

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y CONTABLES
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN
FORMULARIO DE REGISTRO DE DISERTACIONES Y TESIS DE GRADO**

TIPO DE TRABAJO REALIZADO: DISERTACIÓN DE GRADO	<input type="checkbox"/>	TESIS DE GRADO	<input checked="" type="checkbox"/>
GRADO ACADÉMICO A OBTENER: LICENCIATURA	<input type="checkbox"/>	MAESTRÍA	<input type="checkbox"/>
	INGENIERÍA		<input checked="" type="checkbox"/>
ESPECIALIDAD: PRODUCTIVIDAD:	<input checked="" type="checkbox"/>	NEGOCIOS INTERN.	<input type="checkbox"/>
	MARKETING	FINANZAS	<input type="checkbox"/>

TEMA:

Costear el servicio de administración del autoseguro de vida y asistencia médica al cliente corporativo versus la intermediación del bróker de seguros tradicional.

AUTOR: Carla Alejandra Terneus Espinosa

PROFESOR DIRECTOR: Ing. Fabiola Jarrin

PROFESOR INFORMANTE 1: Ing. Idrian Estrella

PROFESOR INFORMANTE 2: Ing. Verónica Apolo

PROFESOR DIRECTOR

COORDINAC. DE INVESTIGACIÓN

CARLA ALEJANDRA TERNEUS ESPINOSA

FECHA DE APROBACIÓN: _____

TÍTULO:

Costear el servicio de administración del autoseguro de vida y asistencia médica al cliente corporativo versus la intermediación del bróker de seguros tradicional.

RESUMEN:

La presente investigación tiene como objetivo general costear el servicio de administración de seguro de vida y asistencia médica del cliente corporativo y compararlo con el servicio tradicional del asesor de seguros, el cual actúa como intermediario para la contratación de una póliza con una compañía aseguradora.

Mediante el análisis se procura evidenciar si para el bróker es rentable la administración del autoseguro, ya que para el cliente corporativo es una manera más económica de mantener a su personal asegurado.

Después de determinar los procesos, cálculo de horas disponibles del personal involucrado y los costos de administración, se pretende aportar al bróker con los resultados basados en la información real y actual, para su consideración en renovaciones y futuras cuentas.

PALABRAS CLAVES: Autoseguro, Intermediario, Bróker.

TITLE:

Make a cost analysis of the self-insurance administration service of life and medical attendance to the corporate client versus the insurance consultant's traditional service.

ABSTRACT:

The main objective of the present investigation is to find the cost of the self-insurance administration service of life and medical attendance to the corporate client and compare it with the insurance consultant's traditional service, which acts as an intermediary for hiring a policy with an insurance company.

Through the analysis is intended to observe if the broker self-insurance's administration is rentable, because for the corporate client is an economical way to keeping their staff insured.

After determining processes, calculate the available hours of the staff involved and the administrative costs, aims to provide to the broker with the results based on real and actual information, for consideration in renovations and future accounts.

KEY WORDS: Self-insurance, Intermediary, Broker.

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y CONTABLES

**COSTEAR EL SERVICIO DE ADMINISTRACIÓN
DEL AUTOSEGURO DE VIDA Y ASISTENCIA MÉDICA
AL CLIENTE CORPORATIVO VERSUS LA INTERMEDIACIÓN
DEL BRÓKER DE SEGUROS TRADICIONAL**

**DISERTACIÓN DE GRADO PREVIA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE INGENIERÍA COMERCIAL**

CARLA ALEJANDRA TERNEUS ESPINOSA

DIRECTOR: ING. FABIOLA JARRÍN

QUITO, OCTUBRE 2013

DIRECTOR DE DISERTACIÓN:

Ing. Fabiola Jarrín

INFORMANTES:

Ing. Idrian Estrella

Ing. Verónica Apolo

DEDICATORIA

A mi madre Verónica Espinosa, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber sido mi soporte durante todo el periodo de estudio.

A mis hermanas Verónica, Bárbara y Emilia por estar conmigo y apoyarme siempre.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mi familia por haberme brindado su apoyo incondicional durante todo mi tiempo de estudio y en especial a mi madre por brindarme la oportunidad de alcanzar un logro más en mi vida.

A mi novio Francisco, a mi jefa Sonia y a mis amigas por el apoyo durante la elaboración de este trabajo.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN, 1

1 EL SEGURO, 3

- 1.1 IMPORTANCIA ECONÓMICA – SOCIAL DEL SEGURO, 3
 - 1.1.1 Importancia Social, 3**
 - 1.1.2 La Salud, 4**
 - 1.1.3 El Patrimonio, 4**
 - 1.1.4 Garantía, 6**
 - 1.1.5 Importancia Económica, 6**
 - 1.1.5.1 El Seguro como Factor Indirecto de Producción, 6
 - 1.1.5.2 Arma Anti-inflacionaria, 8
 - 1.1.5.3 Relación Empleado – Empleador, 8
- 1.2 CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO, 9
- 1.3 CONTRATACIÓN DIRECTA DE UN SEGURO, 13
- 1.4 CONTRATACIÓN INDIRECTA DE UN SEGURO, 14

2 CONTRATOS DE SEGUROS EN EL ECUADOR, 16

- 2.1 ASPECTOS TÉCNICOS DEL SEGURO, 16
- 2.2 ASPECTOS LEGALES DEL SEGURO, 17
- 2.3 BASES DEL SEGURO, 17
- 2.4 CONTRATO DE SEGURO, 18
 - 2.4.1 Elementos Esenciales del Contrato de Seguro, 19**
 - 2.4.1.1 El Asegurador, 20
 - 2.4.1.2 El Solicitante - Asegurado - Beneficiario, 21
 - 2.4.1.3 El Interés Asegurable, 23
 - 2.4.1.4 El Riesgo, 25
 - 2.4.1.5 El Monto Asegurado, 28
 - 2.4.1.6 La Prima, 29
 - 2.4.1.7 Obligaciones del Asegurador y del Asegurado, 36
- 2.5 LA BUENA FÉ, 38
- 2.6 CARACTERÍSTICAS JURÍDICAS DEL CONTRATO DE SEGURO, 38
 - 2.6.1 Contrato Solemne o Consensual, 38**
 - 2.6.2 Contrato Bilateral, 39**
 - 2.6.3 Contrato Oneroso, 40**
 - 2.6.4 Contrato Conmutativo o Aleatorio, 41**
 - 2.6.5 Contrato Personal, 43**
 - 2.6.6 Contrato de Adhesión, 44**
 - 2.6.7 Contrato de Buena Fe, 45**
 - 2.6.8 Contrato Mercantil, 45**
- 2.7 LEGISLACIÓN SOBRE SEGUROS EN EL ECUADOR, 46

3 EL AUTOSEGURO, 50

- 3.1 POLÍTICA DE AUTOSEGURO, 50
- 3.2 SERVICIOS QUE BRINDA EL BRÓKER PARA EL AUTOSEGURO, 52
- 3.3 VENTAJAS DEL AUTOSEGURO, 53
- 3.4 DESVENTAJAS DEL AUTOSEGURO, 54
- 3.5 CONSIDERACIONES TÉCNICAS PARA EL MANEJO DEL AUTOSEGURO, 54
- 3.6 ESTRUCTURACIÓN DEL PROGRAMA DE SEGUROS, 55
- 3.7 ANÁLISIS DE SINIESTRALIDAD, 59
 - 3.7.1 Análisis de Siniestralidad por Clase de Reclamos, 59**
 - 3.7.2 Análisis de Siniestralidad por Tipo de Reclamos, 60**
 - 3.7.3 Análisis de Siniestralidad por Maternidad, 61**
 - 3.7.4 Análisis de Siniestralidad de Diagnósticos más Comunes, 62**
 - 3.7.5 Análisis de Siniestralidad por Diagnósticos de Mayor Valor Reembolsado, 62**
 - 3.7.6 Análisis de Siniestralidad de Proveedores por Frecuencia, 63**
 - 3.7.7 Análisis de Siniestralidad de Proveedores por mayor valor reembolsado, 64**
 - 3.7.8 Porcentaje de uso del Seguro Médico, 65**
- 3.8 PROCESO DE PRESENTACIÓN DE UN RECLAMO, 66
- 3.9 PROCESO PARA OBTENER CRÉDITO HOSPITALARIO, 67
- 3.10 PROCESO PARA OBTENER CRÉDITO AMBULATORIO, 67

4 PROCESOS Y COSTOS, 68

- 4.1 MANUAL DE PROCESOS, 68
- 4.2 COSTOS, 77
 - 4.2.1 Costo de Personal, 77**
 - 4.2.2 Costos Totales, 78**
- 4.3 CONDICIONES DEL AUTOSEGURO, 79
- 4.4 ELEMENTOS BÁSICOS PARA LOGRAR UN AUTOSEGURO, 81

5 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES, 83

- 5.1 CONCLUSIONES, 83
- 5.2 RECOMENDACIONES, 84

BIBLIOGRAFÍA, 86

ANEXOS, 88

- ANEXO 1, 89
- ANEXO 2, 90
- ANEXO 3, 92
- ANEXO 4, 102

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Mercado Asegurador Ecuatoriano y su Legislación.....	48
Gráfico 2. Clasificación del Seguro según el tipo de Siniestro	49
Gráfico 3. Proceso de presentación de un Reclamo.....	66
Gráfico 4. Proceso para obtener Crédito Hospitalario	67
Gráfico 5. Proceso para obtener Crédito Ambulatorio	67

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Cuadro de Coberturas	58
Cuadro 2. Siniestralidad Histórica.....	59
Cuadro 3. Análisis de Siniestralidad por Clase de Reclamos.....	60
Cuadro 4. Análisis de Siniestralidad por Tipo de Reclamos	60
Cuadro 5. Análisis de Siniestralidad por Maternidad.....	61
Cuadro 6. Análisis de Siniestralidad de Diagnósticos mas comunes.....	62
Cuadro 7. Análisis de Siniestralidad por Diagnósticos de mayor valor reembolsado.....	63
Cuadro 8. Análisis de Siniestralidad de Proveedores por Frecuencia.....	64
Cuadro 9. Análisis de Siniestralidad de Proveedores por mayor valor reembolsado.....	64
Cuadro 10. Ranking de Titulares por mayor valor reembolsado.....	65
Cuadro 11. Porcentaje de uso del Seguro Médico.....	66
Cuadro 12. Renovación de Pólizas.....	69
Cuadro 13. Facturación.	70
Cuadro 14. Recuperación de Cartera.....	71
Cuadro 15. Visita al Cliente.	72
Cuadro 16. Créditos Ambulatorios y Hospitalarios.	73
Cuadro 17. Auditoria Médica.....	74
Cuadro 18. Liquidación.....	75
Cuadro 19. Transferencias.....	76

Cuadro 20. Horas disponibles ejecutiva comercial / Operativa.	77
Cuadro 21. Total de horas disponibles de todo el Personal involucrado en el Proceso.....	78
Cuadro 22. Costos reales de todo el personal involucrado en el proceso.....	78
Cuadro 23. Costos Totales.....	79
Cuadro 24. Siniestralidad año 2012.	80
Cuadro 25. Reserva Anual.....	81
Cuadro 26. Elementos básicos para lograr un Autoseguro.....	81
Cuadro 27. Condiciones de un Seguro Tradicional.....	82
Cuadro 28: Ahorro del Autoseguro.	82

RESUMEN EJECUTIVO

La presente investigación trata acerca del costeo del servicio de administración de seguro de vida y asistencia médica del cliente corporativo y compararlo con el servicio tradicional del asesor de seguros, el cual actúa como intermediario para la contratación de una póliza con una compañía aseguradora.

El autoseguro consiste en que el cliente corporativo soporta con su propio patrimonio las consecuencias económicas derivadas de sus propios riesgos, esta modalidad es practicada generalmente por grandes empresas que periódicamente generan un fondo económico.

Mediante el análisis se pretende evidenciar si para el bróker es rentable la administración del autoseguro, el cual por sus características para el cliente corporativo es una manera más económica de mantener a su personal asegurado.

El asesor de seguros tendrá dentro de sus funciones el administrar, asesorar, prevenir riesgos actuales y futuros, liquidar los diferentes siniestros, central de llamadas, charlas de inducción, etc.

Después de un estudio minucioso de los procesos, cálculo de horas disponibles del personal involucrado y el costo de administración, se evidencio que el autoseguro es una opción menos rentable para el bróker que la contratación de un seguro de manera tradicional. Sin embargo cuenta con la capacidad de ofrecer al cliente corporativo

servicios adicionales, los cuales al efectuarse la compra de los mismos se genera una comisión para el asesor, aumentando la rentabilidad.

INTRODUCCIÓN

En el análisis que se presenta en éste documento, se compara la comisión del bróker al administrar el seguro de vida y asistencia médica de un modelo real de autoseguro versus la intermediación en la contratación de un seguro de manera tradicional.

La sección preliminar contiene generalidades del seguro, en las cuales se detalla que la base del mismo es la cooperación y colaboración, siendo la misión el atender la satisfacción de los usuarios mas no eliminar el riesgo de los mismos.

El seguro es una garantía de subsistencia de la familia, genera un buen ambiente laboral y una relación positiva entre empleado y empleador, generando fidelidad a la organización.

La seguridad es el anhelo común de todas las personas, la prevención y el seguro no se excluyen sino se complementan ya que buscan el mismo fin.

En el siguiente capítulo se hace referencia a los contratos de seguros, debido a que es un requisito indispensable conocer sus elementos, tipos, organismos de control y leyes vigentes en el Ecuador, además de principios básicos como la buena fe, que exige una conducta recta y honesta en relación con las partes interesadas.

Se desarrolló las ventajas y desventajas del autoseguro, se analizó la estructuración del programa de seguros donde se realiza una revisión de la siniestralidad completa del cliente

corporativo en estudio y se muestra el proceso de reclamos y créditos mediante flujogramas.

Finalmente en el capítulo cuarto, el cual es la base para la formulación del problema y delimitación del objetivo general de la investigación, se elaboró el manual de procesos con el propósito de contar con una guía clara y específica que garantice la óptima operación y desarrollo de las actividades.

Los costos fueron calculados en base a un registro de actividades de las personas involucradas en el servicio brindado al cliente en referencia, para de esta manera evidenciar si el porcentaje de comisión por la administración del autoseguro es rentable para el bróker.

1 EL SEGURO

El profesor Alfredo Manes, en su libro Teoría General del Seguro, define al seguro como: “Aquel sistema por medio del cual un gran número de existencias económicas amenazadas por idénticos peligros se organiza para atender mutuamente a posibles necesidades fortuitas y tasables de dinero”. (MANES, 1930: 30)

1.1 IMPORTANCIA ECONÓMICA – SOCIAL DEL SEGURO

1.1.1 Importancia Social

Los seguros son el producto de la virtud fundamental que la humanidad ha desarrollado desde el momento en que se unieron los hombres para la mutua protección y provecho.

Ese sentido de la cooperación y colaboración ha sido la base para el desarrollo de las sociedades.

La misión de los seguros es atender la satisfacción de los usuarios mas no eliminar el riesgo, por lo tanto no se puede dejar por alto la prevención.

Si logramos prevenir el riesgo logramos reducir los promedios para abaratar primas por consiguiente, popularizar los servicios lo cual provoca un beneficio social.

1.1.2 La Salud

Con buen estado de salud logramos un mayor bienestar tanto individual como social, y un desarrollo humano sostenido.

La inversión en salud es una condición básica para el potencial productivo de la población.

Campañas de prevención contra enfermedades han reducido la incidencia de algunas de las causas de muerte. El uso de vacunas, antibióticos e insecticidas han ayudado a erradicar numerosos diagnósticos.

La sensación de no mantener asegurada la salud o sus bienes significa un tormento emocional para el hombre moderno, cada instante de nuestras vidas surgen nuevas amenazas, por ende nuevos temores, la liberación total de estas preocupaciones no es posible, pero entender la importancia de los seguros y hacer uso de ellos alivia nuestro miedo.

1.1.3 El Patrimonio

Las cláusulas del contrato aclaran las condiciones para que cuando exista el siniestro este sea pagado, son un mecanismo también de prevención para que el asegurado las cumpla.

Es labor de toda la sociedad la prevención de riesgos por ejemplo:

1. Los edificios deben ser construidos con materiales incombustibles.
2. Las instalaciones tienen que estar equipadas con extintores, según el espacio y número de personas.
3. Los bomberos deben controlar que las organizaciones cuenten con los permisos de funcionamiento.
4. Una revisión periódica de las máquinas.
5. Equipo de protección para las personas según su trabajo.
6. Cumplimiento de la ley de tránsito.
7. Entre otras.

El seguro en el Ecuador no ha alcanzado ese grado de perfeccionamiento comparándolo con las grandes organizaciones de EE. UU y Europa, debido a nuestro bajo desarrollo cultural.

Se centra en personas de altos recursos y se lo sigue viendo como un gasto, mas no, como una inversión necesaria.

1.1.4 Garantía

El seguro es una garantía de subsistencia de la familia. Mantiene la unidad familiar en el caso que el proveedor (padre / madre) falleciera, si la familia no contara con un seguro el nuevo responsable y los hijos menores se ven forzados a cambiar su estilo de vida y a subsistir cada uno a su modo lo que podría causar una desintegración familiar.

El seguro de vida es la acumulación de un fondo de protección desde el momento de la contratación, ese capital otorga al afiliado una sensación de confianza y tranquilidad, debido a que es un respaldo económico para sus beneficiarios.

Protege la salud física y psicológica de los beneficiarios debido a que cuentan con un respaldo económico hasta reorganizar su vida.

1.1.5 Importancia Económica

1.1.5.1 El Seguro como Factor Indirecto de Producción

Se puede considerar al seguro como una institución económica y, como tal ejerce una influencia preponderante en todos los órdenes de la economía: en la producción, en el consumo, en el comercio, en el transporte y en el crédito.

Las actividades humanas que son adjetivas en relación con las necesidades cuya atención van destinadas a proveer y, por tanto las específicamente económicas, adquieren sustantividad al estudiarlas en cuanto a su existencia, naturaleza y atributos, siendo los riesgos que a tales actividades pueden amenazar, cuestiones de orden secundario o adjetivo y, por consiguiente, adjetivas son las necesidades económicas que crean esos riesgos, a pesar de la importancia relativa que pueden llegar a alcanzar, por lo que, asimismo, el seguro tiene, dentro del marco de la economía, atendiendo a su función o aspecto objetivo, una misión auxiliar de la misma, puesto que, con la existencia de nuestra institución, la economía no pierde su carácter ni tan siquiera su ritmo. Lo único que hace el seguro es favorecer la marcha económica. (LASHERAS, 1960: 15)

El riesgo cierra las puertas a la iniciativa industrial, y que no es factible exponer pequeños capitales cuando estos representan el patrimonio total, el seguro promueve la economía al darle la tranquilidad al pequeño empresario de que el riesgo no promoverá su ruina, sino tan solo un quebranto económico.

El desarrollo económico no sería el mismo sin la intervención del seguro, si se tiene en cuenta la cuantía de los capitales que se hubieran sustraído a la producción de no ser por la posibilidad de trasladar los riesgos a una compañía aseguradora, es decir el seguro tiene un efecto inhibitor y estimulador sobre la iniciativa empresarial.

Ivan Landsberg (1968: 53) dice “El seguro abre las puertas para una mayor competencia, al dar oportunidad a las empresas más pequeñas para entrar en el mercado, sin el temor de no poder resistir un siniestro importante. El seguro combate así los monopolios y reduce los precios”.

1.1.5.2 Arma Anti-inflacionaria

El seguro restringe el consumo y es arma anti-inflacionaria, para demostrarlo, la siguiente argumentación del Dr. Jorge Bande nos explica que “En efecto, el seguro si se mira desde el ángulo de la distribución contiene todos los elementos del ahorro voluntario”. (BANDE, 1961: 97)

En esta forma, tiene beneficios indiscutibles para una política anti-inflacionaria. El ahorro reduce el poder de compra y traslada el consumo en el tiempo, produciendo así los efectos primarios de restricción de la demanda frente a una oferta que aumenta, o por lo menos, durante el mismo lapso, permanece constante.

1.1.5.3 Relación Empleado – Empleador

Es indudable que el estar asegurado dentro de la organización a la cual pertenecemos genera un principio de armonía y una relación positiva entre el empleado y su empleador, más duradera y estable e indirectamente asegura mayor rendimiento y eficiencia en el trabajo.

El empleado asegurado exento de temores y angustias económicas se encuentra conforme con su situación laboral, el patrono al tener un negocio rentable con empleados fieles, halagado con los crecientes rendimientos que le depara su negocio, el empleado y el empleador afianzan sus vínculos, creando un ambiente laboral sano y una relación económico – social beneficiosa para ambas partes involucradas.

1.2 CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO

Estas características nos permiten reconocer los límites del seguro:

- La Mutualidad: La satisfacción de las necesidades futuras debe realizarse mutuamente. Un gran número de existencias económicas deben unirse para cargar juntamente un riesgo. Este principio representa el valor ético del seguro, el que no sufre ningún contratiempo contribuye a asistir a los que han tenido peor suerte.

Al actuar así el individuo queda en la certidumbre que también le asistirá a el en el caso de un siniestro. Solo este principio hace posible que un gasto incierto y cuantioso (siniestro) se sustituya por un fijo y pequeño (prima).

- La Economía: Esta característica encierra en sí los siguiente factores:
 - Debe existir un plan que garantice cierta continuidad.

