el asegurado no tiene acceso.

Sobre la confidencialidad de la información contenida en la nota técnica, un voto reciente de la Sala Constitucional, manifestó lo siguiente:

“En la especie, queda claro que la información solicitada por la parte recurrente a la Superintendencia General de Seguros es de carácter confidencial y privada, toda vez que como se ha podido comprobar las notas técnicas que contienen la composición de la prima del seguro obligatorio de vehículos contienen secretos estratégicos comerciales sensibles tales como hipótesis técnicas, financieras, procedimientos y fundamentos, etc. La información a la que pretende acceder el recurrente, que está relacionada con datos y estrategias comerciales en esa materia, podría ser utilizada por otros agentes competidores para sacar ventaja, colocando a esa entidad aseguradora en una posición desfavorable. Así las cosas, la actuación de la Superintendencia General de Seguros no puede reprocharse como arbitraria ni ilegítima, pues esa autoridad está impedida para proporcionarle al amparado la información confidencial en cuestión”¹⁹.

¹⁸ En el dictamen PJD-SGS-007-2013, de la División de Asesoría Jurídica refiriéndose a la nota técnica se estableció que: “...la nota técnica contiene información interna cuyo dueño es la entidad y es ésta quien define el grado de publicidad de dicha información, en tanto podría resultar información sensible, conocimiento adquirido de cómo hacer el negocio etc., por ello es que las notas técnicas de cualquier seguro son consideradas información confidencial.”

¹⁹ Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia, resolución número 1453 de las 14:30 del 30 de enero de 2013.

PJD-SGS-007-2011

Página | 26

Se retoma aquí el tema analizado en los apartados III y IV en cuanto a la importancia que tiene la información que se le brinda al asegurado –sobre todo en un contrato de adhesión como es el contrato de seguros – información que debe ser clara, completa, veraz y entregada de forma oportuna. Se concluye por tanto que, establecer el cambio de la prima a lo demostrado en la fundamentación actuarial, no concuerda con los parámetros previamente analizados de revelación previa de información antes de la contratación.

Precisamente en esta línea de razonamiento, uno de los parámetros técnicos en los cuales se fundamenta la ciencia del seguro es la dispersión del riesgo; aspecto que resulta contradictorio con la posición de considerar la siniestralidad individual como un único factor determinante. Con tal finalidad se utiliza la ley de los grandes números cuyo postulado científico indica que:

“Los fenómenos eventuales que circunstancialmente se producen o manifiestan, al examinar continuadamente un mismo acontecimiento, decrecen en su irregularidad hasta adquirir una constante, a medida que aumenta el número de veces en que la observación es realizada o se extiende la masa de hechos a que se aplica dicha observación²⁰”.

Las consecuencias observadas de esta ley, cuando su aplicación se efectúa sobre una adecuada base estadística, determinarán el grado de posibilidad de que se produzca determinado acontecimiento (fallecimiento de la persona dentro de una colectividad, incendio en un edificio en el conjunto de una masa de inmuebles, etcétera). Esta ley es la base fundamental de la técnica actuarial en lo referente al cálculo y determinación concreta de las primas que deben aplicarse a la cobertura de un riesgo.

La actividad aseguradora tiene que apoyarse necesariamente en la ley de los grandes números y trabajar con el cálculo de probabilidades. Además, dicho ejercicio debe ser complementado con pruebas periódicas que permitan observar tempranamente desviaciones del comportamiento esperado en la técnica retrospectiva. Es decir, el actuario ha de considerar métodos prospectivos a efecto de estimar primas y provisiones con mayor robustez.

²⁰ Fundación Mapfre, Introducción al Seguro, tema 8, p. 2.

PJD-SGS-007-2011

Página | 27

Por esta razón, el fin primordial que debe perseguirse es conseguir un volumen de riesgos asegurados lo suficientemente amplio (masa) para dar solidez técnico-actuarial a su actividad, que de otra forma quedaría en un simple juego apoyado únicamente en el azar, en donde el riesgo, el siniestro y el pago de la indemnización quedarían supeditados exclusivamente a una circunstancia que es totalmente opuesta a la esencia del seguro: la suerte.

Cualquier actividad aseguradora tiene que contar como requisito indispensable con una masa asegurable que haga viable la aplicación de los principios de la ciencia actuarial y del cálculo de probabilidad.

Por tal motivo no resulta acorde con la adecuada técnica actuarial el hecho que se esté considerando como un factor determinante en la prima de prórroga, su siniestralidad individual pues esto implica que no haya una adecuada dispersión del riesgo en la masa asegurable. Por el contrario, pareciera que el método utilizado en los casos denunciados se asemeja más a una medicina pre pagada, o para ser más preciso, medicina post pago, pues el incremento de la prima va proporcionalmente relacionado con la utilización de la póliza.

De conformidad con lo expuesto, si el producto no está siendo rentable por el incremento de la siniestralidad individual de algunos asegurados, la aseguradora debería valorar realizar los ajustes técnicos necesarios establecidos originalmente en el producto contratado, para de esta manera no afectar al grupo de asegurados, recordando siempre los derechos que le asisten a ellos y velando por el efectivo cumplimiento de éstos.

VIII. CONCLUSIONES

- a) El contrato de seguros es un convenio, entre dos o más personas, el asegurador y el tomador, quienes en virtud de la coalición de sus voluntades convienen en suscribir un tipo de contrato denominado de seguros, y el cual tiene dentro de sus características el ser un convenio consensual, bilateral, aleatorio, oneroso, de adhesión, de tracto sucesivo o continuo y de buena fe.
- b) El seguro de gastos médicos, es un acuerdo entre partes contratantes, donde priva el derecho privado aplicándose entonces el artículo 1022 del Código Civil.

