

Ley : 8956 del 17/06/2011

Ley Reguladora del Contrato de Seguros, reforma Ley Protección al Trabajador, Ley Reguladora Mercado de Seguros y Ley Seguro de Fidelidad, deroga ley N° 11, de 02/10/1922, ley N.° 59 de 05/02/1925, ley N° 48 de 27/07/1926 y inciso e) art. 24 ley N° 8653

Datos generales:

Ente emisor: Asamblea Legislativa

Fecha de vigencia desde: 12/09/2011

Versión de la norma: 1 de 1 del 17/06/2011

Datos de la Publicación:

N° Gaceta: 175 **del:** 12/09/2011

Usted está en la última versión de la norma -

Ley Reguladora del Contrato de Seguros, reforma Ley Protección al Trabajador, Ley Reguladora Mercado de Seguros y Ley Seguro de Fidelidad, deroga ley N° 11, de 02/10/1922, ley N.° 59 de 05/02/1925, ley N° 48 de 27/07/1926 y inciso e) art. 24 ley N° 8653

N° 8956

LA ASAMBLEA LEGISLATIVA

DE LA REPÚBLICA DE COSTA RICA

DECRETA:

LEY REGULADORA DEL CONTRATO DE SEGUROS

CAPÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

SECCIÓN I

CONTRATO DE SEGUROS

ARTÍCULO 1.- Objeto y ámbito de aplicación de la ley

La presente ley regula los contratos de seguro. Sus normas son de carácter imperativo, salvo que la ley estipule expresamente la posibilidad de acuerdo en contrario de las partes. Supletoriamente, se observarán, por su orden y en lo pertinente, las estipulaciones del Código de Comercio y el Código Civil.

Los seguros obligatorios de Riesgos del Trabajo y Seguro Obligatorio Automotor se rigen por sus leyes específicas y, supletoriamente, se observarán, por su orden y en lo pertinente, las estipulaciones de la presente ley, del Código de Comercio y el Código Civil.

Quedan excluidos del alcance de esta ley, los sistemas de seguridad social obligatorios administrados por la Caja Costarricense de Seguro Social, los regímenes especiales de pensiones creados por ley, la póliza mutual obligatoria administrada por la Sociedad de Seguros de Vida del Magisterio Nacional.

ARTÍCULO 2.- Protección de la persona asegurada

La persona asegurada tendrá derecho a la protección de sus derechos subjetivos e intereses legítimos, de conformidad con lo establecido en la presente ley y en la Ley Reguladora del Mercado de Seguros.

Asimismo, esa protección será reconocida a los tomadores y las personas beneficiarias de los contratos, en los casos en los que no sean la misma persona o personas que el asegurado o asegurada.

Todo lo anterior sin perjuicio de los derechos y las garantías consagrados a favor de los consumidores en la Ley N.º 7472, Promoción de la Competencia y Defensa Efectiva del Consumidor, de 20 de diciembre de 1994, sus reformas y demás disposiciones conexas.

ARTÍCULO 3.- Contrato de seguros

El contrato de seguros es aquel en que el asegurador se obliga, contra el pago de una prima y en el caso de que se produzca un evento cuyo riesgo es objeto de cobertura, a indemnizar el daño producido a la persona asegurada, o a satisfacer un capital, una renta u otras prestaciones, dentro de los límites y las condiciones convenidos. Las aseguradoras que operan en el mercado nacional podrán colocar, por sí o por medio de una de sus subsidiarias, contratos de seguros fuera del territorio nacional, ajustándose a los requerimientos legales de cada país en el que deseen operar.

ARTÍCULO 4.- Resolución de controversias

Los contratos de seguros deberán identificar las instancias administrativas, judiciales o de resolución alterna de conflictos donde se puedan reclamar los derechos subjetivos e intereses legítimos de las partes.

Sin perjuicio de lo establecido en la Ley N.º 7727, Ley sobre Resolución Alternativa de Conflictos y Promoción de la Paz Social (RAC), de 9 de diciembre de 1997, los contratos de seguros contendrán una cláusula que establezca la posibilidad de acudir a medios alternos de solución de controversias, cuando así lo acuerden las partes.

ARTÍCULO 5.- Partes y terceros relevantes del contrato de seguros

a) Son partes del contrato de seguro:

i) El asegurador: quien asume los riesgos que le traslada la persona asegurada y que está obligado a indemnizar o a cumplir la prestación prometida.

ii) El tomador: persona física o jurídica que, por cuenta propia o ajena, contrata el seguro y traslada los riesgos al asegurador. Es a quien corresponden las obligaciones que se deriven del contrato, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por la persona

asegurada. Puede concurrir en el tomador la figura de persona asegurada y beneficiaria del seguro.

b) Son terceros relevantes para el contrato de seguro:

i) La persona asegurada: persona física o jurídica que en sí misma o en sus bienes está expuesta al riesgo. Es titular del interés objeto del seguro y que, en defecto del tomador, asume los derechos y las obligaciones derivadas del contrato.

ii) La persona beneficiaria: persona física o jurídica en cuyo favor se ha establecido lícitamente la indemnización o prestación a la que se obliga el asegurador.

El tomador, la persona asegurada o beneficiaria pueden ser o no la misma persona.

ARTÍCULO 6.- Contrato por cuenta de un tercero

El seguro puede ser contratado por cuenta propia o por cuenta de un tercero determinado o que sea determinable al momento en que sean exigibles las prestaciones del seguro. En este último caso deberán seguirse las siguientes reglas:

a) Debe indicarse tal situación en la póliza; además, podrá acordarse el derecho del tomador a la prestación asegurada en relación con su interés asegurable.

b) Las obligaciones y los deberes que se derivan del contrato

corresponden al tomador del seguro, salvo que por su naturaleza deban ser cumplidos por la persona asegurada.

ARTÍCULO 7.- Seguro colectivo

El seguro colectivo constituye una modalidad de seguro por cuenta ajena. Es el suscrito entre el tomador y la entidad aseguradora, con el propósito de cubrir mediante un solo contrato o póliza de seguro a múltiples asegurados.

El seguro colectivo puede ser con contribución o sin contribución de prima de los asegurados. En el seguro colectivo con contribución de prima de los asegurados, estos pueden contribuir con todo o parte de la prima.

El tomador del seguro colectivo solamente podrá reportar al asegurador las inclusiones o exclusiones de los asegurados a la póliza colectiva, así como entregar a cada persona asegurada los certificados individuales de cobertura, por delegación de la persona asegurada. No podrá asumir obligaciones ni desarrollar actividades o funciones que impliquen intermediación de seguros o realización de negocios de seguros.

La entidad aseguradora o los intermediarios de seguro, según corresponda, deberán brindar a los integrantes del grupo asegurable y a la persona asegurada, la misma información que a los asegurados en los contratos de seguro individual, en iguales términos y condiciones. En especial, deberá informárseles acerca de las cláusulas de disputabilidad y de exclusiones de la póliza. El incumplimiento de este deber de información genera la ineficacia de la aplicación de dichas cláusulas

frente a la persona asegurada.

El asegurador se encuentra obligado a emitir y a entregar a cada persona asegurada los certificados individuales de cobertura relativos a la relación concreta establecida. La delegación de dicha obligación en un intermediario de seguros o en el tomador no lo exime de responsabilidad.

Las personas beneficiarias de un seguro colectivo tienen un derecho propio contra el asegurador desde que ocurre el evento previsto.

Los incumplimientos, los errores y las omisiones incurridos por el tomador, asegurador o por los intermediarios de seguros no son oponibles a la persona asegurada de buena fe.

Se faculta al Consejo Nacional de Supervisión del Sistema Financiero (Conassif) para que establezca y defina reglamentariamente los tipos, los ramos y las líneas de seguros que podrán contratarse bajo modalidad colectiva; el contenido mínimo de los contratos de seguros colectivos y de los certificados individuales de cobertura, plazos de emisión y de entrega de estos; el contenido, los términos, las condiciones y las formalidades de los deberes de información; incumplimientos, errores y omisiones incurridos por el tomador, asegurador o por los intermediarios de seguros.

ARTÍCULO 8.- Elementos esenciales del contrato de seguro

Son elementos esenciales del contrato de seguro:

- a) El consentimiento de las partes.
- b) El interés asegurable presente o futuro.
- c) El riesgo asegurable.
- d) La prima del seguro o el procedimiento para determinarla.
- e) La obligación del asegurador.

Será absolutamente nulo el contrato de seguro que carezca de alguno de estos elementos esenciales.

ARTÍCULO 9.- Interés asegurable

Para contratar un seguro el contratante debe tener un interés lícito en que no ocurra el siniestro.

En los seguros de daños se considera interés asegurable el interés económico que la persona asegurada debe tener en la conservación del bien objeto del seguro o de la integridad patrimonial de la persona

asegurada. Si el interés de la persona asegurada se limita a una parte de la cosa asegurada su derecho se limitará únicamente a la parte de su interés. Cuando la persona asegurada no tenga interés asegurable al momento de contratar el seguro podrá hacerlo válidamente sujeto a la condición suspensiva que, en el plazo convenido por las partes, adquiera tal interés asegurable.

En los seguros de personas existirá interés asegurable cuando el tomador asegure:

- a)** Su propia vida.

- b)** Las personas a quienes legalmente puede reclamar alimentos o protección o a quienes puedan reclamar de él alimentos o protección.

- c)** Las personas cuya muerte o incapacidad puede ocasionarle un daño económico directo.

- d)** Las personas con quienes mantenga un lazo afectivo que, de común acuerdo entre las partes, justifique el aseguramiento.

- e)** A sus trabajadores, en cuyo caso será la persona asegurada quien designe a la persona beneficiaria.

La desaparición del interés asegurable traerá como consecuencia la terminación del contrato de seguro, salvo pacto previo en contrario. La desaparición temporal del interés asegurable determina la suspensión temporal del contrato mientras perdure esa situación.

