

**RESOLUCION No. SB-DNAE-2015- 015**

**CAROLINA PESÁNTEZ BENÍTEZ  
DIRECTORA NACIONAL DE ATENCIÓN  
Y EDUCACIÓN AL USUARIO**

**CONSIDERANDO:**

**QUE** con fecha 1 de febrero de 2012, se suscribió entre PAN AMERICAN LIFE INSURANCE COMPANY, SUCURSAL ECUADOR y la empresa SUELA Y CUEROS 999 CIA. LTDA., la póliza de Seguro Colectivo de Vida y Asistencia Médica No. MMA-00651, con vigencia desde el 1 de febrero de 2012, por el período de un año renovable. Con dicha póliza se aseguró al personal de personeros, empleados y obreros que laboran en dicha empresa. Con fecha 1 de julio de 2012, las partes suscribieron un convenio de emisión y difusión de la Tarjeta Hospitalaria PALIC, que permite a los beneficiarios de la póliza, acceder a los servicios de atención médica en hospitales y centros de salud con los cuales la aseguradora mantenga convenios de atención privilegiada;

**QUE** con formulario de reclamo, ingresado el 26 de agosto de 2013 en la compañía de seguros, el doctor Jorge Luis Gavilanes Jácome, asegurado bajo la póliza anteriormente indicada, solicitó a la aseguradora el reembolso de los gastos médicos en que incurrió por la atención médica recibida en el Hospital Metropolitano de la ciudad de Quito, desde el 12 hasta el 15 de agosto de 2013, en base a la póliza de asistencia médica que tienen contratada;

**QUE** mediante oficio sin número, de 13 de noviembre de 2013, el ingeniero Carlos Chiriboga M. Apoderado Especial de Pan American Life Insurance Company, Sucursal Ecuador, indica que objeta el pago, por cuanto los gastos médicos por el tratamiento recibido no tienen cobertura, al estar señalados en las Limitaciones contempladas en la póliza contratada;

**QUE** mediante comunicación ingresada en la Superintendencia de Bancos el 3 de octubre de 2014, el doctor Jorge Luis Gavilanes Jácome, conjuntamente con el señor Xavier Alejandro Gavilanes Jácome, Gerente General de la empresa Suela y Cueros Cía., al amparo de lo dispuesto en el artículo 42 de la Ley General de Seguros, presenta un reclamo administrativo en el que solicita al organismo de control que disponga a la compañía aseguradora el pago del valor de mil ochocientos setenta y dos dólares de los Estados Unidos de América, con sesenta y siete centavos (US\$ 1.872, 67), por los gastos médicos incurridos en el Hospital Metropolitano, valor reclamado a través de formulario gratuito de reclamos de este organismo de control, pues considera que la objeción no se encuentra debidamente fundamentada;

**QUE** los principales argumentos a los que se contrae el reclamo presentado por el señor Jorge Luis Gavilanes Jácome, son los siguientes:

- En base al Seguro Médico que tienen contratado, ingresó al Hospital Metropolitano de la ciudad de Quito el día 12 de agosto de 2013, uno de

**Resolución No. SB-DNAE-2015- 015**  
**Página No. 2**

los beneficiarios de la póliza de Asistencia Médica el doctor Jorge Luis Gavilanes Jácome, para ser atendido por un problema de salud, que por su complejidad no pudo ser tratado en la ciudad de Ambato.

- El Hospital Metropolitano solicitó previamente la autorización, la misma que fue emitida por la señorita María Isabel Castro funcionaria de la aseguradora, con el No. ic21287, en la que se compromete al pago del 70%. Por tal motivo, con fecha 15 de agosto de 2013, el hospital emitió la factura No. 001-052-000038898 a cargo de la aseguradora.
- Sorprendentemente, después de noventa días la compañía de seguros notifica que el asegurado no tiene derecho a la cobertura, haciéndole perder el derecho de que el IESS cubra el 100% de los gastos, por tratarse de una enfermedad grave y emergente que podía causar la muerte; y, que permaneció en el Hospital Metropolitano por tres días, tiempo en el cual la aseguradora pudo haberle notificado su negativa.
- De acuerdo al diagnóstico médico, se trató de una enfermedad grave y no de una simple atención médica dental, ya que la ANGINA DE LUOWING es una enfermedad derivada de una infección que puede ser de la faringe, amígdalas o piezas dentales.

