



INFORME ANUAL DE QUEJAS Y RECLAMACIONES

Compañía Aseguradora: MAPFRE SEGUROS COSTA RICA S.A.

Periodo:

1 de enero al 31 de Diciembre de 2018

**Roy Medina Aguilar**

**Gerente General**

**MAPFRE│Costa Rica**

INFORME ANUAL DEL CENTRO DE DEFENSA DEL ASEGURADO

MAPFRE SEGUROS COSTA RICA S.A.

En cumplimiento de los Artículos 25 incisos a), c), r) y t) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653 y el Artículo 16 del Reglamento de Defensa y Protección del Consumidor de Seguros, SUGESE 06-13, se rinde el Informe Anual sobre el desempeño del Centro de Defensa del Asegurado en la atención de casos de la compañía MAPFRE SEGUROS COSTA RICA, S.A.

El siguiente informe, de acuerdo con la circular SGS-DES-O-1545-2014, se divide en apartados diferentes, tanto la información de número de quejas y reclamaciones resueltas por la entidad aseguradora que no llegaron a la instancia de defensa del consumidor, así como aquellas que haya conocido el Defensor del Asegurado en el orden establecido en el numeral 16 del citado reglamento.

**DEFINICIONES**

**Queja:** denuncia referida a transgresiones a los derechos del consumidor de seguros, contenidos en los artículos 4,5,6, siguientes y concordantes de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros y demás normativa relacionada con la promoción de la competencia y defensa efectiva del consumidor, en que incurran las entidades aseguradoras, proveedores de servicios auxiliares de éstas, intermediarios de seguros, operadores de seguros autoexpedibles y proveedores transfronterizos de seguros, en la prestación de sus servicios. Asimismo se refieren al funcionamiento de los servicios prestados por esos agentes económicos a los consumidores de seguros y presentadas por las tardanzas, desatenciones o cualquier otro tipo de actuación que se observe en su funcionamiento[[1]](#footnote-1).

**Reclamaciones:** aquellas denuncias derivadas de aspectos sustanciales del contrato de seguros, referidas a aspectos como su formación, validez, nulidad, estipulaciones, uso o costumbre; o las relativa a los efecto que el contrato pueda producir sobre la pérdida o daño en los bienes o patrimonio, o aquellas relacionados con la vida, integridad física y salud de las personas[[2]](#footnote-2).

**Expediente con informe favorable:** recomendación a la compañía aseguradora, bajo justificación motivada, para reabrir el caso. En este caso el Centro de Defensa al Asegurado (en adelante, C.D.A.), enviará dicha resolución a la compañía aseguradora para que esta se manifieste en los tres (3) días hábiles posteriores a la notificación, con el fin de tomarlo en consideración para la resolución final que se le entregará al denunciante siempre dentro del plazo de los 30 días naturales concedidos al C.D.A. para su resolución.

**Expediente con informe desfavorable:** ratificación de la resolución motivada de la compañía aseguradora.

**Reclamaciones desistidas:** casos donde el consumidor comprende las razones del actuar de la compañía o cuando llega a un acuerdo con la misma, en satisfacción de su pretensión.

**Reclamaciones rechazadas:** quejas o reclamación de carácter inadmisible.

**Reclamaciones archivadas:** casos retirados de la corriente de revisión debido a la no presentación de requisitos o por acuerdo con la compañía de seguros.

CAPÍTULO 1

CANTIDAD DE QUEJAS Y RECLAMACIONES

En el presente apartado se indica la cantidad de quejas y reclamaciones que ha resuelto la aseguradora Mapfre Costa Rica, durante el periodo del 1 de enero al 31 de diciembre de 2018:



1 Gráfico Resumen de Rubros 2018



RESUMEN DE RESOLUCIONES

En este ítem se presenta el resumen de las resoluciones emitidas por el Centro de Defensa del Asegurado (CDA) por tipo de expediente durante el periodo del 1 de enero al 31 de Diciembre del 2018:



2 Gráfico Resumen Distribución por Rubros 2018



# CAPÍTULO 2

INFORME DE CASOS PRESENTADOS POR EL CDA

# Resumen estadístico de los expedientes tramitados

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Número de expediente** | **Tipo de póliza** | **Tema analizado** | **Resolución** | **Tipo de gestión** |
| MAP-2018-311 | Desempleo  | Período de carencia  | Desfavorable | Reclamación |
| MAP-2018-314 | Desempleo  | Terminación de condición de desempleo al cotizar luego como trabajador independiente  | Desfavorable | Reclamación |
| MAP-2018-317 | Automóvil | Conducción bajo los efectos del alcohol es un riesgo no amparado  | Desfavorable | Reclamación |
| MAP-2018-321 | Automóvil | Falta al procedimiento en caso de siniestro al no llamar al tránsito | Desfavorable | Reclamación |
| MAP-2018-331 | Incapacidad Total y Permanente  | Póliza colectiva había migrado e incapacidad no se encuentra dentro de vigencia del seguro  | Desfavorable | Reclamación |
| MAP-2018-341 | Automóvil | Falta al procedimiento en caso de siniestro al no llamar al tránsito | Desfavorable | Reclamación |
| MAP-2018-342 | Enfermedades graves  | Se interpreta que la delimitación contractual es amplia y sí contempla siniestro de la asegurada | Favorable | Reclamación |
| MAP-2018-347 | Multiriesgo  | Contrato de seguros sí se interpreta literalmente, terreno excluido de seguro | Desfavorable | Reclamación |
| MAP-2018-351 | Desempleo | No envió de expediente, se recomienda reabrir para verificar gestión que ya había sido presentada y tramitar devolución | Favorable | Reclamación |
| MAP-2018-375 | Desempleo | Exclusion por carencia no resulta aplicable por falta al derecho de información en el seguro colectivo | Favorable | Reclamación |
| MAP-2018-378 | Automóvil | Incumplimiento al procedimiento en caso de siniestro, declaraciones inexactas | Desfavorable | Reclamación |
| MAP-2018-382 | Desempleo | Resolucion con poca fundamentación, no se acredito entrega de información previa | Favorable | Reclamación |
| MAP-2018-383 | Tarjeta  | Se procedió al pago  | Archivada | Reclamación |
| MAP-2018-389 | Tarjeta | Se procede a la exclusion del seguro colectivo con el BN conforme a lo solicitado | Archivada | Queja |
| MAP-2018-397 | Incapacidad Total y Permanente  | Falta de respaldo documental sobre entrega de información y probatorio para aplicar preexistencia | Favorable | Reclamación |
| MAP-2018-401 | Automóvil | Se procedió a devolución de primas  | Archivada | Reclamación |
| MAP-2018-416 | Automóvil | Exclusión se interpreta literal, conducción bajo los efectos del alcohol, no va en contra de la ley, es análisis de riesgo | Desfavorable | Reclamación |
| MAP-2018-418 | Automóvil | Deducible aplica por cobertura, dos eventos, colisión y vuelco y riesgos adicionales | Desfavorable | Queja  |
| MAP-2018-421 | Vida | Compañía procedió conforme pretensión  | Archivada | Reclamación |
| MAP-2018-430 | Automóvil | Uso del bien asegurado, UBER | Desfavorable | Reclamación |
| MAP-2018-433 | Desempleo  | Falta de debida atención, plazos de respuesta, solicitud de requisitos, no resolucion | Favorable | Reclamación |
| MAP-2018-437 | Automóvil  | Actos propios, expectativa de asegurado, compañía afirmo devolución de montos y luego indico que no procedía por siniestralidad  | Favorable | Reclamación |
| MAP-2018-439 | Automóvil | No cumple con delimitación de riesgo, Caída de árbol no se produce por huracán | Desfavorable | Reclamación |
| MAP-2018-441 | Automóvil | No se demostró mediante prueba fehaciente declaraciones inexactas en la dinámica del accidente | Favorable | Reclamación |
| MAP-2018-442 | Automóvil | Siniestro bajo los efectos del alcohol, declaraciones inexactas  | Desfavorable | Reclamación |
| MAP-2018-444 | Automóvil | Siniestro excluido por falla mecánica | Desfavorable | Reclamación |
| MAP-2018-454 | Automóvil | Uso indebido del bien asegurado, UBER  | Desfavorable | Reclamación |
| MAP-2018-456 | Automóvil | Duplico caso en vez de adjuntar respuesta a apelación que hizo ante MAPFRE | Archivada  | Reclamación |

# Resumen estadístico según resolución de expedientes

* Expedientes con informe favorable:

Número de expedientes favorables: ocho (8)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Número de expediente** | **Tipo de póliza** | **Tipo de gestión** |
| MAP-2018-342 | Enfermedades graves  | Reclamación |
| MAP-2018-351 | Desempleo | Reclamación |
| MAP-2018-375 | Desempleo | Reclamación |
| MAP-2018-382 | Desempleo | Reclamación |
| MAP-2018-397 | Incapacidad Total y Permanente  | Reclamación |
| MAP-2018-433 | Desempleo  | Reclamación |
| MAP-2018-437 | Automóvil  | Reclamación |
| MAP-2018-441 | Automóvil | Reclamación |

* Expedientes con informe desfavorable:

Número de expedientes desfavorables: quince (15)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Número de expediente** | **Tipo de póliza** | **Tipo de gestión** |
| MAP-2018-311 | Desempleo | Reclamación |
| MAP-2018-314 | Desempleo | Reclamación |
| MAP-2018-317 | Automóvil | Reclamación |
| MAP-2018-321 | Automóvil | Reclamación |
| MAP-2018-331 | Incapacidad Total y Permanente | Reclamación |
| MAP-2018-341 | Automóvil | Reclamación |
| MAP-2018-347 | Multiriesgo | Reclamación |
| MAP-2018-378 | Automóvil | Reclamación |
| MAP-2018-416 | Automóvil | Reclamación |
| MAP-2018-418 | Automóvil | Queja |
| MAP-2018-430 | Automóvil | Reclamación |
| MAP-2018-439 | Automóvil | Reclamación |
| MAP-2018-442 | Automóvil | Reclamación |
| MAP-2018-444 | Automóvil | Reclamación |
| MAP-2018-454 | Automóvil | Reclamación |

* Reclamaciones desistidas:

Número de reclamaciones desistidas: cero (0)

* **Reclamaciones rechazadas (inadmisibles)**:

Número de reclamaciones rechazadas: cero (0)

* **Reclamaciones archivadas**:

Número de reclamaciones archivadas: cinco (5)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Número de expediente** | **Tipo de póliza** | **Tipo de gestión** |
| MAP-2018-383 | Tarjeta | Reclamación |
| MAP-2018-389 | Tarjeta | Queja |
| MAP-2018-401 | Automóvil | Reclamación |
| MAP-2018-421 | Vida | Reclamación |
| MAP-2018-456 | Automóvil | Reclamación |

* **Reclamaciones pendientes de resolución**:

Número de reclamaciones suspendidas: cero (0)

# III-Resumen de los criterios generales de interés general

* + - 1. **Agravación del riesgo, causa del siniestro automóvil**

La agravación del riesgo se define de la siguiente manera “Situación que se produce cuando, por determinados acontecimientos ajenos o no a la voluntad del asegurado, el riesgo cubierto por una póliza adquiere una peligrosidad superior a la inicialmente prevista. Teniendo en cuenta que la tarifación de un riesgo está en función de las características de este, su modificación implica la obligación de notificarla a la entidad aseguradora para que esta opte entre la continuación de su cobertura (aplicando el recargo de prima correspondiente) o la rescisión del contrato”. (Diccionario MAPFRE Seguros).

Es decir, se agrava el riesgo que previó la compañía de seguros al momento del aseguramiento. En este caso, se discute si hubo agravación del riesgo por el cambio del uso del bien ya que, en efecto, este es un presupuesto de agravación.

* + - 1. **Declaraciones inexactas o fraudulentas**

La obligación de declarar de manera completa, verídica y exacta sobre todas las circunstancias que rodearon el siniestro se desprende de uno de los principios básicos que opera en el mercado de seguros y que rige las relaciones contractuales en general, el principio máximo de la buena fe.

El principio de la buena fe se presenta en todas las aristas de la relación contractual, incluso desde el momento en que el tomador del seguro delimita y expone el riesgo que desea asegurar, ya que, con base a esto, el ente asegurador decide sobre la aceptación, o no, de la transferencia del riesgo, perfeccionándose una relación contractual.

Este principio, también se manifiesta cuando se materializa el riesgo asegurado y se tramita una indemnización sobre un siniestro acaecido. En este sentido, debe decirse que es en vista del aviso de siniestro que realiza un asegurado y de la documentación de prueba del siniestro que el mismo en concordancia con su deber de probar la ocurrencia del mismo, la compañía de seguros analiza un reclamo y procede a determinar si una indemnización corresponde, en relación a los límites y exclusiones convenidos entre las partes.