- El seguro básicamente oneroso y se rige por el principio de la igualdad de presentación y aportación. Las presentaciones no se otorgan gratuitamente, sino que están compensadas por aportaciones. Ello naturalmente no significa que cada individuo aporte a la comunidad de asegurados tanto como percibe, sin embargo, la totalidad de los asegurados aportará una cantidad igual a la que recibe.

- La Necesidad: El propósito del seguro consiste en compensar un daño eventual. Su finalidad es la cobertura de una necesidad.
 - El seguro no puede ir más allá de la compensación de una necesidad económica. De ello resulta el principio de que el seguro no puede ser fuente de enriquecimiento, se entiende que el siniestro significa pérdida de patrimonio, sería anti ético si la persona obtuviese provecho del mismo.
 - El seguro se limita a cubrir la necesidad económica producida por el acontecimiento fortuito. No puede ni debe compensar los valores afectivos que fueron afectados por el mismo acontecimiento.
 - El objeto del seguro es el interés económico que una persona tenga en la no realización de un acontecimiento fortuito.

- La Casualidad: La ocurrencia del acontecimiento debe ser fortuita. Su origen debe encontrarse fuera del alcance del asegurado y ser completamente independiente de su voluntad.

- Se cumple esta condición en todos los casos en los cuales los hombres no pueden de ninguna manera provocar el acontecimiento fortuito (seguro de los daños de la naturaleza), pero aun se considera fortuito el caso en que una persona, aunque pueda en principio provocar el acontecimiento según todas las probabilidades no lo hará en vista de que las desventajas serían mayores a los beneficios del seguro (accidente de automóvil). Se excluyen de la cobertura los casos en que el asegurado provoque intencionalmente el acontecimiento.

- No es necesario que la realización del acontecimiento fortuito sea en sí incierta, basta que el momento de la realización sea determinado por la casualidad, aunque el acontecimiento se realice con toda seguridad.

Ejemplo: cada hombre va a morir, el momento de la muerte es incierto por lo que la persona puede contratar un seguro de vida.

- La Tasabilidad: La realización o acontecimiento del siniestro es incierto, sin embargo, para poder asegurar, la posibilidad de la realización del acontecimiento fortuito debe poder tasarse.
 - Es indispensable la estadística, que reúne un gran número de acontecimientos individuales, los ordena y deduce de ellos ciertas leyes. Mediante la recopilación de miles de casos individuales resulta posible obtener indicaciones sobre el conjunto de acontecimientos.

- El seguro no puede limitarse a sacar experiencias del pasado, debe estimar las necesidades económicas del futuro. Gracias al cálculo de probabilidades se puede derivar de la estadística del pasado una proyección para el futuro (necesidades económicas futuras).
- La estadística y el cálculo de probabilidades solo puede dar resultados confiables si se basan en gran número de casos, haciendo cumplir la “Ley de los Grados Números”. Según esta ley solo se obtiene una regularidad estadística cuando el campo de observación, en el espacio y en el tiempo, tiene una extensión suficiente y cuando los objetos observados presentan homogeneidad.
- Por lo tanto, el seguro necesita una base estadística. La gravedad del riesgo no tiene importancia, el riesgo aunque sea muy grande puede asegurarse si se dispone de bases estadísticas.
- Tan solo se hace posible el seguro cuando la comunidad de aseguradores es tan grande que puede cumplirse la ley de los grandes números. Mediante el reaseguro se logra equilibrar los riesgos de las comunidades, desplazándolos sobre la infinidad de comunidades del mundo entero.
- La Analogía de los peligros: Para que exista el seguro en su verdadero sentido, todas las personas que participan deben estar amenazadas por el mismo peligro, la realización del acontecimiento fortuito tiene que provocar la misma necesidad económica en todas.

1.3 CONTRATACIÓN DIRECTA DE UN SEGURO

Antes de elegir su compañía de seguros para la contratación directa de un seguro debe:

Buscar un asesor: Lo más aconsejable es buscar un asesor de seguros, quien le guiará cuál es el producto que más le conviene. Además, el asesor posee información de las compañías de seguros más sólidas del mercado; ello le dará una menor probabilidad de que su empresa entre en proceso de liquidación forzosa en el futuro.

Elegir la especializada: Es recomendable escoger a las firmas aseguradoras especializadas en un ramo específico. Por ejemplo, si está buscando seguros de vida, escoja a la empresa más sólida en ese aspecto. El asesor le presentará las mejores opciones.

Verificar la web: También es indispensable revisar la página web de la Superintendencia de Bancos y Seguros (www.sbs.gob.ec). En el portal está publicado el ranking de las aseguradoras en el país. Ello también podrá servir a la hora de elegir una compañía.

La rentabilidad: Otra información indispensable y clave, que puede mostrar el estado de una aseguradora es la rentabilidad. En el sitio web de la SBS se puede verificar ese dato.

Los reclamos: Otro indicador para escoger una empresa sólida, o para verificar cómo está nuestra aseguradora es observar el número de reclamos atendidos. Esta información debe estar disponible en cada página web de las compañías. De no ser así, es aconsejable acercarse a las oficinas y pedir estos datos

Las reaseguradoras: No se deje impresionar con palabras clave que hagan referencia a los conceptos de seguridad financiera, sofisticación, madurez, imparcialidad y otros, pues no aseguran responsabilidad o solvencia. Lo más seguro es investigar si es que las compañías de seguros tiene reaseguradoras. Ello disminuye el riesgo en caso de siniestros.

Valor de la prima: Todas las compañías tienen costos distintos, aunque siempre hay un promedio que se mantiene, por esta razón, es preciso que el interesado cotice cual es el valor de la prima de un seguro determinado. La cotización que se realice debe mantener márgenes de igualdad en cuanto a edad, tipo de póliza, características y monto con el que se pretende aseguradora.

Se adjunta Ranking de aseguradoras en el Anexo II publicadas en la revista EKOS

1.4 CONTRATACIÓN INDIRECTA DE UN SEGURO

Existen contrataciones de seguros de manera indirecta. Los seguros son incluidos por algunos bancos y casas comerciales con el objeto de cubrir alguna eventualidad que comprometa el cumplimiento del pago de la deuda.

La tarjeta de crédito es el medio de pago más usado entre los consumidores en general en la actualidad, esto se debe básicamente a su fácil uso, y por la seguridad que brinda tanto al vendedor, ya que existe alguna entidad financiera que respalda al consumidor, así como para el consumidor ya que frecuentemente las tarjetas de crédito se encuentran amparadas por seguros.

Al ser el usuario de tarjetas de crédito, bancos y casas comerciales, los vendedores tienen una mayor posibilidad de ofrecerle al consumidor seguros adicionales. La desventaja es que el usuario no conoce las coberturas, montos asegurados, condiciones particulares y exclusiones, ya que la venta de los mismos suele ser vía telefónica y concretada ese mismo momento. A diferencia de la contratación directa que existe un contrato firmado donde se especifica las condiciones de la póliza.

2 CONTRATOS DE SEGUROS EN EL ECUADOR

2.1 ASPECTOS TÉCNICOS DEL SEGURO

Al ser el seguro una institución que pretende resarcir económicamente a los afectados por la realización de un riesgo calificado como asegurable, requiere para cumplir su cometido, contar con la apreciación del riesgo a la luz de varios presupuestos que la técnica exige para el correcto funcionamiento del seguro.

El cálculo de las probabilidades, la ley de los grandes números, la prima, y la calificación del riesgo, son los principales presupuestos técnicos con los que debe trabajar el asegurador.

Rubén Stiglitz en su obra Derecho de Seguros, define al seguro en los siguientes términos: “El seguro es un contrato por adhesión por el cual una de las partes, el asegurador obliga, contra el pago o la promesa de pago del premio efectuado por el asegurado, a pagar a éste o a un tercero la prestación convenida, subordinada a la eventual realización (siniestro) del riesgo, tal como ha sido determinado, durante la relación material del contrato”. (STIGLITZ, 1997: 101)

2.2 ASPECTOS LEGALES DEL SEGURO

El seguro para que exista y para que genere derechos y obligaciones entre las partes ha de tener un fundamento legal que le de vida, es decir, un sustento normativo que lo regule.

El contrato de seguro se regula por las disposiciones contenida en varios cuerpos legales, entre los que podemos mencionar: Decreto Supremo 1147, (Legislación de Seguros); Ley General de Seguros y su Reglamento, Ley de Contratación Pública y su Reglamento (relativo a seguro de fianzas); Ley Orgánica de Aduanas y otras de menor importancia.

2.3 BASES DEL SEGURO

La ley de los Grandes Números de KANT: Este principio postula que se requiere una gran masa de personas o de hechos, para cubrir la pérdida de pocos, es decir, se utiliza el dinero aportado por muchos, para invertirlo, gastarlo, movilizarlo, y finalmente indemnizar la pérdidas generadas por pocos. Así el individuo asegurado, en lugar de asumir el 100% de su riesgo, lo traslada, haciendo que miles de personas participen de él.

Cálculo de Probabilidades: En materia de seguros se calculan cuantas veces puede ocurrir un determinado siniestro en el tiempo. Este cálculo demanda la utilización de estadística.

El siniestro debe ser incierto e involuntario

2.4 CONTRATO DE SEGURO

Es importante que definamos lo que es un contrato, el Código Civil, en su Art. 1481 lo define en los siguientes términos: Contrato o convención es un acto por el cual una parte se obliga para con otra a dar, hacer o no hacer alguna cosa. Cada parte puede ser una o muchas personas.

El Art. 1 del decreto 1147 señala que contrato de seguros es: “El seguro es un contrato mediante el cual una de las partes, el asegurador, se obliga a cambio del pago de una prima, a indemnizar a la otra parte, dentro de los límites convenidos, de una pérdida o un daño producido por un acontecimiento incierto, o a pagar un capital o una renta, si ocurre la eventualidad prevista en el contrato”.

La estadística suministra la probabilidad teórica de realización del siniestro, de allí que, técnicamente, el asegurador deba cubrirse de la brecha que resulte entre la probabilidad y la realidad. Para ello el asegurador ha de acudir al Reaseguro y así dispersar su riesgo. El asegurador ha de transferir todo o parte del riesgo asumido al reasegurador mediante la celebración de un contrato denominado reaseguro.

El Art. 85 del Decreto Supremo 1147 dice: “El reaseguro es una operación mediante la cual el asegurador cede al reasegurador la totalidad o una parte de los riesgos asumidos directamente por él. Reasegurador es la persona o entidad que otorga el reaseguro; puede llamarse también cesionario o aceptante. La relación entre asegurado y asegurador no se altera o modifica por la celebración de un contrato de reaseguro, ya que los derechos y obligaciones entre ellos nacen del contrato de

seguro, por lo que el asegurado no tendrá acción o facultad de reclamo en contra del reasegurador, así como el asegurador no podrá recurrir al contrato de reaseguro para obstaculizar el pago de un siniestro”.

2.4.1 Elementos Esenciales del Contrato de Seguro

El Art. 1487 del Código Civil, señala que se distingue en todo contrato las cosas que son de la esencia, de naturaleza y las puramente accidentales.

Son de la esencia de un contrato, aquellas cosas sin las cuales, o no surge efecto alguno, o degenera en otro contrato diferente.

El Art. 2 del Decreto Supremo 1147, dice que son elementos esenciales del contrato las siguientes:

1. El asegurador
2. El solicitante, asegurado o beneficiario.
3. El interés asegurable.
4. El riesgo asegurable.
5. El monto asegurado o el límite de responsabilidad del asegurador.
6. La prima o el precio del seguro.
7. Obligaciones del asegurador y asegurado.

La falta de uno o más de estos elementos, anula el contrato, es decir que no acepta convalidación.

2.4.1.1 El Asegurador

El asegurador es la persona o parte del contrato de seguro que asume el riesgo por el pago de una prima y que se obliga a indemnizar dentro de los límites establecidos en caso de producirse un siniestro.

El Art. 3 del DS 1147, lo define en los siguientes términos: Para efectos de esta ley, se considera asegurador a la persona jurídica legalmente autorizada para operar en el Ecuador, que asume los riesgos especificados en el contrato de seguros.

Al señalarse que asegurador es la persona jurídica legalmente autorizada para operar en el Ecuador, se limita la facultad de ser asegurador, no puede ser cualquier persona debe ser una persona jurídica, es decir una empresa cuya constitución, organización, actividades y extinción estén reguladas por la Superintendencia de Bancos.

Mediante Ley número 74, se expide la ley General de Seguros (RO 290 3-04-1998) y en su Art. 1 nos habla del ámbito de la ley, y en su Art. 3 define cuales son las empresas de seguros.

Son empresas que realicen operaciones de seguros las Compañías Anónimas constituidas en el territorio nacional y las sucursales de empresas extranjeras establecidas en el país, en concordancia con lo dispuesto en la presente ley y cuyo objeto exclusivo es el negocio de

asumir directa o indirectamente o aceptar y ceder riesgos sobre la base de primas. Las empresas de seguros podrán desarrollar otras actividades afines o complementarias con el giro normal de sus negocios, excepto aquellas que tengan relación con los asesores o productores de seguros, intermediarios de seguros y peritos de seguros con previa autorización de la Superintendencia de Bancos.

Las empresas de seguros son: de seguros generales, de seguros de vida y las que actualmente operan en conjunto en las dos actividades. Las empresas de seguros que se constituyan a partir de la vigencia de esta ley, solo podrán operar en seguros generales o en seguros de vida, vale recalcar que solo puede ser aseguradora una empresa anónima y no una compañía limitada.

2.4.1.2 El Solicitante - Asegurado - Beneficiario

En la contraparte de la Aseguradora existen tres sujetos que en la mayoría de casos se confunden en uno, nos referimos al solicitante, al asegurado y al beneficiario.

El Solicitante: Solicitante es la persona natural o jurídica que contrata el seguro, sea por cuenta propia o por medio de un tercero determinado que traslada los riesgos al asegurador.

Esta definición, establecida en el Art.3 del DS 1147, deja abierta dos posibilidades, la una que el solicitante contrata por cuenta propia, en este caso estamos frente a que la persona del solicitante es la misma del asegurado; y, la otra y la otra que el solicitante sea una persona distinta del asegurado.

El solicitante es la persona con quien la aseguradora establece el vínculo jurídico del contrato, y está obligando el cumplimiento de todas las obligaciones hasta que se produzca la ratificación.

El Art. 12 considera la posibilidad de que el solicitante no cuente con poder o ratificación para la celebración del contrato y aún mas faculta al asegurado a ratificar el contrato después de producido un siniestro.

Los derechos derivados del contrato corresponden al asegurado y el solicitante no podrá hacer valer esos derechos para él sin el expreso consentimiento del asegurado.

El asegurado, en sentido estricto, es la persona que en sí misma o en sus bienes o intereses económicos está expuesta al riesgo.

En sentido amplio, asegurado es la persona que suscribe el contrato y que se compromete al pago de la prima y que tiene derecho de las indemnizaciones que se produzcan a consecuencia de un siniestro.

El beneficiario, es la persona, designada o no por el asegurado, cuya única vinculación con el contrato de seguros.

2.4.1.3 El Interés Asegurable

Por interés asegurable se entiende la relación lícita de valor económico sobre un bien. Cuando esta relación se halla amenazada por un riesgo, es un interés asegurable.

El interés asegurado tiene necesariamente un valor económico. No obstante, en seguros patrimoniales, al tiempo de formalizarse el contrato se fija unilateralmente por el asegurado la cantidad que él estima suficiente para reparar el daño en caso de siniestro, esta cantidad llamada suma asegurada, representa el valor aproximado del interés, sirve de base para calcular la prima (a mayor suma mayor prima) y de límite contractual a la futura prestación del asegurador.

El ideal es que exista coincidencia entre el valor del interés y la suma asegurada, pero la discordancia siempre es posible, pues, como hemos dicho, esta última la fija libremente el asegurado y, deliberadamente o por error, puede fijarla en cantidad distinta del valor del interés.

En principio se pueden asegurar todas las cosas corporales e incorporeales además se puede asegurar la vida y el patrimonio.

Se puede asegurar si cumple los siguientes requisitos:

- Debe tratarse de una cosa corporal o incorporal.
- La cosa debe existir al tiempo del contrato, o al menos al tiempo en que empiecen a correr los riesgos o daños.
- La cosa debe ser tasable en dinero.
- La cosa debe ser objeto de una estipulación lícita.
- La cosa debe estar expuesta a perderse por el riesgo que corre el asegurado.

No se puede asegurar cuando:

- Los riesgos especulativos (La indemnización no constituye ganancia).
- Los objetos del comercio ilícitos.
- Las cosas en donde no existe un interés asegurable.

2.4.1.4 El Riesgo

El Art. 4 del Decreto Supremo 1147 nos dice “Denominase riesgo el suceso incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del solicitante, asegurado, o beneficiario, ni de la del asegurador. Los hechos ciertos, salvo la muerte, y los físicamente imposibles no constituyen riesgo y son, por tanto extraños al contrato de seguro”.

Si el acontecimiento incierto al verificarse causa un daño, estamos frente a un riesgo puro de naturaleza personal, real o patrimonial. Si el suceso implica la posibilidad de ganancia o pérdida, estamos frente a un riesgo especulativo.

El ser humano ante los riesgos puros que amenazan su integridad personal o patrimonial puede adoptar dos tipos de medida: una preventiva y otra compensatoria. Las medidas preventivas buscan disminuir la probabilidad de ocurrencia del hecho incierto, las medidas compensatorias son todas las acciones que desarrolla el ser humano para resarcir desde el punto de vista económico el impacto que el hecho incierto causa en su patrimonio.

Las medidas compensatorias más comunes constituyen el ahorro, el auto seguro; y el seguro.

El riesgo tiene un gran dominio, cuyas fronteras coinciden con las de la incertidumbre. Implica la contingencia de pérdida como la posibilidad de

ganancia, o una otra simultáneamente, de ahí dos grandes clasificaciones: riesgo especulativo y riesgo puro.

Riesgo especulativo: El riesgo especulativo implica, a la vez la posibilidad de pérdida y la de ganancia. Siendo así, su trascendencia en la vida económica.

El juego en sus distintas modalidades, nos da ejemplos a granel de riesgo especulativo: desde la apuesta, en que se compromete una suma grande o pequeña (posibilidad de pérdida), a trueque de obtener otra igual o mayor (posibilidad de pérdida), hasta la lotería en que a cambio de una pequeña suma cierta (el precio del billete), aspiramos al premio mayor a, en último término, a la más, a la más pequeña de las aproximaciones. La misma especulación bursátil nos ofrece ejemplos típicos de riesgo especulativo: las inversiones de valores que bajan, para deshacerse de ellos cuando suben, y la venta de valores que suben que suben, para rescatarlos cuando bajan, encierran posibilidades de pérdida y de ganancia, constituyen riesgo especulativo. Toda nueva empresa industrial o comercial, así sea la mejor prospectada, tras las halagüeñas perspectivas de ganancia, oculta gérmenes, más o menos peligrosos, de posible fracaso. He ahí diversas manifestaciones del riesgo especulativo. Importa captar su zona de influencia, advertir con claridad su fisonomía, para distinguirlo inequívocamente del riesgo puro que, objeto del seguro, moldeado técnica, económica y jurídicamente a la órbita de esta institución. (OSSA, 1988: 3)

Riesgo puro: El riesgo puro puede definirse como la posibilidad de pérdida.

Más exactamente, la de irrupción eventual de una necesidad económica, que bien puede ser la de hacer frente a un abrupto detrimento del activo (la destrucción total o parcial causada por el fuego en un inmueble propio, la pérdida por robo, de elementos del mobiliario familiar), o la de enjugar o absorber un imprevisto aumento del pasivo (daños causados a un tercero), o la de suplir el déficit del ingreso familiar motivado por la muerte accidental o natural del esposo y padre. Es la noción abstracta de riesgo, la que interesa fundamentalmente a la institución económica del seguro, la columna vertebral de este mecanismo técnico de previsión. (OSSA, 1988: 4)

Conductas frente al riesgo: Es la actitud que asume el titular de un patrimonio frente las situaciones imprevistas.

Prevención de riesgo: La seguridad es el anhelo común de todas las personas, seguridad de las personas y de los intereses. La prevención y el seguro no se excluyen sino se complementan ya que buscan el mismo fin.

Según el profesor Albert Mowbray en su libro *Insurance, Its Theory and Practice in the United States* nos indica “La prevención es más deseable que el seguro, evita la destrucción de la riqueza, es útil y necesaria, ella constituye la mejor solución al problema del riesgo siempre y cuando sea

posible ya que es la más eficaz, la más económica y elimina las pérdidas para la sociedad, cosa que no contempla el seguro como meta”. (MOWBRAY, 1955: 87)

Significa, además en su función complementaria, un factor de reducción en el costo del seguro, debido a que atenúa o limita la probabilidad de que exista un siniestro, y por ende, la responsabilidad potencial de la aseguradora.

El profesor Albert Mowbray también nos aclara que “la existencia del seguro no justifica la desatención a la prevención de las pérdidas”. (MOWBRAY, 1955: 87).

Tenemos que entender que la prevención sin el seguro es un sistema incompleto y limitado.

Queda claro que el seguro es indispensable y efectivo y que la prevención es útil como complemento de aquel.

2.4.1.5 El Monto Asegurado

Es el valor que se asigna en la póliza como el gasto máximo que ha de pagar la compañía de seguros en caso de daño o pérdida, es decir es el límite máximo que la compañía indemnizará en caso de un siniestro.

