



Capítulo 3



DERECHO Y EMPRESA EN EL PERÚ CONTEMPORÁNEO VOLUMEN 1

**DERECHO Y
EMPRESA
EN EL PERÚ
CONTEMPORÁNEO
VOLUMEN 1**

DERECHO Y EMPRESA EN EL PERÚ CONTEMPORÁNEO VOLUMEN 1

EDITORES
GUILLERMO BOZA PRÓ
JOSÉ ENRIQUE SOTOMAYOR TRELLES
BRUNO DEBENEDETTI LUJÁN



**ESCUELA DE
POSGRADO
PUCP**

**Departamento
Académico de Derecho**

**CICAJ
PUCP**

**Maestría en
Derecho de la Empresa**

Centro de Investigación, Capacitación y Asesoría Jurídica del Departamento Académico de Derecho (CICAJ-DAD)

Jefe del DAD

Elmer Arce Ortiz

Director del CICAJ-DAD

Betzabé Marciani Burgos

Consejo Directivo del CICAJ

Renzo Cavani Brain

Areli Valencia Vargas

Gilberto Mendoza del Maestro

Equipo de Trabajo

Rita Del Pilar Zafra Ramos

Carlos Carbonell Rodríguez

Ana Lucía Montenegro Chaupis

Facundo García Encinas

Lucas Quijandria Chirinos

Genesis Mendoza Lazo

Derecho y empresa en el Perú contemporáneo. Volumen 1

Editores: Guillermo Boza Pró, José Enrique Sotomayor Trelles y Bruno Debenedetti Luján

Imagen de cubierta: Pexels.com/ Expect Best

Primera edición digital: mayo de 2024

© Pontificia Universidad Católica del Perú
Departamento Académico de Derecho
Centro de Investigación, Capacitación y Asesoría Jurídica
Maestría en Derecho de la Empresa

Av. Universitaria 1801, Lima 32 - Perú

Teléfono: (511) 626-2000, anexo 4930 y 4901

<http://departamento.pucp.edu.pe/derecho/>

Corrección de estilo: Loreta Alva Mansilla y Maria Gracia Tamara Minaya Chávez

Derechos reservados. Se permite la reproducción total o parcial de los textos con permiso expreso de los editores.

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2024-03891

ISBN: 978-612-49252-7-6

REFLEXIONES SOBRE EL MARCO NORMATIVO DE PROTECCIÓN DEL CONSUMIDOR DE SEGUROS, EN LA JURISPRUDENCIA JUDICIAL Y ADMINISTRATIVA

*Lorena Cecilia Ramírez Otero*¹

Resumen

A once años de la promulgación de la Ley de Contrato de Seguro, existe una relevante casuística en que tribunales judiciales y administrativos han debido pronunciarse sobre conflictos que afectaban derechos de consumidores, discerniendo entre su aplicación y la del Código de Protección y Defensa del Consumidor. La ley cede, en su artículo I, a la aplicación supletoria del código cuando el asegurado es consumidor o usuario, para finalizar indicando que, en caso de conflicto, se deberá aplicar siempre lo más favorable a este, que no necesariamente se encuentra en los preceptos o principios del derecho de consumo. En el presente capítulo reflexionamos sobre el marco normativo de protección del consumidor de seguros, y, a partir de la cita a ciertos pronunciamientos emblemáticos y su análisis a la luz de los principios jurídicos positivos sectoriales del seguro, buscamos ayudar a establecer criterios que sirvan a la aplicación e interpretación de las diversas disposiciones de seguros y de derecho de consumo vigentes. Esta investigación contiene una breve descripción de la operación económica de seguro y referencias puntuales a las correspondientes normas de regulación, que nos sirven para resolver una cuestión anotada por el Tribunal Constitucional en sentencia emitida en el Expediente N.º 04904-2019-PA/TC: si las razones de los pronunciamientos emitidos a favor del consumidor —denunciante o parte de un proceso— son correctas o no desde la perspectiva del derecho de seguros. Se concluye que la inexistencia de esta conformidad tiene implicancias adversas para los derechos de los consumidores y no solo para las aseguradoras.

Palabras clave: Principios, seguro, mutualidad, consumidor.

Abstract

After eleven years of the enactment of the Insurance Contract Law, there is a relevant case history in which judicial and administrative courts have had to rule on conflicts that affected consumer rights, discerning between its application and the Consumer Protection and Defense Code. Article I of the

¹ Profesora contratada a tiempo completo de la Facultad de Derecho de la Universidad del Pacífico. Doctora por la Universidad de La Coruña.