ARTÍCULO 10.- Condiciones generales, particulares y especiales

El contrato se regirá por las estipulaciones de la póliza respectiva, las disposiciones de la presente ley y de las leyes especiales, según corresponda.

Las condiciones generales, particulares y especiales del contrato de seguros se redactarán en forma clara y precisa, utilizando un lenguaje sencillo, destacando de modo especial las definiciones y las cláusulas limitativas de derechos de la persona asegurada y las exclusiones del contrato, siguiendo los lineamientos que al efecto emitirá el Conassif.

Prevalecerán las condiciones especiales y particulares sobre las generales.

ARTÍCULO 11.- Efectos de la nulidad de cláusulas contractuales

Declarada la nulidad de alguna cláusula de las condiciones generales de un contrato de seguros, por sentencia o laudo definitivos, será obligación del asegurador modificar los otros seguros que tengan cláusulas idénticas.

ARTÍCULO 12.- Deber de información previo a la celebración del contrato

Las entidades aseguradoras, así como las personas físicas o jurídicas que realicen actividades destinadas a la promoción, la oferta y, en general, los actos dirigidos a la celebración de un contrato de seguros, su renovación o modificación y el asesoramiento que se preste en relación con esas contrataciones, deberán informar por escrito al cliente, antes del perfeccionamiento del contrato de seguro, de acuerdo con las condiciones que defina el Conassif mediante reglamento, acerca de lo siguiente:

a) Información sobre el producto, incluyendo los riesgos asociados, los beneficios, las obligaciones y los cargos.

b) Explicación clara de las coberturas y exclusiones de la póliza.

c) Período de vigencia del seguro.

d) Procedimiento para el pago de la prima y el reclamo en caso de siniestro.

e) Causas de extinción del contrato.

f) Derecho de desistimiento del contrato, penalidades, plazo y procedimiento.

g) Derecho a recibir respuesta oportuna a todo reclamo, petición o solicitud que presenten, personalmente o por medio de su representante legal, ante una entidad aseguradora o ante las personas físicas o jurídicas que realicen actividades destinadas a la promoción, la oferta y, en general, los actos dirigidos a la celebración de un contrato de seguros, su renovación o modificación y el asesoramiento que se preste en relación con esas contrataciones, dentro de un plazo máximo de treinta días naturales.

h) Las empresas que conforman la red de proveedores de servicios auxiliares para las prestaciones por contratar. En el momento de requerir los servicios, el consumidor escogerá libremente entre los distintos proveedores que conformen la red.

Incurrirá en infracción muy grave quien incumpla el deber establecido en este artículo y será sancionado de conformidad con lo establecido por el artículo 37 de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros.

ARTÍCULO 13.- Plazo del contrato

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

ARTÍCULO 14.- Prórroga del contrato

El plazo del contrato podrá prorrogarse expresa o tácitamente. Cuando la prórroga sea tácita deberá estar establecida expresamente en el contrato y esta se entenderá hecha por un año. La prórroga del plazo no implicará un nuevo contrato.

No operará la prórroga tácita si una de las partes le notifica a la otra su decisión de no prorrogar el contrato, al menos con un mes de anticipación al vencimiento del plazo.

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

ARTÍCULO 15.- Período de cobertura

Los contratos de seguros podrán regular el período de cobertura del seguro bajo la base de la ocurrencia del siniestro o de la presentación del reclamo.

En el primer caso, el seguro cubrirá únicamente reclamos por siniestros acaecidos durante la vigencia de la póliza, aun si el reclamo se presenta después de vencida esta vigencia y de conformidad con lo

convenido por las partes.

En el segundo caso, el seguro solo cubrirá los reclamos que presente la persona asegurada al asegurador dentro de la vigencia de la póliza, siempre y cuando el siniestro haya acaecido durante la vigencia del contrato o después de la fecha retroactiva si esta se hubiera pactado por las partes.

La póliza deberá indicar cuál período de cobertura aplica al caso respectivo. En caso de duda se aplicará el período de cobertura que mejor convenga a la persona asegurada.

ARTÍCULO 16.- Terminación anticipada del contrato

Durante la vigencia del contrato la persona asegurada podrá darlo por terminado en forma anticipada, sin responsabilidad, dando aviso a la otra parte al menos con un mes de anticipación. En cualquier caso, el asegurador tendrá derecho a conservar la prima devengada por el plazo transcurrido y deberá rembolsar a la persona asegurada la prima no devengada.

La terminación anticipada del contrato se efectuará sin perjuicio del derecho de la persona asegurada a indemnizaciones por siniestros ocurridos con anterioridad a la fecha de terminación anticipada.

En el caso de los seguros de gastos médicos, sobre la vida, así como las demás líneas que el Conassif determine reglamentariamente, el asegurador, unilateralmente, no podrá dar por terminado de forma

anticipada el contrato, salvo en los supuestos previstos por esta ley.

ARTÍCULO 17.- Plazo de prescripción

Los derechos derivados de un contrato de seguro prescriben en un plazo de cuatro años, contado a partir del momento en que esos derechos sean exigibles a favor de la parte que los invoca.

SECCIÓN II

PÓLIZA DE SEGURO

ARTÍCULO 18.- Formalidades y entrega

El contrato, sus modificaciones o adiciones deberán ser formalizados por escrito en idioma español y lo acreditará la póliza respectiva. El asegurador está obligado a entregar a la persona asegurada la póliza o sus adiciones dentro de los diez días hábiles siguientes a la aceptación del riesgo o la modificación de la póliza. Cuando el asegurador acepte un riesgo que revista una especial complejidad podrá entregar la póliza en un plazo mayor, previamente convenido con la persona asegurada, siempre y cuando entregue un documento provisional

de cobertura dentro de los diez días hábiles indicados.

Si el asegurador no entrega la póliza a la persona asegurada será prueba suficiente, para demostrar la existencia del contrato, el recibo de pago de la prima o el documento provisional de cobertura. De igual manera, se tendrán como condiciones generales acordadas las contenidas en los modelos de póliza registrados por el asegurador en la Superintendencia para el mismo ramo, cobertura y modalidad del contrato, según la prima que se haya pagado. Si hubiera varias pólizas de ese asegurador a las que esa prima sea aplicable se entenderá que el contrato corresponde a la que sea más favorable para la persona asegurada.

El asegurador tendrá la obligación de expedir, a solicitud y por cuenta de la persona asegurada, en forma inmediata el duplicado de la póliza, así como las declaraciones hechas en la propuesta o solicitud de seguro.

ARTÍCULO 19.- Clases de pólizas

Las pólizas podrán ser nominativas, a la orden o al portador, salvo en los seguros de personas que deben ser nominativas.

ARTÍCULO 20.- Contenido mínimo

El asegurador deberá observar que la póliza contenga, como mínimo, lo siguiente:

a) Nombre, apellidos o denominación social, número de identificación y domicilios de las partes contratantes, así como la designación de la persona asegurada y beneficiaria en su caso o la forma de determinarlos si no estuvieran desde el inicio. En cuanto al número de identificación, deberá consignarse el número de cédula de identidad, si se trata de personas físicas nacionales. Si se trata de personas físicas extranjeras, documento migratorio emitido por autoridad competente costarricense o pasaporte en vigor. Para personas jurídicas, el número de cédula jurídica otorgado por la sección correspondiente del Registro Nacional.

b) Un lugar y/o apartado postal, fax, correo electrónico o cualquier otro medio que permita y garantice la seguridad del acto de comunicación, fijado por la persona asegurada y el asegurador para recibir las notificaciones o comunicaciones establecidas en esta ley. En caso de que alguno no haya fijado un lugar y/o medio para las notificaciones y comunicaciones, se procederá de conformidad con lo establecido en la Ley N.º 8687, Notificaciones Judiciales, de 4 de diciembre de 2008, y demás legislación aplicable.

c) Si se asegura por cuenta propia o a favor de un tercero.

d) Clase de seguro, riesgo asegurado y coberturas por las que se efectúa el seguro.

e) En su caso, designación y descripción de los objetos asegurados y su ubicación.

f) Montos asegurados o modo de precisarlos.

g) Importe o forma de determinarlo, vencimiento, lugar y forma de pago de las primas.

h) Duración del contrato, con expresión del día y la hora en que comienzan y terminan sus efectos.

i) Las condiciones generales, particulares y especiales que conforman el contrato.

j) Nombre de los intermediarios en caso de que intervenga alguno en el contrato.

k) Firma del representante legal de la entidad aseguradora.

l) Las cláusulas tipo obligatorias que establezca el Conassif para protección y claridad de información a la persona asegurada.

m) Cualquier otra cláusula, dato o información relevante.

ARTÍCULO 21.- Protección de datos

La información que en virtud de la suscripción de contratos privados de seguros obtengan las entidades aseguradoras queda tutelada por el derecho a la intimidad y confidencialidad. Las entidades aseguradoras, sus subsidiarias, sus proveedores de servicios auxiliares, empresas subcontratadas, y su personal, tanto directivo como de planta, estarán obligados a guardar el deber de confidencialidad de la información frente a su cliente y solo quedará liberada de este deber mediante convenio escrito, diferente del contrato de seguro, donde se expresen los fines de levantamiento de la confidencialidad y el alcance de diseminación de los datos. En igual sentido, quedan obligados los intermediarios de seguros, así como las personas físicas o jurídicas que realicen actividades destinadas a la promoción, la oferta y, en general, los actos dirigidos a la celebración de un contrato de seguros, su renovación o modificación y el asesoramiento que se preste en relación con esas contrataciones.

La inobservancia comprobada de este deber constituirá infracción muy grave, sancionable de conformidad con lo establecido por el artículo 37 de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros.