2.4.1.6 La Prima

Definiciones

El Dr. Hugo Mármol Marqués define a la prima como “El equivalente técnico del riesgo o mejor aún como la equivalencia actual del riesgo cuya cobertura asume el asegurador”. (MÁRMOL, 1990: 229)

Pedro Berrizbeitia la define en su libro Institución del Seguro como “El precio mediante el cual el asegurador se compromete para con el asegurado a indemnizarlo, caso de realizarse el riesgo del cual quiere precaverse”. (BERRIZBEITA, 1929: 32)

Para el Dr. Arellano Moreno la prima puede ser definida desde dos puntos de vista: “Jurídicamente como el equivalente técnico del riesgo. Su contrapartida. Y económicamente como el valor que cobra la compañía por la seguridad prometida”. (ARELLANO, 1976: 63)

Messineo la considera como “Un elemento importante del seguro, es decir, la compensación que el contratante debe abonar (de una sola vez, o más generalmente, en forma periódica), como contraprestación de la asunción del riesgo (prestación) por parte del asegurador”. (MESSINEO, 1979: 162)

Isaac Halperin en su libro *Lecciones de Seguros* expone que “El precio que paga el asegurador se denomina prima (cotización, en los seguros mutuos; contribución en los seguros Sociales)”. (HALPERIN, 1989: 5)

Para Natalio Muratti “Se llama prima la suma que se toma como base para el cálculo del precio de los riesgos que asume el asegurador”. (MURATTI, 1955: 117)

Alejandro Tinoco la define como “la contraprestación del asegurador que generalmente se hace en efectivo y con cuyo pago tiene derecho el asegurado a cobrar la indemnización en caso de suceder el riesgo”. (TINOCO, 1980: 283)

En el caso de los seguro de vida, no será igual la fijación de esa cantidad para un anciano que para un adolescente, ya que en el primer caso la probabilidad del siniestro es mucho mayor, claro está que estamos aludiendo a un adolescente en óptimas condiciones físicas.

Las empresas de seguros y los productores de seguros no podrán cobrar cantidad alguna por otro concepto distinto al monto de la prima estipulado en la póliza, salvo los gastos de inspección de riesgo, en los seguros de daño.

En conclusión la prima es uno de los elementos indispensables del contrato de seguro. Es el precio del seguro o contraprestación, que

establece una compañía de seguros calculada sobre la base de cálculos actuariales y estadísticos teniendo en cuenta la frecuencia y severidad en la ocurrencia de eventos similares, la historia misma de eventos ocurridos al cliente, y excluyendo los gastos internos o externos que tenga dicha aseguradora.

Si no se ha pagado la prima antes de producirse el desastre o accidente, el asegurador se libera de la obligación contraída en el contrato, al contrario, si la prima es pagada a tiempo es de carácter obligatorio para el tomador o contratante cubrir el siniestro según las condiciones establecidas en la póliza de seguros.

Elementos para el Cálculo o Establecimiento de las Primas

- La prima preceptúa el único pago.
- La prima expresada en la póliza incluye todos los derechos, comisiones, gastos y recargos, así como cualquier otro concepto relacionado con el seguro.
- Las empresas de seguros y los productores de seguros no podrán cobrar cantidad alguna por otro concepto distinto al monto de la prima estipulado en la póliza.

En cuanto a los elementos que han de tomarse en cuenta por parte del asegurador para el establecimiento de la prima, encontramos distintos criterios en doctrina.

Los elementos sobre los cuales se calcula la prima son: el valor técnico del riesgo, su mayor o menor probabilidad, luego los gastos generales de la empresa. Existen en este orden dos factores para determinarla: la probabilidad del accidente, que nos sugiere el valor del riesgo y el presupuesto de los gastos generales que hace la empresa. (ARELLANO, 1976: 63)

Hugo Mármol Marqués, sostiene “que el valor de la prima depende de que el siniestro ocurra y que ésta es calculada en función de la suma asegurada, la duración del seguro y la intensidad probable del siniestro”. (MÁRMOL, 1990: 230).

Para Natalio Muratti “la determinación de las primas se basa en el cálculo de las probabilidades, que constituye una parte importante de la matemática actuarial”. (MURATTI, 1955: 117).

El cálculo de las probabilidades exige, para obtener la medida, además de la existencia de un número suficiente grandes de casos, que los sucesos futuros guarden cierta semejanza con los pasados.

Desde el punto de vista del asegurador no representa un puro cálculo matemático sino que han de tenerse en cuenta las variantes del caso concreto, es decir la siniestralidad del cliente.

Isaac Halperin considera que “la prima se determina por cinco factores fundamentales:

- Por el riesgo asumido;
- Por el plazo por el cual se asume ese riesgo;
- Por el monto del valor asegurado;
- Por la tasa del interés, porque el asegurador percibe un precio por una prestación eventual, y los fondos que percibe son invertidos, esto es, devengan interés;
- Esta prima debe ser incrementada con los gastos administrativos y beneficio calculado del asegurador, con el que se obtiene la prima bruta o cargada, que es la que paga el asegurado. Las primas así determinadas integran las tarifas, que deben ser aprobadas por la autoridad de control”. (HALPERIN, 1989: 5)

La proporción de prima que no necesita para pagar los siniestros o los gastos se invierte y, dando una ojeada al balance de cualquier compañía

de seguros, puede comprobarse el tipo de inversiones en las cuales ésta coloca su dinero.

Si los intereses que se obtienen son altos, es posible reducir las primas de las nuevas pólizas, porque tales intereses contribuyen ampliamente a compensar el beneficio de la compañía; por el contrario, si los intereses son bajos, las primas deben ser incrementadas.

En los seguros de vida, “el conocimiento de la tasa de mortalidad de una década nos da una idea muy aproximada de la mortalidad general de la siguiente década.

Las tablas de mortalidad permiten determinar cuál será la tasa de mortalidad en unas circunstancias particulares, pudiendo pronosticarse razonablemente a través de ellas el índice de fallecimientos futuros que debe esperarse para un grupo similar” (Chartered Insurance Institute, 1995: 109), lo cual lógicamente incidirá en la fijación de las primas.

Para el autor colombiano Bernardo Zuleta Torres la base científica para el cálculo de la prima debería ser, en todos los casos, la estadística. Sin embargo, existen riesgos a los cuales no puede aplicarse rigurosamente la ley de los números.

En estos casos se hace necesario establecer la prima empíricamente, teniendo en cuenta las condiciones especiales de cada riesgo y su comparación con riesgos más conocidos.

La proporcionalidad de la prima al riesgo no puede ser exacta, porque el riesgo varía en el sentido de disminuir o aumentar en el curso del contrato. Lo que la mayoría de los autores consideran como principio de proporcionalidad es al equilibrio contractual entre las prestaciones del asegurador y del asegurado, o más exactamente el equilibrio entre el riesgo del asegurado y la opinión que el asegurador debe formarse desde el momento en que decide asumirlo. (ZULETA, 1981: 26-27)

Atributos

La prima debe cuantificarse con determinados criterios, reunir ciertas condiciones y tener ciertos tributos que le permitan cumplir mejor su función como presupuesto técnico del seguro.

Debe ser adecuada, que refleje un valor probabilístico de cada riesgo lo más cercano a la realidad, además de un margen razonable de compensación.

Descomposición

La prima es concebida como el precio del seguro, es la síntesis de dos elementos esenciales:

Prima Pura: Es la concreción en el precio específico de cada seguro, tomando en cuenta su naturaleza, riesgo, interés asegurable y su siniestralidad tanto actual como histórica.

La prima pura es el principal componente del precio del seguro en ella esta estipulado el valor del riesgo y de ella depende la ganancia o perdida.

El Gravamen Adicional: Complemento indispensable de la prima pura, destinado a integrar el precio del seguro.

2.4.1.7 Obligaciones del Asegurador y del Asegurado

Obligaciones del Asegurador

En cuanto a la obligación principal de la aseguradora es preservar su capacidad económica para hacer frente a su deber de pagar la indemnización, es decir asumir el riesgo.

También existen otras obligaciones como:

- Obligación de entregar la póliza de seguro y documentos anexos.
- Obligación de reintegrar la prima no devengada.
- Obligación de brindar servicio de asesoramiento.
- Obligación de dar servicio al cliente.

Obligaciones del Asegurado

La obligación principal del asegurado es el pago de la prima a tiempo, también las obligaciones que resultan del contrato de seguro como las obligaciones de información y de conducta.

Las primeras, se refieren a prestar informes acerca de circunstancias que resultan trascendentales para que el asegurador se forme un visión del estado del riesgo, el tiempo de la formación del contrato y durante la vigencia saber sobre todas las circunstancias que puedan agravar el riesgo, también debe brindar toda la información del siniestro (si ocurriera), la transmisión del objeto asegurado, la pluralidad de seguros, entre otros.

En lo concerniente a las obligaciones de conducta, consisten en los comportamientos activos u omitidos del asegurado.

Entre las principales obligaciones tenemos:

- Obligación de pagar la prima.
- Obligación de declarar el estado de riesgo.
- Obligación de garantía.
- Obligación de preservar el estado de riesgo.
- Obligación de declarar los seguros coexistentes.

2.5 LA BUENA FÉ

La buena fé es un principio general del Derecho parte indispensable del contrato de seguros, consistente en el estado mental de honradez, de convicción en cuanto a la verdad o exactitud de un asunto, hecho u opinión, título de propiedad, o la rectitud de una conducta.

Ella exige una conducta recta u honesta en relación con las partes interesadas en un acto, contrato o proceso. En ocasiones se le denomina principio de prohibida.

2.6 CARACTERÍSTICAS JURÍDICAS DEL CONTRATO DE SEGURO

2.6.1 Contrato Solemne o Consensual

El código Civil, en el Art. 14686 señala que un contrato es solemne cuando está sujeto a la observación de ciertas formalidades especiales, así, es solemne cuando está sujeto a la observancia de ciertas formalidades especiales, de manera que sin ellas no surte ningún efecto civil.

Existe discrepancia respecto de la aceptación del término “solemne”, el Diccionario Enciclopédico Universal da las dos aceptaciones, a saber: Celebrado públicamente con pompa, y acompañado de todos los requisitos necesarios.

El contrato de seguros tiene existencia jurídica sin la necesidad de que se otorgue con pompas ante determinadas autoridades, que es lo que lo definiría como solemne.

Por lo dicho considero que el contrato de seguros es consensual, ya que todos los contratos, de acuerdo su naturaleza, deben contener requisitos que aseguren su validez y ello no les caracteriza como solemne.

2.6.2 Contrato Bilateral

La bilateral está dada por la contrapartida de las obligaciones entre las partes contratantes, partes que pueden ser dos o más personas. El Art. 1482 del Código Civil señala: el contrato es unilateral cuando una de las partes se obliga para con otra, que no contrae obligación alguna; y bilateral, cuando las partes contratantes e obligan recíprocamente.

El contrato es seguro, se inscribe en este precepto legal cuando el asegurador se obliga, a cambio del pago de una prima, a indemnizar o dar una prestación a la otra, por una pérdida o daño producido por la verificación del riesgo asegurado, conocido como siniestro.

El Art. 1532 del código civil que establece: En los contratos bilaterales va envuelta la condición resolutoria de no cumplirse por uno de los contratantes lo pactado. Pero, en tal caso, podrá el otro contratante pedir, a su arbitrio, o la resolución o el cumplimiento del contrato, con indemnización de perjuros.

El Art. 1595 del código civil, conocido con aforismo “La mora purga la mora” establece: En los contratos bilaterales ninguno de los contratantes esta en mora, dejando de cumplir lo pactado, mientras el otro no cumpla por su parte, o no se allana a cumplirlo en la forma y tiempo debido.

2.6.3 Contrato Oneroso

El artículo 1483 del Código Civil establece: el contrato es gratuito o de beneficencia cuando solo tiene por objeto la utilidad de una de las partes, sufriendo la otra del gravamen; y oneroso cuando tiene por objeto la utilidad de ambos contratantes, gravándose cada uno a beneficio del otro.

El contrato de seguro reporta la utilidad a las partes contratantes, la una, el asegurado, el asegurado recibe la tranquilidad de saber que su patrimonio esta protegido, y la otra, la aseguradora, la prima o coste del seguro, que es la utilidad. El hecho de que se produzca un siniestro estará soportado por las primas del universo asegurado, lo que no se podrá mirar como perdida de la aseguradora.

Según la NIC 37 un contrato de carácter oneroso es todo aquel contrato en el cual los costos inevitables de cumplir con las obligaciones que conlleva, exceden a los beneficios económicos que se esperan recibir del mismo.

2.6.4 Contrato Conmutativo o Aleatorio

Sobre esta calificación existen criterios dispares que los analizaremos mas adelante.

El Código Civil en el Art. 2190, señala los principales contratos aleatorios, y comienza la enumeración con el Contrato de Seguro.

El Art. 1484 divide a los contratos onerosos en conmutativos y aleatorios y define que contratos onerosos conmutativos son aquellos en que las prestaciones que se deben entre las partes contractuales son equivalentes y onerosas aleatorios son los contratos en que la equivalencia consiste en una continencia incierta de ganancia o perdida.

Esta calificación, como se dijo anteriormente, ha suscitado posiciones encontradas entre los que se sostienen con aleatoriedad y los que niegan tal característica al contrato de seguro.

Analizaremos las dos posiciones:

Conmutativo: Los que sostienen esta posición se fundamentan en que en la institución del seguro moderno se basa en “La ley de los grandes números” dicho de otra manera en la Estadística y Teoría de las Probabilidades que son técnicas actuales que concluyen en la determinación del costo de seguro o prima en el que se condensa todas las variables que se han de considerar para

que el seguro sea, como es, un negocio, a razón básica de las sociedades capitales.

Aleatorio: Los defensores de esta concepción se fundamentan en:

- Que la legislación vigente la califica como tal.
- Que la relación contractual depende de la ocurrencia o no del riesgo asegurado, si se produce hay pérdida para la aseguradora y ganancia para el asegurado y si no se produce hay ganancia para la aseguradora y pérdida para el asegurado.

Vistas las dos tendencias, y en consideración a que las consecuencias se devienen de una relación contractual, como la ganancia o pérdida no pueden definir a ella en sí mismo, ya que la caracterización del acto de voluntades está dada por las situaciones concurrentes a la celebración del acto contractual y no al alea o la incertidumbre de lo que suceda o no en lo posterior.

La ganancia del asegurado se la define por la compra de la seguridad o protección de su patrimonio y no por la expectativa de cobrar o no una indemnización, que en todos los casos será inferior al valor asegurado (deducibles, impuestos, restitución de valor asegurado, etc.).

La ganancia de la aseguradora está dada por la mutualidad o concentración de primas para enfrentar la eventualidad del siniestro, la prima de muchos pagan

los siniestros de pocos y el resultado técnico de la aseguradora siempre deberá ser de ganancia y no deberá existir pérdida por la ocurrencia de un siniestro.

Par abundar, las empresas de seguros, técnicamente, deben contar con los respectivos contratos de reaseguro cuyo objetivo es transferir la totalidad o un porcentaje de los riesgos asumidos por ella, lo que, evidentemente, elimina la incertidumbre de ganancia o pérdida y lo único cierto en el negocio de seguros, es que abra rentabilidad o ganancia.

La aseguradora, en el momento de celebrar un contrato de seguros cuenta ya con los datos técnicos necesarios (probabilidades, estadística, costos, etc.), lo que le garantiza la eliminación del alea, suerte o eventualidad y, consecuentemente, una ganancia que no se ha de mirar como una correlativa pérdida del asegurado.

2.6.5 Contrato Personal

El contrato de seguro es de naturaleza personal, no en tanto que se otorga, por regla general, en consideración a determinada persona, sino que apunta a la persona del asegurado, en lugar de hacia los bienes. Un seguro de incendio no asegura al inmueble contra su destrucción por un incendio, sino que asegura el interés del asegurado, conocido como “el interés asegurable” que no es otra cosa que el vínculo jurídico entre el bien o patrimonio y la persona que ostenta la titularidad del mismo a cualquier título.

No se debe confundir lo dicho con la facultad que tiene la aseguradora de celebrar o no un contrato de seguro con determinada persona en consideración al “Riesgo Moral”, entendiéndose como tal, al conjunto de características de honorabilidad y honradez del asegurado.

2.6.6 Contrato de Adhesión

El contrato de Adhesión es aquel en el que una de las partes contractuales se adhiere a las cláusulas establecidas con anterioridad por la otra parte.

Las empresas aseguradoras establecen las condiciones del contrato de seguro y el asegurado ha de someterse a ellas, caso contrario no se celebra la contratación.

Las condiciones han de procurar regular todas las situaciones previsibles, ya que en caso de duda sobre ellas se ha de aplicar la interpretación más favorable a la parte considerada mas débil de la relación, el asegurado.

Sin perjuicio de lo señalado siempre existirá la facultad del asegurado a convenir o negociar ciertas condiciones o coberturas, exclusiones, forma de pago, etc. Sin que ello signifique que se pueda modificar las condiciones básicas que dan la naturaleza al contrato de seguro, ya que es el órgano regulador de las compañías de seguros (Superintendencia de Bancos y Seguros), el que aprueba las mismas.

2.6.7 Contrato de Buena Fe

La buena fe es un principio básico y característico de todos los contratos que obliga a las partes a actuar entre sí con la máxima honestidad, no interpretando arbitrariamente el sentido de los términos acordados.

La buena fe, en el contrato de seguros tiene trascendental importancia, en cuanto al asegurado lo obliga a describir total y claramente la naturaleza del riesgo a ser asegurado, para que el asegurador tenga la información completa que le permita aceptar o no el riesgo, y en el primer caso, determinar la prima aplicable, asimismo, el asegurado debe procurar evitar la ocurrencia del siniestro o aminorar su impacto.

El asegurador, por su parte, está obligado por la buena fe a informar sobre el real alcance de las coberturas y de las exclusiones, de manera que el asegurado sepa las condiciones de la póliza.

El Art. 1589 del Código Civil se refiere en los siguientes términos: los contratos deben ejecutarse de buena fe y por consiguiente obligan, no solo a lo que en ellos se expresa, sino a todas las cosas que emana la naturaleza de la obligación.

2.6.8 Contrato Mercantil

El carácter mercantil del contrato de seguro es indiscutible, el Código Civil en su Art. 2190 se refiere al contrato de seguro y su pertenencia al Código de

Comercio, y este comercio en su Art. 3 en la enumeración taxativa menciona al seguro como acto de comercio y por tanto sujeto a su ámbito.

2.7 LEGISLACIÓN SOBRE SEGUROS EN EL ECUADOR

La Superintendencia de Bancos y Seguros es el órgano encargado de crear la normativa aplicable en el campo de los seguros.

Los tres instrumentos normativos principales son:

- Ley General de Seguros.
- Reglamento de Aplicación de la ley General de Seguros.
- Ley que regula las empresas privadas la medicina pre pagada.

En el Ecuador cuando aparecieron las empresas de medicina pre pagada éstas eran aprobadas y controladas por la Superintendencia de Compañías pues funcionaban bajo la figura de sociedades anónimas, esto producía que funcionaran con capital menor que si el control lo hubiese efectuado la Superintendencia de Bancos y Seguros, y que las reservas obligatorias fueran inexistentes comparado a las exigidas para la demás instituciones administradoras de seguros.

A partir de 1998 se modificó esta situación, y las empresas de salud pre pagada (como Ecuasanitas) pasaron a control de la Superintendencia de Bancos y Seguros.

La Ley General de Seguros establece que para la constitución de compañías aseguradoras, se requiere un capital mínimo de \$750.000. y un mínimo de cinco socios.

Respecto a las normas de prudencia técnica y financiera, establece por ejemplo, que como margen de solvencia, las compañías aseguradoras deben guardar una relación de 1 en el patrimonio por cada 6 de prima neta de riesgo que asuman.

Así mismo, habla sobre la reserva incurrida no reportada, que se utiliza para cubrir siniestros ocurridos y no reportados o I.B.N.R (aquellos que pudieron suceder y no han sido reportados).

La Ley General de Seguros contiene menciones sobre pólizas y tarifas de compañía de reaseguros, cabe recalcar que en el Ecuador existen únicamente dos compañías Reaseguradora del Ecuador y Reaseguradora Universal, normas de vigilancia, existencia y control de las compañías aseguradoras (presentación mensual de balances), normas de auditorías externas, sobre sanciones, sobre reclamos administrativos, régimen de finanzas aplicables a las compañías de seguros, normas de cesión y fusión, sobre liquidación (forzosa ó voluntaria).

Por su parte el reglamento contiene menciones relativas al ámbito de ley, procedimientos de constitución, inversión de capitales, entrega de información a los órganos de control, etc.

La Ley de empresas privadas de Medicina pre pagada señala que estas compañías no pueden recibir subsidios del Estado (monopolio IESS).

Así mismo existen leyes complementarias:

- Código Comercio: El libro II contiene estipulaciones sobre el contrato de seguro y en el libro III existen normas de contrato de transporte marítimo.
- Código Aeronáutico: Contiene normas sobre el transporte aéreo.
- Reglamento sobre seguros contra Incendios.
- Normas para peritos y peritajes.

Gráfico 1: Mercado asegurador ecuatoriano y su legislación.