Law yields to the supplementary application of the Code when the insured is a consumer or user, to conclude by indicating that in case of conflict, the most favorable to the consumer must always be applied, which is not necessarily found in the precepts or principles of consumer law. In this paper we reflect on the Regulatory Framework for the protection of insurance consumers, and from the citation of certain emblematic pronouncements and their analysis in the light of the positive sectoral legal principles of insurance, we seek to help establish criteria that serve the application and interpretation of the various provisions of insurance and consumer law in force. This research contains a brief description of the economic insurance operation and specific references to the corresponding regulatory standards, which help us to resolve an issue noted by the Constitutional Court in a judgment issued in file 04904-2019-PA/TC: whether the reasons for the pronouncements issued in favor of the consumer —complainant or part of a process— are correct or not from the perspective of insurance law. It is concluded that the lack of this compliance has adverse implications for the rights of consumers and not only for insurers.

Keywords: Principles, insurance, mutuality, consumer.

1. Introducción sobre el estado de la cuestión

En virtud del artículo 105 del Código de Protección y Defensa del Consumidor, el Indecopi es la autoridad con competencia primaria y de alcance nacional para conocer de las infracciones a los derechos del consumidor. En este contexto, debe resolver en temas que son materia de regulación especial como infracciones a derechos de consumidores de seguros. Algunas de sus interpretaciones de la Ley de Contrato de Seguro (LCS) del 27 de noviembre de 2012 han sido acogidas en leyes, como su pronunciamiento a favor de la cobertura de preexistencias cruzadas en virtud del artículo 118 de la LCS. Sin embargo, en pocas ocasiones el Indecopi o la justicia contencioso-administrativa ha realizado un análisis sobre el orden de aplicación de la normativa de seguros y las disposiciones del Código de Protección y Defensa del Consumidor (Código), y salvo en algunos casos —como el de Miguel Angel Céliz Ocampo y Rímac Seguros por discriminación— son aún escasos sus desarrollos relativos al derecho de seguro privado.

A fines del 2020, en el marco del Expediente N.º 04904-2019-PA-TC, el Tribunal Constitucional (TC) emitió una sentencia de tipo interlocutorio en el recurso interpuesto por Mapfre Seguros contra la resolución de la Sala de Derecho Constitucional y Social Permanente de la Corte Suprema de Justicia de la República, que en Casación N.º 11817-2014 reformó la resolución de la Octava Sala Especializada en lo Contencioso Administrativo de la Corte Superior de Justicia de Lima que anuló la resolución del Indecopi que ordenaba indemnizar a las víctimas de un accidente que viajaban a bordo de un vehículo sin SOAT, como “terceros no ocupantes” del vehículo asegurado.

Pronunciamientos como los antes señalados de sentido contradictorio entre la Corte Suprema y las salas de la Corte Superior de Lima vienen emitiéndose desde,

aproximadamente, el 2014. En su resolución de fines de 2020, si bien el TC no emitió un pronunciamiento sobre el fondo, fue claro en indicar que correspondía a la judicatura ordinaria analizar la corrección de la interpretación de los artículos 17 del Decreto Supremo N.º 024-2002-MTC y 30.2 de la Ley N.º 27181 —citada en el fundamento 8 de la STC— desde la perspectiva del derecho de seguros (STC Exp. N.º 04904-2019-PA/TC, fj. 9).

Esta breve alusión pone en evidencia que ninguna de las disposiciones de la LCS sobre el marco normativo aplicable al consumidor de seguros ha sido analizada por las instancias judiciales ni por el Indecopi al interpretar el alcance de la cobertura del SOAT. Este caso de cobertura a ocupantes de vehículos sin certificado SOAT ni CAT² y otros resueltos por la autoridad de consumo, nos servirán para las presentes reflexiones sobre el marco normativo de protección del consumidor de seguros.

El título I de las disposiciones generales de la LCS contiene los siguientes artículos, con disposiciones sobre el orden de aplicación de sus normas y las de derecho común y de protección al consumidor:

Artículo I: La presente Ley se aplica a todas las clases de seguro y tiene carácter imperativo, salvo que admita expresamente lo contrario. No obstante, se entenderán válidas las estipulaciones contractuales que sean más beneficiosas para el asegurado.

En el caso de seguros obligatorios y aquellos que se encuentren regulados por leyes especiales, esta ley es de aplicación supletoria.

En los seguros de caución son aplicables las disposiciones específicas contenidas en esta ley, así como las normas sobre la materia dictadas por la Superintendencia.

En los contratos de seguro en los que el contratante o asegurado tengan la condición de consumidor o usuario es de aplicación el Código de Protección y Defensa del Consumidor, Ley 29571, y demás normas pertinentes, en lo no expresamente regulado por esta ley.

No obstante, en caso de conflicto son de aplicación las normas más favorables al consumidor o usuario.

