

**ZAIBERT & ASOCIADOS
ABOGADOS**

Avenida San Juan Bosco con Av. Francisco de Miranda, Edificio Seguros Adriática, PH-3,
Urbanización Altamira, 1060-A, Caracas, Venezuela.

Teléfonos: (58-212) 2633227/2631337

escritorio@zaibertlegal.com

www.zaibertlegal.com

BOLETÍN INFORMATIVO*

LEY DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

En la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela signada con el número 5990 Extraordinario, de fecha 29 de julio de 2010, fue publicada la nueva Ley de La Actividad Aseguradora.

Su objeto y ámbito de aplicación está establecido en el artículo 1 de la Ley que señala expresamente:

“El objeto de la presente Ley es establecer el marco normativo para el control, vigilancia, autorización, regulación y funcionamiento de la actividad aseguradora, a fin de garantizar los procesos de transformación socioeconómico que promueve el Estado, en tutela del interés general representado por los derechos y garantías de los tomadores, asegurados y beneficiarios de los contratos de seguros, de reaseguros, los contratantes de los servicios de medicina prepagada y de los asociados de las cooperativas que realicen actividad aseguradora de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica del Sistema Financiero Nacional”.

“Esta Ley se aplica a toda la actividad aseguradora desarrollada en el territorio de la República, o materializada en el extranjero, que tenga relación con riesgos o personas situados en esta, realizada por los sujetos regulados, definidos en esta Ley, y por todas aquellas personas naturales o jurídicas que desarrollen operaciones y negocios jurídicos calificados como actividad aseguradora, de prestadores de servicio de medicina prepagada, así como a las personas que representan el interés general objeto del presente marco normativo”.

En cuanto a los sujetos regulados por la Ley de La Actividad Aseguradora el artículo 3 establece:

“Son sujetos regulados por la presente Ley, y en consecuencia, sólo podrán realizar actividad aseguradora en el territorio de la República, previa autorización de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, las empresas de seguros, las de reaseguros, los agentes de seguros, los corredores de seguros, las sociedades de corretaje de seguros y las de reaseguros, las oficinas de representación o sucursales de empresas de reaseguros extranjeras, las sucursales

de sociedades de corretaje de reaseguros del exterior, los auditores externos, los actuarios independientes, los inspectores de riesgos, los peritos evaluadores, los ajustadores de pérdidas, las asociaciones cooperativas que realicen operaciones de seguro, las empresas que se dediquen a la medicina prepagada, las empresas cuyo objeto sea el financiamiento de primas de seguro.

“Se exceptúan de la presente disposición los fondos de garantía de la Administración Pública Nacional que realicen actividad aseguradora, sin perjuicio de la obligación en que se encuentran de mantener la cooperación, coordinación y lealtad institucional con la Superintendencia de la Actividad Aseguradora”.

“Los sujetos regulados estarán obligados a mantener en su denominación social o personal la especificación expresa del tipo de actividad aseguradora que desarrollan y en toda su documentación y publicidad deben indicar su carácter sin usar abreviaturas”.

“Sólo los sujetos regulados utilizarán en su denominación social o personal las palabras seguros, reaseguros, o medicina prepagada y sus derivados en idioma castellano, así como sus equivalentes en cualquier otro idioma”.

Ahora bien, entre los aspectos resaltantes de esta Ley, está la eliminación de la clave de emergencia como condición para la atención de los asegurados en las clínicas y otros centros de salud privados. En este sentido, el artículo 40, ordinal 22 prohíbe a las empresas de seguros negar la cobertura inmediata en los casos de emergencia previstos en el contrato de seguro de hospitalización, cirugía y maternidad.

Es importante destacar en este aspecto que no hay una prohibición expresa en la nueva ley de solicitar la clave de emergencia para el ingreso de los asegurados a los centros de salud. Básicamente lo que se quiere en esta norma es que se dé atención inmediata a los asegurados que ingresen en estado de salud grave y que no se le condicione a la aprobación o no de la referida clave.

No hace referencia el mencionado artículo a otros casos que no sean de estricta emergencia y, pudiera decirse que la atención e ingreso de los asegurados en este caso sigue condicionada a la aprobación o no de la cobertura por parte de la compañía aseguradora.

Otro aspecto resaltante a mencionar en este artículo es el numeral 23 del mismo artículo y que expresa que las compañías aseguradoras están obligadas a dar cobertura a enfermedades preexistentes o adquiridas.

Con fundamento en esta norma no pueden las compañías de seguros alegar actualmente la no cancelación de determinada póliza ya sea a su usuario o al centro de salud, bajo este argumento.

El ordinal 13 del artículo 40 establece la obligatoriedad para la aseguradora de exponer fundamentos de hecho y de derecho cuando se niegue la no cobertura de determinado caso, por lo que la simple mención de las cláusulas contractuales no será suficiente para exonerarse del pago de determinado servicio. Tampoco lo será la terminación del contrato con el asegurado, pues independientemente de que éste se encuentre atrasado en el pago de sus cuotas de financiamiento le está prohibido expresamente invocar esta causal como razón para dar por terminada la relación.