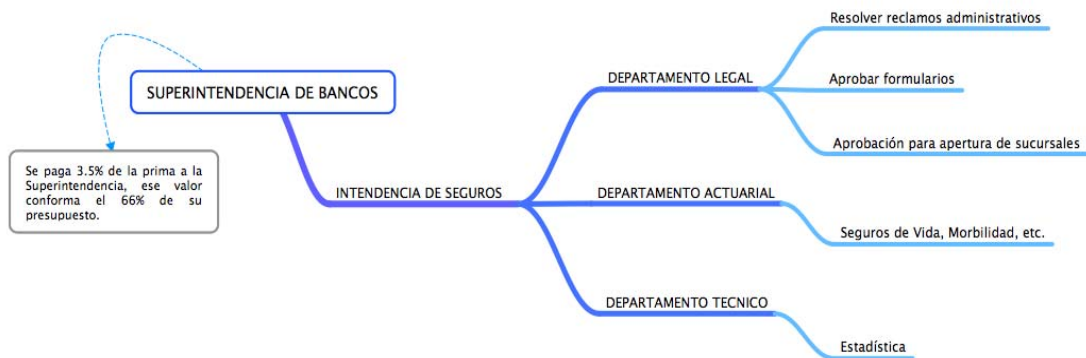
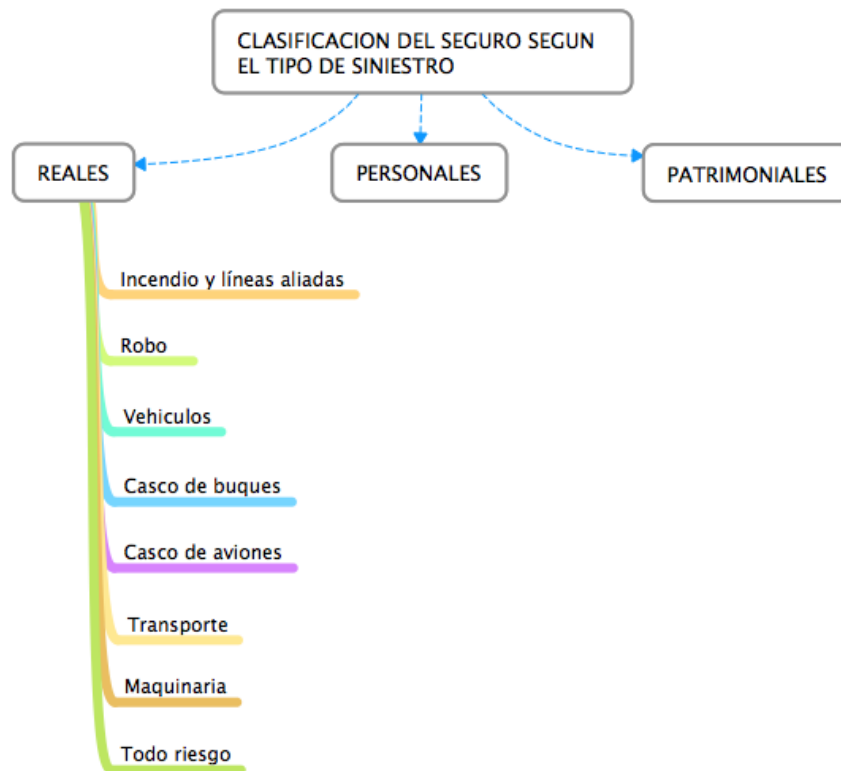


Gráfico 2: Clasificación del seguro según el tipo de siniestro.

3 EL AUTOSEGURO

3.1 POLÍTICA DE AUTOSEGURO

Para establecer una política de autoseguro y retención propia de riesgos, es importante de que la compañía tenga conocimiento de los niveles de exposición al riesgo para cada contingencia.

Existen tres factores críticos a tener en cuenta cuando consideramos una política de autoseguro:

1. Como el objeto de esta práctica debe ser la retención de la siniestralidad prevista, los niveles de retención deberían establecerse de acuerdo con los análisis de siniestralidad que se lleven a cabo. Dónde se deberá considerar la alta frecuencia y baja intensidad de los siniestros conocidos, frente a la baja frecuencia y alta intensidad de los siniestros imprevistos.

Es necesario recopilar toda la siniestralidad de la cuenta, ya que de este modo se podrá efectuar una correcta y adecuada prevención y control de la siniestralidad.

Una labor en la que el Bróker juega un papel esencial, es en la elaboración de estadísticas que nos permitan verificar: causa, naturaleza, periodicidad, secciones de la empresa afectadas, etc.

El objetivo es prevenir que los siniestros de alta frecuencia se disparen y por tanto afecte a la retención, ya que se deberán incrementar los fondos constituidos para hacer frente a la retención propia, provocando que los costos sean muy altos.

Con un control y una prevención adecuados se puede conseguir que de forma progresiva se vayan reduciendo los fondos constituidos.

2. El análisis de aquellos siniestros donde se precisan varios años para su materialización, es fundamental su revisión periódica que permita establecer reservas adecuadas.
3. Información actualizada y accesible, que permita en todo momento la posibilidad de:
 - Definir el programa de Seguros con los niveles adecuados de autoseguro.
 - Conseguir que los fondos que se constituyan para las propias retenciones y franquicias sean los apropiados.
 - Coordinar, dirigir y establecer la estrategia apropiada contra los riesgos.

En definitiva que de la labor que se lleve a cabo se consigan los máximos beneficios cuantitativos y cualitativos para la compañía.

Toda esta información también se utilizara para conseguir el costo adecuado del riesgo asegurado, ya que podremos determinar el nivel de primas que debe ser considerado, así como el establecimiento de las reservas adecuadas para lograr un autoseguro sustentable. (LAGUARDA, 1991: 112)

3.2 SERVICIOS QUE BRINDA EL BRÓKER PARA EL AUTOSEGURO

- Sistema informático para liquidación de reclamos.
- Información estadística en línea (web).
- Tarjetas de beneficios.
- Archivos magnéticos para transferencias bancarias.
- Elaboración de instructivos.
- Experiencia amplia en el manejo de autoseguro, disponibilidad de modificación al sistema y a sus planes en base a su realidad.
- Capacitación constante a usuarios y administradores.
- Auditoría médica profesional.
- Disponibilidad de un ejecutivo de cuenta.

- Comités de seguros de acuerdo a necesidades y requerimientos.
- Red médica a nivel nacional
- Convenios de servicios complementarios.

3.3 VENTAJAS DEL AUTOSEGURO

- Auto administración de beneficios.
- Información propia y en línea.
- Manejo de políticas sobre coberturas, planes y ajustes.
- Reducción de costos por gastos administrativos y utilidad de aseguradora.
- Manejo de políticas de uso y servicios.
- El modelo funciona muy bien en programas con una siniestralidad menor al 65%, sobre este índice el riesgo es muy elevado para el contratante.
- Después de analizar el comportamiento de la cuenta auto asegurada los primeros años el cliente podría subir el porcentaje de siniestralidad manteniendo un control.

3.4 DESVENTAJAS DEL AUTOSEGURO

- No hay traslado del riesgo.
- El primero y hasta el segundo año puede no generar suficiente reserva para eventos mayores, incremento o desviación del uso del seguro.
- No es deducible de impuestos para los usuarios las liquidaciones, ni las primas de seguros.
- Las liquidaciones de autoseguro no son susceptibles de coordinación de beneficios con otros seguros.
- Requieren espacio físico para archivo de reclamos.
- El contratante corre un alto riesgo de estar por encima de un valor de presupuesto cuando la siniestralidad está por sobre el 80%.

3.5 CONSIDERACIONES TÉCNICAS PARA EL MANEJO DEL AUTOSEGURO

- Durante el primero y segundo año se sugiere contratar seguro complementario de excesos mientras se generan reservas, en adelante dependerá de las condiciones generadas.

- En la reserva se contempla el valor pagado en reclamos en promedio mensual más un 11% por inflación médica anual.
- El valor de administración y asesoría contempla un valor fijo mensual para el bróker, y permanece mientras los parámetros actuales de oferta (número de asegurados y reclamos) no tengan una variación mayor al 15%.
- Se incluyen beneficios y servicios actuales de seguros tradicionales.

3.6 ESTRUCTURACIÓN DEL PROGRAMA DE SEGUROS

El cliente junto con el bróker elaboran un cuadro de coberturas y montos según el análisis de siniestralidad de años anteriores y el asesoramiento del bróker.

Para un mayor entendimiento del lector se detalla algunos términos que se manejan en los cuadros a continuación, el glosario completo se encuentra en el Anexo III.

- **Asegurado:** El asegurado es la persona que es titular del interés asegurable, o sea aquella cuyo patrimonio o persona puedan resultar afectados, directa o indirectamente, por la realización de un siniestro.
- **Asegurador:** Son Compañías Anónimas constituidas en el territorio nacional, las cuales están legalmente autorizadas para asumir riesgos, y que, por el pago de una prima se comprometen a indemnizar al asegurado en caso de siniestros de acuerdo con las condiciones acordadas en la póliza.

- **Coaseguro:** El coaseguro es un contrato de seguro suscrito por el asegurado y por varios aseguradores que asumen con entera independencia, los unos de otros, la obligación de responder separadamente de la parte del riesgo que les corresponda.
- **Cobertura:** Dentro del contrato de seguro son todos y cada uno de los riesgos que el asegurador se compromete a cubrir y los cuales se encuentran señalados en la póliza. Por ejemplo una persona asegura su casa, las coberturas que le ofrece el asegurado a través de la póliza son: contra incendio y robo, en el caso de que ocurra un siniestro el asegurado deberá indemnizarlo de acuerdo con las condiciones de la póliza hasta los montos señalados en éste.
- **Deducible:** Cantidad o porcentaje que en toda pérdida asume el asegurado.
- **Incapacidad:** En el seguro médico, se denomina así a la imposibilidad de una persona para el desarrollo de sus funciones normales.
- **Indemnización:** Es el importe que está obligado a pagar contractualmente el asegurador en caso de producirse un siniestro. El fin de la indemnización es conseguir una reposición económica en el patrimonio del asegurado afectado por un siniestro.
- **Liquidación:** Es el documento elaborado por el tramitador o liquidador de un siniestro, donde se plasman los detalles de la liquidación que da lugar a del mismo.

- **Póliza:** La póliza es el instrumento privado, que permite probar que el contrato de seguro se ha suscrito y permite así mismo que, en caso de controversia entre las partes, este instrumento sea exhibido ante los tribunales como prueba de la relación existente entre el asegurado y el asegurador.
- **Prima:** Es el importe que determina la aseguradora, como contraprestación o pago, por la protección que otorga en los términos del contrato de seguros ó póliza.
- **Siniestralidad:** Conjunto de siniestros producidos durante un periodo de tiempo determinado en una póliza o grupo de ellas. También se puede entender este concepto como la proporción entre los costos de siniestros sobre la prima retenida neta devengada.
- **Siniestro:** Es la ocurrencia del suceso o acontecimiento, comenzando las obligaciones a cargo de la compañía de seguro; las mismas que pueden ser el pago de una cantidad de dinero, una prestación de servicios, asistencia jurídica, reparación de un daño, etc.

Cuadro 1: Cuadro de coberturas.

ASISTENCIA MEDICA	PLAN ACTUAL	
	Grupo 1	Grupo 2
Máximo por incapacidad	\$ 6,500.00	\$ 10,000.00
Cuarto y Alimento Diario	\$ 70.00	\$ 90.00
Deducible por Incapacidad	\$ 15.00	\$ 50.00
Emergencia por Accidente	\$ 500.00	\$ 500.00
Sepelio titular y dependientes	\$ 1,000.00	\$ 1,000.00
Coaseguro	80%	80%
Terapia Intensiva	Como cualquier incapacidad	Como cualquier incapacidad
Prótesis no dental	Como cualquier incapacidad	Como cualquier incapacidad
Limite de Coaseguro	\$ 3,250.00	\$ 5,000.00
Ayuda Visual solo titular	\$ 50.00	\$ 50.00
Audífonos una vez al año	\$ 500.00	\$ 500.00
Ambulancia Terrestre	100%	100%
Sida	Como cualquier incapacidad	Como cualquier incapacidad
Tope Máximo de Consulta	\$ 30.00	\$ 40.00
Nivel	Tabla Hospital Metropolitano	Tabla Hospital Metropolitano
Periodo de Incapacidad	365 Días	365 Días
Período de presentación de reclamos	90 Días	90 Días
MATERNIDAD AL 70 % HASTA	Grupo 1	Grupo 2
PARTO NORMAL	\$ 2,500.00	\$ 2,500.00
ABORTO NO PROVOCADO	\$ 2,500.00	\$ 2,500.00
CESAREA	\$ 2,500.00	\$ 2,500.00
Deducible	\$ 50.00	\$ 50.00
COSTOS	Grupo 1	Grupo 2
TITULAR SOLO	\$ 23.79	\$ 28.12
TITULAR +1	N.A	N.A
TITULAR + FAMILIA	\$ 55.56	\$ 71.32

Fuente: Póliza de seguros original del cliente corporativo.

Se debe realizar un análisis completo de cuáles son los beneficios que el cliente quiere brindar a sus colaboradores, casos catastróficos, maternidades, el máximo valor que una persona ha ocupado por cada incapacidad, etc.

3.7 ANÁLISIS DE SINIESTRALIDAD

El bróker revisa la siniestralidad de la cuenta de los años anteriores.

Cuadro 2: Siniestralidad histórica.

SINIESTRALIDAD HISTORICA			
AÑO	PRIMAS PAGADAS	VALOR INDEMNIZADO	SINIESTRALIDAD
2009	\$ 1665640.35	\$ 1199678.00	72.03%
2010	\$ 1871506.00	\$ 1600387.00	85.51%
2011	\$ 2105400.00	\$ 1690609.00	80.30%
2012	\$ 2414944.00	\$ 1456560.00	60.31%

Fuente: Siniestralidad histórica del cliente corporativo.

Se realizan comités de revisión de siniestralidad con el cliente cada dos meses con el fin de ir verificando el comportamiento de la cuenta y realizar campañas de prevención.

Se realiza un análisis completo para que el departamento de Recursos Humanos de la organización y los interesados estén bien informados de todos los casos particulares.

3.7.1 Análisis de Siniestralidad por Clase de Reclamos

En el año 2012 se recibió 7503 reclamos los cuales el 53.90% son de dependientes y el 46.10% son de los titulares de la cuenta.

En promedio cada reclamo presentado de titulares es de aproximadamente \$202.55 y de dependientes \$186.93.

Cuadro 3: Análisis de siniestralidad por clase de reclamos.

ANÁLISIS DE SINIESTRALIDAD					
Ramo: Asistencia médica					
Período: 01/01/2012 - 31/12/2012					
POR CLASE DE RECLAMOS					
TIPO DE RECLAMOS	Nº. DE RECLAMOS	PORCENTAJE Nº. RECLAMOS	VALOR REEMBOLSADO	PORCENTAJE VALOR REEMBOLSADO	PROMEDIO POR RECLAMO
TITULAR	3459	46.10%	\$ 700605.36	48.10%	\$ 202.55
DEPENDIENTE	4044	53.90%	\$ 755954.64	51.90%	\$ 186.93
TOTAL	7503	100.00%	\$ 1456560.00	100.00%	

Fuente: Detalle de reclamos original del cliente corporativo.

3.7.2 Análisis de Siniestralidad por Tipo de Reclamos

Del total de los 7503 reclamos presentados el 91.6% han sido reclamos ambulatorios, lo que nos indica que no han existidos casos de hospitalizaciones graves.

Se ha reembolsado en este año \$ 1.456.560,00, el 60% corresponde a reclamos Ambulatorios, 19% corresponde a reclamos Hospitalarios, el 10% corresponde a Maternidades y el 11% corresponde al beneficio de Ayuda Visual (lentes).

Cuadro 4: Análisis de siniestralidad por tipo de reclamos.

ANÁLISIS DE SINIESTRALIDAD					
Ramo: Asistencia médica					
Período: 01/01/2012 - 31/12/2012					
TIPO DE RECLAMOS					
TIPO DE RECLAMOS	Nº. DE RECLAMOS	PORCENTAJE Nº. RECLAMOS	VALOR REEMBOLSADO	PORCENTAJE VALOR REEMBOLSADO	PROMEDIO POR RECLAMO
AMBULATORIO	6873	91.6%	\$ 873936.00	60%	\$ 127.15
HOSPITALARIO	273	3.6%	\$ 276746.40	19%	\$ 1013.72
MATERNIDAD	144	1.9%	\$ 145656.00	10%	\$ 1011.50
AYUDA VISUAL	213	2.8%	\$ 160221.60	11%	\$ 752.21
TOTAL	7503	100.0%	\$ 1456560.00	100%	

Fuente: Detalle de reclamos original del cliente corporativo.

3.7.3 Análisis de Siniestralidad por Maternidad

En el año 2012 se reportaron 70 maternidades, y se presentaron 144 reclamos.

Cabe señalar que se reembolsó a 11 personas por concepto de Maternidad, 4 de las cuales llegaron a término, y las 5 restantes se encuentran presentando los chequeos mensuales, medicinas, ecos, etc.

El resto de reclamos son maternidades que se reportaron y los primeros gastos han sido aplicados al deducible por lo tanto no han recibido reembolso.

En conclusión para el año 2013 tenemos pendiente de reembolso 66 Maternidades.

Cuadro 5: Análisis de siniestralidad por maternidad.

ANÁLISIS DE SINIESTRALIDAD			
Ramo: Asistencia Médica			
Período: 01/01/2012 - 31/12/2012			
MATERNIDAD			
TITULAR	DEPENDIENTE	VALOR REEMBOLSADO	NÚMERO DE RECLAMOS
GORDON ALEXIS	QUISHPE YOLANDA	\$ 22.00	2
SANCHEZ FRANCISCO	PAZ FERNANDA	\$ 28.00	10
VILLACRECES MARIA	TLR	\$ 40.00	1
ESPINOZA JAVIER	CHAVEZ ALICIA	\$ 77.00	3
SANTOS VERONICA	TLR	\$ 175.00	1
MIRANDA LUIS	ROJAS DULCE MARIA	\$ 280.00	1
SOSA ALEXIS	IZQUIERDO MARIA JOSE	\$ 376.00	4
LASSO GABRIELA	TLR	\$ 1077.00	2
PORTUGAL MARIANNELLA	TLR	\$ 1204.00	2
CARRION DANILO	TORRES MARIA	\$ 2500.00	4
VASCONEZ MIGUEL	VERGARA CRISTINA	\$ 2500.00	1
TOTAL 70 MATERNIDADES		\$ 8279.00	144

Fuente: Detalle de reclamos original del cliente corporativo.

3.7.4 Análisis de Siniestralidad de Diagnósticos más Comunes

Se realiza el análisis de los diagnósticos más comunes durante el año. Tomando en cuenta los diagnósticos con mayor frecuencia podemos observar que no tenemos enfermedades graves.

Cuadro 6: Análisis de siniestralidad de diagnósticos más comunes.

ANALISIS DE SINIESTRALIDAD		
Ramo: Asistencia médica		
Período: 01/01/2012 - 31/12/2012		
DIAGNÓSTICOS MÁS COMUNES		
DIAGNÓSTICO	No. DE RECLAMOS	VALOR REEMBOLSADO
RINOFARINGITIS	252	\$ 789.00
AYUDA VISUAL	213	\$ 9925.00
GASTRITIS	135	\$ 176.00
HIPERTENSION ARTERIAL	124	\$ 264.00
RINITIS	122	\$ 447.00
RINOSINUSITIS	110	\$ 755.00
ACNE	104	\$ 644.00
HIPOTIROIDISMO	102	\$ 994.00
DISLIPIDEMIA	93	\$ 4.00
FARINGITIS	88	\$ 316.00
VAGINITIS	85	\$ 293.00
GASTROENTERITIS	78	\$ 136.00
FARINGITIS AGUDA	72	\$ 34.00
RINOFARINGITIS AGUDA	70	\$ 8.00
CESAREA	70	\$ 7657.00

Fuente: Detalle de reclamos original del cliente corporativo.

3.7.5 Análisis de Siniestralidad por Diagnósticos de Mayor Valor Reembolsado

Se realiza el análisis de los primeros 15 diagnósticos por mayor valor reembolsado y cuantos reclamos se presentó por cada uno de las incapacidades.

Cuadro 7: Análisis de siniestralidad por diagnóstico de mayor valor reembolsado.

ANALISIS DE SINIESTRALIDAD		
Ramo: Asistencia médica		
Período: 01/01/2012 - 31/12/2012		
DIAGNOSTICO POR MAYOR VALOR REEMBOLSADO		
DIAGNÓSTICO	VALOR REEMBOLSADO	No. DE RECLAMOS
GLUCOGENOSIS	\$ 10.000,00	1
AYUDA VISUAL	\$ 9.925,00	213
CESAREA	\$ 7.657,00	70
HERNIA DISCAL	\$ 2.368,00	17
CANCER DE MAMA	\$ 1.789,00	4
EXTRACCION TERCEROS MOLARES	\$ 1.640,00	11
TRAUMA NASAL	\$ 1.600,00	5
FIMOSIS	\$ 1.472,00	7
PARALISIS FACIAL	\$ 1.172,00	16
SINDROME CERVICAL	\$ 1.120,00	21
HIDROCEFALIA	\$ 1.032,00	20
LUMBOCIATALGIA	\$ 1.020,00	20
HIPOTIROIDISMO	\$ 994,00	102
DESVIO SEPTAL	\$ 936,00	2
TUMOR EN BRAZO DERECHO	\$ 869,00	15

Fuente: Detalle de reclamos original del cliente corporativo.