**QUE** mediante oficio No. DNAE-SAU-2014-06220, de 7 de octubre de 2014, la Subdirección de Atención al Usuario de este organismo de control, corre traslado a la compañía aseguradora el reclamo administrativo presentado por el doctor Jorge Luis Gavilanes Jácome y le concede el término de ocho días para que presente las explicaciones correspondientes, fundamente la negativa del reclamo y remita la póliza y los documentos relacionados con el reclamo;

**QUE** con oficio No. PALIC-GG-GO-BEN-2014-162 de 21 de octubre de 2014, el ingeniero Carlos Chiriboga M., Apoderado General de Pan American Life Insurance Company, Sucursal Ecuador, atiende el requerimiento que antecede, y en lo principal, indica los fundamentos de la objeción de su representada, los cuales se contraen a los siguientes:

- De acuerdo al convenio celebrado entre las partes la tarjeta hospitalaria PALIC, para que con la presentación de la misma ante los hospitales pudieran ser atendidos sin ningún inconveniente. De igual forma, en la cláusula 2 del convenio se pactó que Pan American Life Insurance Company, Sucursal Ecuador, se comprometía a otorgar pre autorizaciones al 70% para atenciones hospitalarias y clínicas afiliadas, con el propósito de brindar un excelente servicio y garantizar la atención médica solicitada.
- Dentro de la definición de gastos médicos, se incluyó en las condiciones generales de la póliza la siguiente: **"Se refiere a los costos razonables y necesarios por cuidados y servicios médicos *que no estén excluidos del pago de beneficios* bajo este contrato. Subrayado nuestro"**.

**Resolución No. SB-DNAE-2015- 015**  
**Página No. 3**

- Dentro de las limitaciones o exclusiones contempladas en el acápite de gastos médicos se incluyó lo siguiente: *"LIMITACIONES . No se pagará ningún beneficio por los siguientes servicios o atención médica: (...) 4. Aquellos que se deben a tratamientos dentales. (...)"*. Subrayado nuestro".
- Al señor Jorge Luis Gavilanes Jácome le fue diagnosticada una Angina de Ludwig, también denominada Flemón difuso hiper séptico y gangrenoso de piso de boca, que es una infección severa y mortal de origen dental, en la que el pus invade gravemente cara, cuello, vías respiratorias y pulmones. Subrayado nuestro.
- El 12 de agosto de 2013 Pan American Life Insurance Company, Sucursal Ecuador, recibió una llamada del prestador Hospital Metropolitano, solicitando crédito hospitalario para el señor Jorge Luis Gavilanes Jácome, bajo un diagnóstico que pudiera no tener cobertura; sin embargo, en atención al convenio mencionado en el numeral 1.2 emitió una PRE autorización por el 70% de la atención, cumpliendo fielmente el compromiso adquirido contractualmente con la empresa Suela y Cuero 999 Cía. Ltda. De igual forma esa pre autorización se dio en forma condicionada a la visita de nuestro médico concurrente, quien al día siguiente en la visita confirmó que el origen del diagnóstico era dental, especificando que el mismo no tenía cobertura bajo la póliza.
- Teniendo en cuenta los antecedentes mencionados en el numeral 1, es evidente que de cara a las condiciones generales de la póliza, dentro de los gastos médicos cubiertos no se encuentran los tratamientos dentales, de hecho estos están excluidos completamente de acuerdo a la siguiente cláusula:

Gastos Médicos, Inclusiones y Limitaciones, numeral 4, que menciona literalmente:

*"Limitación: No se pagará ningún beneficio por los siguientes servicios o atención médica:*

*4.- Aquellos que se deban a tratamientos dentales con excepción de los siguientes tratamientos suministrados por un dentista o un cirujano dental legalmente autorizado a ejercer dicha profesión, y siempre que dichos tratamientos sean suministrados dentro de los 90 días siguientes a un accidente que haya ocurrido mientras el individuo estaba asegurado (...)"*

- En el presente caso, teniendo en cuenta la definición del diagnóstico Angina de Ludwig se deduce claramente que es una infección de origen dental, lo que hace que no pueda tener cobertura bajo la póliza contratada; y, que aunado a lo anteriormente indicado, es importante



**Resolución No. SB-DNAE-2015- 015  
Página No. 4**

señalar que tal infección no fue consecuencia de un accidente, por lo cual se confirma que no podía tener cobertura;

**QUE** acompaña los siguientes documentos, que se agregan al expediente:

- Copia íntegra de la póliza MMA-00651.
- Informe del médico concurrente.
- Copia del reclamo 113-242-00011l.
- Copia de la negativa respectiva.
- Copia del convenio de crédito hospitalario.