Quedan a salvo del deber de confidencialidad los datos que sea necesario exponer ante cualquier autoridad competente. Queda prohibida la divulgación de datos no relacionados directamente con el conflicto.

La violación del derecho de confidencialidad será causa suficiente para que el propietario de los datos tenga derecho a ser resarcido por los daños y perjuicios que se le hubieran provocado, sin perjuicio de cualquier otra acción legal que corresponda.

ARTÍCULO 22.- Documentos de la póliza

Forman parte integrante de la póliza la solicitud de seguro firmada por el tomador o la persona asegurada, según corresponda, la propuesta de seguro aceptada por el tomador o la persona asegurada, según corresponda y los documentos que las complementen. También formarán parte otras solicitudes o propuestas que se presenten luego de emitido el seguro y las adendas que modifiquen el contrato.

ARTÍCULO 23.- Rectificación de la póliza

Si el contenido de la póliza difiere de la solicitud o propuesta de seguro, prevalecerá la póliza. No obstante, la persona asegurada tendrá un plazo de treinta días naturales a partir de la entrega de la póliza para solicitar la rectificación de las cláusulas respectivas. En este caso, las cláusulas sobre las que no se ha solicitado rectificación serán válidas y eficaces desde la fecha de emisión de la póliza.

Transcurrido el plazo a que se refiere el párrafo anterior, caducará el derecho de la persona asegurada de solicitar la rectificación de la póliza.

La posibilidad de solicitar rectificación deberá insertarse en las condiciones generales de toda póliza.

ARTÍCULO 24.- Perfeccionamiento del contrato

La solicitud de seguro que cumpla con todos los requerimientos del asegurador deberá ser aceptada o rechazada por este dentro de un plazo máximo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha de su recibo. Si el asegurador no se pronuncia dentro del plazo establecido, la solicitud de seguro se entenderá aceptada a favor del solicitante. En casos de complejidad excepcional, así determinados en el reglamento de la presente ley, el asegurador deberá indicar al solicitante la fecha posterior en que se pronunciará, la cual no podrá exceder de dos meses.

La solicitud de seguro no obliga al solicitante sino hasta el momento en que se perfecciona el contrato con la aceptación del asegurador. A la solicitud de seguro se aplicará lo establecido en los artículos 1009 y 1010 del Código Civil.

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

En los casos de pólizas autoexpedibles o preacordadas la simple aceptación del tomador perfecciona el contrato.

Se admite el acuerdo de las partes para retrotraer en el tiempo los efectos del contrato.

Lo anterior será aplicable a las modificaciones hechas a pólizas vigentes, según corresponda.

ARTÍCULO 25.- Traspaso de la póliza

Las pólizas al portador se transmiten por simple tradición. Las pólizas a la orden se transmiten por endoso nominativo o endoso en blanco. Las pólizas nominativas se transmiten por endoso nominativo salvo las que se refieren a seguros de personas, que son intransferibles.

Sin perjuicio de la posibilidad de transmisión de la póliza, la persona asegurada podrá ceder a un tercero uno o más de los derechos a su favor contenidos en la póliza.

En el caso de las pólizas nominativas y a la orden, el traspaso deberá ser comunicado al asegurador en un plazo máximo de quince días hábiles desde la fecha en que este se verifique. Si el traspaso implica una agravación del riesgo se aplicará lo dispuesto en los artículos 52 y siguientes de esta ley. La falta de comunicación dará derecho al asegurador a dar por terminado el contrato.

ARTÍCULO 26.- Transmisión mortis causa

Cuando se trate de contratos de seguro que por su naturaleza no se extingan con la muerte de la persona asegurada se mantendrán subsistentes a nombre de la sucesión. Quedará a cargo de esta el

cumplimiento de las obligaciones pendientes en el momento de la muerte y durante la vigencia del contrato a futuro. En estos casos, la sucesión deberá comunicar el deceso al asegurador dentro de los quince días hábiles siguientes a su apertura.

Quince días naturales después de que quede firme la resolución que apruebe la cuenta partición, los herederos o legatarios que pasen a ser dueños de los bienes asegurados deberán proceder según el párrafo tercero del artículo 25.

ARTÍCULO 27.- Transmisión por procesos concursales

En caso de que se produzca la transmisión del seguro como consecuencia de resolución firme dictada en un proceso concursal, en lo que sea aplicable, se estará a lo previsto en el artículo anterior.

ARTÍCULO 28. Traslado de contrato a otro asegurador

Sin perjuicio de lo establecido por la legislación respecto del traspaso de carteras entre aseguradoras, la persona asegurada tendrá derecho a trasladar de una empresa regulada a otra, cuando estas estén de acuerdo, aquellos contratos de seguros en los que exista como requisito para la eficacia de la cobertura el transcurso de un plazo de carencia. En caso de traslado, la empresa aseguradora de origen trasladará a la nueva

aseguradora las primas no devengadas. El nuevo asegurador no debe soportar las normas del contrato de origen y regirán las del nuevo contrato.

ARTÍCULO 29.- Oposición de excepciones

El asegurador tendrá derecho de oponer al cesionario, endosatario o nueva persona asegurada, todas las excepciones que tenga contra la persona asegurada derivadas del contrato original.

ARTÍCULO 30.- Responsabilidad solidaria

Ante la transmisión de la póliza, por cualquier causa, el transmitente y el adquirente serán solidariamente responsables frente al asegurador del pago de las primas adeudadas con anterioridad al traspaso y cualquier obligación que corresponda.

SECCIÓN III

DECLARACIONES PARA LA VALORACIÓN DEL RIESGO

ARTÍCULO 31.- Obligación de declarar el riesgo

El tomador está obligado a declarar al asegurador todos los hechos y las circunstancias por él conocidas y que razonablemente pueda considerar relevantes en la valoración del riesgo. Quedará relevado de esta obligación cuando el asegurador conozca o debiera razonablemente conocer la situación.

ARTÍCULO 32. Reticencia o falsedad en la declaración del riesgo

La reticencia o falsedad intencional por parte del tomador, sobre hechos o circunstancias que conocidos por el asegurador hubieran influido para que el contrato no se celebrara o se hiciera bajo otras condiciones, producirán la nulidad relativa o absoluta del contrato, según corresponda. La declaración se considerará reticente cuando la circunstancia influyente sobre el riesgo es omitida, declarada en forma incompleta, inexacta, confusa o usando palabras de equívoco significado. La declaración será falsa cuando la circunstancia es declarada de un modo que no corresponde a la realidad. El asegurador podrá retener las primas pagadas hasta el momento en que tuvo conocimiento del vicio.

Si la omisión o inexactitud no son intencionales se procederá conforme a las siguientes posibilidades:

- a) El asegurador tendrá un mes a partir de que conoció la

situación para proponer al tomador la modificación del contrato, la cual será efectiva a partir del momento en que se conoció el vicio. Si la propuesta no es aceptada en el plazo de quince días hábiles después de la notificación, el asegurador, dentro de los siguientes quince días hábiles, podrá dar por terminado el contrato conservando la prima devengada al momento que se notifique la decisión.

b) Si el asegurador demuestra que de conocer la condición real del riesgo no lo hubiera asegurado podrá rescindir el contrato, en el plazo de un mes desde que conoció el vicio, devolviendo al tomador la prima no devengada al momento de la rescisión.

c) El derecho del asegurador de proceder conforme a los incisos a) y b) caducará una vez transcurridos los plazos señalados y quedará convalidado el vicio.

ARTÍCULO 33.- Efecto del siniestro

Si un siniestro ocurre antes de la modificación o rescisión del contrato, el asegurador deberá rendir la prestación debida cuando el vicio no pueda reprocharse al tomador. En caso de que la reticencia o inexactitud sea atribuible al tomador, el asegurador estará obligado a brindar la prestación proporcional que le correspondería en relación con la prima pagada y aquella que debió haberse pagado si el riesgo hubiera sido correctamente declarado. Si el asegurador demuestra que de conocer la condición real del riesgo no hubiera consentido el seguro, quedará liberado de su prestación y retendrá las primas pagadas o reintegrará las no devengadas, según el vicio sea o no atribuible a la persona asegurada respectivamente.

SECCIÓN IV

PRIMA

ARTÍCULO 34.- La prima

Independientemente de su denominación y forma de pago, la prima es el precio que debe satisfacer el tomador al asegurador, como contraprestación por la cobertura de riesgo que el asegurador asume.

El monto de la prima que cobre el asegurador deberá incluir todos los gastos, las comisiones, los costos, los márgenes y los aportes definidos por ley. El asegurador no podrá cobrar ninguna suma adicional a la prima, salvo tributos aplicables y demás gastos que hayan sido establecidos expresamente en la póliza.

ARTÍCULO 35.- Pago de la prima

La prima es debida por adelantado desde el perfeccionamiento del contrato y, en el caso de primas de pago fraccionado, en las fechas acordadas. Si las partes no pactan un pago fraccionado se entenderá que la prima cubre el plazo del contrato en su totalidad. Deberá ser pagada en dinero dentro de los diez días hábiles siguientes, salvo pacto en contrario en beneficio de la persona asegurada, excepto en el caso de los seguros autoexpedibles o con una duración menor a este plazo, en cuyo caso deberá cancelarse al momento de suscribirse el contrato.

La prima deberá ser pagada en el domicilio del asegurador, en el de sus representantes o intermediarios debidamente autorizados, salvo que las partes hubieran acordado otro lugar.

ARTÍCULO 36.- Fraccionamiento de la prima

Por acuerdo de las partes, la prima podrá ser de pago fraccionado. En tal caso, cada pago fraccionado deberá realizarse dentro de los primeros diez días hábiles siguientes a la fecha convenida. Las obligaciones del asegurador se mantendrán vigentes y efectivas durante ese período de gracia.

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:

a) 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.

b) 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.