Artículo IV: En la interpretación del contrato de seguro se aplican las reglas siguientes:

Primera. Todas las cuestiones jurídicas se rigen por esta ley y por las que convencionalmente se acuerden, en cuanto no vulneren los principios esenciales de la naturaleza jurídica del seguro. Solo se aplica el derecho común a falta de disposiciones de derecho de seguros o de protección al consumidor. (Artículos I-IV)

El artículo IV de la LCS refrenda la imperatividad de la LCS frente a las disposiciones de derecho común, que se desprende también del primer párrafo del artículo I de la LCS. En segundo lugar, este artículo IV establece que las cláusulas de

2 En adelante nos referiremos únicamente a SOAT y aseguradoras sin hacer mención expresa a certificados CAT y a las Afocat, solo por motivos de una mejor exposición, considerando que la regulación es igual en ambos casos.

la póliza no pueden vulnerar la naturaleza jurídica del contrato de seguro; disposición sobre la que volveremos hacia el final de este trabajo, que ahora iniciamos con el análisis del artículo I de la LCS, ya que la casuística está más relacionada con la aplicación conjunta de la LCS y el Código.

2. La aplicación imperativa de la LCS (caso de las preexistencias cruzadas)

Conforme al primer párrafo del artículo I de la LCS, esta ley se aplica a todas las clases de seguro con carácter imperativo, salvo que se admita expresamente lo contrario. Esta disposición está referida a los seguros voluntarios y los que no tuvieran una ley especial. Este párrafo plantea *a priori* dos cuestiones. La primera es que los grandes riesgos no han quedado excluidos de la aplicación de la LCS, mientras que la segunda cuestión alude a la posibilidad de que las partes del contrato negocien estipulaciones “más beneficiosas” para el asegurado. A ninguno de estos temas nos referiremos con detalle, por las evidentes razones de que quien tenga interés asegurable respecto de un “gran riesgo” difícilmente disfrutará del servicio de cobertura como destinatario final, y porque la “asimetría organizacional” propia de un consumidor resulta incompatible con la posibilidad de negociar una cláusula. No obstante, considerando que un tomador sin “asimetría organizacional” podría negociar algo más beneficioso para un consumidor asegurado o tercer beneficiario. Debemos señalar que la razón última de que las disposiciones de la LCS sean imperativas es que todo el derecho del seguro privado está infundido de una vis protectora del derecho del asegurado. Por tal motivo, se creyó conveniente no excluir de tal protección a los grandes riesgos y que sea el juez quien discierna el carácter negociado de una determinada cláusula. A este correspondería, también, en tal caso estimar el “beneficio de la norma” para el consumidor de seguros.

Para los seguros obligatorios (como SOAT, SCRT, Vida Ley) y aquellos que se encuentren regulados en leyes especiales (como el seguro de caución y los microseguros), la LCS también es de aplicación imperativa. Así, pues, cuando el párrafo segundo del artículo I de la LCS indica que para estos tipos de seguro la LCS es de aplicación supletoria, deberemos entender que sus disposiciones serán imperativamente aplicables en todo lo que no esté expresamente regulado en la ley especial o del seguro obligatorio en cuestión. Se trata de la aplicación del principio general de especialidad (Zegarra Mulánovich, 2017), conforme al cual la LCS les resulta aplicable a los seguros obligatorios y regulados por leyes especiales, pero supletoriamente. El Tribunal del Indecopi se pronunció sobre esta aplicación supletoria de la LCS, al resolver sobre la garantía de continuidad de cobertura de preexistencias cruzadas. En el 2014, la Sala Especializada de Protección al Consumidor (SPC) N.º 2 del Indecopi resolvió que el artículo 118 de la LCS era aplicable supletoriamente, puesto que si bien —entonces— tanto el sistema de seguros como el de EPS contaban con una regulación especial en cuanto a continuidad de las preexistencias verticales en la Ley N.º 28770 y en la Ley N.º 29571, ninguna de estas excluía o prohibía la continuidad de cobertura de preexistencias cruzadas, ni establecía que se trate de sistemas totalmente

cerrados en los que no sea posible la aplicación del artículo 118 de la LCS, por lo que correspondía aplicar supletoriamente este artículo que establecía una garantía de continuidad de cobertura de preexistencias, como la cobertura cruzada reclamada por Don Oscar Segovia de Pacífico Seguros (Resolución N.º 4357-2014/SPC-INDECOPI, fj. 59).

Si revisamos los artículos sobre el SOAT que contiene su legislación especial (Decreto Supremo N.º 024-2002-MTC y la Ley N.º 27181), ninguna de estas normas, ni las de desarrollo de menor rango contienen un régimen completo o auto-suficiente. Solo regulan los aspectos característicos de este seguro y del procedimiento de gestión de siniestros. De ahí la lógica, necesaria y constante remisión a la LCS para resolver los conflictos suscitados en su ámbito de contratación o ejecución. Pero para este seguro obligatorio y cualquier otro regulado por ley especial, la LCS es norma de remisión obligada por una razón mayor: en el artículo II de sus Disposiciones Generales se enumeran los “principios que rigen el contrato de seguro”, que deben ser tenidos en cuenta en la aplicación, interpretación e integración de cualquier disposición de las leyes especiales que los regulan.