Dicho esto, los centros de salud que presten servicios a las compañías aseguradoras deben estar atentos a los argumentos que puedan exponer las aseguradoras en este sentido, pues los derechos establecidos en esta Ley son de carácter irrenunciable y toda cláusula que establezca la renuncia de los mismos se le considerará nula (artículo 132).

Por otra parte, el artículo 134 de la Ley establece la obligatoriedad de las compañías aseguradoras de suscribir contratos de servicios que amparen a jubilados, pensionados, discapacitados, personas con ingresos menores o iguales a 25 Unidades Tributarias, con enfermedades físicas o mentales a fin de que cubran servicios odontológicos, funerarios y accidentes personales.

También establece expresamente este artículo lo siguiente:

“El número de pólizas de seguros y planes de servicios de salud, las tarifas y otras condiciones para la comercialización de estos productos serán establecidas por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante normas prudenciales, considerando, entre otros factores, la proporción de la cartera del sujeto regulado dentro del mercado asegurador”.

Otro aspecto relevante a considerar en esta Ley es el relacionado con los reclamos que pudieran surgir con ocasión de la prestación de servicios de la actividad aseguradora. En relación a ello el artículo 13 establece lo siguiente:

“Las personas que consideren vulnerados sus derechos e intereses, respecto a la actividad aseguradora, pueden presentar sus reclamos ante los consejos comunales respectivos, asociaciones, organizaciones de participación popular u organizaciones comunitarias, quienes estarán en la obligación de investigar lo ocurrido y levantar acta de los hechos, la cual será remitida a la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, con el objeto de analizar la situación e imponer las medidas respectivas, de ser el caso”.

Bajo este argumento pueden las organizaciones comunales existentes requerir información en particular de algún servicio que se haya prestado a algún asegurado bajo el argumento de tener alguna denuncia relacionada con un caso en particular y levantar a tal efecto el acta a que haya lugar.

Cabe destacar que las mencionadas organizaciones solo están facultadas para conocer de denuncias y levantar el acta a que haya lugar, pero las mismas no pueden emitir opiniones o pretender que se dé o no cumplimiento a determinada norma, ya que ello solo es competencia de la Superintendencia de Seguros, esto sin menoscabo del derecho que tienen los contratantes de los servicios de seguros para recurrir a otros entes del estado cuando sientan vulnerados sus derechos.

El artículo 182 de la Ley bajo análisis hace referencia a los actos en perjuicio de la actividad aseguradora y en este sentido hace mención en su ordinal 2 a los médicos que presten sus servicios profesionales con ocasión de un contrato de seguros y establece prisión de 2 a 6 años cuando:

“El médico o médica que haya certificado falsamente sobre el estado de salud de una persona en relación con un contrato de seguro que requiera su intervención profesional y el médico o médica que en ejecución de sus labores para una empresa de seguros o de medicina prepagada, emita certificaciones u opiniones

falsas que permitan que la empresa tenga o utilice argumentos para eludir el pago de las prestaciones y los siniestros.

El ordinal 5 del mencionado artículo hace referencia a actos de fraude en contra de la actividad aseguradora y expresamente señala:

“Quien forje o emita documento de cualquier naturaleza, utilice datos falsos o simule hechos con el propósito de cometer u ocultar fraudes a una empresa de seguros o de reaseguros, medicina prepagada o sociedades de corretaje de seguros o de reaseguros, empresas financiadoras de primas o cooperativa de seguros”.

En cuanto a la responsabilidad de las aseguradoras en el cumplimiento de sus obligaciones el artículo 98 señala expresamente:

“Los accionistas de las empresas de seguros y de reaseguros, las sociedades de corretaje de seguros y de reaseguros y las financiadoras de primas, serán solidariamente responsables con su patrimonio por el total de las obligaciones de esas empresas, en proporción a su participación en el capital accionario y en los términos establecidos en la presente Ley, en materia de responsabilidad de los accionistas y directores o directoras.

Los integrantes de la junta directiva de estas empresas serán responsables cuando por dolo o culpa grave, transgredan disposiciones legales ocasionando daños a terceros.”

En conclusión, esta Ley presenta muchos aspectos novedosos que buscan un mayor control por parte del Estado de la actividad aseguradora y, a pesar de que los centros de salud privados no forman parte de los sujetos regulados por la presente Ley, pudieran de alguna forma ser “afectados” por prestar servicio a este tipo de empresas y a sus afiliados.

****El presente boletín fue preparado y divulgado por ZAIBERT & ASOCIADOS. Su objetivo es difundir información que pueda ser de interés general en materia jurídica. El contenido de este informe es una opinión y no puede ser interpretado como una recomendación o asesoría para algún caso específico. Se recomienda consultar especialistas en la materia para la aplicación de su contenido. Quedan expresamente reservados todos los derechos.***

Boletín redactado en fecha 10 de agosto de 2010

Zaibert & Asociados