ARTÍCULO 38.- Ajustes en la prima

Los ajustes de prima originados en modificaciones a las pólizas, según lo dispuesto en esta ley, deberán cancelarse en un término máximo de diez días naturales contados a partir de la fecha en que el asegurador acepte la modificación.

Si la modificación a la póliza origina devolución de prima, el asegurador deberá efectuarla en un plazo máximo de diez días hábiles, contado a partir de la solicitud.

ARTÍCULO 39.- Devengo de la prima en caso de pérdida total

En el momento en que el asegurador pague la indemnización correspondiente a pérdida total, se entenderá por devengada la prima correspondiente al resto del período con base en el cual fue calculada, salvo que el bien asegurado estuviera sobreasegurado. En este caso, el asegurador tendrá un máximo de diez días hábiles para devolver el dinero cobrado de más. Si se ha pactado el pago fraccionado de la prima, las fracciones no canceladas serán exigibles al momento de la indemnización. La persona asegurada podrá realizar el pago correspondiente en ese momento o, en su defecto, este se deducirá de la suma prevista para la indemnización.

SECCIÓN V

RIESGO Y SINIESTRO

ARTÍCULO 40.- Definición de riesgo y siniestro

Se denomina riesgo asegurable la posibilidad de que ocurra un evento futuro e incierto que no depende de la voluntad del asegurado. Los hechos ciertos y los físicamente imposibles, así como el juego y la apuesta no constituyen riesgos asegurables.

Se denomina siniestro la manifestación concreta del riesgo asegurado que hace exigible la obligación del asegurador.

ARTÍCULO 41.- Cesación del riesgo

El contrato se dará por terminado si el riesgo deja de existir después de su celebración. Sin embargo, al asegurador le corresponderán las primas devengadas hasta que la cesación del riesgo le sea comunicada o haya llegado a su conocimiento por cualquier otro medio.

Cuando los efectos del contrato deban comenzar en un momento posterior a su celebración y el riesgo hubiera cesado en ese intervalo, el asegurador tendrá derecho solamente al reembolso de los gastos incurridos.

ARTÍCULO 42.- Notificación del siniestro

El tomador del seguro, la persona asegurada o beneficiaria deberán

comunicar al asegurador, por el medio que hayan pactado, el acaecimiento del siniestro dentro del plazo máximo de siete días hábiles siguientes a la fecha en que lo haya conocido o debido conocer, salvo que se haya fijado en la póliza un plazo más amplio. El asegurador no podrá alegar el incumplimiento de la anterior obligación si ha conocido o debido conocer la ocurrencia del siniestro dentro de ese plazo.

El incumplimiento de los plazos establecidos en la póliza de seguros por parte del tomador del seguro, la persona asegurada o beneficiaria no conllevará efecto adverso alguno a sus intereses económicos derivados de su solicitud de indemnización, salvo el atraso en su gestión indemnizatoria. En todo caso, la pérdida del derecho a indemnización solo se producirá en el supuesto de que hubiera concurrido dolo o culpa grave.

El tomador del seguro, la persona asegurada o beneficiaria deberán dar al asegurador toda clase de información sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro.

ARTÍCULO 43.- Prueba del siniestro y deber de colaboración

La persona asegurada o el tomador de la póliza, según corresponda, deberán demostrar la ocurrencia del evento que constituya siniestro y la cuantía aproximada de la pérdida. Asimismo, deberán colaborar con el asegurador en la inspección y demás diligencias que requiera el procedimiento indemnizatorio. El incumplimiento demostrado de estas obligaciones que afecte, de forma significativa, la posibilidad del asegurador de constatar circunstancias relacionadas con el evento y estimar la pérdida liberará a este de su obligación de indemnizar.

El asegurador podrá demostrar la existencia de hechos o circunstancias que excluyen su responsabilidad o reducen la cuantía de la pérdida alegada por la persona asegurada o por el tomador de la póliza, según corresponda.

ARTÍCULO 44.- Disminución de las consecuencias del siniestro

La persona asegurada deberá emplear los medios razonables a su alcance para disminuir las consecuencias del siniestro, incluyendo la obligación de no desatender la cosa asegurada. El incumplimiento de esta obligación facultará al asegurador para reducir su prestación en proporción al daño que se pudo haber evitado. El asegurador quedará liberado de toda prestación derivada del siniestro si la persona asegurada incumpliera esta obligación con dolo o culpa grave.

ARTÍCULO 45.- Reconocimiento de gastos por disminución de las consecuencias del siniestro

El asegurador correrá con los gastos de disminución de las consecuencias del siniestro, originados en la obligación establecida en el artículo anterior, independientemente de que los resultados no sean efectivos. No obstante, la suma a reembolsar por estos gastos no podrá superar por sí sola el monto asegurado. En ningún caso se indemnizarán

los gastos que sean oportunos o desproporcionados, según se determine en el reglamento de la presente ley.

La participación de cualquiera de las partes en las labores de disminución de pérdidas y conservación no perjudicará sus derechos. Si la persona asegurada actuó siguiendo las instrucciones del asegurador, este último deberá reembolsar la totalidad de los gastos.

ARTÍCULO 46.- Provocación del siniestro

El asegurador queda liberado si la persona asegurada provoca el siniestro con dolo o culpa grave.

ARTÍCULO 47.- Declaraciones inexactas o fraudulentas

La obligación de indemnizar que tiene el asegurador se extinguirá si demuestra que la persona asegurada declaró, con dolo o culpa grave, en forma inexacta o fraudulenta hechos que de haber sido declarados correctamente podrían excluir, restringir o reducir esa obligación, lo anterior sin perjuicio de que la conducta de la persona asegurada configure el delito de simulación.

ARTÍCULO 48.- Obligación de resolver reclamos y de indemnizar

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.

Cuando corresponda el pago o la ejecución de la prestación, esta deberá efectuarse dentro de un plazo máximo de treinta días naturales, contado a partir de la notificación de la aceptación del reclamo.

Si el asegurador incurriera en mora en el pago de la indemnización o en la reparación o reposición del objeto siniestrado, no obstante entenderse válidas las cláusulas contractuales que sean más beneficiosas para la persona asegurada, el atraso en el pago o la ejecución de la prestación convenida generará la obligación del asegurador de pagar a la persona asegurada o beneficiaria, según corresponda, los daños y perjuicios respectivos, que para el caso específico de mora en el pago de la indemnización consistirá en el pago de intereses moratorios legales, conforme a lo establecido por el artículo 497 del Código de Comercio, sobre la suma principal adeudada. Es nulo el convenio que exonere al asegurador de la responsabilidad por su mora.

El asegurador deberá cumplir con el pago del monto de la indemnización o la ejecución de la prestación por él reconocida en los plazos aquí estipulados, aun en caso de existir desacuerdo sobre el monto de la indemnización o de la ejecución de la prestación prometida, sin perjuicio de que se realice una tasación o de que la persona asegurada reclame la suma adicional en disputa por la vía que corresponda. El asegurador deberá hacer constar en el documento o recibo de pago correspondiente, cuál es el monto o prestación sobre la que no hay

acuerdo o asegurada.

ARTÍCULO 49.- Derecho de subrogación

El asegurador que pague una indemnización se subrogará, de pleno derecho y hasta el monto de su importe, en los derechos de la persona asegurada contra las personas responsables del siniestro. En este caso, el tercero podrá oponer al asegurador las mismas excepciones que pudieran hacer valer contra la persona asegurada.

El asegurador no podrá valerse de la subrogación en perjuicio de la persona asegurada. Esta prohibición se extenderá a las personas que las partes acuerden expresamente, así como a aquellas con quienes la persona asegurada tenga relación conyugal, de parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado inclusive, salvo que medie dolo o culpa grave.

La subrogación no aplicará en los seguros de personas a excepción de aquellos en que los pagos realizados por el asegurador tengan un carácter indemnizatorio.

ARTÍCULO 50.- Pérdida de indemnización por renuncia a derechos

Perderá el derecho a la indemnización la persona asegurada que renuncie, total o parcialmente, a los derechos que tenga contra los terceros responsables del siniestro sin el consentimiento del asegurador.

ARTÍCULO 51.- Cooperación de la persona asegurada en caso de subrogación

La persona asegurada deberá realizar todo lo que esté razonablemente a su alcance para permitirle al asegurador el ejercicio de los derechos derivados de la subrogación. El incumplimiento de este deber se sancionará con el pago de los daños y perjuicios ocasionados.

SECCIÓN VI

AGRAVACIÓN Y DISMINUCIÓN DEL RIESGO

ARTÍCULO 52.- Agravación del riesgo

La persona asegurada está obligado a velar por que el estado del riesgo no se agrave. También, deberá notificar por escrito al asegurador aquellos hechos, posteriores a la celebración del contrato, que sean desconocidos por el asegurador e impliquen razonablemente una agravación del riesgo. Dicha agravación deberá ser tal que el asegurador, de haberla conocido al momento del perfeccionamiento del contrato, no

habría asegurado el riesgo o lo habría hecho en condiciones sustancialmente distintas. Este principio no aplica en los seguros de vida y gastos médicos.

ARTÍCULO 53.- Plazo para notificar la agravación

La notificación se hará al menos con diez días hábiles de antelación a la fecha en que se inicie la agravación del riesgo, si esta depende de la voluntad del asegurado.

Si la agravación no depende de la voluntad del asegurado, este deberá notificarla al asegurador dentro de los cinco días hábiles siguientes al momento en que tuvo o debió tener razonablemente conocimiento de esta.