3.7.6 Análisis de Siniestralidad de Proveedores por Frecuencia

Se verifica cuales son los proveedores que los afiliados asisten con mayor frecuencia. Con esta dato podemos darnos cuenta si se hace un buen uso de la red de proveedores en convenio o se requiere reforzar la misma.

Cuadro 8: Análisis de siniestralidad de proveedores por frecuencia.

ANALISIS DE SINIESTRALIDAD		
Ramo: Asistencia médica		
Período: 01/01/2012 - 31/12/2012		
PROVEEDORES POR FRECUENCIA		
PROVEEDOR	No. DE RECLAMOS	VALOR REEMBOLSADO
MEDICOS PARTICULARES	3561	\$ 60.252,00
VERIS	2752	\$ 744,00
ABF	693	\$ 140,00
USFQ	241	\$ 4.373,00
HOSPITAL METROPOLITANO	36	\$ 2.500,00
CLINICA PASTEUR	31	\$ 920,00
CLINICA ARAUJO	24	\$ 0,00
CLINICA DE LA MUJER	19	\$ 341,00
TECNISEGUROS - C. KENNEDY A.	15	\$ 0,00
HOSPITAL DE LOS VALLES S.A. HODEVALLES	15	\$ 2.500,00

Fuente: Detalle de reclamos original del cliente corporativo.

3.7.7 Análisis de Siniestralidad de Proveedores por mayor valor reembolsado

Al realizar el análisis de los proveedores por mayor valor pagado se puede verificar que los afiliados asisten a sus médicos particulares de preferencia.

Cuadro 9: Análisis de siniestralidad de proveedores por mayor valor reembolsado.

ANALISIS DE SINIESTRALIDAD		
Ramo: Asistencia médica		
Período: 01/01/2012 - 31/12/2012		
PROVEEDOR UTILIZADO POR MAYOR VALOR PAGADO		
PROVEEDOR	VALOR REEMBOLSADO	No. DE RECLAMOS
MEDICOS PARTICULARES	\$ 60252,00	3561
JUNTA DE BENEFICIENCIA	\$ 10000,00	6
USFQ	\$ 4373,00	241
HOSPITAL METROPOLITANO	\$ 2500,00	36
HOSPITAL DE LOS VALLES S.A. HODEVALLES	\$ 2500,00	15
HOSPITAL CLINICA SAN FRANCISCO	\$ 1600,00	5
CLINICA MODERNA	\$ 1077,00	6
CLINICA PASTEUR	\$ 920,00	31
LATINOMEDICAL S.A.	\$ 744,00	2752
CLINICA OFTALMICA	\$ 632,00	1

Fuente: Detalle de reclamos original del cliente corporativo.

3.1.1. Ranking de Titulares por mayor valor reembolsado

Se realiza el análisis del Ranking de titulares por mayor valor reembolsado, donde consta titular, dependiente, diagnóstico y valor reembolsado.

Se debe tomar en cuenta que esta información es privada y de uso exclusivo de la compañía, se adjunta un ejemplo de la forma como se presenta la información al cliente.

Cuadro 10: Ranking de titulares por mayor valor reembolsado.

ANÁLISIS DE SINISTRALIDAD					
Ramo: Asistencia médica Período: 01/01/2012 - 31/12/2012					
RANKING DE TITULARES POR MAYOR VALOR REEMBOLSADO					
TITULAR	DEPENDIENTE	DIAGNOSTICO	VALOR REEMBOLSADO	No. DE RECLAMOS	
MONTENEGRO ALEJANDRO	MONTENEGRO EMILA	GLICOGENOSIS	\$ 10000.00	1	
		ABSESO CUTANEO	\$ 230.00	1	
	TLR	CONJUNTIVITIS	\$ 100.00	1	
		DOLOR ABDOMINAL	\$ 158.00	2	
		Total MONTENEGRO ALEJANDRO		\$ 10488.00	6
CARRION BYRON	CARRION RAFAEL	INTOLERANCIA A LA LACTOSA	\$ 48.00	2	
		RUPTURA DE TENDON DE AQUILES DER	\$ 1250.00	1	
	TORRES FERNANDA	CERVICITIS	\$ 25.00	1	
		CESAREA	\$ 2500.00	1	
		ENFERMEDAD ACIDO PEPTICA	\$ 68.00	1	
		LIGADURA	\$ 250.00	1	
		PARTO NORMAL	\$ 2500.00	1	
		Total CARRION BYRON		\$ 6641.00	12

Fuente: Detalle de reclamos original del cliente corporativo.

3.7.8 Porcentaje de uso del Seguro Médico

El análisis final es para analizar qué porcentaje de afiliados hacen uso del seguro médico.

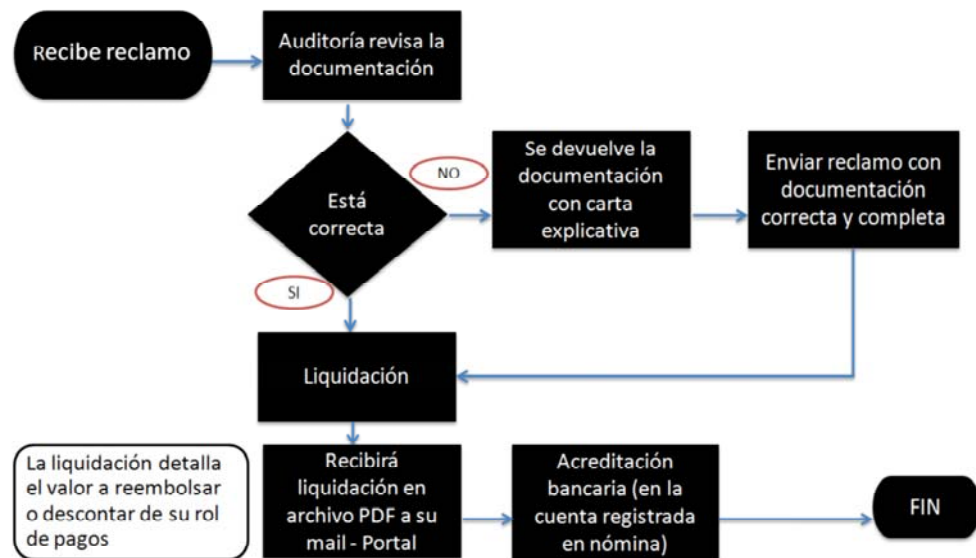
Cuadro 11: Porcentaje de uso del seguro médico.

ANALISIS DE SINIESTRALIDAD	
Ramo: Asistencia médica	
Período: 01/01/2012 - 31/12/2012	
USO DEL SEGURO MEDICO	
	TITULARES
Total de Titulares	1800
Total Titulares que hacen uso Seguro Médico	1175
Porcentaje	65.28%

Fuente: Detalle de reclamos original del cliente corporativo.

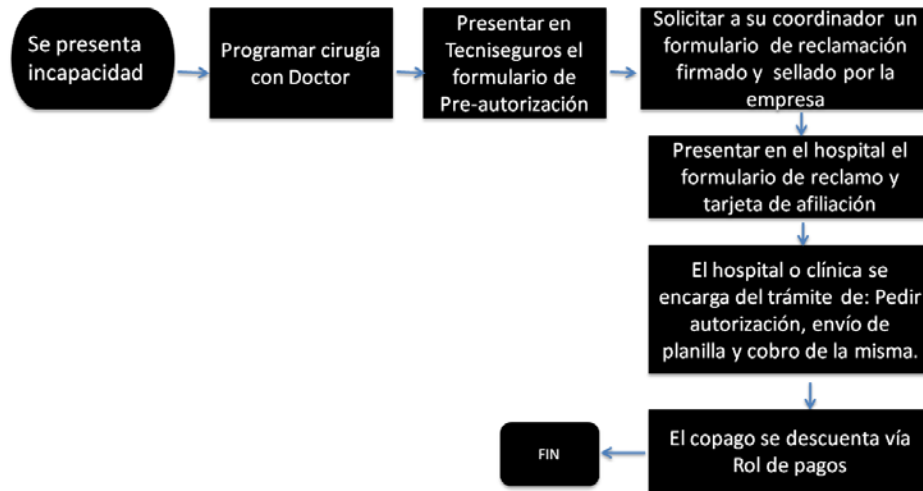
3.8 PROCESO DE PRESENTACIÓN DE UN RECLAMO

Gráfico 3: Proceso de presentación de un reclamo.



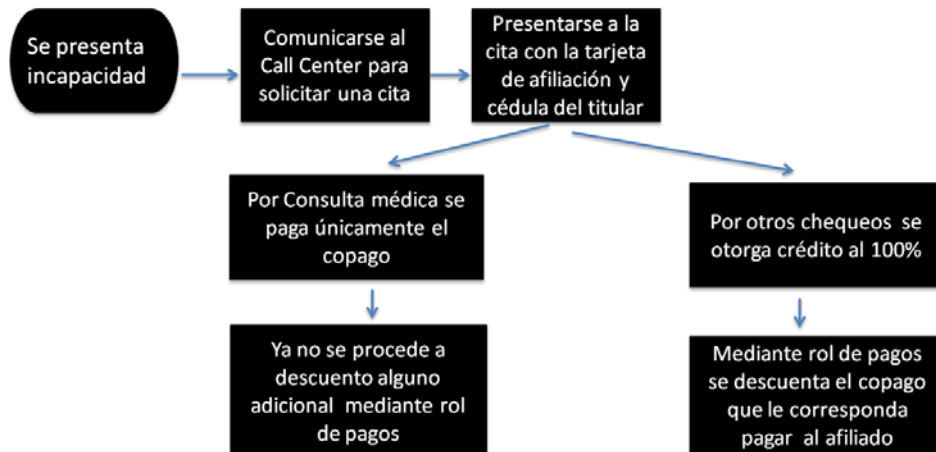
Fuente: Procesos de un asesor de seguros.

3.9 PROCESO PARA OBTENER CRÉDITO HOSPITALARIO

Gráfico 4: Proceso para obtener un crédito hospitalario.

Fuente: Procesos de un asesor de seguros.

3.10 PROCESO PARA OBTENER CRÉDITO AMBULATORIO

Gráfico 5: Proceso para obtener un crédito ambulatorio.

Fuente: Procesos de un asesor de seguros.

4 PROCESOS Y COSTOS

4.1 MANUAL DE PROCESOS

El presente manual de procesos tiene como propósito contar con una guía clara y específica que garantice la óptima operación y desarrollo de las diferentes actividades.

El mismo fue elaborado en el mes de Junio del 2013 por mi persona debido a que en años anteriores únicamente se trabajaba con un solo cliente corporativo por lo que el proceso se ajustaba a las necesidades del cliente, al ganar nuevas cuentas se creó la necesidad de elaborar el manual que se detalla a continuación.

1. Renovación de Pólizas:**Inicio:** 3 meses antes de la finalización de vigencia de la póliza**Finalización:** Al vencimiento**Personal que lo realiza:** Ejecutiva de cuenta**Lugar donde se lo realiza:** Tecniseguros**Por qué lo realiza:** Renovar póliza**Cuadro 12: Renovación de pólizas.**

	PROCEDIMIENTO	N. 1
	PROCESO: Renovación de pólizas	Fecha: 20/06/2013
Unidad: 6		Área: Vida y Asistencia Médica
Descripción de actividades: Se lo realiza cada año (año póliza)		
Frecuencia: 1 vez al año		
N. ACTIV.	RESPONSABLE	ACTIVIDADES
1	Ejecutivo de Cuenta / Gerente de Unidad.	Reunirse con el cliente, para tratar condiciones de renovación.
2	Ejecutivo de Cuenta	Se envía orden de emisión a las aseguradoras.
3	Aseguradoras	Se emite la póliza.
4	Ejecutivo de Cuenta	Se envía póliza al cliente.
5	Cliente	El cliente firma la póliza.
6	Ejecutivo de Cuenta	Se devuelve pólizas firmadas por el cliente a la aseguradora.

Fuente: Procesos de un asesor de seguros.

2. Facturación

Inicio: El 07 de cada mes

Finalización: el 22 de cada mes

Personal que lo realiza: Ejecutivo de cuenta

Lugar donde se lo realiza: Tecniseguros

Por qué lo realiza: Recuperación de Cartera

Cuadro 13: Facturación.

	PROCEDIMIENTO	N. 2
	PROCESO: FACTURACIÓN	Fecha: 20/06/2013
Unidad: 6		Área: Vida y Asistencia Médica
Descripción de actividades: Se factura en el sistema		
Frecuencia: 1 vez al mes		
N. ACTIV.	RESPONSABLE	ACTIVIDADES
1	Cliente	Envío de base de los afiliados.
2	Ejecutivo de Cuenta	Recepción de base de los afiliados.
3	Ejecutiva de Cuenta	Subida de base al sistema.
4	Ejecutiva de Cuenta	Generación de archivos para facturación.
5	Ejecutiva de Cuenta	Envío de archivos a proveedores para la facturación.
6	Ejecutiva de Cuenta	Recepción de facturas y revisión de las mismas.
7	Ejecutiva Operativa	Facturación mensual VAM (Vida y Asistencia Médica).
8	Ejecutiva de Cuenta	Facturación Otros Ingresos.
9	Ejecutiva de Cuenta	Entrega de facturas al cliente.
10	Cliente	Firma de Facturas.
11	Ejecutiva de Cuenta	Envío de Facturas firmadas por el cliente, a la aseguradora.

Fuente: Procesos de un asesor de seguros.

3. Recuperación de Cartera

Inicio: El 20 de cada mes

Finalización: el último día de cada mes

Personal que lo realiza: Ejecutivo de cuenta

Lugar donde se lo realiza: Tecniseguros y/u oficina del cliente

Por qué lo realiza: Recuperación de Cartera

Cuadro 14: Recuperación de cartera.

	PROCEDIMIENTO	N. 3
	PROCESO: RECUPERACIÓN DE CARTERA	Fecha: 20/06/2013
Unidad: 6		Área: Vida y Asistencia Médica
Descripción de actividades: Darse de baja en el departamento de Cobranzas		
Frecuencia: 1 vez al mes		
N. ACTIV.	RESPONSABLE	ACTIVIDADES
1	Ejecutiva de Cuenta	Contacto telefónico o personal con el cliente.
2	Cliente y/o aseguradora	Confirmación de pago.
3	Ejecutiva de cuenta	Verificación del pago.
4	Ejecutiva de cuenta	Dar de baja la cartera de facturación pendiente.

Fuente: Procesos de un asesor de seguros.

4. Visita al Cliente

Inicio: El lunes de cada semana

Finalización: El viernes de cada semana

Personal que lo realiza: Ejecutivo de cuenta

Lugar donde se lo realiza: Oficina del cliente

Por qué lo realiza: Asesoramiento y gestión con el cliente

Cuadro 15: Visita al cliente.

	PROCEDIMIENTO	N. 4
	PROCESO: VISITA AL CLIENTE	Fecha: 20/06/2013
Unidad: 6		Área: Vida y Asistencia Médica
Descripción de actividades: Se realizan en las oficinas del cliente		
Frecuencia: 3 veces por semana		
N. ACTIV.	RESPONSABLE	ACTIVIDADES
1	Ejecutiva de cuenta	Movilización al punto de servicio.
2	Ejecutiva de cuenta	Retirar los reclamos existentes del buzón Tecniseguros.
3	Ejecutiva de cuenta	Entregar valija dirigida a los afiliados, en el departamento de mensajería interna.
4	Ejecutiva de cuenta	Revisar novedades con la persona de contacto.
5	Ejecutiva de cuenta	Asesorar a los afiliados que acudan al punto de servicio.
6	Ejecutiva de cuenta	Pre liquidación de reclamos.
7	Ejecutiva de cuenta	Retorno a oficinas de Tecniseguros.

Fuente: Procesos de un asesor de seguros.

5. Créditos Ambulatorios y Hospitalarios

Inicio: Permanente

Finalización: Permanente

Personal que lo realiza: Ejecutiva de Cuenta y Ejecutiva Operativa

Lugar donde se lo realiza: Tecniseguros

Por qué lo realiza: Liquidación y pago a proveedores

Cuadro 16: Créditos ambulatorios y hospitalarios.

	PROCEDIMIENTO	N. 5
	PROCESO: CRÉDITOS AMBULATORIOS Y HOSPITALARIOS	Fecha: 20/06/2013
Unidad: 6	Área: Vida y Asistencia Médica	
Descripción de actividades: Se otorga los Créditos Hospitalarios vía telefónica		
Frecuencia: Permanente		
N. ACTIV.	RESPONSABLE	ACTIVIDADES
1	Ejecutiva de Cuenta	Recibir reclamos hospitalarios vía valija, de parte de las clínicas en convenio.
2	Ejecutiva de Cuenta	Entrega de reclamos Hospitalarios al Auditor médico (proceso en AUTORIA MÉDICA).
3	Ejecutiva Operativa	Recibir reclamos ambulatorios vía valija, de parte de los centros en convenio (proceso en LIQUIDACIÓN)

Fuente: Procesos de un asesor de seguros.

6. Auditoría Médica

Inicio: El lunes de cada semana

Finalización: El viernes de cada semana

Personal que lo realiza: Médico Auditor

Lugar donde se lo realiza: Departamento de Auditoría Médica

Por qué lo realiza: Para establecer la relación y justificación de acuerdo al protocolo médico y documentación presentada

Cuadro 17: Auditoria médica.

	PROCEDIMIENTO	N. 6
	PROCESO: AUDITORIA MÉDICA	Fecha: 20/06/2013
Unidad: 6		Área: Auditoria Médica
Descripción de actividades: El Médico Auditor pertenece a la Federación Médica Ecuatoriana		
Frecuencia: 3 veces por semana		
N. ACTIV.	RESPONSABLE	ACTIVIDADES
1	Ejecutiva de Cuenta	Entregar al Auditor médico los reclamos recibidos durante la visita, reembolsos recibidos desde Tecniseguros Guayaquil, y los recibidos por valija (Créditos Hospitalarios), debidamente contados.
2	Ejecutiva de Cuenta	Registrar número de reclamos entregados.
3	Auditor Médico	Auditar reclamos.
4	Ejecutiva Operativa	Recepción de reclamos auditados.
5	Ejecutiva Operativa	Registrar número de reclamos recibidos.

Fuente: Procesos de un asesor de seguros.

7. Liquidación

Inicio: Viernes de cada semana

Finalización: Jueves de cada semana

Personal que lo realiza: Ejecutiva Operativa

Lugar donde se lo realiza: Tecniseguros

Por qué lo realiza: Reembolso de los reclamos recibidos según las condiciones de la póliza

Cuadro 18: Liquidación.

	PROCEDIMIENTO	N. 7
	PROCESO: LIQUIDACIÓN	Fecha: 20/06/2013
Unidad: 6		Área: Vida y Asistencia Médica
Descripción de actividades: En el sistema de Autoseguro		
Frecuencia: Todos los días		
N. ACTIV.	RESPONSABLE	ACTIVIDADES
1	Ejecutiva Operativa	Liquidación de reclamos por reembolsos, mediante la aplicación de pre liquidaciones, la cual se encuentra dentro del Autoseguro.
2	Ejecutiva Operativa	Liquidación de reclamos de créditos ambulatorios y hospitalarios, a través de la aplicación de Liquidación de Siniestros, dentro del Autoseguro.
3	Ejecutiva Operativa	Imprimir liquidaciones.
4	Ejecutiva Operativa	Adjuntar liquidaciones impresas a los reclamos.
5	Ejecutiva Operativa	Realizar cartas por devolución o negativa de reclamos a través de la aplicación de pre liquidaciones, la cual se encuentra dentro el Autoseguro.
6	Ejecutiva Operativa	Revisión frecuente de la pendera de Pre liquidaciones.

Fuente: Procesos de un asesor de seguros.

8. Transferencias

Inicio: Jueves de cada semana

Finalización: Jueves de cada semana

Personal que lo realiza: Ejecutiva Operativa

Lugar donde se lo realiza: Tecniseguros

Por qué lo realiza: Reembolsos a afiliados, a Clínicas/ Hospitales en convenio y a centros ambulatorios afiliados que otorgan créditos hospitalarios y ambulatorios.

Cuadro 19: Transferencias.

	PROCEDIMIENTO	N. 8
	PROCESO: TRANSFERENCIAS	Fecha: 20/06/2013
Unidad: 6		Área: Vida y Asistencia Médica
Descripción de actividades: Se envía el archivo todos los días Jueves hasta las 17:00 pm		
Frecuencia: Cada Jueves		
N. ACTIV.	RESPONSABLE	ACTIVIDADES
1	Ejecutiva Operativa	Revisar liquidación impresa vs los respaldos físicos (valores, nombres, diagnósticos, tipo de reclamo, beneficiario).
2	Ejecutiva Operativa	Revisar cada uno de los reclamos vs los reclamos registrados en la opción de transferencias en el autoseguro.
3	Ejecutiva Operativa	Hacer clic en el botón “transferir”
4	Ejecutiva Operativa	Hacer clic en el botón “enviar mail a los afiliados”
5	Sistema	Se envía un mail interno a la ejecutiva comercial con cuatro archivos, dos de afiliados y dos de clínicas y hospitales uno Excel y otro plano.
6	Ejecutiva Comercial	Revisión de cuadro
7	Ejecutiva Comercial	Enviar mail al cliente con los cuatro archivos.

Fuente: Procesos de un asesor de seguros.