Cabe destacar que este principio no es el único que impera en este mercado, sino que también debe de observarse el principio de razonabilidad para el análisis de las declaraciones brindadas en un siniestro en particular. Es decir, en tesis de principio bajo la máxima de la buena fe, lo manifestado por el asegurado/tomador responde a la realidad de los hechos acaecidos, manifestaciones que el ente asegurador debe de analizar bajo el principio de razonabilidad. Lo anterior, se realiza en el ejercicio de la facultad que ostenta la compañía de seguros de verificar que lo manifestado por el interesado, responsa a la dinámica del evento.

Como se indicó supra, el Artículo 47 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, establece lo concerniente a las declaraciones inexactas o fraudulentas. Lo dispuesto legalmente significa, a criterio de esta oficina, que en caso de que exista en un siniestro en concreto la presencia de declaraciones inexactas o fraudulentas por parte del asegurado (realizadas con dolo o culpa grave y que estas influyan en la exclusión, restricción o reducción de la indemnización), la compañía de seguros tiene la facultad de dar por extinta dicha obligación o reducir su indemnización proporcionalmente dependiendo del caso específico.

Ahora bien, es menester que toda declaración sea analizada bajo los criterios de razonabilidad y proporcionalidad, en concordancia con la situación que se tiene en el siniestro concreto según lo reportado. En este sentido, esta oficina considera que, para la aplicación del artículo citado, en caso de que una declaración no coincida con la dinámica real del evento y que en caso de haber sido declarada correctamente afecte la valoración del siniestro, relacionadas con la causa, ocurrencia o circunstancias del siniestro, constituye una potestad del ente asegurador abstenerse de indemnizar dicho reclamo o a reducir dicha indemnización.

* + - 1. **Plazo para dar respuesta a una reclamación según el artículo 48 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros:**

 “Siguiendo lo dicho, esta instancia le recuerda a MAPFRE la obligación de brindar una resolución motivada y por escrito a la persona asegurada. En este sentido, es menester traer a colación el artículo 48 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, el cual dispone:

*“ (…)El asegurador está obligado a brindar respuesta a todo reclamo mediante resolución motivada y por escrito, entregada al interesado en la forma acordada para tal efecto, dentro de un plazo máximo de treinta días naturales, contado a partir del recibo del reclamo (…)”. (Artículo 48, Ley Reguladora del Contrato de Seguros, Ley número 8956).*

De conformidad con la anterior disposición, el CDA le recomienda a la compañía de seguros notificar lo antes posible su posición, conforme al derecho que le corresponde al consumidor de seguros. Además, se le recuerda que el análisis de la reclamación debe hacerse con especial énfasis a los principios de razonabilidad y proporcionalidad, entre otros principios que rigen la materia que aquí atañe (…)”. (RE-MAP-2016-123).

* + - 1. **Presunción de continuidad en el contrato ante no pago de la prima a menos que exista notificación del ente asegurador en el plazo legalmente establecido**

*“(…) Teniendo en cuenta lo señalado por la compañía de seguros para el último día de gracia contemplado, es importante traer a colación el artículo 37 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, Ley 8956, el cual establece lo siguiente:*

*ARTÍCULO 37.- Mora en el pago*

*Si la prima no ha sido pagada dentro de los plazos establecidos en esta ley, el asegurador podrá tomar una de las siguientes acciones:*

1. ***Dar por terminado el contrato, en cuyo caso, salvo pacto en contrario, el asegurador quedará liberado de su obligación en caso de cualquier siniestro ocurrido a partir de la mora. Deberá notificar su decisión al tomador, a los asegurados o a ambos, según corresponda, dentro del plazo de cinco días hábiles siguientes a la fecha en que se incurrió en mora.***
2. ***Mantener vigente el contrato y cobrar la prima en la vía ejecutiva, más el interés legal o pactado, en cuyo caso, el asegurador será responsable por los siniestros que ocurran mientras el tomador se encuentre en mora.*** *La facultad aquí otorgada caducará en la mitad del plazo que falte para el vencimiento del seguro. En caso de caducar este derecho, se entenderá que el contrato queda extinguido a partir de la fecha de caducidad, debiendo notificar tal situación al tomador, a los asegurados o a ambos, según corresponda, dentro del plazo de cinco días hábiles siguientes a la fecha de caducidad.*