ARTÍCULO 54.- Modificación del contrato por agravación

Notificada la agravación del riesgo en los términos del artículo anterior, o adquirido de otra forma el conocimiento de la situación de agravación del riesgo por parte del asegurador, se procederá de la siguiente manera:

- a) A partir del recibo de la comunicación o puesta en conocimiento,

el asegurador contará con un mes para proponer la modificación de las condiciones de la póliza. Asimismo, el asegurador podrá rescindir el contrato si demuestra que las nuevas condiciones del riesgo hubieran impedido su celebración. La modificación propuesta tendrá efecto al momento de su comunicación a la persona asegurada cuando fuera aceptada por este.

b) El asegurador podrá rescindir el contrato si en el plazo de diez días hábiles, contado a partir del recibo de la propuesta de modificación, la persona asegurada no la acepta.

c) El asegurador podrá rescindir, conforme a los dos incisos anteriores, el contrato solo en cuanto al interés o persona afectados si el contrato comprende pluralidad de intereses o de personas y la agravación solo afecta alguno de ellos. En este caso, la persona asegurada podrá rescindirlo en lo restante en el plazo de quince días hábiles.

d) En caso de que sobrevenga el siniestro cubierto antes de la aceptación de la propuesta o de la comunicación a la persona asegurada de la rescisión del contrato, el asegurador deberá cumplir la prestación convenida.

El asegurador que no ejerza los derechos establecidos en los incisos a) y b) en los plazos mencionados no podrá argumentar, en adelante, la agravación del riesgo en su beneficio. En todos los casos de rescisión corresponderá a la persona asegurada la restitución de la prima no devengada una vez deducidos los gastos administrativos.

ARTÍCULO 55.- Falta de notificación

El incumplimiento por parte de la persona asegurada de lo dispuesto en el artículo 53 dará derecho al asegurador a dar por terminado el

contrato. La terminación del contrato surtirá efecto al momento de recibida, por parte de la persona asegurada, la comunicación del asegurador.

En caso de ocurrir un siniestro sin que la persona asegurada hubiera comunicado la agravación del riesgo, el asegurador podrá reducir la indemnización en forma proporcional a la prima que debió haberse cobrado. En caso de que se demuestre que las nuevas condiciones hubieran impedido el aseguramiento quedará liberado de su obligación y restituirá las primas no devengadas. Cuando la persona asegurada omita la notificación con dolo o culpa grave, el asegurador podrá retener la prima no devengada y quedará liberado de su obligación.

ARTÍCULO 56.- Disminución del riesgo

En caso de disminución del riesgo, el asegurador deberá reducir la prima estipulada, según la tarifa correspondiente, y devolver a la persona asegurada el exceso de prima pagado y no devengado. Dicha devolución deberá darse en un plazo de diez días hábiles a partir del momento en que la persona asegurada le notifique esta circunstancia o el asegurador tenga conocimiento de ella. Si el asegurador incurriera en mora en la devolución deberá pagar a la persona asegurada o beneficiaria, según corresponda, a título de daños y perjuicios, intereses moratorios legales, conforme a lo establecido por el artículo 497 del Código de Comercio, sobre la suma pendiente de devolver. Este principio no aplica en los seguros de vida y gastos médicos.

SECCIÓN VII

PLURALIDAD DE SEGUROS

ARTÍCULO 57.- Existencia de pluralidad de seguros

Se entenderá como pluralidad de seguros cuando un mismo asegurado, mediante dos o más contratos de seguro, pacte con uno o más aseguradores la cobertura de un mismo riesgo, sobre un mismo interés y que coincida en un determinado período de tiempo.

A excepción del deber de notificación, las normas sobre pluralidad de seguros no serán aplicables a los seguros de personas, salvo que estos tengan carácter indemnizatorio.

ARTÍCULO 58.- Deber de notificación

Cuando la condición de pluralidad exista de previo o como consecuencia de la suscripción de un nuevo contrato con las condiciones indicadas en el artículo precedente, la persona que solicite el seguro deberá advertirlo al asegurador en su solicitud.

Suscrito el contrato, la persona asegurada tendrá la obligación de notificar, por escrito, a cada uno de los aseguradores los otros contratos celebrados. Deberá indicar, dentro de los cinco días hábiles siguientes a la celebración del nuevo contrato, el nombre del asegurador, la cobertura, la vigencia y la suma asegurada.

Si, por incumplimiento del deber de notificar referido, algún asegurador paga a la persona asegurada una indemnización mayor a la que le correspondería, de conformidad con esta ley, se considerará que el pago fue indebido pudiendo el asegurador recuperar lo pagado en exceso. La persona asegurada, además de su obligación de reintegro el día hábil siguiente al que fue requerido, deberá reconocerle al asegurador los intereses generados desde la fecha del pago en exceso hasta la fecha de efectivo reintegro, se aplicará la tasa de interés legal.

ARTÍCULO 59.- Responsabilidad de los aseguradores

En los contratos se podrá estipular que el seguro responda:

- a) Subsidiariamente.
- b) En exceso de una suma determinada.
- c) En forma proporcional al monto asegurado en relación con el monto total asegurado por todos los seguros.

Cuando no se hubieran convenido las condiciones anteriores, o en caso de conflicto entre diferentes contratos que impida una indemnización íntegra a la persona asegurada, se entenderá entonces que los aseguradores involucrados en el conflicto responderán en forma proporcional independientemente de lo establecido en sus pólizas.

Si un asegurador paga a la persona asegurada una indemnización mayor a la que le correspondía de conformidad con esta ley, se entenderá que pagó el monto en exceso en nombre de los otros aseguradores y podrá recuperar esa suma en aplicación de las reglas de pago con subrogación reguladas en el Código Civil. En caso de que los otros aseguradores hubieran cumplido con su prestación de forma correcta, el que pagó en exceso podrá recuperar el pago en contra del asegurado.

ARTÍCULO 60.- Ignorancia de otros contratos

Si la persona asegurada celebra un contrato sin conocer la existencia de otros anteriores, siempre que no hubiera ocurrido un siniestro, podrá solicitar la terminación del más reciente o la reducción de la suma asegurada al monto no cubierto por los anteriores contratos con el respectivo ajuste de la prima.

En el evento de que los contratos fueran celebrados simultáneamente, la persona asegurada podrá solicitar la reducción de las sumas aseguradas en forma proporcional entre todos los seguros o la terminación de alguno de los contratos.

ARTÍCULO 61.- Contratos de mala fe

Los aseguradores darán por terminados los contratos, liberándose de toda obligación, si la persona asegurada celebra dos o más contratos de seguros con la intención de obtener un enriquecimiento indebido. Los aseguradores tendrán derecho a percibir la prima no devengada sin perjuicio del reclamo por otros daños o perjuicios generados.

CAPÍTULO II

SEGUROS DE DAÑOS

SECCIÓN I

DISPOSICIONES GENERALES

ARTÍCULO 62.- Concepto y objeto

Los seguros de daños son los que cubren los riesgos que pudieran causar una pérdida en el patrimonio de la persona asegurada.

Los seguros de daños son los contratos de mera indemnización y no pueden constituir para la persona asegurada o beneficiaria fuente de enriquecimiento sin causa.

La indemnización podrá comprender a la vez el daño emergente y el lucro cesante, pero este deberá ser objeto de acuerdo expreso entre las partes, en el que se establezcan claramente los parámetros o la metodología que se utilice para determinar la suma a indemnizar.

ARTÍCULO 63.- Valor asegurado

En los seguros de daños el interés asegurable debe ser susceptible de cuantificarse en dinero.

Las partes podrán pactar que el valor asegurado se calcule con base en el valor en libros de la cosa asegurada, el valor de su reposición o reconstrucción, el valor de mercado, el costo de fabricación en caso de ser producida, o el precio de adquisición en caso de ser comprada. Igualmente, podrán pactar expresamente el valor que atribuyen al interés asegurado.

ARTÍCULO 64.- Principio y límite indemnizatorio

Los seguros de daños son contratos de mera indemnización y no podrán ser objeto de enriquecimiento para la persona asegurada.

La indemnización a que está obligado el asegurador, salvo pacto en contrario, no podrá exceder del valor real del interés objeto de contrato al momento del siniestro o el monto efectivo del perjuicio patrimonial sufrido. En todo caso, no podrá exceder la suma máxima asegurada.

ARTÍCULO 65.- Concurrencia de intereses

Sobre una misma cosa podrán concurrir intereses distintos, todos los cuales son asegurables, simultánea o sucesivamente, hasta por el valor de cada uno de ellos. En caso de producirse el siniestro, la indemnización se realizará de conformidad con el artículo anterior.

ARTÍCULO 66.- Infraseguro

Si el valor asegurado es inferior al valor del interés asegurable, solo se indemnizará el daño en la proporción que resulte de ambos valores, salvo que las partes establezcan lo contrario.

ARTÍCULO 67.- Sobreseguro

Si el valor asegurado excede el valor real del bien asegurado, cualquiera de las partes podrá exigir la reducción de la suma asegurada y de la prima correspondiente. En este caso, el asegurador deberá restituir el exceso de las primas percibidas. Si se produjera el siniestro, el

asegurador solo estará obligado a indemnizar la pérdida efectivamente sufrida.

El contrato será nulo si se celebró con la intención de enriquecerse indebidamente con el excedente asegurado, en cuyo caso el asegurador retendrá la prima percibida.

ARTÍCULO 68.- Cláusulas sobre participación en la pérdida

Las cláusulas según las cuales la persona asegurada deba participar en una parte de la pérdida permiten al asegurado, cumpliendo las obligaciones de información establecidas sobre la pluralidad de seguros, protegerse respecto de tal participación mediante la contratación de un seguro adicional.

ARTÍCULO 69.- Vicio propio de la cosa asegurada

El asegurador no responderá por los daños provenientes del vicio propio de la cosa asegurada, salvo que las partes establezcan lo contrario.

Se entiende por vicio propio la causa de destrucción, deterioro o desgaste que llevan en sí las cosas por su propia naturaleza o destino, aunque se

les suponga de la mejor calidad en su especie.