4.2 COSTOS

4.2.1 Costo de Personal

Cálculo de Horas Disponibles

Se realiza este cálculo para la ejecutiva Comercial y ejecutiva Operativa que han sido contratadas para el manejo de la cuenta.

Con un total de horas disponibles de 1.697 por ejecutiva anualmente, es decir que el 81,59% de su tiempo se dedica netamente a realizar gestiones del cliente.

Cuadro 20: Horas disponibles ejecutiva comercial / operativa.

Horas Disponibles			
CONCEPTO	CALCULO	HORAS	%DE UTILIZACION
Total de Horas teoricas en un año	52 semanas * 40 h	2080	
Feridos pagos	22 días * 8 h	176	
Vacaciones pagas	15 días * 8 h	120	
Sub Total		1784	85,77%
Permisos	2 días *8 h	16	
Capacitaciones	4 días * 8 h	32	
Reuniones Intenas	1.5 h * 26 semanas	39	
Horas Disponibles		1697	81,59%

Fuente: Decreto presidencial, calendario de feriados nacionales Ecuador - 2013.

Al ser un cliente corporativo de gran volumen influyen otros departamentos como lo son el departamento de archivo y el departamento de sistemas, Gerencia del área de Vida y Asistencia médica y Gerencia Regional.

Con un total de horas dedicadas al cliente de 4.642 anualmente entre todas las áreas involucradas.

Cuadro 21: Total de horas disponibles de todo el personal involucrado en el proceso.

Horas Disponibles Total		
CARGO	CALCULO	HORAS
Gerente Regional	52 semanas * 1 h	52
Gerente	52 semanas * 3 h	156
Sub Gerente	52 semanas * 2 h	104
Ejecutiva Comercial	Horas Disponibles	1697
Ejecutiva Liquidadora	Horas Disponibles	1697
Auditor Médico	52 semanas * 8 h	416
Archivador	52 semanas * 10h	520
Tecnólogo	52 semanas *5 horas	260
Total de Horas Disponibles		4642

1.5 horas diarias Aprox

Fuente: Información Tecniseguros S.A.

En el año 2013 el costo real en sueldos es de \$31.320 anualmente entre todas las áreas involucradas.

Cuadro 22: Costos reales de todo el personal involucrado en el proceso.

CARGO	%	SUELDOS 2011	SUELDOS 2012	SUELDOS 2013
Gerente Regional	2,50%	\$ 7.500,00	\$ 7.800,00	\$ 8.000,00
Gerente Asistencia Médica	7,50%	\$ 4.500,00	\$ 4.800,00	\$ 5.000,00
Sub Gerente Asistencia Médica	5,00%	\$ 2.000,00	\$ 2.300,00	\$ 2.500,00
Ejecutiva Comercial	81,59%	\$ 700,00	\$ 750,00	\$ 800,00
Ejecutiva Liquidadora	81,59%	\$ 600,00	\$ 650,00	\$ 700,00
Auditor Médico	20,00%	\$ 700,00	\$ 750,00	\$ 800,00
Archivador	25,00%	\$ 600,00	\$ 650,00	\$ 7.000,00
Tecnólogo	12,50%	\$ 500,00	\$ 550,00	\$ 600,00

Fuente: Información Tecniseguros S.A.

4.2.2 Costos Totales

El costo total anual del año 2013 es de \$64.300 entre sueldos, depreciaciones, servicios, papelería, mantenimiento tecnológico, mini instructivos con información de la póliza de seguro que se entrega a cada uno de los empleados, viáticos de los viajes que realiza la ejecutiva para dar charlas de capacitación, aporte en las ferias de la Salud como una estrategia comercial de fidelización al

cliente, dependiendo la época y el tema se regalan recuerdos con el logo de Tecniseguros, charlas, premios, etc.

Cuadro 23: Costos totales.

Costos				
CONCEPTO		2011	2012	2013
Sueldos	Proporcional Gerente Regional	\$ 2.250,00	\$ 2.340,00	\$ 2.400,00
	Proporcional Gerente	\$ 4.050,00	\$ 4.320,00	\$ 4.500,00
	Proporcional Sub Gerente %	\$ 1.200,00	\$ 1.380,00	\$ 1.500,00
	Ejecutiva Comercial	\$ 8.400,00	\$ 9.000,00	\$ 9.600,00
	Ejecutiva Liquidadora	\$ 7.200,00	\$ 7.800,00	\$ 8.400,00
	Auditor Médico	\$ 8.400,00	\$ 9.000,00	\$ 9.600,00
	Proporcional Archivador	\$ 1.800,00	\$ 1.950,00	\$ 21.000,00
	Proporcional Tecnólogo	\$ 750,00	\$ 825,00	\$ 900,00
Espacio Físico	Depreciación Muebles y Enseres	\$ 40,00	\$ 40,00	\$ 40,00
Papelería	Suministros	\$ 80,00	\$ 90,00	\$ 100,00
Servicios	Telefono, Internet movil	\$ 50,00	\$ 55,00	\$ 60,00
Infomacion para asegurados	Instructivos	\$ 1.000,00	\$ 1.300,00	\$ 1.500,00
Viajes de Charlas	Viáticos	\$ 1.000,00	\$ 1.200,00	\$ 1.200,00
Área de Tecnología	Mantenimiento Tecnológico	\$ 1.500,00	\$ 1.800,00	\$ 2.000,00
Valor Agregado al Cliente	Ferías de Salud	\$ 0,00	\$ 1.000,00	\$ 1.500,00
COSTOS ANUALES		\$ 37.720,00	\$ 42.100,00	\$ 64.300,00
COSTOS MENSUALES		\$ 3.143,33	\$ 3.508,33	\$ 5.358,33

Fuente: Información Tecniseguros S.A.

4.3 CONDICIONES DEL AUTOSEGURO

El programa de seguros costaría anualmente \$1.200.000 en el caso puntual del cliente corporativo en estudio, es decir que en una contratación tradicional estaría pagando primas de \$100.000 a una aseguradora mensualmente.

En el caso de Autoseguro se deberá cobrar un mínimo de primas \$500.000 a los afiliados de la organización, se realizará el descuento vía rol de pagos de un porcentaje del costo para la organización, tomando en cuenta que para que una empresa pueda optar por un autoseguro debe contar con un mínimo de 1.000 empleados.

Para que sea sostenible la siniestralidad debe mantenerse entre 60% y 70%.

Para que la administración del Autoseguro sea rentable el asesor de seguro debe tener otros ingresos además del Fee administrativo como lo son:

- Venta del servicio de ambulancia terrestre.
- Venta del servicio de médico a domicilio.
- Venta paquete seguro viajero.
- Venta seguro plan dental.
- Venta de Plan Exequial.

En el Autoseguro el cliente debe tener reservas para pagar los reclamos, las reservas se calcula el valor indemnizado promedio mensual más el 11% que es la inflación en Salud para el año 2013.

Cuadro 24: Siniestralidad año 2012.

SINIESTRALIDAD AÑO 2012			
MES	PRIMAS PAGADAS	VALOR INDEMNIZADO	SINIESTRALIDAD
ENERO	\$ 201.108,00	\$ 97.989,00	48,72%
FEBRERO	\$ 205.303,00	\$ 125.160,00	60,96%
MARZO	\$ 210.150,00	\$ 117.290,00	55,81%
ABRIL	\$ 210.928,00	\$ 110.090,00	52,19%
MAYO	\$ 211.118,00	\$ 98.768,00	46,78%
JUNIO	\$ 210.913,00	\$ 129.789,00	61,54%
JULIO	\$ 211.366,00	\$ 139.710,00	66,10%
AGOSTO	\$ 211.953,00	\$ 130.156,00	61,41%
SEPTIEMBRE	\$ 212.104,00	\$ 157.890,00	74,44%
OCTUBRE	\$ 212.139,00	\$ 99.156,00	46,74%
NOVIEMBRE	\$ 211.912,00	\$ 105.432,00	49,75%
DICIEMBRE	\$ 105.950,00	\$ 145.130,00	136,98%
TOTAL	\$ 2.414.944,00	\$ 1.456.560,00	60,31%

Fuente: Siniestralidad histórica del cliente corporativo.

Cuadro 25: Reserva anual.

Reservas	
Valor Indemnizado Anual	\$ 1.456.560,00
Valor Indemnizado Promedio Mensual	\$ 121.380,00
Inflación Médica	11,00%
Reserva Mensual	\$ 134.731,80
Reserva Anual	\$ 1.616.781,60

Fuente: Inflación médica año 2012.

4.4 ELEMENTOS BÁSICOS PARA LOGRAR UN AUTOSEGURO

Cuadro 26: Elementos básicos para lograr un autoseguro.

AUTOSEGURO	
Programa de Seguros	\$ 1.200.000,00
Mínimo Primas	\$ 500.000,00
Siniestralidad Entre	60% y 70%
Mínimo Empleados	1.000
Fee administrativo	\$ 70.000,00
Porcentaje de Fee	5,83%
Otros Ingresos	\$ 50.000,00
Porcentaje Otros Ingresos	4,17%
Total Ingresos	\$ 120.000,00
Porcentaje Ingreso Total	10,00%

Fuente: Mercado asegurador.

El asesor de seguros vende servicios al cliente corporativo para obtener otros ingresos como son el servicio de ambulancia terrestre, médico a domicilio, servicio de ABF (compra de medicinas), seguros de viajes, seguro de gastos médicos mayores, que el asesor de seguros puede conseguir a un mejor precio y factura al cliente corporativo obteniendo una utilidad.

El porcentaje de comisión que gana el asesor de seguros administrando un programa de autoseguro es del 10% a comparación del 15% que paga actualmente una Aseguradora al asesor de seguros por la venta del programa.

Cuadro 27: Condiciones de un seguro tradicional.

SEGURO TRADICIONAL	
Programa de Seguros	\$ 1.200.000,00
Siniestralidad Entre	60% y 70%
Comisión	\$ 180.000,00
Porcentaje de Comisión	15,00%

Fuente: Mercado asegurador.

Generando un ahorro para el cliente corporativo de \$168.677,76 anualmente.

Cuadro 28: Ahorro del autoseguro.

Ahorro	
FEE Administrativo Asesor de Seguros	\$ 5.833,00
Reserva Mensual	\$ 134.731,80
Costo Mensual	\$ 140.564,80
Costo Anual	\$ 1.686.777,60
Valor Aproximado con Aseguradora	\$ 1.855.455,36
Ahorro	\$ 168.677,76

Fuente: Mercado asegurador.

5 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- En conclusión el autoseguro es una manera más económica para el cliente corporativo, donde el riesgo es alto, por lo que es indispensable el asesoramiento técnico de un asesor con experiencia en el área.
- El valor de administración y asesoría contempla un valor fijo mensual para el asesor de seguros y permanece mientras los parámetros actuales de oferta (número de asegurados y reclamos) no tengan una variación mayor al 15%, caso contrario se realiza un análisis para modificar el fee administrativo del corredor.
- El autoseguro funciona en una empresa de mínimo 1.000 empleados, por lo tanto no aplica para pequeñas y medianas empresas.
- Al ser el cliente el que asume el riesgo y los gastos administrativos incluyendo el fee del corredor, puede realizar un análisis y a lo largo de los años podría tener una siniestralidad más alta que el 70%, esto se debe a que en reservas cuentan con un valor considerable para enfrentar un siniestro fuerte.

- Para que sea rentable para el asesor de seguros, se debe complementar la póliza con la venta de servicios adicionales, de esta manera se cobra una comisión al proveedor y se obtiene otros ingresos.
- El manual de procesos realizado es una base fundamental para la óptima operación y desarrollo de las diferentes actividades, el mismo fue considerado e incluido en el bróker de seguros.
- Se manejaron costos reales con la finalidad de aportar a la organización un análisis completo para futuras tomas de decisiones.

5.2 RECOMENDACIONES

- Durante el primero y segundo año se sugiere al cliente corporativo contratar un seguro complementario de excesos mientras se generan reservas, esta sugerencia es indispensable para evitar un desfinanciamiento en el caso de un siniestro fuerte, como lo es una enfermedad terminal o la muerte de un miembro asegurado.
- Se recomienda realizar una reserva en la que se contempla el valor pagado en reclamos en promedio mensual, más un 11% por inflación médica anual para el pago de reclamos y generar ahorros para riesgos futuros. El valor de esta reserva debe ser constante de manera mensual.

- No tomar en cuenta los casos catastróficos dentro del análisis de siniestralidad para otorgar las coberturas y montos asegurados, debido a que la probabilidad de que vuelva a suceder el mismo caso o un caso similar es baja.
- Se recomienda dar charlas informativas a los afiliados al momento de la renovación para que estén en conocimiento de las coberturas actuales de su póliza de seguros. Con esto se motiva al buen uso del seguro medico y una mejor percepción del servicio brindado.
- Se sugiere a los titulares que al momento de llenar el formulario del seguro de vida, no se coloque a menores de edad como beneficiarios del monto asegurado, debido a que la indemnización será recibida por el tutor legal de los mismos.

BIBLIOGRAFÍA

- ARELLANO, Antonio. (1976). *Doctrina y Legislación sobre Seguros Mercantiles*. Editorial Jurídica de Chile, Quinta Edición, actualizada, Santiago de Chile.
- BERRIZBEITA, Pedro. (1929). *Institución del Seguro*. Editorial Sur-América. Caracas, Venezuela.
- CHARTERED INSURANCE INSTITUTE. *Seguros de Personas*. Colección Temas de Seguros, Editorial MAPFRE, S.A. Madrid, España.
- DIARIO EL COMERCIO. (2013). [<http://www.elcomercio.ec/negocios/Aseguradoras-quiembra-liquidacion-recomendaciones-finanzas-personales.html>]. Cómo proceder si quiebra su aseguradora.
- EKOS NEGOCIOS. (2013). *Especial Seguros Ecuador 2013*. Ekos. Edición 100.
- HALPERIN, Isaac. (1989). *Lecciones de Seguros*. Sexta reimpresión. Ediciones Depalma. Buenos Aires, Argentina.
- LAGUARDA, Ma. Carmen. *La Función del Broker en la calidad y gerencia de riesgos*. Marsh & McLennan. España.
- LASHERAS, Antonio. (1960). *Concepto del seguro en revista Seguros, Banca y Bolsa*.
- MANES, Alfredo. (1930). *Teoría General del Seguro*, Editorial Logos.
- MARMOL, Hugo. (1990). *Fundamentos del Seguro Terrestre*. Universidad Católica Andrés Bello, Manuales de Derecho, 3ra. Edición revisada y actualizada. Caracas, Venezuela.
- MESSINEO, Francesco. (1979). *Manual de Derecho Civil y Comercial*. Ediciones Jurídicas Europa-América, Tomo VI, Buenos Aires, Argentina.
- MOWBRAY, Albert. (1955). *Insurance, Its Theory and Practice in Unites States*. McGraw-Hill.
- MURATTI, Natalio. (1955). *Elementos Económicos Técnicos y Jurídicos del Seguro*. 2da. Edición. Editorial Florida. Buenos Aires, Argentina.
- OSSA, Efrén. (1988). *Teoría general del seguro*. Bogotá, Colombia.

TINOCO G., Alejandro. *Anotaciones de Derecho Mercantil*. Ediciones Libra. Caracas, Venezuela.

ZULETA, Bernardo. (1981). *El Contrato de Seguro*. Editorial Temis. Bogotá, Colombia.

ANEXOS

ANEXO 1

Calendario de Feriados Nacionales Ecuador - 2013






CALENDARIO DE FERIADOS NACIONALES ECUADOR - 2013

FECHA CÍVICA / RELIGIOSA	DÍA DE DESCANSO DECRETADO	FERIADO PREVISTO
Año Nuevo (01 de Enero)	Lunes 31 de diciembre y martes 01 de enero (Según Decreto Ejecutivo N° 1162 de 03 de mayo de 2012)	ENERO Domingo 30 de diciembre Lunes 31 de diciembre Martes 01 de enero
Carnaval *	Lunes 11 y martes 12 de febrero (Según Decreto Ejecutivo N° 1162 de 03 de mayo de 2012)	FEBRERO Sábado 09 Domingo 10 Lunes 11 Martes 12
Viernes Santo	Viernes 29 de marzo	MARZO Viernes 29 Sábado 30 Domingo 31
Día del Trabajo (01 de mayo)	Miércoles 01 de mayo	MAYO Miércoles 01
Batalla de Pichincha (24 de Mayo)	Viernes 24 de mayo	MAYO Viernes 24 Sábado 25 Domingo 26
Primer Grito de Independencia (10 de Agosto)	Sábado 10 de Agosto	AGOSTO Sábado 10 Domingo 11
Independencia de Guayaquil (09 de Octubre)	Viernes 11 de Octubre (Según Decreto Ejecutivo No. 1162 de 03 de mayo de 2012)	OCTUBRE Viernes 11 Sábado 12 Domingo 13
Día de Difuntos e Independencia de Cuenca (02 y 03 de Noviembre)	Sábado 02 y domingo 03 de noviembre	NOVIEMBRE Sábado 02 Domingo 03
Navidad (25 de Diciembre)	Miércoles 25 de diciembre	DIEMBRE Miércoles 25


* Según Decreto Ejecutivo No. 1162 de 03 de mayo de 2012, los dos días de Carnaval se recuperarán sin recargo alguno los dos sábados subsiguientes a la suspensión.


ANEXO 2


Ranking de Aseguradoras publicado en la revista Ekos, edición 100.

Ranking Sectorial (en USD MILES)						
SECTOR VEHÍCULOS 	RK	ENTIDAD	PRIMA NETA EMITIDA	INGRESO DEVENGADO	SINIESTROS PAGADOS	COSTO DE SINIESTRO
	1	EQUINOCCIAL	52 515	22 229	30 629	14 044
	2	QBE COLONIAL	47 057	35 111	34 589	24 728
	3	SEGUROS UNIDOS	31 314	7 340	25 043	6 423
	4	ASEGURADORA DEL SUR	28 690	10 704	19 208	6 915
	5	ACE SEGUROS	27 172	20 614	23 184	14 473
	6	BOLIVAR	20 255	1 217	13 569	1 123
	7	LATINA SEGUROS	19 201	9 679	12 700	2 725
	8	AIG METROPOLITANA	15 404	14 406	9 911	5 846
	9	PANAMERICANA DEL ECUADOR	15 252	6 568	11 722	4 626
	10	ECUATORIANO SUIZA	12 450	2 232	7 190	1 097
SECTOR VIDA EN GRUPO 	RK	ENTIDAD	PRIMA NETA EMITIDA	INGRESO DEVENGADO	SINIESTROS PAGADOS	COSTO DE SINIESTRO
	1	SEGUROS DE PICHINCHA	56 684	42 110	14 604	11 058
	2	EQUVIDA	28 476	25 039	12 194	10 957
	3	ACE SEGUROS	23 282	15 168	6 184	4 248
	4	SUCRE	19 186	17 344	16 614	18 588
	5	PANAMERICANA DEL ECUADOR	12 265	6 531	8 142	4 212
	6	COOPSEGUROS	9 908	8 602	7 652	6 536
	7	ECUATORIANO SUIZA	7 502	2 213	1 354	744
	8	GENERALI	6 799	2 125	4 410	1 436
	9	PORVENIR	6 675	5 814	1 073	947
	10	AIG METROPOLITANA	6 635	5 457	2 850	2 115
SECTOR INCENDIO Y LÍNEAS ALIADAS 	RK	ENTIDAD	PRIMA NETA EMITIDA	INGRESO DEVENGADO	SINIESTROS PAGADOS	COSTO DE SINIESTRO
	1	ROCAFUERTE	18 931	797	96	1
	2	ACE SEGUROS	15 330	1 240	3 022	674
	3	QBE COLONIAL	15 172	6 975	2 500	2 083
	4	EQUINOCCIAL	15 072	867	1 911	843
	5	MAPFRE ATLAS	14 177	10	440	114
	6	AIG METROPOLITANA	13 554	3 137	890	460
	7	SUCRE	7 317	128	335	17
	8	ECUATORIANO SUIZA	6 618	615	1 305	318
	9	GENERALI	5 376	458	417	65
	10	SEGUROS DE PICHINCHA	4 903	2 118	1 051	1116

Ranking Sectorial (en USD MILES)

 SECTOR ACCIDENTES PERSONALES	RK	ENTIDAD	PRIMA NETA EMITIDA	INGRESO DEVENGADO	SINIESTROS PAGADOS	COSTO DE SINIESTRO
	1	ACE SEGUROS	49 975	7 093	9 223	1 567
	2	QBE COLONIAL	22 881	4 131	3 672	1 716
	3	EQUVIDA	10 867	9 592	3 539	3 523
	4	AIG METROPOLITANA	10 332	7 136	2505	2 051
	5	SEGUROS DE PICHINCHA	8 221	6 703	3 772	2 003
	6	CERVANTES	1 957	1 470	599	352
	7	EQUINOCCIAL	1 742	1 463	398	391
	8	MAPFRE ATLAS	1 404	352	307	133
	9	ECUATORIANO SUIZA	1 098	627	162	91
10	ASEGURADORA DEL SUR	783	314	432	215	

 SECTOR TRANSPORTE	RK	ENTIDAD	PRIMA NETA EMITIDA	INGRESO DEVENGADO	SINIESTROS PAGADOS	COSTO DE SINIESTRO
	1	ACE SEGUROS	11 022	1 720	6 445	2 092
	2	EQUINOCCIAL	10 322	5 538	6 429	2 377
	3	QBE COLONIAL	7 220	5 489	5 658	2 818
	4	MAPFRE ATLAS	5 983	5 512	1 978	1 636
	5	ECUATORIANO SUIZA	4 091	429	1 207	119
	6	PANAMERICANA DEL ECUADOR	3 773	2 003	992	495
	7	SEGUROS UNIDOS	3 390	193	1 793	-139
	8	SUCRE	2 577	40	406	11
	9	GENERALI	2 470	1 993	745	405
10	HISPANA	2 001	1 152	191	17	

 SECTOR BUEN USO DE ANTICIPO	RK	ENTIDAD	PRIMA NETA EMITIDA	INGRESO DEVENGADO	SINIESTROS PAGADOS	COSTO DE SINIESTRO
	1	CONFIANZA	16 779	1 628	1 214	96
	2	EQUINOCCIAL	10 185	1 161	2 383	244
	3	ORIENTE	9 635	1 338	4 848	488
	4	ASEGURADORA DEL SUR	7 805	3 342	1 513	-793
	5	TOPSEG	6 507	2 708	2 925	795
	6	QBE COLONIAL	3 799	3 625	1 236	193
	7	COLON	3 074	252	606	99
	8	LATINA SEGUROS	2 993	1 166	558	259
	9	INTEROCEANICA	1 234	405	2 574	924
10	PORVENIR	1 169	656	491	514	

ANEXO 3**Glosario de Términos de la Superintendencia de Bancos y Seguros.****A**

Aleatorio: El evento se considera aleatorio cuando su ocurrencia no es predecible en el futuro, es incierto. El Seguro en general es un contrato basado en este fenómeno porque el pago de los beneficios está en función de que ocurra o no un posible siniestro.