***Se entenderá que el asegurador escoge mantener vigente el contrato y cobrar la prima en la vía ejecutiva, si no notifica su decisión de dar por terminado el contrato, dentro del plazo de cinco días hábiles siguientes a la fecha en que se incurrió en mora.***

*Para el cobro en la vía ejecutiva de la prima dejada de pagar, más el interés legal o pactado, servirá de título ejecutivo la certificación del monto de la prima devengada no pagada que emita un contador público autorizado.*

***El asegurador deberá informar oportunamente su decisión al contratante, cualquiera que ella sea”.*** *(El resaltado es propio, Artículo 37, Mora en el pago, Ley Reguladora del Contrato de Seguros, Ley número 8956)*

*Del artículo supra citado, que a su vez guarda su contenido relación con el acuerdo de pago transcrito en la presente resolución al ser este donde se establecieron los plazos y con el artículo 9 del Condicionado general que establece:*

*Artículo 9. Mora en el pago*

*Si la prima no ha sido pagada dentro de los plazos establecidos en los Artículos 8 y 9 de estas Condiciones Generales, MAPFRE | COSTA RICA podrá tomar una de las siguientes acciones:*

*a) Dar por terminado el contrato, en cuyo caso, salvo pacto en contrario, MAPFRE | COSTA RICA quedará liberado de su obligación en caso de cualquier siniestro ocurrido a partir de la mora. Deberá notificar su decisión al Tomador, a los asegurados o a ambos, según corresponda,* ***dentro del plazo de cinco días hábiles siguientes a la fecha en que se incurrió en mora.***

*b) Mantener vigente el contrato y cobrar la prima en la vía ejecutiva, más el interés legal o pactado, en cuyo caso, MAPFRE | COSTA RICA será responsable por los siniestros que ocurran mientras el Tomador se encuentre en mora. La facultad aquí otorgada caducará en la mitad del plazo que falte para el vencimiento del seguro. En caso de caducar este derecho, se entenderá que el contrato queda extinguido a partir de la fecha de caducidad, debiendo notificar tal situación al Tomador, a los asegurados o a ambos, según corresponda, dentro del plazo de cinco días hábiles siguientes a la fecha de caducidad.*

***Se entenderá que MAPFRE | COSTA RICA escoge mantener vigente el contrato y cobrar la prima en la vía ejecutiva, si no notifica su decisión de dar por terminado el contrato, dentro del plazo de cinco días hábiles siguientes a la fecha en que se incurrió en mora****.*

*Para el cobro en la vía ejecutiva de la prima dejada de pagar, más el interés legal o pactado, servirá de título ejecutivo la certificación del monto de la prima devengada no pagada que emita un contador público autorizado.*

*Según se desprende de lo anterior, esta oficina considera que en aquellos casos donde exista mora en el pago de la prima, se le confiere al ente asegurador dos opciones:*

1. *Cancelar el contrato de seguro notificando esta decisión al asegurado 5 días hábiles en los 5 días hábiles en los que incurrió en mora, quedando liberado de su obligación en caso de cualquier siniestro ocurrido a partir de la misma.*
2. *Mantener vigente el contrato y cobrar la prima en la vía ejecutiva.*

*Además se establece, que en caso de no notificarse a la persona asegurada en el plazo establecido la decisión de cancelar la póliza respectiva, se entenderá que el asegurador seleccionó la segunda opción que le confiere el ordenamiento. Es decir, el mantenimiento de la vigencia de la póliza y el cobro de la prima en vía ejecutiva (…)”*

**2. La interpretación de la cobertura por Responsabilidad Civil Extracontractual no permite incluir daños contractuales**

“(…) *Así, resulta fundamental señalar como diferencia fundamental el origen de la responsabilidad civil contractual y este es, como su nombre lo indica, un contrato o convenio. Sobre este aspecto, es menester indicar que en la actualidad se atiende al principio de libertad de forma en la contratación. Es decir, para que exista un contrato no es necesario la firma de un documento u otra formalidad, sino que requiere únicamente el acuerdo y voluntad de llevar a cabo el negocio jurídico que involucra en muchas ocasiones, el intercambio de prestaciones entre las partes.*