ARTÍCULO 70.- Destrucción de la cosa asegurada

Si la cosa asegurada se destruye por hecho o causa extraños al riesgo asumido por el asegurador se producirá la terminación anticipada del contrato. El asegurador tendrá la obligación de devolver la prima no devengada en un plazo máximo de quince días naturales a partir de que se le haya notificado el evento.

Si la destrucción es parcial el contrato se ajustará en ese sentido. La persona asegurada tendrá derecho a la devolución de la prima proporcional dentro del plazo señalado en el párrafo anterior a partir de la modificación del contrato.

ARTÍCULO 71.- Forma de pago de la indemnización

La indemnización se pagará en dinero o mediante la reposición, reparación o reconstrucción de la cosa asegurada, si así se hubiera convenido.

ARTÍCULO 72.- Abandono

No podrá hacerse dejación total o parcial de los bienes asegurados y siniestrados a favor del asegurador a menos que las partes lo convengan expresamente. En caso de incumplimiento de lo anterior, el asegurador no estará obligado a cancelar las sumas correspondientes al salvamento.

En los seguros de automóviles en que sea declarada la pérdida total del vehículo y la aseguradora otorgue un valor de salvamento al automóvil siniestrado, la persona asegurada tendrá el derecho de elegir si acepta ese valor de salvamento o si deja el automóvil siniestrado a la aseguradora, de tal forma que no se le deduzca el valor de salvamento en la indemnización.

ARTÍCULO 73.- Valoración

Las partes podrán convenir que se practique una valoración o tasación si hubiera desacuerdo respecto del valor del bien o el monto de la pérdida, al momento de ocurrir el siniestro. La valoración podrá efectuarse por uno o más peritos, según lo convengan las partes.

Los honorarios de los peritos se pagarán según lo acordado por las partes. A falta de acuerdo se estará a lo dispuesto en el Código Procesal Civil sobre el particular.

En caso de no haber interés o no existir acuerdo respecto de la realización de la valoración, las partes podrán acudir a los medios de solución que plantea el ordenamiento jurídico.

El contenido de este artículo deberá ser incorporado a la póliza y aplica para los contratos de seguros generales y personales.

SECCIÓN II

SEGURO DE INCENDIO

ARTÍCULO 74.- Daño indemnizable

El asegurador indemnizará el daño material a las cosas aseguradas cuando hayan sido causado por la acción directa o indirecta del fuego hostil o del rayo y sus efectos inmediatos como el calor y el humo. También cubrirá los daños que sean consecuencia de las medidas adoptadas para extinguirlo, para evitar la propagación del incendio, para salvar los bienes asegurados, las de evacuación, demolición u otras análogas, así como los bienes asegurados que se hurten durante el incendio. El riesgo de explosión y el de incendio derivado de explosión, huracán, terremoto y eventos similares, así como el lucro cesante y cualesquiera otras pérdidas consecuenciales e indirectas que la persona asegurada demuestre no están cubiertos, salvo pacto en contrario.

ARTÍCULO 75.- Fuego hostil, incendio y fuego no hostil

Se considera fuego hostil aquel que es capaz de propagarse.

Se considera incendio la combustión y abrasamiento de un objeto u objetos que no estaban destinados a ser consumidos por un fuego hostil en el lugar y el momento en que este se produce.

Se considera fuego no hostil aquel que no puede propagarse.

ARTÍCULO 76.- Daños y pérdidas excluidas

a) Salvo pacto en contrario, el asegurador no responderá por lo siguiente:

i) Los daños provenientes de combustión espontánea.

ii) Los daños que cause el incendio en títulos valores de cualquier especie, efectos de comercio, billetes de banco, piedras y metales preciosos, objetos de arte, croquis, planos, objetos de colección, monedas o cualesquiera otros objetos de similar naturaleza que se hallen en el bien asegurado, aun cuando la persona asegurada pruebe su preexistencia o su destrucción, o deterioro por el siniestro.

iii) Los daños que se causen a los bienes de los vecinos de las cosas aseguradas.

iv) Los daños sufridos por los objetos asegurados fuera del lugar descrito en la póliza.

b) Bajo ninguna circunstancia el asegurador responderá por lo siguiente:

i) Los daños provocados por un incendio causado por dolo o culpa grave de la persona asegurada.

ii) Los daños causados por fuego no hostil, salvo acuerdo entre las partes.

SECCIÓN III

SEGURO DE TRANSPORTE

ARTÍCULO 77.- Riesgos cubiertos

El seguro de transporte comprenderá todos los riesgos inherentes al transporte de mercancías de cualquier naturaleza sea por agua, tierra o aire. Incluirá los daños a vehículos de transporte y la responsabilidad del transportista, ambos con ocasión de ese transporte, los daños a mercancías transportadas y el flete. El asegurador no está obligado a responder por los deterioros causados por el simple transcurso del

tiempo.

Salvo pacto en contrario, la cobertura del seguro de transporte comprenderá el depósito transitorio de los bienes asegurados y la inmovilización o cambio del medio de transporte durante el viaje, cuando se deba a incidencias propias del transporte.

ARTÍCULO 78.- Cobertura del contrato

La cobertura del contrato, salvo que las partes lo acuerden en forma distinta, se extenderá:

a) Para las mercancías aseguradas, desde que estas se entregan al porteador para su transporte en el punto de partida del viaje asegurado hasta que la mercancía asegurada se entrega al destinatario en el punto de destino final, siempre que la entrega se realice dentro del plazo previsto en la póliza. Esta responsabilidad podrá extenderse para cubrir la permanencia de los bienes asegurados en los lugares iniciales o finales del trayecto asegurado.

b) Para el caso de daños que las mercancías causen a terceros a raíz del evento en que esta resulte dañada o perdida, desde el momento en que comienza el viaje hasta su llegada al lugar de destino.

ARTÍCULO 79.- Seguro por tiempo o viaje

El seguro se puede convenir por tiempo o por viaje. En ambos casos el asegurador indemnizará el daño producido después del plazo de cobertura, si la prolongación del viaje o del tiempo de transporte obedece a un siniestro cubierto por el seguro.

ARTÍCULO 80.- Cambio de ruta

El asegurador no responderá por los daños en casos de cumplimiento anormal del transporte, trasbordo de mercancías o si se modifica la ruta de manera que incremente el riesgo cubierto. La anterior disposición no aplicará si el cambio de ruta fue realizado para evitar razonablemente que se produzca el siniestro cubierto o si el asegurador lo hubiera consentido expresamente.

ARTÍCULO 81.- Cambio de medio de transporte

El cambio de medio de transporte designado o el error en su designación, la alteración del itinerario o los plazos del viaje no afectarán el derecho de la persona asegurada a la indemnización por parte del asegurador. Sin embargo, si el cambio, error o alteración agravaran el riesgo, el transportista informará inmediatamente al asegurador. En tal caso, el asegurador podrá aplicar el ajuste de prima por agravación y no

podrá dar por terminado el contrato, salvo que demuestre que no hubiera asegurado el transporte. En lo no regulado expresamente en este artículo se estará a lo dispuesto en el artículo 52 y siguiente de esta ley.

ARTÍCULO 82.- Abandono en el seguro de transporte

En adición a las normas generales sobre abandono la persona asegurada también podrá abandonar las cosas aseguradas a favor del asegurador, cuando este así lo haya consentido en los casos en que el medio de transporte o la mercadería transportada se presuman perdidos o el primero quede imposibilitado para movilizarse.

El medio de transporte se presumirá perdido si transcurren treinta días naturales después del plazo normal para su arribo, sin que llegue a su destino o no se tengan noticias de él. Se entenderá que queda imposibilitado para movilizarse si el costo de su reparación asciende a una suma equivalente a tres cuartas partes de su valor real.

Si el abandono es aceptado por el asegurador, la propiedad de las cosas abandonadas se entenderá transferida al asegurador desde el momento de dicha aceptación o de conformidad con lo que al respecto se pacte en la póliza.

SECCIÓN IV

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL

ARTÍCULO 83.- Objeto del contrato

El seguro de responsabilidad civil impone al asegurador la obligación de responder de las indemnizaciones que deba pagar la persona asegurada a favor de terceros, por daños causados a la propiedad, por lesión o muerte.

Son asegurables tanto la responsabilidad contractual como la extracontractual, no así la responsabilidad derivada de dolo o culpa grave de la persona asegurada o de las personas por las que este responda civilmente.

El seguro de responsabilidad civil no cubre multas, penas u otras sanciones similares que se impongan en contra de la persona asegurada.

ARTÍCULO 84.- Dirección jurídica y conflicto de intereses

Corresponde al asegurador asumir la dirección jurídica en caso de reclamo, salvo que las partes acordaran algo distinto. La persona asegurada deberá prestar la colaboración que requiera el asegurador.

Cuando exista algún posible conflicto de intereses, el asegurador comunicará inmediatamente a la persona asegurada la existencia de esas

circunstancias y realizará las diligencias que resulten urgentes y necesarias para la defensa. La persona asegurada podrá optar por mantener la dirección jurídica a cargo del asegurador o por confiar la defensa a un tercero, en cuyo caso el asegurador correrá con los gastos, de conformidad con lo indicado en el artículo siguiente.

ARTÍCULO 85.- Gastos cubiertos

En todo caso, el seguro de responsabilidad civil cubre los gastos y las costas que genere el cobro judicial o extrajudicial que se promueva contra la persona asegurada. La póliza cubrirá las costas a que sea condenada la persona asegurada, aun si el reclamo del tercero es declarado sin lugar.

La suma que pague el asegurador, de conformidad con este artículo, se considerará parte del monto máximo asegurado por el contrato de seguro.

ARTÍCULO 86.- Notificación

La persona asegurada deberá notificar al asegurador sobre un hecho que origine su responsabilidad dentro de los cinco días hábiles siguientes a que le sea presentado el reclamo judicial o extrajudicialmente. La falta de notificación liberará al asegurador del pago de las indemnizaciones

debidas por este seguro.