Asegurado: El asegurado es la persona que es titular del interés asegurable, o sea aquella cuyo patrimonio o persona puedan resultar afectados, directa o indirectamente, por la realización de un siniestro.

Asegurador: Son Compañías Anónimas constituidas en el territorio nacional, las cuales están legalmente autorizadas para asumir riesgos, y que, por el pago de una prima se comprometen a indemnizar al asegurado en caso de siniestros de acuerdo con las condiciones acordadas en la póliza.

Asesor de seguros: Persona dedicada fundamentalmente a la producción de seguros y al mantenimiento y administración de la cartera conseguida, realizando las gestiones comerciales y administrativas necesarias para obtener dicho objetivo. La Ley General de Seguros regula el control de la mediación en los contratos de seguros, estableciendo la separación de los mediadores de seguros en dos categorías nítidamente diferenciadas

Las agencias asesoras productoras de seguros: Personas jurídicas con organización propia, cuya única actividad es la de gestionar y obtener contratos de seguros, para una o varias empresas de seguros o de medicina pre pagada autorizada a operar en el país. Las empresas de seguros serán solidariamente responsables por los actos ordenados o ejecutados por los agentes de seguros y las agencias asesoras productoras de seguros, dentro de las facultades contenidas en los respectivos contratos.

B

Beneficiario: El beneficiario es quien percibe la indemnización en caso de siniestro.

El asegurado puede ser distinto del beneficiario si por ejemplo, cuando se trata de un seguro de vida en que se cubre la vida del asegurado, el beneficiario es la persona designada expresamente por el asegurado.

En el caso de seguro de un vehículo que se encuentre prendado por una obligación financiera, el beneficiario será el acreedor de este préstamo y no el asegurado quien es el que paga la prima del seguro.

Bienes asegurables: Definición usada en seguros marítimos; y por extensión en todo el seguro de transporte, para designar al objeto asegurado, ya sea, mercancía o cualquier otro bien, que esté expuesto a los riesgos de transporte.

C

Caducidad de la Póliza: Situación que se produce en un contrato de seguro cuando, por la existencia de determinadas circunstancias previstas, dejan de surtir efecto las garantías en él contenidas.

Capital asegurado: Capital asegurado equivale a decir límite máximo de responsabilidad de la aseguradora en caso de indemnización.

Cláusula: Son las condiciones que establecen la aseguradora y el asegurado y que se reflejan en el contrato de seguro, denominado también póliza. Existen también las condiciones especiales o particulares, que modifican o aclaran las condiciones generales.

Coaseguro: El coaseguro es un contrato de seguro suscrito por el asegurado y por varios aseguradores que asumen con entera independencia, los unos de otros, la obligación de responder separadamente de la parte del riesgo que les corresponda.

Cobertura: Dentro del contrato de seguro son todos y cada uno de los riesgos que el asegurador se compromete a cubrir y los cuales se encuentran señalados en la póliza. Por ejemplo una persona asegura su casa, las coberturas que le ofrece el asegurado a través de la póliza son: contra incendio y robo, en el caso de que ocurra un siniestro el asegurado deberá indemnizarlo de acuerdo con las condiciones de la póliza hasta los montos señalados en éste.

Contratante: Persona que suscribe un contrato, asumiendo los derechos y obligaciones en él establecidas.

Contrato: Negocio jurídico bilateral por el que dos personas o más personas físicas o jurídicas se obligan mutuamente a dar, hacer o no hacer algo, surgiendo entre ellas una relación obligatoria.

Corredor de Seguros: Es una persona jurídica que realiza la actividad mercantil de mediación en seguros privados sin mantener vínculos que supongan afección con entidades aseguradoras o pérdida de independencia respecto a éstas, ofreciendo asesoramiento profesional imparcial.

Ofrece asesoramiento profesional e imparcial a quienes requieran aseguramiento de sus personas, patrimonios, intereses o responsabilidades. Está debidamente autorizado por la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones y cumple determinados requisitos administrativos.

Corretaje: Retribución que percibe un corredor por el ejercicio de sus funciones de mediación. Sinónimo de comisión.

D

Daño: Es la pérdida personal o material producida a consecuencia directa de un siniestro.

De Buena Fé: La buena fé, referida al contrato de seguro, significa atribuir a sus cláusulas, no solo lo que está explícito, sino también lo que está implícito en ellas, atribuir a sus

cláusulas el sentido lógico que fluye de su espíritu, más que de su letra; es decir, considerar el objeto, fin social de la institución.

Deducible: Cantidad o porcentaje que en toda pérdida asume el asegurado.

Depreciación: Es la disminución o pérdida de valor del bien que sufre a consecuencia del transcurso del tiempo.

Derecho de emisión: Importe, habitualmente relacionados con el monto de la prima que cobra el asegurador para los gastos de emisión del contrato de seguros "póliza".

Dividendo: Parte del beneficio económico que corresponde al titular de cada acción de una compañía anónima de seguros.

E

Empresas de seguros: De acuerdo con la Ley General de Seguros Art. 3 en Ecuador son compañías anónimas constituidas en el territorio nacional y las sucursales de empresas extranjeras, establecidas en el país cuyo objeto exclusivo es el negocio de asumir directa o indirectamente o aceptar y ceder riesgos en base a primas.

Empresas de Seguro Generales: Son aquellas que aseguran los riesgos causados por afecciones, pérdidas o daños de la salud, de los bienes o del patrimonio y los riesgos de fianzas o garantías.

Empresas de seguros de vida: Son aquellas que cubren los riesgos de las personas o que garanticen a éstas, dentro o al término de un plazo, un capital o una renta periódica para el asegurado y sus beneficiarios. Las empresas de seguros de vida, tendrán objeto exclusivo y deberán constituirse con capital, administración y contabilidad propias.

Las empresas de seguros son: de seguros generales, de seguros de vida y las que actualmente operan en conjunto en las dos actividades.

Exclusión: Son aquellas situaciones que se pactan al momento de la suscripción de la póliza que no serán indemnizadas por diversas razones. Se excluyen de la póliza todas aquellos actos que no estén dentro del concepto de eventualidad.

Por ejemplo en algún seguro de vida, no se cubrirá una muerte que sea por estado etílico o por suicidio, o en un seguro de gastos médicos puede no cubrirse alguna enfermedad preexistente.

F

Finiquito: Documento que una vez firmado por asegurado/perjudicado, acredita el cobro de la indemnización y, libera a la aseguradora de sus obligaciones.

Fronting: Sistema de aseguramiento por el que la entidad aseguradora que contrata una póliza transfiere el riesgo íntegramente, o en su mayor parte a otras aseguradoras o reaseguradora.

G

Garantía: Compromiso aceptado por el Asegurador en virtud del cual se hace cargo, hasta el límite estipulado, de las consecuencias económicas derivadas de un siniestro. Es también sinónimo de Seguro o de capital asegurado.

I

Incapacidad: En el seguro médico, se denomina así a la imposibilidad de una persona para el desarrollo de sus funciones normales.

Indemnización: Es el importe que está obligado a pagar contractualmente el asegurador en caso de producirse un siniestro.

El fin de la indemnización es conseguir una reposición económica en el patrimonio del asegurado afectado por un siniestro.

La indemnización no puede ser superior al capital asegurado, ni tampoco puede exceder del precio del objeto dañado.

Indemnizar: Pagos que deben realizar las aseguradoras a los asegurados a consecuencia de pérdidas o daños a sus bienes o a sus personas amparados en el contrato de seguros.

Infraseguro: Situación que se produce cuando el valor que el Asegurado o Tomador atribuye al objeto garantizado en la póliza es inferior al que realmente tiene. Ante una situación de este tipo, la Entidad Aseguradora tiene derecho a aplicar la Regla Proporcional.

Interés asegurable: Vínculo que existe entre el asegurado y el objeto asegurado, una persona tiene un interés asegurable cuando se beneficia de la conservación de un objeto y se perjudica si este sufre daño o pérdida.

Este principio nos guía a asegurar solamente aquellos bienes que nos pertenecen o aquellos sobre los que tenemos responsabilidad.

Para que exista un contrato de seguro debe estar presente el interés asegurable, en ausencia de este, no puede existir un contrato válido.

Intermediario de seguros: Es el agente de seguros que normalmente realiza las labores de promoción de los productos de las aseguradoras entre sus clientes. Asume también la responsabilidad de asesorarlos en la contratación de las coberturas, ponerlo al tanto de las alternativas del mercado, aclararle las limitaciones, exclusiones y costos del seguro, realizar los trámites para la contratación de la póliza y en muchos de los casos asesorarlo para la obtención de las indemnizaciones en caso

L

Liquidación: Documento elaborado por el liquidador de un siniestro, donde se plasman los detalles de la liquidación que da lugar a la indemnización del mismo.

Es el documento elaborado por el tramitador o liquidador de un siniestro, donde se plasman los detalles de la liquidación que da lugar a del mismo.

Límite Máximo de Responsabilidad de la Aseguradora: A este punto se denomina valor asegurado y es el límite que en caso de pérdida o daño, el asegurador debe pagar al asegurado.

P

Perito: Persona encargada de calcular los daños materiales ocasionados en alguna propiedad del asegurado.

Póliza: La póliza es el instrumento privado, que permite probar que el contrato de seguro se ha suscrito y permite así mismo que, en caso de controversia entre las partes, este instrumento sea exhibido ante los tribunales como prueba de la relación existente entre el asegurado y el asegurador.

Prima: Es el importe que determina la aseguradora, como contraprestación o pago, por la protección que otorga en los términos del contrato de seguros ó póliza.

Prima Neta Comercial: Es el costo neto de una póliza.

Prima Devengada: Parte de la prima que corresponde al periodo de la póliza que ha transcurrido.

Prima Devuelta: Valor que se reintegra al asegurado por cancelación, anulación, reducción de los riesgos.

Prima Neta: Primas emitidas por la aseguradora en la que no están incluidos los impuestos.

Prima Bruta: Prima emitida por la aseguradora incluido los impuestos.

Prima Pagada: Valor de la prima cobrada, de la prima neta.

R

Reaseguro: El Reaseguro es una operación mediante la cual el asegurador cede al Reasegurador la totalidad o una parte de los riesgos asumidos directamente por él.

Es necesario indicar que el contrato de reaseguro es independiente del contrato de seguro suscrito entre el asegurado y el asegurador, pues este contrato de reaseguro no modifica las obligaciones asumidas por el asegurador, ni da al asegurado acción directa sobre el reasegurador.

Reasegurador: Se trata de empresas que cubren ya no a un Asegurado directo, sino a la cartera o ramo determinado de una Aseguradora, dando lugar a lo que se llama la atomización del riesgo.

Renovación: Es el proceso que se efectúa entre el asegurado, la aseguradora y el agente de seguros, con el objeto de elaborar una nueva póliza por un periodo determinado. La renovación puede modificar, aumentar o disminuir las cláusulas o la suma asegurada de una póliza vencida.

Riesgo: Es un evento que en caso de producirse obliga al asegurador a pagar la indemnización convenida.

Riesgo Asegurable: Riesgo susceptible de ser cubierto por una póliza de seguros por cumplir los requisitos esenciales: ser incierto, posible concreto, lícito, fortuito, cuantificable y económico

Riesgo cubierto: Riesgos que está asegurado mediante el pago de una prima a una entidad aseguradora, que asume la probabilidad de que se produzca el siniestro y que, en su caso, correspondería con el pago de una indemnización en los términos establecidos en la póliza del seguro.

S

Siniestralidad: Conjunto de siniestros producidos durante un periodo de tiempo determinado en una póliza o grupo de ellas.

También se puede entender este concepto como la proporción entre los costos de siniestros sobre la prima retenida neta devengada.

Siniestro: Es la ocurrencia del suceso o acontecimiento, comenzando las obligaciones a cargo de la compañía de seguro; las mismas que pueden ser el pago de una cantidad de dinero, una prestación de servicios, asistencia jurídica, reparación de un daño, etc.

Declaración de siniestro: Obligación del asegurado frente al asegurador en el plazo previsto en la póliza para notificar la ocurrencia del siniestro.

Sobresseguro: Situación que se origina cuando el valor que el asegurado o contratante atribuye al objeto garantizado en una póliza es superior al que realmente tiene.

Subrogación: Son los derechos que correspondan al asegurado contra un tercero, en razón del siniestro, se transfieren a la aseguradora hasta el monto de la indemnización que abone. El asegurado es el responsable de todo acto que perjudique este derecho a la aseguradora.

Supraseguro: Acción y efecto de sobrevaloración por parte del asegurado de los bienes objeto del contrato de seguro. En tal situación, el siniestro se liquida con arreglo al valor de los bienes en el momento anterior a su ocurrencia.

T

Tablas de mortalidad/supervivencia: Son el elemento fundamental en los seguros de vida para el cálculo de los diferentes tipos de tarifa. Indican las probabilidades teóricas de mortalidad y supervivencia que se dan en las personas según su edad respectiva, permitiendo conocer por tanto la duración media de su vida.

Tasa (De prima): Es el porcentaje que se aplicará sobre la suma asegurada para obtener el precio del seguro.

V

Valor Real o Actual: Valor efectivo o valor que tiene el bien, teniendo en cuenta las depreciaciones sufridas por concepto de uso, antigüedad, estado y obsolescencia.

Valor Asegurable: Valor por el que se suscribe el seguro de un bien después de que éste ha sido evaluado objetivamente.

ANEXO 4**LEY DE SEGUROS****CAPITULO I****DISPOSICIONES GENERALES****SECCIÓN 1****DEFINICIONES Y ELEMENTOS DEL CONTRATO DE SEGURO**

Art. 1.- El seguro es un contrato mediante el cual una de las partes, el asegurador, se obliga, a cambio del pago de una prima, a indemnizar a la otra parte, dentro de los límites convenidos, de una pérdida o un daño producido por un acontecimiento incierto; o a pagar un capital o una renta, si ocurre la eventualidad prevista en el contrato.

Art. 2.- Son elementos esenciales del contrato de seguro:

1. El asegurador;
2. El solicitante;
3. El interés asegurable;
4. El riesgo asegurable;
5. El monto asegurado o el límite de responsabilidad del asegurador, según el caso;
6. La prima o precio del seguro; y,
7. La obligación del asegurador, de efectuar el pago del seguro en todo o en parte, según la extensión del siniestro.

A falta de uno o más de estos elementos el contrato de seguro es absolutamente nulo.

Art. 3.- Para los efectos de esta Ley, se considera asegurador a la persona jurídica legalmente autorizada para operar en el Ecuador, que asume los riesgos especificados en el contrato de seguro; solicitante a la persona natural o jurídica que contrata el seguro, sea por cuenta propia o por la de un tercero determinado o determinable que traslada los riesgos al asegurador; asegurado es la interesada en la traslación de los riesgos; y, beneficiario, es la que ha de percibir, en caso de siniestro, el producto del seguro.

Una sola persona puede reunir las calidades de solicitante, asegurado y beneficiario.

Art. 4.- Denominase riesgo el suceso incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del solicitante, asegurado o beneficiario, ni de la del asegurador y cuyo acaecimiento hace exigible la obligación del asegurador. Los hechos ciertos, salvo la muerte, y los físicamente imposibles no constituyen riesgo y son, por tanto extraños al contrato de seguro.

Art. 5.- Se denomina siniestro la ocurrencia del riesgo asegurado.

SECCIÓN 11 DE LA PÓLIZA

Art. 6.- El contrato de seguro se perfecciona y prueba por medio de documento privado que se extenderá por duplicado y en el que se harán constar los elementos esenciales. Dicho documento se llama Póliza; ésta debe redactarse en castellano y ser firmada por los contratantes.

Las modificaciones del contrato o póliza, lo mismo que su renovación debe también ser suscritas por los contratantes.

Art. 7.- Toda póliza debe contener los siguientes datos:

- a) El nombre y domicilio del asegurador; b) Los nombres y domicilios del solicitante, asegurado y beneficiario; c) La calidad en que actúa el solicitante del seguro;
- d) La identificación precisa de la persona o cosa con respecto a la cual se contrata el seguro;
- e) La vigencia del contrato, con indicación de las fechas y horas de iniciación y vencimiento, o el modelo de determinar unas y otras;
- f) El monto asegurado o el modo de precisarlo;

- g) La prima o el modo de calcularla;
- h) La naturaleza de los riesgos tomados a su cargo por el asegurador;
- i) La fecha en que se celebra el contrato y la firma de los contratantes;
- j) Las demás cláusulas que deben figurar en la póliza de acuerdo con las disposiciones legales.

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

Art. 8.- La póliza sólo puede ser nominativa o a la orden. La cesión de la póliza nominativa en ningún caso produce efecto sin previa aceptación del asegurador. Este puede hacer valer frente al cesionario o endosatario en su caso, o ante quien pretenda aprovecharse de sus beneficios las excepciones que tuviere contra el solicitante, contra el asegurado o contra el beneficiario.

Art. 9.- Ni la póliza de seguro, ni los demás documentos que la modifican o adicionan, prestan mérito ejecutivo contra el asegurador, sino en los siguientes casos:

1. En los seguros de vida totales, una vez cumplido el respectivo plazo; y,
2. En los seguros de vida en general, respecto de los valores de rescate.

SECCIÓN 111

DEL OBJETO DEL SEGURO

Art. 10.- Con las restricciones legales, el asegurador puede asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos la cosa asegurada o el patrimonio o la persona del asegurado, pero deben precisarse en tal forma que no quede duda respecto a los riesgos cubiertos y a los excluidos.

Art. 11.- El dolo, la culpa grave y los actos meramente potestativos del asegurado son inasegurables. Toda estipulación en contrario es absolutamente nula. Igualmente, es nula

la estipulación que tenga por objeto garantizar al asegurado contra las sanciones de carácter penal o policial.

SECCIÓN IV

DE LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LAS PARTES

Art. 12.- Si el solicitante celebra un contrato de seguro a nombre ajeno sin tener poder o facultad legal para ello, el interesado puede ratificar el contrato aún después de la verificación del siniestro.

El solicitante deberá cumplir todas las obligaciones derivadas del contrato hasta el momento que se produzca la ratificación o la impugnación por parte del tercero.

Art. 13.- Si el seguro se estipula por cuenta ajena, el solicitante tiene que cumplir con las obligaciones emanadas del contrato, salvo aquellas que por su naturaleza no pueden ser cumplidas sino por el asegurado.

Los derechos derivados del contrato corresponden al asegurado y aunque el solicitante tenga la póliza en su poder, no puede hacer valer esos derechos sin expreso consentimiento del mismo asegurado.

Para efectos de reembolso de las primas pagadas al asegurador y de los gastos del contrato, el solicitante tiene privilegio sobre las sumas que el asegurador deba pagar al asegurado.

Art. 14.- El solicitante del seguro está obligado a declarar objetivamente el estado de riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador.

La reticencia o la falsedad acerca de aquellas circunstancias que, conocidas por el asegurador, lo hubieren hecho desistir de la celebración del contrato, o inducirlo a estipular condiciones más gravosas, vician de nulidad relativa el contrato de seguro, con la salvedad prevista para el seguro de vida en el caso de inexactitud en la declaración de la edad del asegurado.

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, los vicios enumerados en el inciso anterior producen el mismo efecto, siempre que el solicitante encubra culpablemente circunstancias que agraven objetivamente la peligrosidad del riesgo.

La nulidad de que trata este artículo se entiende saneada por el conocimiento, de parte del asegurador, de las circunstancias encubiertas, antes de perfeccionarse el contrato, o después, si las acepta expresamente.

Art. 15.- Rescindido el contrato por los vicios a que se refiere la disposición anterior, el asegurador tiene derecho a retener la prima por el tiempo transcurrido de acuerdo a la tarifa de corto plazo.