*Por su parte, la responsabilidad civil extracontractual no encuentra relación con un contrato o convenio, sino que encuentra su raíz fuera de cualquier vínculo previo entre la parte perjudicada y la parte realizadora del daño, de la acción antijurídica. Como es de reconocido derecho, encuentra este tipo de responsabilidad fundamento legal en el artículo 1045 del Código Civil de Costa Rica. Con independencia de cualquier obligación previa, en este caso se incumple un deber general de no dañar a otro.*

*Esta oficina tiene conocimiento, que los tipos de responsabilidad en comentario pueden concurrir, es decir, entre las mismas partes pueden estar presentes ambos tipos de responsabilidades. No obstante, se establecen barreras y límites para diferenciar la indemnización correspondiente a cada una de ellas atendiendo al evento dañoso. En este sentido, la responsabilidad civil contractual será la que resulte del incumplimiento o cumplimiento defectuoso de un contrato. Mientras que la responsabilidad civil extracontractual, se presenta con total independencia de las obligaciones que existan entre las partes. Como se mencionó, el daño se produce por violación al principio de derecho alterum non laedere.*

*En la responsabilidad civil extracontractual no basta entonces que se produzca un daño, sino que este se ocasiona con independencia del cumplimiento o no de obligaciones previamente pactadas – si las hay-. Podría entonces aplicarse el régimen de responsabilidad civil extracontractual aunque exista una relación obligatoria entre las partes, siempre que el daño no se haya causado dentro de la órbita contractual. Es decir, si se trata de eventos dañosos completamente ajenos al negocio convenido, aunque estos se hayan ocasionado en la ejecución contractual.*

*A mayor abundamiento sobre el tema, esta oficina refiere al concepto establecido en la jurisprudencia nacional sobre el tema, así, se ha establecido que “(…)* ***la responsabilidad extracontractual recae sobre quien, fuera de toda relación contractual previa,******ha causado un daño en la esfera jurídica de otro sujeto****, por culpa, o a través de la puesta en marcha de una actividad riesgosa o creación de un riesgo social.* ***Esta responsabilidad no nace del incumplimiento de un vínculo determinado,*** *sino de la violación del deber general de no dañar a los otros (…)” (La negrita no es del original, Resolución 320 de las 14 horas 20 minutos del 9 de noviembre de 1990, Sala Primera de la Corte Suprema de Justicia).*

*Ahora bien, en el presente caso el daño al automotor fue ocasionado por el suministro erróneo del tipo de combustible solicitado por el Sr. Rivera en la estación de servicio. Sobre este punto, esta oficina observa que el afectado se apersonó al lugar con el fin de obtener combustible para su vehículo, a cambio de un precio, en este caso, un monto de ₡ 15.000,00. A criterio de esta oficina, dentro del giro comercial de la estación de servicio, se encuentra la venta de combustible a los consumidores que así lo requieran mediante compraventas de combustible (…)”.*

**3. Deber de las aseguradoras de emitir resoluciones motivadas y por escrito en el plazo legal que le asiste.**

*“Siguiendo lo anterior, la resolución motivada y por escrito debe darse, después de un análisis detallado de la solicitud, el cual involucra entre otros aspectos no solamente la delimitación del riesgo pactada mediante el contrato de seguros respectivo, sino además considerar la normativa que rige la materia de seguros en el país. Ahora bien, respecto a la fundamentación, está oficina es del criterio que debe brindarse total claridad al consumidor de la postura de la entidad aseguradora sobre el siniestro acaecido.*

*En este mismo orden de ideas, respecto al caso concreto esta instancia considera del análisis de la resolución emitida por MAPFRE sobre la solicitud de la reclamante, con fecha del 11 de septiembre del 2017, que la misma no se encuentra debidamente fundamentada. Es decir, pese a que se llegan a conclusiones fácticas relacionadas con el caso de la Sra. Vásquez, no se observa con claridad el porqué de la aplicación de los artículos dispuestos en la resolución. En este sentido, se recuerda que para que una resolución se considere motivada, resulta importante indicar el nexo causal de aplicación entre la disposición citada y el caso en concreto”* (Resolución MAP-2017-278)

**4. Deber de la aseguradora de demostrar de manera fehaciente los hechos alegados para declinar el reclamo**

De los párrafos citados precedentemente, está instancia extrae que si bien es cierto, el conductor indicó ser conductor activo de la plataforma UBER, no consta en el presente expediente que manifestara que el vehículo asegurado fuera el que utilizara para dicha actividad, siendo que, por el contrario, el mismo indica que alquila otro automotor. Con lo cual, esta oficina considera que esta prueba no funge como respaldo fehaciente a la postura del ente asegurador.