ARTÍCULO 87.- Arreglos de pago

La persona asegurada no podrá realizar arreglos judiciales o extrajudiciales, adquirir compromisos, reconocer responsabilidad o celebrar transacciones o conciliaciones sin la anuencia previa y por escrito del asegurador.

El asegurador quedará liberado de su responsabilidad en caso de colusión en su contra por parte de la persona asegurada y el tercero.

El asegurador no se liberará cuando dentro del proceso la persona asegurada reconozca hechos de los que pueda derivarse su responsabilidad.

ARTÍCULO 88.- Acción contra el asegurador

El seguro de responsabilidad civil no otorga al tercero acción contra el asegurador. No obstante, este último podrá pagarle directamente a ese tercero las indemnizaciones correspondientes.

ARTÍCULO 89.- Pluralidad de terceros

En caso de existir pluralidad de terceros, el asegurador les pagará la indemnización a prorrata.

CAPÍTULO III

SEGUROS DE PERSONAS

SECCIÓN I

PRINCIPIOS COMUNES

ARTÍCULO 90.- Objeto del seguro de personas

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

Los seguros de personas pueden celebrarse con referencia a riesgos relativos a una persona o a un grupo de ellas. En este último caso, los integrantes del grupo deberán tener alguna característica particular en común de mayor relevancia que el simple propósito de asegurarse.

El solicitante deberá someterse a los exámenes médicos que razonablemente le sean requeridos por el asegurador. El costo de dichos exámenes, cuando no impliquen una particularidad especial, será a cargo del asegurador.

ARTÍCULO 91.- Indisputabilidad

Una vez transcurrido el plazo que indique la póliza, salvo cuando la persona asegurada hubiera actuado con dolo, el asegurador no podrá disputar la validez del contrato por reticencia o declaraciones inexactas. Dicho plazo no podrá ser superior a dos años a partir del perfeccionamiento del contrato.

Cuando la reticencia o las declaraciones inexactas se refieran a la edad de la persona asegurada, el asegurador podrá ajustar el contrato al estado real del riesgo.

También existirá indisputabilidad cuando una enfermedad preexistente no manifestada al perfeccionarse el contrato se manifieste después del período de disputabilidad.

ARTÍCULO 92.- Información genética

La información genética de la persona asegurada o su grupo familiar no podrá ser solicitada ni utilizada por el asegurador para efectos de considerar como riesgo enfermedades o dolencias que no se hayan manifestado o diagnosticado al momento del aseguramiento. En este sentido, se prohíbe utilizar dicha información para condicionar la suscripción o modificación de una póliza de seguros, aplicar aumentos o disminuciones de tarifas, exclusiones, límites de cobertura o cualquier restricción de beneficios de la póliza.

Se prohíbe al asegurador:

- a)** Requerir, durante el proceso de formalización o modificación del contrato, información de cualquier tipo sobre la condición genética del asegurado.
- b)** Interrumpir el proceso formativo del contrato cuando la persona asegurada se niegue a someterse a análisis genéticos o a revelar su condición genética.
- c)** Exigir la imposición de suplementos de prima explícitos o encubiertos cuando la persona asegurada se niegue a someterse a análisis genéticos o a revelar su condición genética.
- d)** Establecer exclusiones o límites de cobertura fundadas en el desconocimiento del riesgo genético del potencial tomador o persona asegurada.
- e)** Establecer la imposición de suplementos o reducciones de prima, sean explícitos o implícitos, o establecer exclusiones o límites de cobertura amparados en información genética de la persona asegurada o su grupo familiar.

La inobservancia comprobada de este artículo, por parte del asegurador, constituirá una falta muy grave, sancionable de conformidad con la Ley Reguladora del Mercado de Seguros.

SECCIÓN II

SEGUROS SOBRE LA VIDA

ARTÍCULO 93.- Objeto del contrato

El seguro sobre la vida impone al asegurador la obligación de pagar una suma de dinero con motivo de la eventual muerte o la sobrevivencia de la persona asegurada.

La prestación del asegurador deberá ser entregada a la persona beneficiaria, en cumplimiento del contrato, aun contra las reclamaciones de los acreedores del tomador del seguro. Sin embargo, tales acreedores podrán exigir a la persona beneficiaria el reembolso del importe de las primas abonadas por el contratante en fraude de sus derechos.

ARTÍCULO 94.- Seguros sobre la vida de un tercero

Para la validez de los seguros sobre la vida de un tercero se requiere el consentimiento escrito de la persona asegurada en la solicitud de seguro que presente al asegurador.

Si la persona asegurada es menor de edad será necesaria la autorización, por escrito, de sus padres o de quien legalmente lo represente o tenga su tutela.

ARTÍCULO 95.- Designación de la persona beneficiaria

La designación, revocación y sustitución de la persona beneficiaria puede ser hecha solo por la persona asegurada, quien no podrá transferir ni delegar este derecho ni siquiera al tomador del seguro. La persona asegurada podrá renunciar al derecho de revocar y sustituir a la persona beneficiaria en cualquier momento y de forma permanente o sujeto al cumplimiento de una condición resolutoria, siempre y cuando esta sea de forma expresa y por escrito.

La revocación o sustitución de la persona beneficiaria surtirá efectos a partir de que se haga de conocimiento del asegurador. El pago hecho por el asegurador a una persona beneficiaria, antes de ser informado de la sustitución o revocación, lo libera de las obligaciones correspondientes.

Cuando no se designe persona beneficiaria o la designación se torne ineficaz o el seguro quede sin beneficiario por cualquier causa, se considerarán personas beneficiarias a los herederos legales del asegurado establecidos en el procedimiento sucesorio correspondiente. En caso de que, en una póliza con varias personas beneficiarias, quede sin efecto la designación de uno o varios de ellos, acrecerá la proporción determinada

a favor de las demás personas beneficiarias.

ARTÍCULO 96.- Registro único de personas beneficiarias

La Superintendencia General de Seguros creará y mantendrá un registro de personas beneficiarias de pólizas de vida que permita a los ciudadanos consultar si son personas beneficiarias de una póliza suscrita a su favor por una persona fallecida. EL registro conservará los datos por un plazo de cinco años. Las entidades aseguradoras proveerán la información actualizada de los contratos suscritos.

El Conassif reglamentará los requisitos para efectuar la consulta, los plazos, el esquema tarifario y los demás aspectos operativos del registro. El servicio que preste el Registro será al costo.

ARTÍCULO 97.- Designación específica y genérica de personas beneficiarias

La designación de personas beneficiarias podrá ser específica o genérica. Para que la designación genérica sea válida será necesario que la persona asegurada indique la forma en que se individualizará al beneficiario al momento de la muerte de la persona asegurada.

Si la designación se hace a favor de los herederos de la persona asegurada, sin mayor especificación, se considerarán como beneficiarios aquellos que, de conformidad con la legislación vigente, tengan la condición de herederos al momento de la muerte de la persona asegurada.

En caso de designación genérica de los hijos o hijas de la persona asegurada, se entenderán como tales los que, de acuerdo con la legislación vigente, demuestren tal condición en el momento de la muerte de la persona asegurada.

Si la designación se hace a favor del cónyuge, sin mayor especificación, se entenderá como tal al que tenga esa condición al momento de la muerte de la persona asegurada.

ARTÍCULO 98.- Distribución del monto del seguro

En caso que la persona asegurada designe más de un beneficiario, podrá determinar la proporción que corresponderá a cada uno de ellos del monto del seguro. En ausencia de esta determinación, el monto del seguro se distribuirá en partes iguales entre todas las personas beneficiarias.

Las personas beneficiarias cuya proporción no fuera indicada recibirán, en partes iguales, el saldo del monto del seguro una vez pagadas las sumas correspondientes a las proporciones que sí fueron determinadas.

ARTÍCULO 99.- Muerte de la persona asegurada y de la persona beneficiaria

Si alguna persona beneficiaria falleciera antes o simultáneamente con la persona asegurada, la parte que le corresponde acrecerá a favor de las beneficiarias sobrevivientes. Si todas las personas beneficiarias fallecieran antes o simultáneamente con la persona asegurada, se considerarán beneficiarias a los herederos legales de la persona asegurada establecidos judicialmente.

Si una persona beneficiaria muere después de la asegurada sin haber recibido el monto del seguro, tendrán derecho al seguro los herederos legales de la persona beneficiaria.

ARTÍCULO 100.- Muerte de la persona asegurada por la persona beneficiaria

La persona beneficiaria que cause la muerte de la persona asegurada por dolo o culpa grave perderá el derecho de percibir el pago del seguro. En dicho caso, el asegurador quedará liberado del pago en la proporción que le correspondiera a esa persona beneficiaria.

En lo que resulte aplicable, la persona beneficiaria estará sujeto a las normas sobre indignidad, contenidas en el artículo 523 y siguientes del

Código Civil, para el caso de las sucesiones.

ARTÍCULO 101.- Suicidio

La muerte por suicidio de la persona asegurada libera al asegurador de todo pago si esta ocurre dentro del plazo de dos años a partir del perfeccionamiento del contrato. En este caso, el asegurador queda obligado a la devolución de las primas no devengadas menos los gastos ocasionados.

ARTÍCULO 102.- Valores y beneficios

Cuando el contrato de seguro establezca valores garantizados o beneficios adicionales, el asegurador deberá notificar, por escrito, al asegurado, al menos una vez al año las modificaciones que pudieran sufrir dichos valores o beneficios.

En estos casos, además de las condiciones generales, particulares, especiales y el contenido mínimo del contrato de seguros, el asegurador deberá presentar a la persona asegurada en la propuesta inicial del contrato, al menos, los valores garantizados o beneficios adicionales, la estimación de los valores de rescate, los beneficios financieros y de participación, las penalizaciones, la proyección de pagos de las primas

del período que considere pertinente el asegurado, según corresponda.