PJD-SGS-007-2011

Página | 28

- c) El objeto del contrato de seguro de gastos médicos es cubrir los gastos en que haya incurrido el asegurado por bienes o servicios de salud médico-hospitalarios y que sean necesarios, razonables y acostumbrados para la salud o vigor vital del asegurado, cuando se hayan afectado por causas de un accidente o enfermedad.
- d) El principal derecho de todo consumidor, es el de recibir información clara, completa y veraz de forma oportuna, pues de la información que reciba dependerá en gran medida que la decisión de consumo que tome satisfaga de forma eficiente y eficaz las necesidades que lo motivan.
- e) Dentro de los deberes que tiene asignado este Órgano Regulador se encuentra velar por la protección de los derechos económicos del consumidor de seguros, así como que a éste se le entregue la más amplia información sobre el convenio a suscribir.
- f) El derecho a información que tienen los consumidores de seguros no se agota en la etapa precontractual, sino que se extiende durante toda la vigencia del convenio, sobre todo cuando algunas cláusulas contractuales surten variaciones respecto a las condiciones inicialmente pactadas, y si estas cláusulas afectan de manera importante la contraprestación principal que le corresponde al tomador del seguro en este tipo de contratos, cual es el pago de la prima.
- g) La comunicación realizada en el caso en estudio no pareciera cumplir con lo analizado en cuanto al alcance del derecho a la información que tienen los asegurados y la obligación de las aseguradoras en brindarlo adecuadamente.
- h) La prórroga del contrato no implica un nuevo convenio, en esta no hay modificación de cláusulas contractuales. En la renovación surge un nuevo contrato de seguro, pero en el que se mantienen elementos esenciales del primero.
- i) La Ley Reguladora del Contrato de Seguros regula expresamente la posibilidad de prórroga en el contrato de seguros (artículo 14), mas no de forma expresa su renovación, siendo entonces que de acuerdo a lo anterior, en las pólizas de vida y

PJD-SGS-007-2011

Página | 29

gastos médicos la prórroga es obligatoria para el asegurador, siempre y cuando el asegurado cancele la prima correspondiente.

- j) La única forma en que una póliza de gastos médicos se podría renovar es si hay consenso en las voluntades de ambas partes contratantes al momento de la finalización del término originalmente pactado, de acuerdo a lo establecido en el artículo 42 inciso e) de la ley 7472. El asegurador entonces no podría introducirle modificaciones unilaterales al contrato, para realizarlas necesariamente requeriría el consentimiento de la otra parte contratante, y en el caso en que esta última no acepte las modificaciones propuestas por el asegurador se deben de respetar las condiciones originalmente pactadas.
- k) La obligación de prórroga que tiene el asegurador en los seguros de vida y gastos médicos no aplica en los seguros autoexpedibles que sean emitidos por un plazo o evento específico, tal y como claramente lo establece el párrafo tercero del artículo 14 de la LRCS.
- l) La incidencia de la siniestralidad individual en la determinación de la prima de prórroga, podría generar una mala práctica asociada a la contratación, especialmente cuando el consumidor no cuenta con la suficiente información para conocer de antemano, los factores que inciden en esos incrementos. A pesar de lo anterior, si el asegurador insiste en utilizar dicha variable resulta necesario que se le informe al asegurado tal circunstancia en el contrato de seguros.
- m) Se recomienda emitir normativa de supervisión prudencial, donde se regulen expresamente los alcances del derecho a la información que tienen los asegurados que se derivan de los artículos 4 y 6 de la LRMS y 12 de la LRCS. Específicamente esta última norma indica que el CONASSIF, mediante reglamento, deberá definir las condiciones del ejercicio de este derecho, donde sobresalen la revelación a los asegurados de los elementos o factores que puedan incidir directamente en los recargos de la prima, para que este tome una decisión acorde a sus intereses, dejando claro que el lugar ideal para revelar esa información es en la documentación contractual, específicamente en un escrito donde se detallen puntos mínimos a revelar y comprender por el asegurado.

PJD-SGS-007-2011

Página | 30

- n) En virtud de lo expuesto se recomienda reformar el inciso e) del apartado IV. F) del anexo 15 del Reglamento sobre Autorizaciones, Registros y Requisitos de Funcionamiento de Entidades Supervisadas por la Superintendencia General de Seguros, y el inciso e) del artículo 25 del Reglamento sobre Comercialización de Seguros, en el sentido de que se establezca que todos los recargos y descuentos aplicables a la prima de riesgo y que se revelan en la nota técnica deberían también quedar plasmados en las condiciones particulares, para que así el asegurado tenga pleno conocimiento de antemano qué factores pueden incidir en el monto de su prima de riesgo, factores que a la vez deberán revelarse en las condiciones generales.
- o) Se recomienda al mercado, como una buena práctica, diseñar productos donde se introduzcan incentivos tales como cláusulas que procuren el uso eficiente del seguro por parte del asegurado, en términos de establecer sumas aseguradas razonables, montos de indemnización prudentes, porcentajes de coaseguro y deducible que estimulen al asegurado a controlar sus pérdidas y al uso responsable del seguro, así como exclusiones claras.

Cordialmente,

Harlams Ocampo Chacón
Director A.I.

Guillermo Rojas Guzmán
Abogado Principal

Lucía Carro Zúñiga
Abogada



Documento suscrito mediante firma digital.