El cuarto y quinto párrafo del artículo I de la LCS contienen disposiciones sobre la norma aplicable a los casos en que el tomador o asegurado tengan la condición de consumidor:

En los contratos de seguro en los que el contratante o asegurado tengan la condición de consumidor o usuario es de aplicación el Código de Protección y Defensa del Consumidor, Ley 29571, y demás normas pertinentes, en lo no expresamente regulado por esta ley.

No obstante, en caso de conflicto son de aplicación las normas más favorables al consumidor o usuario.

La locución adverbial “no obstante” con que inicia el quinto párrafo de este artículo I de la LCS da cuenta de que, en algunos casos, podría no resultar aplicable la disposición del cuarto párrafo anterior, y no necesariamente que no sería aplicable un artículo de la LCS. Antes de analizar cuáles podrían ser estos supuestos, desarrollaremos en el siguiente apartado la necesaria aplicación de los principios del seguro contenidos en el artículo II de la LCS.

3. Naturaleza y función de los principios contenidos en el artículo II de la LCS y su imperatividad

Según el artículo II de las disposiciones generales de la LCS:

El contrato de seguro se rige por los siguientes principios:

- a) Máxima buena fe
- b) Indemnización
- c) Mutualidad
- d) Interés asegurable
- e) Causa adecuada
- f) Las estipulaciones insertas en la póliza se interpretan, en caso de duda, a favor del asegurado.

Coincidimos con lo señalado por la doctrina nacional sobre que estos principios del artículo II de la LCS son principios jurídicos positivos sectoriales (Zegarra Mulánovich, 2017, p. 71), propios del sector del seguro privado. De manera muy especial respecto de dos de estos —el principio de mutualidad y el pro asegurado—, resultan aplicables las palabras del profesor Vigo (2006) que al referirse a esta clase de principios señala:

Cada norma, conjunto de normas, institución jurídica o rama del derecho positivo está animada por uno o varios principios reguladores que aquellas pretenden traducir con la mayor fidelidad a través de la particular estructura formal normativa. Una norma jurídica implica una ordenación prudente de conductas asignando lo suyo a los sujetos a los que se dirige, y la razón y voluntad generadora de aquélla ha fijado ese orden o esa asignación de conformidad con algún principio que quede impreso en la norma. El fin de la norma equivale al principio de la misma, ella tratará de ser fiel al principio que busca explicitar determinando y mandado ciertas conductas. (p.116)

Por ser el seguro privado una operación económica de cobertura recíproca, que inicia antes de la celebración del contrato y se continúa durante toda la ejecución de las relaciones jurídicas a que este da origen, necesariamente las normas que regulan el contrato de seguro llevan la impronta de la mutualidad que nombra el principio mencionado en el apartado f) del artículo II de la LCS cuyo contenido —por tratarse de un principio sectorial y no fundacional del ordenamiento jurídico— es más técnico que valorativo.

Es necesario tener en cuenta el principio de mutualidad y todos los señalados en el artículo II de la LCS, incluido el principio pro asegurado, para una correcta comprensión e interpretación de cualquier disposición de la LCS o de otra ley de seguros, contractual o regulatoria. Las normas de este sector no pueden afectar estos principios, como tampoco puede hacerlo su intérprete, bajo riesgo de que la norma o la decisión queden afectadas en su validez (Vigo, 2006, p. 134). De ahí que los principios contenidos en el artículo I de la LCS siempre serán de imperativa aplicación.

En este contexto, cuando el Indecopi buscó desarrollar una interpretación finalista de lo dispuesto en el artículo 17 del Decreto Supremo N.º 024-2002-MTC y de la finalidad social del SOAT, debió tener en cuenta los principios jurídicos positivos sectoriales del seguro privado previstos en el artículo II de la LCS. La omisión llevó a esta autoridad de consumo a concluir una interpretación que no dejó de ser literal del término “tercero no ocupante” (Resolución N.º 2445-2010/SC2-INDECOP, fj. 21 al 29; Resolución N.º 3825-2015/SPC-INDECOPI, fj. 32 al 36; entre otros).

A los principios jurídicos positivos sectoriales —como los del artículo II de la LCS— se les reconoce una triple función:

- (a) Fundamentación de las normas pertenecientes al sector o rama del derecho al que pertenece el principio. A través de la aplicación de un principio

puede establecerse reglas o disposiciones no literales o no expresas en la ley, dada la eficacia directiva del principio respecto de las demás fuentes del derecho. De la misma forma, el principio también tiene eficacia fundamentadora “negativa” por ser capaz de derogar o “reducir” el alcance de normas formalmente vigentes.