Ahora bien, en relación a la segunda prueba indicada, a saber, la verificación en el proceso de investigación del siniestro por parte de MAPFRE Seguros Costa Rica, S.A., esta oficina debe indicar que, del expediente remitido, a criterio del CDA, sin bien es cierto se aportan diversos elementos, no se deriva de manera fehaciente prueba testimonial, documental u otra de diversa índole, que acredite sin lugar a dudas los hechos intencionales en los cuales se indica incurrió el asegurado.

Máxime que, como ya fue referido líneas atrás, en la prueba testimonial considerada en la resolución, no se indica que el vehículo asegurado era utilizado en la referida plataforma. A estos efectos, es preciso recordar que corresponde la carga de la prueba a la entidad aseguradora el demostrar la procedencia de una exclusión pues, como es de reconocido Derecho, en caso de duda, se interpreta a favor del asegurado.

Con relación a lo anterior, resulta menester considerar la siguiente disposición:

*“En los casos de rechazo o pago parcial, deberá la entidad aseguradora entregar al consumidor la información que permita una clara y adecuada comprensión de los motivos de la decisión adoptada, exponiendo los hechos y la disposición contractual en que se fundamenta.* ***Deberá también acreditar las pruebas que de manera fehaciente motiven el rechazo*** *salvaguardando la tutela de la información sensible y no divulgada de la entidad (…)” (El resaltado es propio, Artículo 9, Reglamento de Defensa y Protección al Consumidor de Seguros, Acuerdo SUGESE 06-13)* (Resolución MAP-2017-283)

**5. Deber de las aseguradoras de cumplir con el derecho a la información que le asiste al consumidor de seguros para que las cláusulas contractuales del contrato de seguros sean aplicables**

*“*No obstante, según lo observado en dichos documentos, esta oficina no verifica que se encuentre inmersa información alguna relativa a las condiciones generales del seguro conforme a lo indicado en el artículo 12 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, mismas que incluyen, entre otros aspectos relevantes, lo referente a las exclusiones del contrato. Es decir, no consta en el certificado individual de cobertura entregado algún medio de acceso electrónico, página web o número telefónico en el cual el asegurado pudiera haber tenido conocimiento de la información que, como consumidor le asiste.

De la misma forma, esta oficina no observa de la totalidad del expediente del caso, prueba alguna en la cual conste la entrega de dichas condiciones al asegurado posterior a la toma del mismo.

Siendo así, esta oficina, como instancia de atención al consumidor de seguros, parte de la protección que se le brinda a este a nivel del ordenamiento jurídico costarricense y es por ello que el CDA es del criterio de que el asegurado, tal y como lo indica en el Formulario CDA-001 y en la apelación interpuesta ante MAPFRE, no tuvo ni pudo haber tenido conocimiento alguno de las condiciones generales del contrato que adquirió, vulnerándose así uno de los derechos fundamentales que todo consumidor, y en especial para lo que concierne al caso, el consumidor de seguros posee, sea este el de derecho a la información.

Consecuencia de lo anterior, y de conformidad con el artículo 7 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, se considera que las cláusulas referentes a disputabilidad, y muy especialmente a las exclusiones del contrato, se tienen como ineficaces y, por ende, inaplicables al presente caso” (Resolución MAP-2017-287)

**6. Pago de deducible como deber del asegurado a fin de resguardar la concreción del riesgo asegurable**

“El deducible tiene la función de repartir la pérdida entre el consumidor de seguros y la compañía, siendo entonces una parte de la pérdida.

Ahora bien, generalmente para establecerlo se tienen dos métodos sea este una suma en concreto, previamente fijada por las partes o bien, un porcentaje del monto total contratada en el seguro. En este caso en concreto, según se observa con claridad del documento denominado “Información sobre su seguro de Automóvil MAPFRE Póliza líder”, se tiene la segunda opción, pues se indica respecto a la cobertura Colisión y Vuelco que esta operará con un “3% de la suma asegurada”.