Art. 16.- El asegurado o el solicitante, según el caso, están obligados a mantener el estado del riesgo. En tal virtud debe notificar al asegurador, dentro de los términos previstos en el inciso segundo de este artículo, todas aquellas circunstancias no previsibles que sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato y que impliquen agravación del riesgo o modificación de su identidad local, conforme el criterio establecido en el Art. 14.

El asegurado o el solicitante, según el caso, debe hacer la notificación a que se alude en el precedente inciso con antelación no menor de diez días a la fecha de la modificación del riesgo, si ésta depende de su propio arbitrio. Si le es extraña, dentro de los tres días siguientes a aquel en que tenga conocimiento de ella. En ambos casos, el asegurador tiene derecho a dar por terminado el contrato o a exigir el ajuste en la prima.

La falta de notificación produce la terminación del contrato, pero el asegurador tendrá derecho a retener, por concepto de pena, la prima devengada.

No es aplicable la sanción de que trata el inciso anterior si el asegurador conoce oportunamente la modificación del riesgo y consiente en ella expresamente, por escrito.

La sanción tampoco es aplicable a los seguros de vida.

Art. 17.- El solicitante del seguro está obligado al pago de la prima en el momento de la suscripción del contrato. En el seguro celebrado por cuenta de terceros, el solicitante debe pagar la prima, pero el asegurador podrá exigir su pago al asegurado, o al beneficiario, en caso de incumplimiento de aquél.

El pago que se haga mediante la entrega de un cheque, no se reputa válido sino cuando ésta se ha hecho efectivo, pero sus efectos se retrotraen al momento de la entrega.

El primer inciso de este artículo no es aplicable a los seguros de vida.

Art. 18.- El pago de la prima debe hacerse en el domicilio del asegurador o en el de sus representantes o agentes debidamente autorizados para recibirla.

Art. 19.- El contrato de seguro, excepto el de vida puede, ser resuelto unilateralmente por los contratantes. Por el asegurador, mediante notificación escrita al asegurado en su domicilio con antelación no menor de diez días; por el asegurado, mediante notificación escrita al asegurador, devolviendo el original de la póliza. Si el asegurador no pudiere determinar el domicilio del asegurado, le notificará con la resolución mediante tres avisos que se publicarán en un período bueno de circulación del domicilio del asegurador, con intervalo de tres días entre cada publicación.

Art. 20.- El asegurado o el beneficiario están obligados a dar aviso de la ocurrencia del siniestro, al asegurador o su representante legal autorizado, dentro de los tres días siguientes a la fecha en que hayan tenido conocimiento del mismo. Este plazo puede ampliarse, mas no reducirse, por acuerdo de las partes.

Art. 21.- Igualmente está obligado el asegurado a evitar la extensión o propagación del siniestro y a procurar el salvamento de las cosas amenazadas. El asegurador debe hacerse cargo de los gastos útiles en que razonablemente incurra el asegurado en cumplimiento de estas obligaciones, y de todos aquellos que se hagan con su aquiescencia previa. Estos gastos en ningún caso pueden exceder del valor de la suma asegurada.

Lo dispuesto en este artículo no se aplica a los seguros de personas.

Art. 22.- Incumbe al asegurado probar la ocurrencia del siniestro, el cual se presume producido por caso fortuito, salvo prueba en contrario. Asimismo incumbe al asegurado comprobar la cuantía de la indemnización a cargo del asegurador. A éste incumbe, en ambos casos, demostrar los hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad.

Art. 23.- El asegurador no está obligado a responder, en total y por cualquier concepto, sino hasta concurrencia de la suma asegurada.

Art. 24.- El asegurado o el beneficiario pierden sus derechos al cobro del seguro, por incumplimiento de las obligaciones que les correspondería en caso de siniestro, conforme a los Arts. 20 y 21, si así se estipula expresamente en la póliza.

Pero la mala fe del asegurado en la reclamación o comprobación del derecho al pago de determinado siniestro, o de su importe, causa la sanción establecida en el inciso primero, aún a falta de estipulación contractual.

Art. 25.- Las acciones contra el asegurador, deben ser deducidas en el domicilio de éste. Las acciones contra el asegurado o beneficiario, en el domicilio del demandado.

Art. 26.- Las acciones derivadas del contrato de seguro, prescriben en dos años a partir del acontecimiento que les dio origen.

CAPITULO 11 DE LOS SEGUROS DE DAÑOS

SECCIÓN

DISPOSICIONES COMUNES

Art. 27.- Puede ser objeto de contrato de seguro contra daños, todo interés económico en que una persona tenga en que no se produzca un siniestro.

Art. 28.- La avería, merma o pérdida de una cosa, proveniente de vicio propio no están comprendidos dentro de los riesgos asumidos por el asegurador.

Entiéndase por vicio propio, el germen de destrucción o deterioro que llevan en sí las cosas por su propia naturaleza o destino aunque se las suponga de la mejor calidad en su especie.

Art. 29.- El interés económico debe existir desde la fecha en que el asegurador asume el riesgo hasta el del siniestro que condiciona la obligación a su cargo. La desaparición del interés lleva consigo la cesación o extinción del seguro, sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso segundo del Art. 33.

Art. 30.- Si la pérdida o el deterioro de la cosa asegurada se consuma por accidente ocurrido antes, pero que continúe hasta después de vencido el término del seguro, los aseguradores responden del siniestro. Mas si el accidente se inicia antes de que los riesgos hayan empezado a correr por cuenta de los aseguradores, y continúa después, éstos no son responsables por dicho siniestro.

Art. 31.- En los casos en que no sea posible hacer la estimación previa en dinero del interés asegurado, el valor del seguro puede estipularse libremente por los contratantes. Pero el ajuste de la indemnización se hará guardando absoluta sujeción a lo estudiado en el artículo siguiente.

Art. 32.- Respecto del asegurado, los seguros de daños son contratos de simple indemnización, y en ningún caso pueden constituir para él fuente de enriquecimiento.

La indemnización puede abarcar a la vez el daño emergente y el lucro cesante, pero éste debe ser objeto de un acuerdo expreso.

Art. 33.- La indemnización es pagadera en dinero, o mediante la reposición, reparación o reconstrucción de la cosa asegurada, a opción del asegurador.

El monto asegurado se entiende reducido, desde el momento del siniestro, en una cantidad igual a la indemnización pagada por el asegurador.

Art. 34.- La indemnización no puede exceder del valor real del interés asegurado en el momento del siniestro, ni del monto efectivo del perjuicio patrimonial sufrido por el asegurado o beneficiario, ni puede sobrepasar el límite de la suma asegurada.

Art. 35.- En caso de exceso del seguro sobre el valor real del interés asegurado, debe promoverse su reducción por las partes mediante la devolución de la prima correspondiente al importe del exceso y el período no transcurrido del seguro.

Art. 36.- Cuando existan varios seguros sobre el mismo riesgo, con diversos aseguradores, el asegurado debe comunicar el siniestro a todos los aseguradores, indicando a cada uno de ellos el nombre de los otros. El asegurado puede pedir a cada asegurador la indemnización proporcional al respectivo contrato; las sumas cobradas en conjunto no pueden superar al monto del daño.

Art. 37.- En el caso de coexistencia de seguros, la cuota correspondiente a un seguro ineficaz por liquidación forzosa del asegurador, será soportada por los demás aseguradores en proporción a la cuantía de sus respectivos contratos, siempre que el asegurado haya actuado de buena fe.

La buena fe se presumirá si el asegurado ha dado aviso escrito a cada asegurador de los seguros coexistentes.

Art. 38.- El asegurador que haya pagado una indemnización de seguro se subroga, por Ministerio de la Ley, hasta el monto de dicha indemnización, en los derechos del asegurado contra terceros responsables del siniestro. Pero el tercero responsable puede oponer al asegurador las mismas excepciones que hubiere podido hacer valer contra el damnificado.

A petición del asegurador, el asegurado debe hacer todo lo que esté a su alcance para garantizarle la viabilidad de la acción subrogatoria.

Art. 39.- El asegurador no puede ejercer la acción subrogatoria contra ninguna de las personas cuyos actos u omisiones den origen a responsabilidad del asegurado, de acuerdo con las leyes, ni contra el causante del siniestro que, respecto del asegurado, sea parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad, ni contra el cónyuge separado no divorciado.

Pero esta norma no tiene efecto si tal responsabilidad proviene de dolo o culpa grave o si está amparada por un contrato de seguro. En este último caso la acción

Subrogatoria estará limitada, en su alcance, de acuerdo con los términos de dicho contrato.

Art. 40.- No hallándose asegurado el valor real del interés, en los casos en que éste es susceptible de una estimación razonable, el asegurador sólo está obligado a indemnizar el daño a prorrata en proporción a la cantidad asegurada y la que no lo está.

Sin embargo, las partes pueden estipular que el asegurado no soporte parte alguna de la pérdida o deterioro sino en el caso de que el monto de éstos exceda de la suma asegurada.

Art. 41.- El asegurador que haya sido notificado judicialmente por cualquier acreedor prendario o hipotecario del asegurado, no puede pagar a éste la indemnización en caso de siniestro, sino en la parte que exceda al valor de los créditos, mientras éstos no fueren cancelados. Pero son válidos los pagos hechos al asegurado antes de la notificación judicial.

Art. 42.- La transmisión a título universal del interés asegurado, o de la cosa a que está vinculado el seguro, deja subsistente el contrato a nombre del adquirente, a cargo de quien queda el cumplimiento de las obligaciones cuya exigibilidad es pendiente en el momento de la transmisión. Si son varios los herederos o adquirentes, todos son solidariamente responsables por dichas obligaciones.

Art. 43.- La transmisión a título singular del interés asegurado, o de la cosa a que está vinculado el seguro, produce automáticamente la extinción del contrato, a menos que subsista un interés asegurable en cabeza del asegurado. En este caso, subsiste el contrato en la medida necesaria para proteger tal interés, siempre que el asegurador no prefiera darlo por terminado; si lo prefiere, tiene la obligación de devolver la prima en proporción al tiempo no corrido.

Art. 44.- El asegurador tiene derecho a oponer al cesionario legal o convencional del seguro todas las excepciones oponibles al cedente.

Art. 45.- Al asegurado o beneficiario, según el caso, no le está permitido el abandono de las cosas aseguradas, con ocasión de un siniestro, salvo acuerdo entre las partes contratantes.

SECCIÓN 11

DEL SEGURO DE INCENDIO

Art. 46.- El asegurador contra el riesgo de incendio responde por los daños materiales causados a los bienes asegurados, por incendio, es decir por llamas o por simple combustión o por rayo.

Responde igualmente cuando tales daños sean consecuencia de las medidas adoptadas para evitar la propagación del siniestro.

Art. 47.- El asegurador no responde, salvo convención expresa en contrario de los daños causados por explosión, a menos que esta sea efecto del incendio.

Si el incendio sobreviene como consecuencia de la explosión, se entienden amparados únicamente los daños que aquél origine.

Art. 48.- Salvo pacto expreso en contrario, no se comprenden dentro del riesgo asumido por el asegurador los bienes robados durante el siniestro o después del mismo.

Art. 49.- El asegurador no responde de las pérdidas o daños que sean ocasionados o que se produzcan como consecuencia de terremoto, temblor, erupción volcánica u otra convulsión de la naturaleza, salvo pacto en contrario.

SECCIÓN 111

DEL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL

Art. 50.- En los seguros de responsabilidad civil, el asegurador debe satisfacer, dentro de los límites fijados en el contrato, las indemnizaciones pecuniarias que, de acuerdo con las leyes, resulten obligado a pagar el asegurado, como civilmente responsables de los daños causados a terceros, por hechos previstos en el contrato.

Art. 51.- Salvo pacto en contrario, corre a cargo del asegurador, dentro de los límites de la garantía pactada, los honorarios y gastos de toda clase que se produzcan con motivo de la defensa civil del asegurado, incluso contra reclamaciones infundadas.

Art. 52.- Es prohibido al asegurado, bajo pena de pérdida del derecho a la indemnización, realizar transacciones, arreglos extrajudiciales o cualquier otro acto que tienda a reconocer su responsabilidad, sin previa y expresa aprobación del asegurador. Sin embargo, esta prohibición no rige en caso de que el asegurado sea compelido a declarar bajo juramento acerca de los hechos constitutivos del siniestro.

Art. 53.- El seguro de responsabilidad civil no es un seguro a favor de terceros. El damnificado carece, en tal virtud, de acción directa contra el asegurador.

Este principio no obsta para que el asegurador adopte las providencias que estime conducentes a fin de evitar que el asegurado obtenga del contrato ganancias o lucro.

Art. 54.- Es nulo, de nulidad absoluta el seguro de responsabilidad profesional cuando la profesión y su ejercicio no estén reconocidos por el Estado o cuando, al momento de celebrarse el contrato, el asegurado no sea legalmente hábil para ejercer la profesión.

Art. 55.- Los seguros sobre riesgos del trabajo, mencionados en el Código del Trabajo, se asimilan a los seguros de responsabilidad civil.

SECCIÓN IV

DEL SEGURO DE TRANSPORTE TERRESTRE

Art. 56.- Además de los elementos exigidos en el Art. 2, la póliza de seguro de transporte terrestre debe contener:

1. El nombre del porteador y su domicilio;
2. La forma como debe hacerse el transporte;

3. La indicación del lugar donde deben ser recibidos los objetos asegurados para la carga, y el lugar donde ha de hacerse la entrega, es decir, el trayecto asegurado; y,

4. La calidad específica de los efectos asegurados, con expresión del número de bultos y las marcas que tuvieren.

Art. 57.- La responsabilidad del asegurador principia desde el momento en que las mercancías quedan a disposición del porteador y concluye con la llegada de las mismas al destino indicado en la póliza.

Art. 58.- El asegurador gana la prima desde el momento en que los riesgos empiezan a correr por su cuenta.

Art. 59.- El asegurador responde de los daños causados por culpa o dolo de los encargados de la recepción, transporte o entrega de los objetos asegurados, sin perjuicio de la acción subrogatoria a que tiene derecho de conformidad con el Art. 38 de esta ley.

Art. 60.- El seguro de Transporte comprende todos los riesgos inherentes al transporte terrestre, pero el asegurador no está obligado a responder por los deterioros causados por el transcurso del tiempo, ni por los riesgos expresamente excluidos en el contrato.

Art. 61.- El certificado de seguro de transporte puede ser nominativo, a la orden o al portador. La cesión del certificado nominativo puede hacerse aún sin el consentimiento del asegurador, a menos que se estipule lo contrario.

Art. 62.- En el monto asegurado se puede incluir para efectos de la indemnización, además del costo de las mercaderías en el lugar de destino, un porcentaje adicional por concepto lucro cesante.

Art. 63.- Por ser incompatibles con la naturaleza específica del seguro de transporte, no se aplican a este contrato el Art. 7 e), 19 y 43 de esta ley.

Art. 64.- En los casos no previstos en esta Sección se aplicará las disposiciones sobre el seguro marítimo.

CAPITULO 111
DE LOS SEGUROS DE PERSONAS

SECCIÓN 1

DISPOSICIONES COMUNES

Art. 65.- Toda persona tiene interés asegurable:

- a. En su propia vida;
- b. En la de las personas a quienes puedan reclamar alimentos de acuerdo con el artículo 360 del Código Civil.
- c. En la de aquéllas cuya muerte pueda aparejarle un perjuicio económico aunque esto no sea susceptible de una evaluación exacta.

Art. 66.- En los seguros de personas del valor del interés asegurable no tiene otro límite que el que libremente le asignen las partes contratantes.

Art. 67.- Los amparos accesorios de gastos tengan carácter de daño patrimonial, como gastos médicos, clínicos, quirúrgicos o farmacéuticos, son susceptibles de indemnización y se regulan por las normas relativas a los seguros de daños.

Art. 68.- Es beneficiario a título gratuito aquel cuya designación tiene por causa la simple liberalidad del solicitante o asegurado. En los demás casos, el beneficiario lo es a título oneroso. A falta de estipulación en contrario, se presume que el beneficiario ha sido designado a título gratuito.

Art. 69.- A falta de beneficiario, tienen derecho al seguro los herederos del asegurado. Estos tienen también derecho al seguro; si el asegurado y el beneficiario mueren simultáneamente o en las circunstancias previstas en el Art. 71 del Código Civil.

Art. 70.- Son derechos personales e intransmisibles del asegurado los de hacer y revocar la designación de beneficiario.

El asegurado no puede revocar la designación de beneficiario a título oneroso mientras subsista el interés que la legítima, a menos que dicho beneficiario consienta expresamente en la revocación.

Art. 71.- El beneficiario a título gratuito carece durante la vida del asegurado de un derecho propio en el seguro de vida contratado a su favor. Ese derecho lo tiene sólo el beneficiario a título oneroso, pero no puede disponer de él sin consentimiento escrito del asegurado.

Con la muerte del asegurado nace o se consolida, según el caso, el derecho del beneficiario.

ASOCIACIÓN NACIONAL DE ASESORES PRODUCTORES DE SEGUROS DEL ECUADOR

Art. 72.- La cesión del seguro y el cambio de beneficiario sólo son oponibles al asegurador si éste los ha aceptado expresamente.

Art. 73.- Si el beneficiario, como autor o como cómplice, hubiese provocado intencionalmente la muerte del asegurado, pierde el derecho de cobrar el valor del seguro. En este caso, el asegurador debe pagar el respectivo valor de rescate del seguro, si lo hubiere, a los demás beneficiarios o a quien legalmente corresponda.

SECCIÓN 11

DE LOS SEGUROS DE VIDA

Art. 74.- La primera prima es pagadera al momento de la suscripción del contrato de seguro; las demás primas son pagaderas por anticipado o dentro del mes siguiente a la fecha de cada vencimiento. El asegurador no tiene derecho para exigir las por la vía judicial.

La falta de pago de la prima producirá la caducidad del contrato, a menos que sea procedente la aplicación del Art. 76 de esta ley.

Art. 75.- Las primas pueden ser mensuales, trimestrales, semestrales o anuales, y las respectivas tarifas deben ser aprobadas por la Superintendencia de Bancos.

Art. 76.- Los seguros de vida no se consideran caducados, una vez que hayan sido pagadas las primas correspondientes a los dos primeros años de su vigencia, sino cuando el valor de las primas atrasadas, o el de los préstamos efectuados con sus intereses excedan el valor de rescate de la póliza. Se exceptúan de esta disposición los seguros temporales en caso de muerte, sean individuales o de grupo, y otros que fueren expresamente autorizados por la Superintendencia de Bancos.

Art. 77.- Las pólizas deben contener la tabla de valores garantizados, aprobada por la Superintendencia de Bancos, con indicación de los beneficios reducidos a que tiene derecho el asegurado al final de cada período anual, a partir del segundo año.

Art. 78.- En los seguros de vida contra el riesgo de muerte, sólo puede excluirse el suicidio voluntario o involuntario del asegurado ocurrido durante los dos primeros años de vigencia del contrato.

Art. 79.- Son válidos los seguros conjuntos, en virtud de los cuales, dos o más personas, mediante un mismo contrato, se aseguren recíprocamente, una en beneficio de otra u otras.

Art. 80.- Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no queda exento de las obligaciones a que se refiere el Art. 14, ni de las sanciones a que su infracción da lugar; pero el asegurador no puede alegar la nulidad por error en la declaración proveniente de buena fe exenta de culpa.

Art. 81.- Transcurridos dos años en vida del asegurado, desde la fecha, del perfeccionamiento del contrato o de la rehabilitación, el seguro de vida es indisputable.

Art. 82.- Dentro de los cinco años posteriores a la fecha en que caduca la póliza, el asegurado puede obtener la rehabilitación de la misma, siempre que cumpla con los requisitos que para el efecto debe contener el contrato de seguro.

Art. 83.- En ningún caso el asegurador puede revocar unilateralmente el contrato de seguro de vida.

Art. 84.- El error sobre la edad del asegurado no anula el seguro, a menos que la verdadera edad del asegurado a la fecha de emitirse la póliza estuviese fuera de los límites previstos por las tarifas del asegurador. Si la edad real es mayor que la declarada, el valor del seguro se reduce proporcionalmente en relación matemática con la prima efectivamente pagada; si la edad real es menor, el valor del seguro se aumenta proporcionalmente en la forma antes indicada.

CAPITULO IV DEL REASEGURO

Art. 85.- El reaseguro es una operación mediante la cual el asegurador cede al reasegurador la totalidad o una parte de los riesgos asumidos directamente por él.

Reasegurador es la persona o entidad que otorga el reaseguro; puede también llamarse cesionario o aceptante.

Art. 86.- El asegurador en cualquier momento puede reasegurar los riesgos que hubiere asegurado.

Art. 87.- El reaseguro no modifica las obligaciones asumidas por el asegurador, ni da al asegurado acción directa contra el reasegurador.

Art. 88.- La liquidación forzosa del reasegurado carece de toda influencia en el ajuste de la indemnización a cargo del reasegurador.

CAPÍTULO V DISPOSICIÓN TRANSITORIA

Art. 89.- La Superintendencia de Bancos procederá a la revisión de todas las pólizas aprobadas de las Compañías de Seguros que operan en el Ecuador, para que sus condiciones se ajusten a las disposiciones de este Decreto.

Art. 90.- Quedan derogados los Arts. 606 al 636 y 686 al 722 del Código de Comercio codificado por la Comisión Legislativa y todas las disposiciones que se opongan al presente Decreto.

Art. 91.- De la ejecución de este Decreto que entrará en vigencia desde la promulgación en el Registro Oficial, encárguese el señor Ministro de Comercio y Banca.