- (b) Orientadora o Interpretativa en la aplicación el derecho positivo vigente, es decir que los intérpretes del derecho no pueden ignorar los principios, ya que sirven para dilucidar el sentido y alcance correctos de las normas.
- (c) Fuente supletoria o integradora, dado que se aplican también a falta de ley o costumbre. (Zegarra Mulánovich, 2017; Vigo, 2006)

Como ya hemos señalado, los principios jurídicos positivos sectoriales del seguro privado resultan aplicables también a los seguros obligatorios y regulados por ley especial, y cuando el contratante o asegurado tiene la calidad de consumidor, de forma que ninguna norma de seguros puede emitirse ni interpretarse de manera contraria a uno de estos principios. Estos cuentan con una intrínseca y necesaria juridicidad, las normas no pueden afectar el contenido radicalmente jurídico de un principio, y de hacerlo, los principios prevalecen, y las normas contrarias quedarían afectadas en su validez (Vigo, 2006, p. 134).

Cuando el contratante o el asegurado tengan la condición de consumidores o usuarios, según el cuarto párrafo del artículo I de la LCS, es de aplicación el Código y demás normas pertinentes, pero “en lo no expresamente regulado” por la LCS. Parte del contenido regulado en la LCS en el artículo II son los principios del derecho de seguros, y aunque no estén definidos —ni precisan estarlo, ya que son principios del derecho—, no pueden omitirse como “no regulados expresamente” aplicando antes un artículo o principio del Código, o interpretando una norma de seguros en contra de uno de estos. Como veremos más adelante, este camino conduciría a pronunciamientos aquejados de invalidez.

Por su juridicidad intrínseca o esencial, la circunstancia de que un principio sea ratificado por el derecho positivo solo repercute en el plano de su juridicidad accidental o extrínseco. Su incorporación al ordenamiento jurídico o derecho vigente es natural y no autoritaria ni fáctica. Entonces, al no estar los principios integrando el derecho vigente en virtud de decisión humana, no es posible consagrar la nómina definitiva de estos, ni se positiviza con precisión acabada los supuestos en que operan y las consecuencias; estos prescriben actos relativamente inespecíficos, lo que exige una activa intervención de los juristas (Vigo, 2006, págs. 135, 140, 141). Por ello, también, puede afirmarse que los principios del derecho de seguro privado no se agotan en los del artículo II de la LCS, así el principio de subrogación no está contemplado en este artículo, pero inspira muchos preceptos de la LCS como los artículos 99, 100 y 116 de la LCS. Zegarra Mulánovich (2017) elabora el siguiente cuadro de principios sectoriales del seguro a partir de lo desarrollado por el derecho y doctrina comparados:

Tabla 1
Principios sectoriales del seguro a partir de lo desarrollado por el derecho y doctrina comparados

	Art. II LCS	Illescas (2014)	García-Pita (2009)	Principles of European Insurance Contract Law
1	Máxima buena fe	Muy buena fe	Máxima buena fe	Buena fe
2	Mutualidad	Aleatoriedad gestionada	Mutualidad	.-
3	Interés asegurable	Interés asegurado	Interés asegurable	[Interés cubierto]
4	Indemnidad	Indemnizatorio	Indemnización	Cobertura o indemnidad
5	En la duda por el asegurado	Tutela del contratante débil	.-	[Adecuada protección del tomador]
6	Causa adecuada	Causa próxima	.-	.-
7	.-	.-	Subrogación	[Subrogación]

Fuente: Zegarra Mulánovich (2017, p. 75).

Existen fundadas razones para proponer reiniciar la interpretación y el análisis de las normas de seguros desde la técnica de los principios del derecho, puesto que, como señala García de Enterría (2009), “lo jurídico no se encuentra limitado a las disposiciones escritas, sino que se extiende a los principios y a la normatividad inmanente en la naturaleza de las instituciones” (p. 160).

4. El principio de mutualidad

El seguro privado es un contrato, pero antes de su celebración y durante toda la ejecución de las relaciones jurídicas a que da lugar, el seguro es una operación económica. No es la promesa o la obligación contractual de pagar una indemnización, capital o renta, ante la ocurrencia de un siniestro —aunque esta sea legalmente exigible—, lo que hace del promitente o proveedor una aseguradora, ni hace de una relación obligatoria una de seguro privado. Todos los mecanismos contractuales y de coerción legal no servirían para garantizar el cumplimiento de las obligaciones contraídas por las aseguradoras con la masa de asegurados y beneficiarios, aunque se cuente con el poder sancionador del ente rector y de la autoridad de consumo. La cobertura no es consecuencia de la obligatoriedad del vínculo jurídico contractual ni del poder de coerción de la potestad sancionadora del Estado. En este sentido, puede afirmarse que no es asegurador el que promete, sino el que puede hacerlo de forma segura (Vicent Chulià, 1990, págs. 480, 498). Contrato y operación económica de seguro privado son dos caras de una misma moneda, que deben ser tenidas en cuenta al reglamentar, supervisar y juzgar en materia de seguros.