Es decir, el deducible surge en virtud de que, en el mercado de seguros, se debe tener confianza y resguardo de que el consumidor de seguros no provocará el siniestro o bien, realice todas las conductas a su alcance para disminuir las posibilidades de su concreción, ya que, de ser así, el contrato de seguros carecería de validez. AsImismo, mediante dicho pago por parte del asegurado, se atiende a la máxima de buena fe que rige en materia de contratación y derecho de consumo en general y es por ello, que es deber de todo asegurado cancelar, de conformidad con lo pactado, el deducible” (Resolución MAP-2017-293)

**7. Deber del asegurado de probar tanto el siniestro como la pérdida sufrida ante el acaecimiento de un siniestro**

“(…) en derecho de seguros opera como carga para la persona asegurada, el deber de probar no solamente la ocurrencia del siniestro, sino, además, la cuantía aproximada de la pérdida (…)

En concordancia con lo anterior, la doctrina en la materia de seguros sobre dicho aspecto ha indicado lo siguiente:

***“De allí que el daño resarcible será el daño cierto y real, el efectivamente sufrido y probado, toda vez que el mismo no se presume y debe ser debidamente acreditado****, todo ello en el marco de la suma asegurada y correlacionada, como veremos, con el valor asegurable. En síntesis, el principio indemnizatorio que opera en la Ley de Seguros no apunta a la reparación integral sino a la reparación del daño efectivamente sufrido dentro de los límites y en las condiciones pactadas en el contrato de seguro (…)”. (El resaltado es propio, Stiglitz, R. Derecho de Seguros, 2004)*

A criterio de esta instancia, el reclamante realiza una serie de pretensiones que no se encuentran amparadas en el producto de seguros adquirido, tales como la pérdida económica por el cierre del negocio, daño moral, entre otros rubros solicitados. A su vez, los rubros que podrían ser amparados en la póliza como mobiliario, equipo electrónico, entre otros, a juicio de esta instancia no se encuentran debidamente demostrados mediante elementos probatorios que acrediten de manera fehaciente la pérdida. Sobre este aspecto, es menester señalar que la estimación de los daños como es conocido, en virtud de la carga de la prueba, debe respaldarse a fin de determinar su procedencia conforme a la delimitación de riesgo y suma asegurada” (Resolución MAP-2017-297).

# Seguimiento de las resoluciones favorables al consumidor.

Durante el periodo del 1 de enero al 31 de diciembre de 2018 se han emitido 8 resoluciones a favor de las pretensiones de los consumidores de seguros.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Número de expediente** | **Tipo de póliza** | **Tema analizado** | **Tipo de gestión** |
| MAP-2018-342 | Enfermedades graves  | Se interpreta que la delimitación contractual es amplia y sí contempla siniestro de la asegurada | Reclamación |
| MAP-2018-351 | Desempleo | No envió de expediente, se recomienda reabrir para verificar gestión que ya había sido presentada y tramitar devolución | Reclamación |
| MAP-2018-375 | Desempleo | Exclusión por carencia no resulta aplicable por falta al derecho de información en el seguro colectivo | Reclamación |
| MAP-2018-382 | Desempleo | Resolución con poca fundamentación, no se acredito entrega de información previa | Reclamación |
| MAP-2018-397 | Incapacidad Total y Permanente  | Falta de respaldo documental sobre entrega de información y probatorio para aplicar preexistencia | Reclamación |
| MAP-2018-433 | Desempleo  | Falta de debida atención, plazos de respuesta, solicitud de requisitos, no resolución | Reclamación |
| MAP-2018-437 | Automóvil  | Actos propios, expectativa de asegurado, compañía afirmo devolución de montos y luego indico que no procedía por siniestralidad  | Reclamación |
| MAP-2018-441 | Automóvil | No se demostró mediante prueba fehaciente declaraciones inexactas en la dinámica del accidente | Reclamación |

El presente informe se extiende el 30 de enero del 2018 a las 13:50 horas.

**Roy Medina Aguilar**

**Gerente General**

**Mapfre Costa Rica**

1. Acuerdo SUGESE 06-13. Reglamento de Defensa y Protección del Consumidor de Seguros. Diario Oficial La Gaceta No. 146. Costa Rica Art. 4 [↑](#footnote-ref-1)
2. Ídem Núm. 1 [↑](#footnote-ref-2)