**QUE** la disposición transitoria trigésima primera del Código Orgánico Monetario y Financiero, establece:

***"Trigésima primera.- Control del régimen de seguros: La superintendencia de Compañías, Valores y Seguros asumirá las competencias que el presente Código y las reformas por él introducidas a otras leyes le asignan, en el plazo de un año contado desde su publicación en el Registro Oficial. (...)"***

De acuerdo con la norma que antecede, la Superintendencia de Bancos continuará ejerciendo el control y supervisión de las entidades que integran el sistema de seguro privado, mientras dure el tiempo de transición y hasta que la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros asuma sus competencias.

**QUE** el artículo 42 de la Ley General de Seguros, vigente a la fecha de presentación del reclamo a la aseguradora, en sus cinco primeros incisos, disponía:

***"Art. 42.- Toda empresa de seguros tiene la obligación de pagar el seguro contratado o la parte correspondiente a la pérdida debidamente comprobada, según sea el caso, dentro de los cuarenta y cinco días siguientes a aquel en que el asegurado o el beneficiario le presenten por escrito la correspondiente reclamación aparejada de los documentos que, según la póliza, sean necesarios, a menos que la empresa de seguros formule objeciones fundamentadas a tal reclamo, las mismas que deberán ser llevadas inmediatamente a conocimiento del Superintendente de Bancos y Seguros.***

*Si el asegurado o el beneficiario se allana a las objeciones, la entidad de seguros pagará inmediatamente la indemnización acordada.*

*Si en este caso o en el que se venciere el plazo de cuarenta y cinco días fijado en el inciso primero, la empresa de seguros no efectuare el pago, el asegurado o el beneficiario pondrá este hecho en conocimiento del Superintendente de Bancos y Seguros, quien, de verificar esta situación, ordenará el pago dentro de un plazo no*



**Resolución No. SB-DNAE-2015- 015**  
**Página No. 5**

*mayor de quince días, junto con los intereses calculados a partir de los cuarenta y cinco días antes indicados, al tipo máximo convencional fijado de acuerdo con la ley. De no pagar dentro del plazo concedido dispondrá la liquidación forzosa de la empresa de seguros.*

*Si la empresa de seguros formulare objeciones al reclamo y no se llegare a un acuerdo con el asegurado o beneficiario, la Superintendencia de Bancos y Seguros comprobará la existencia de los fundamentos de dichas objeciones y de no haberlos ordenará el pago, caso contrario lo rechazará.*

*El asegurado o beneficiario podrá acudir en juicio verbal sumario ante los jueces competentes o someter al arbitraje comercial o mediación, según sea el caso...";*

**QUE** del tenor literal de la disposición legal transcrita, y en relación al caso que motiva el presente análisis, se establece que la Superintendencia de Bancos es competente para conocer y resolver el presente reclamo el cual se ha formalizado el 26 de agosto de 2013, es decir, en esa fecha el asegurado ha presentado los documentos requeridos en la póliza para presentar su reclamo; y, la objeción de parte de la aseguradora se ha presentado el 13 de noviembre de 2013. De lo anterior se establece que la objeción se presentó fuera del plazo de cuarenta y cinco días previsto en el artículo 42 de la Ley General de Seguros, vigente a la fecha de la objeción, dentro del cual la compañía aseguradora debía pagar u objetar el pago del reclamo. El referido plazo de los cuarenta y cinco días fenecieron el 10 de octubre de 2013;

**QUE** el artículo 22 del Decreto Supremo No. 1147, contentivo de la Legislación del Contrato de Seguro, establece:

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

**QUE** en el presente caso, el asegurado ha probado la ocurrencia del siniestro con la presentación del aviso correspondiente y el informe clínico emitido por el Hospital Metropolitano; asimismo el reclamante ha comprobado la cuantía con la presentación de la factura por la atención prestada al asegurado en el Hospital Metropolitano;

**QUE** en cambio, la aseguradora no ha demostrado los hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad, pues de la información que conforma el

**Resolución No. SB-DNAE-2015- 015**  
**Página No. 6**

expediente se determina que la objeción no se encuentra debidamente fundamentada;