La mutualidad es un principio de contenido económico y, como bien anotaba el profesor Donati (1961), para la ciencia económica no hay seguro sin fragmentación

social del riesgo. Es decir, no hay seguro sin mutualidad ya sea directa (como en la explotación mutual del origen de las Afocats) o a través de intermediario que opera por espíritu especulativo que es modelo imperante de explotación comercial con traslación jurídica de las consecuencias económicas del riesgo sobre la aseguradora (*ibid.*). Por ello, es posible afirmar que, si el contrato de seguro privado es indisolublemente operación económica, entonces el seguro es mutualidad.

Conforme a la definición de mutualidad mantenida desde los inicios de las escuelas de seguro alemana (Manes, 1930), italiana (Ramella, 1934) y española (Garrigues Díaz-Cañabate, 1979) que pueden leerse hasta la fecha en cualquier obra que defina este término, la mutualidad alude al mecanismo de cobertura de riesgos propio del seguro privado, conforme al cual a través de contribuciones de varios sujetos expuestos a un mismo tipo de riesgo —economías igualmente amenazadas³— se recauda riqueza para contribuir a cubrir la necesidad pecuniaria generada por los riesgos que se verifiquen como siniestros dentro de ese colectivo. La mutualidad es la cobertura mutua de posibles necesidades que pueden valorarse en dinero entre varias economías igualmente amenazadas (Manes, 1930; Donati, 1961). El apartado f) del artículo II de la LCS recoge el principio jurídico positivo sectorial de mutualidad, y su aplicación debe infundir la interpretación de cualquier norma de seguros, no siendo válido un sentido que sea contrario a este principio rector que, como hemos expuesto, es sinónimo de operación económica de seguro.

Es obligatorio considerar el principio de mutualidad en la interpretación finalista del concepto de “tercero no ocupante”, cuyas lesiones o muerte a causa de un accidente son parte de la cobertura obligatoria del SOAT según los artículos 30.2 de la Ley N.º 27181 y 4, 28 y 29 del Decreto Supremo N.º 024-2002-MTC, y también en la interpretación sistemática y finalista de cuáles serían los pagos que debieron realizar las aseguradoras que el párrafo cuarto del artículo 17 del Decreto Supremo N.º 024-2002-MTC ordena les sean reembolsados.

El artículo 29 de la Ley N.º 27181 establece un sistema de responsabilidad objetiva por los daños a la vida e integridad personales sufridos en accidentes de tránsito. Como parte de este sistema, el artículo 30.1 de la Ley N.º 27181 establece la obligación de que todo vehículo automotor que circule por el territorio de la República del Perú cuente con una póliza de SOAT, que bajo la modalidad de seguro de accidentes personales cubra —con el contenido de los artículos 30.2 de la Ley N.º 27181 y 28 y 29 del Decreto Supremo N.º 024-2002-MTC— los riesgos de muerte y lesiones corporales que sufran sus ocupantes y “terceros no ocupantes”, a consecuencia del accidente de tránsito en que dicho vehículo intervenga. Este

3 Para Ramella (1934) en verdad de seguro sólo puede hablarse en el curso de una multiplicidad de casos sometidos al mismo riesgo, de modo que opere una compensación entre los casos favorables y aquellos desfavorables, gracias a la contribución de los primeros al riesgo que afecta a los segundos. Este criterio se aplica, decía el maestro italiano, a cualquier forma de seguro, reposando este por naturaleza sobre el principio de mutualidad, sobre la creación de un fondo de indemnización con las contribuciones de los asegurados participantes a la comunidad de riesgos y vinculados en la prosperidad y adversidad entre ellos (p. 1).

seguro obligatorio no es uno de responsabilidad civil, sino un seguro de personas, que, ante un accidente con consecuencias dañinas en la vida, el cuerpo o la salud de estas, se debe activar de forma inmediata e incondicional como disponen los artículos 14, 16 y 20 del Decreto Supremo N.º 024-2002-MTC. Si el SOAT hubiera sido diseñado como un seguro de responsabilidad civil sería uno de daños patrimoniales (artículo 81 de la LCS), en que el siniestro ocurre cuando surge la deuda de responsabilidad civil a cargo del patrimonio del asegurado, y entonces, según el artículo 109 de la LCS, la aseguradora podría condicionar el pago de la indemnización a la existencia de una sentencia firme que determine la responsabilidad de su asegurado por los daños del tercero perjudicado, salvo que celebre transacción con este o sus sucesores. El SOAT, en cambio, es un seguro de personas del ramo de accidentes personales que, según el artículo 14 del Decreto Supremo N.º 024-2002-MTC, se caracteriza por ser inmediato, es decir, el pago de la indemnización se realiza sin investigación ni pronunciamiento previo de autoridad alguna, solo basta la demostración del accidente y la consecuencia de muerte o lesión que originó. Los artículos 16 y 20 del Decreto Supremo N.º 024-2002-MTC añaden al SOAT la característica de incondicional, ya que las víctimas incluidas en la cobertura y sus beneficiarios tienen acción directa contra la aseguradora, que no puede oponerles ninguna excepción que podía alegar contra el tomador. El TC señaló, así, que, con este sistema de responsabilidad objetiva y la obligatoriedad de un seguro de estas características, se busca que la víctima de un accidente de tránsito tenga un pago anticipado de un monto que evite el empeoramiento de su situación con el tiempo, hasta reclamar y recibir una indemnización del sujeto civilmente responsable (STC N.º 001-2005-PI/TC y STC N.º 2736-2004-PA/TC).