En cuanto a las proyecciones de los pagos de las primas, la Superintendencia, mediante resolución razonada, podrá realizar observaciones o requerir modificaciones, respecto del producto, su tarifa, las condiciones del contrato o cualquier otro aspecto de su competencia; asimismo, dejará establecidos los ajustes necesarios que estarán a cargo de la entidad aseguradora, según lo establece la Ley N.º 8653, la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, de 22 de julio de 2008.

SECCIÓN III

OTROS SEGUROS DE PERSONAS

ARTÍCULO 103.- Seguros de accidentes personales y de incapacidad

El seguro de accidentes personales y de incapacidad impone al asegurador la obligación de pagar una indemnización convenida en caso de que la persona asegurada sufra una lesión corporal, derivada de un hecho súbito, imprevisible y ajeno a su intencionalidad o de una enfermedad que le produzca algún grado de incapacidad.

ARTÍCULO 104.-Seguro de gastos médicos

El seguro de gastos médicos impone al asegurador la obligación de cubrir los costos de las prestaciones médicas requeridas por la persona asegurada.

Cuando se le prescriba a la persona asegurada un tratamiento, examen, prueba técnica o análisis de cualquier índole, en el caso de que la aseguradora considere que la prescripción es innecesaria o que esta se encuentra fuera de la cobertura del contrato, la persona asegurada tendrá derecho a someter la decisión de la aseguradora a consideración de la instancia de protección de derechos de la persona asegurada contemplada en el inciso n) del artículo 29 de la Ley N.º 8653, Ley Reguladora del Mercado de Seguros, de 22 de julio de 2008. El procedimiento para ejecutar la petición y todos sus alcances será definido mediante reglamento.

ARTÍCULO 105.- Preexistencia de enfermedades o lesiones

Salvo pacto en contrario y lo dispuesto en el artículo 91, los seguros de gastos médicos y los seguros de accidentes personales e incapacidad no cubrirán las enfermedades o lesiones preexistentes a la fecha en que se haya perfeccionado el contrato.

Corresponderá al asegurador la carga de la prueba en caso de que alegue la preexistencia. Cuando, para esos efectos, se acuerde una cláusula contractual en la que la persona asegurada autorice al asegurador el acceso a los expedientes médicos que corresponda, deberá constar al lado del texto de dicha cláusula la firma de la persona asegurada que voluntariamente la acepte.

La persona asegurada estará obligada a someterse a los exámenes médicos que razonablemente le sean requeridos por el asegurador, a fin de determinar o no una

preexistencia, los costos serán a costa de este último.

En caso de duda se considerará que la enfermedad o lesión no es preexistente.

ARTÍCULO 106.- Supletoriedad

Son aplicables al seguro de accidentes personales e incapacidad, en cuanto no contraríen su naturaleza, las disposiciones del seguro sobre la vida.

Son aplicables al seguro de gastos médicos, en cuanto no contraríen su naturaleza, las normas sobre indemnización, conforme a lo dispuesto para el seguro de daños y respecto del seguro de accidentes personales, en cuanto sean compatibles con este tipo de seguros.

ARTÍCULO 107.- Pagos del asegurador

El asegurador podrá reembolsar, dentro de los límites que establece la póliza, los gastos por enfermedad o incapacidad en que incurra una persona asegurada. También podrá asumir directamente el pago de la prestación de los servicios médicos, hospitalarios, farmacéuticos y análogos.

ARTÍCULO 108.- Seguro de saldos deudores

El seguro de saldos deudores impone al asegurador la obligación de pagar al acreedor el monto de principal e intereses no pagado por el deudor.

CAPÍTULO IV

MODIFICACIÓN DE OTRAS LEYES

SECCIÓN I

ARTÍCULO 109.- Reforma de la Ley N.º 7983

Refórmanse los artículos 23 y 27 de la Ley N.º 7983, Ley de Protección al Trabajador, de 16 de febrero de 2000, y sus reformas. Los textos son los siguientes:

"Artículo 23.- Renta vitalicia

La persona afiliada podrá escoger libremente la entidad aseguradora autorizada en el ramo de seguro de personas o mixta con la cual contratará la renta vitalicia. Las modalidades de contrato serán definidas reglamentariamente por el Consejo Nacional de Supervisión Financiera.

Los afiliados podrán optar por realizar dicha compra en forma directa."

"Artículo 27.- Cobertura complementaria y seguro colectivo

Las operadoras podrán contratar con entidades aseguradoras autorizadas en el país, bajo la modalidad de seguro colectivo y en beneficio de sus afiliados, protección complementaria por invalidez, desempleo, gastos médicos o muerte.

La protección de tales contingencias será opcional para el afiliado. Las primas requeridas deberán ser claramente establecidas como pagos adicionales a los aportes establecidos con base en esta ley."

ARTÍCULO 110.- Reforma de la Ley N.º 8653

Refórmase el inciso k) del artículo 25 de la Ley N.º 8653, Ley Reguladora del Mercado de Seguros, de 22 de julio de 2008. El texto es el siguiente:

"Artículo 25.-

[.]

k) Registrar, ante la Superintendencia, los tipos de póliza y la nota técnica del producto. Solo después de presentada la solicitud de registro, las entidades aseguradoras autorizadas, bajo su responsabilidad, podrán comercializar y publicitar el producto. Además, deberá cumplir los ajustes que solicite la Superintendencia, de conformidad con lo indicado en el inciso d) del artículo 29 de esta ley. Se exceptúan de este registro los contratos de no adhesión cuya complejidad no los haga susceptibles de estandarización, según los criterios y el monto de prima

anual que defina el Consejo Nacional de Supervisión mediante reglamento.

[.]"

ARTÍCULO 111.- Reforma de la Ley N.º 8653

Refórmase el inciso d) del artículo 29 de la Ley N.º 8653, Ley Reguladora del Mercado de Seguros, de 22 de julio de 2008. El texto es el siguiente:

"Artículo 29.- Objetivos y funciones de la Superintendencia General de Seguros

[.]

d) Mientras se encuentre vigente el registro de los tipos de póliza y la nota técnica del producto al que se refiere el inciso k) del artículo 25 de esta ley, el Superintendente General de Seguros podrá realizar, mediante resolución razonada, observaciones o requerir modificaciones a los aseguradores, respecto de los productos registrados y, en especial, de las condiciones del contrato, cuando se detecte que la redacción no es clara o las condiciones del aseguramiento pudieran ser abusivas o contrarias a la legislación. Dichas modificaciones estarán a cargo de la entidad aseguradora y operarán para los nuevos contratos o las renovaciones de los anteriores.

[.]"

ARTÍCULO 112.- Reforma de la Ley de Seguro de Fidelidad

Refórmanse los artículos 5, 6 y 8 de la Ley N.º 40, Ley de Seguro de Fidelidad, de 30 de marzo de 1931, y sus reformas. El texto es el siguiente:

"Artículo 5.-

El Estado y las demás corporaciones públicas aceptarán las fianzas que a su favor expidan las aseguradoras autorizadas por la Superintendencia General de Seguros, en los casos en que se requiera fianza. Pero pueden aceptar las otras clases de garantías que indiquen las leyes, excepto, en el caso de funcionarios y de empleados públicos que manejen fondos del Estado, en que será obligatoria la garantía del seguro.

Artículo 6.-

Las pólizas y los bonos de fidelidad que expidan las aseguradoras de la categoría de seguros generales, debidamente registradas ante la Superintendencia General de Seguros, surtirán los mismos efectos que un instrumento público."

"Artículo 8.-

Las aseguradoras renunciarán en sus pólizas al derecho de excusión, separando las pérdidas cuyo riesgo hubiera asumido inmediatamente después de comprobadas, pero subrogándose en los mismos privilegios, derechos y acciones que tuviera la persona o entidad favorecida con el seguro, para recuperar el monto de la pérdida. En los casos en que la pérdida exceda el monto de la fianza, ese derecho de subrogación queda limitado a lo indispensable para que la aseguradora recupere el monto de la fianza y la persona o entidad perjudicada conservará los derechos necesarios para perseguir y obtener la diferencia no cubierta por el

seguro."

ARTÍCULO 113.- Derogaciones

Derógase lo siguiente:

- a) La Ley N.º 11, de 2 de octubre de 1922, Ley de Seguros.
- b) La Ley N.º 59, de 5 de febrero de 1925, Ley de Anualidad del Seguro de Incendio.
- c) La Ley N.º 48, de 27 de julio de 1926, Ley de Inembargabilidad de las Pólizas de Vida.
- d) El inciso e) del artículo 24 de la Ley N.º 8653, Ley Reguladora del Mercado de Seguros, de 22 de julio de 2008.

TRANSITORIO I.- Normativa aplicable a contratos de seguros vigentes

Los contratos de seguros que al entrar en vigencia la presente ley

se encuentren en ejecución, se regirán por la normativa vigente al momento de su suscripción, las renovaciones que ocurran con posterioridad a la entrada en vigencia de la presente ley serán regidas por esta. A más tardar seis meses después de la entrada en vigencia de esta ley, los textos de las pólizas que se emitan o renueven deberán ajustarse a lo dispuesto en esta ley o, en su defecto, se aplicarán las disposiciones y sanciones que establece la legislación.

TRANSITORIO II.- Registro único de beneficiarios

La Superintendencia General de Seguros dispondrá de un plazo de tres años para la creación del registro único de beneficiarios establecido en el artículo 96.

Rige a partir de su publicación.

Dado en la Presidencia de la República.-San José, a los diecisiete días del mes de junio del año dos mil once.

Fecha de generación: 09/01/2018 04:09:58 p.m.

http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=71064&nValor3=86097&strTipM=TC