**QUE** de la documentación que consta del expediente, se desprende que el asegurado ha demostrado que la atención que recibió en el Hospital Metropolitano, se debió a una enfermedad considerada grave y emergente, que pudo haber tenido su origen en una infección de tipo dental, que difiere mucho de una simple atención odontológica o bucal de las que se encuentran señaladas como exclusiones de cobertura en las condiciones generales de la póliza;

**QUE** obra del expediente, las "NOTAS DE EVOLUCION" del Hospital Metropolitano, las que indican que con fecha 12 de agosto de 2013 el paciente recibió el diagnóstico de "Angina Ludwig", el cual indistintamente de su origen, tiene que ser intervenido en el Hospital Metropolitano con "RESOLUCION QUIRÚRGICA", no como un tratamiento dental;

**QUE** igualmente, el asegurado ha demostrado, que la aseguradora otorgó al Hospital Metropolitano la autorización para la atención médica por el 70% del valor y que dentro de los tres días que permaneció hospitalizado pudo haber negado el reclamo. Del mismo modo, se evidencia que la negativa del reclamo por parte de la aseguradora se emitió fuera del plazo de cuarenta y cinco días contemplado en el artículo 42 de la Ley General de Seguros, vigente a esa fecha;

**QUE** el artículo 14, numerales 14.2 y 14.3 de la resolución No. JB-2013-2489 de 28 de mayo de 2013, que contiene el "MANUAL DE PROCEDIMIENTO PARA LA TRAMITACIÓN DE LOS RECLAMOS ADMINISTRATIVOS FORMULADOS AL AMPARO DEL ARTICULO 42 DE LA LEY GENERAL DE SEGUROS", establece:

*"Art. 14.- Sin perjuicio del análisis jurídico que se efectuará en cada caso, dentro de los reclamos administrativos se ordenará el pago del siniestro cuando:*

*14.2 La empresa de seguros formule objeciones, fundamentadas o no, de forma extemporánea, es decir, fuera del plazo de cuarenta y cinco (45) días señalados en la ley para el efecto;*

*14.3 La empresa de seguros formule objeciones que no están debidamente fundamentadas o que no demuestran fehacientemente la existencia de causas excluyentes de su responsabilidad, aún cuando estas hayan sido notificadas al asegurado o beneficiario dentro del plazo de cuarenta y cinco (45) días; (...).";*

**QUE** por lo expuesto, se concluye que la reclamación presentada por el asegurado, tiene base legal y contractual;

**Resolución No. SB-DNAE-2015- 015**  
**Página No. 7**

EN ejercicio de la delegación de funciones contenida en resolución ADM-2013-11454 de 2 de abril de 2013, ratificada con resolución SB-2014-809 de 15 de septiembre de 2014,

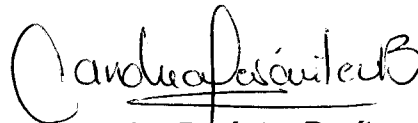
**RESUELVE:**

**ARTÍCULO 1.- ACEPTAR** el reclamo presentado por el doctor Jorge Luis Gavilanes Jácome por el siniestro relacionado con la póliza de Seguro Colectivo de Vida y Asistencia Médica No.MMA-00651.

**ARTÍCULO 2.- ORDENAR** que PAN AMERICAN LIFE INSURANCE COMPANY, SUCURSAL ECUADOR, pague a favor del doctor JORGE LUIS GAVILANES JACOME la suma de US\$ 1.872,67, menos las deducciones estipuladas en la póliza, más intereses, contados a partir del 11 de octubre de 2013, día siguiente a aquel en que fenecieron los cuarenta y cinco días que tenía la compañía aseguradora para pagar u objetar el reclamo.

**ARTÍCULO 3.- ORDENAR** de acuerdo al tercer inciso del artículo 42 de la Ley General de Seguros, que la compañía de seguros cumpla con lo dispuesto en el artículo dos de la presente resolución dentro del plazo de diez días, bajo prevenciones de ley. De no hacerlo, se encontrará incurso en lo previsto en la letra a) del artículo 55 de la Ley General de Seguros.

**COMUNÍQUESE.-** Dada en la Superintendencia de Bancos, en Quito Distrito Metropolitano, el trece de enero del dos mil quince.



**Ing. Carolina Pesántez Benítez**  
**DIRECTORA NACIONAL DE ATENCIÓN**  
**Y EDUCACIÓN AL USUARIO**

**LO CERTIFICO.-** Quito Distrito Metropolitano, el trece de enero del dos mil quince.



**Lcdo. Fabio Cobo Luna**  
**SECRETARIO GENERAL**