Desde su Resolución N.º 1784-2009/SC2, el Indecopi interpreta que la aseguradora de SOAT de un vehículo está obligada a indemnizar a las víctimas que viajaban a bordo de otro vehículo automotor, participante en el mismo accidente que no contaba con SOAT, y, luego, pedir el reembolso a tenor de lo dispuesto en el cuarto párrafo del artículo 17 Decreto Supremo N.º 024-2002-MTC, según el cual:

En el caso que alguno de los vehículos que participa en el accidente de tránsito no contase con el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, el propietario, el conductor y en su caso, el prestador del servicio de transporte responden solidariamente frente a los ocupantes de dicho vehículo, terceros no ocupantes, establecimientos de salud y compañías de seguros por el monto de los gastos incurridos y/o indemnizaciones que éstos hubieren pagado a los accidentados frente a los cuales, los sujetos antes mencionados, resulten responsables.

Para el tribunal del Indecopi, según una interpretación literal de este párrafo del artículo 17, la única respuesta, necesaria, lógica y natural es que la aseguradora a la que los obligados solidarios ahí mencionados debían devolverle las indemnizaciones pagadas no es otra si no la aseguradora de SOAT del otro vehículo que participó en el mismo accidente con el vehículo sin SOAT que ocupaban las víctimas (Resolución N.º 2445-2010/CPC, fj. 16, 17 y 18), según una interpretación

sistemática de este párrafo con lo señalado por los artículos 30.2 de la Ley N.º 27181 y 4 y 28 del Decreto Supremo N.º 024-2002-MTC, el SOAT debe cubrir a todas las víctimas de un accidente de tránsito de forma inmediata e incondicional según los artículos 14 y 16 del mismo decreto, aunque se trate de ocupantes de otro vehículo automotor, que tendrían también la condición de “terceros no ocupantes” cuyas lesiones o muerte deben cubrir las aseguradoras en virtud del certificado de SOAT emitido para otro de los vehículos participantes, si aquel en que viajaban las víctimas no contaba con SOAT, (Indecopi, SPC, Resolución N.º 2445-2010/CPC, fj. 27).

Finalmente, desde una interpretación finalista o teleológica de este último párrafo del artículo 17 del Decreto Supremo N.º 024-2002-MTC, el Indecopi considera que este, igual que las demás disposiciones pertinentes del mismo decreto y de la Ley N.º 27181, buscan que se otorgue cobertura inmediata a todas las víctimas de un accidente de tránsito, lo que a su criterio se fundamenta en lo sostenido por el TC en la STC 2736-2004-PA/TC, que señala que el objeto del SOAT consiste en cubrir a todas las personas, sean ocupantes o terceros no ocupantes, que sufran lesiones o muerte como producto de un accidente de tránsito, y que su finalidad se encuentra orientada a proteger los derechos fundamentales a la vida y a la integridad personal, por lo que se trata de un seguro configurado como una medida idónea y pronta para otorgar debida protección a estos derechos fundamentales⁴. Para el Indecopi, los seguros obligatorios tienen una finalidad social que los hace actuar con una racionalidad distinta de los voluntarios, mientras estos buscan liberar al asegurado de una carga económica, los que son obligatorios se orientan a asegurar que las víctimas perciban la indemnización (Resolución N.º 2445-2010/CPC, fj. 23).

Esta interpretación de la autoridad de consumo ha sido confirmada por las salas de la Corte Suprema de Justicia de la República que en reiterados pronunciamientos⁵ señalan que este párrafo del referido artículo 17 alude al reembolso que debe hacerse a las aseguradoras de SOAT de lo pagado a consecuencia del previo cumplimiento que estas deben hacer de su obligación impuesta en los artículos 30.2 de la Ley N.º 27181 y 4 y 29 del Decreto Supremo N.º 024-2002-MTC de indemnizar en virtud de la cobertura del SOAT a todas las víctimas de un accidente de tránsito, aunque se trate de ocupantes a su vez de un vehículo participante que no contaba con SOAT, los que tendrían en ese caso la calidad de “terceros no ocupantes”; interpretación que sería la acorde con el principio pro consumidor. Para la Corte, esta interpretación del artículo 17 del Decreto Supremo N.º 024-2002-

4 Disidentes de esta interpretación los vocales de la Segunda Sala Hernando Montoya Manfredi y Francisco Pedro Ernesto Mujica Serelle, para quienes la finalidad del SOAT de procurar cobertura inmediata a todas las víctimas de un accidente de tránsito, no significa que la cobertura de un vehículo determinado deba extenderse a uno no asegurado; sino que el amparo de estas víctimas se logra instituyendo la obligación solidaria del conductor, propietario y/o prestador del servicio de transporte de dicho vehículo de responder ante ellas (Resolución N.º 02445-2010/SC2-INDECOPI, fj. 11 del voto en discordia).

5 Entre otras podemos citar la Casación N.º 12291-2014 de la Sala de Derecho Constitucional y Social Permanente y la Casación N.º 4159-2017, Casación N.º 3683-2017 y Casación N.º 16658 de la Tercera Sala de Derecho Constitucional y Social Transitoria.

MTC no vulnera el artículo 1183 del Código Civil, ya que la obligación de cubrir a las víctimas del accidente a bordo de otro vehículo participante en el accidente que circulaba sin SOAT está establecida en los artículos 30.2 de la Ley N.º 27181 y 29 del Decreto Supremo N.º 024-2002-MTC que señalan que este seguro debe cubrir a todas las víctimas del accidente, por lo que la definición de “tercero no ocupante” incluye a estas personas. Igualmente, la Corte Suprema fundamenta esta interpretación en que la naturaleza del SOAT busca salvaguardar los derechos fundamentales a la vida e integridad personal consagrados en la Constitución.

Para las salas especializadas en lo contencioso administrativo sub especializadas en temas de mercado de la Corte Superior de Lima, no cabe aplicar el principio pro consumidor, ya que la única interpretación plausible de este párrafo del referido artículo 17 es la inexistencia de tal obligación de la aseguradora de SOAT de indemnizar a las víctimas del mismo accidente que viajaban al interior de otro vehículo que no contaba con SOAT. A su criterio, lo que aquí se regula es el reembolso tanto a los centros asistenciales como a las aseguradoras, cuando incurran en gastos médicos o paguen indemnizaciones o gastos de las personas frente a las cuales estaban obligadas a responder contractualmente⁶. En fallos más recientes, estas salas de la Corte Superior de Lima han explicitado que estos supuestos serían los del peatón que sufre lesiones o muerte a consecuencia de un accidente entre un vehículo sin SOAT y uno con certificado SOAT cuya aseguradora haya sido la única que asumió sus gastos, de los que, por ser también responsables el propietario, conductor o prestador del servicio de transporte, tiene opción de solicitarles reembolso (S. Exp. N.º 18770-2016, fj. 13)⁷.

De conformidad con el artículo 12 del Decreto Supremo N.º 024-2002-MTC, las cláusulas de la póliza de SOAT no son diseñadas por las aseguradoras como predisponentes de contenido por adhesión, y, por ser un seguro obligatorio, sus coberturas están establecidas por ley en los artículos 30.2 de la Ley N.º 27181 y 4, 28 y 29 del Decreto Supremo N.º 024-2002-MTC que han sido objeto de interpretación. Entonces, en sus pronunciamientos tanto los órganos jurisdiccionales como el Indecopi están interpretando la cobertura obligatoria de un contrato de seguro y no obligaciones *ex lege* a cargo de las aseguradoras⁸.

6 Este criterio puede verse, entre otras, en las siguientes sentencias de la Corte Superior de Justicia de Lima, Quinta Sala Especializada en lo Contencioso Administrativo Subespecialidad de Temas de Mercado: sentencia del Exp. N.º 4620-2013 de 03 de marzo de 2017; en sentencia del Exp. 1106-2015 de 16 de octubre de 2018, sentencia del Exp. 4437-2016 de 23 de octubre de 2017, sentencia del Exp. 18770-2016 de 12 de noviembre de 2019, sentencia del Exp. 7752-2015 de 19 de septiembre de 2022, y en sentencia del Exp. 13158-2017 de 22 de abril de 2021.

7 Lo mismo señalaron los vocales Hernando Montoya Manfredi y Francisco Pedro Ernesto Mujica Serelle, que los gastos a reembolsar son los que tuvo que asumir la aseguradora SOAT en virtud de la solidaridad establecida en el segundo párrafo del artículo 17º del Reglamento de SOAT (Resolución N.º 1784-2009/SC2-INDECOPI, fj. 7 del voto en discordia).

8 El Vigésimo Sexto Juzgado contencioso administrativo con subespecialidad en temas de mercado de la Corte Superior de Lima, también ha señalado en la sentencia del Exp. 04437-2016 de 14 de febrero de 2017, que si bien el origen del SOAT es legal se encuentra supeditado a la celebración de una relación contractual con una aseguradora que asume la obligación de cubrir los siniestros dentro de los límites y términos que fueron pactados o sean ordenados por la ley.

Como hemos señalado, la mutualidad expresa la forma de explotación de la actividad de seguro privado. Así, pues, frente a otros negocios jurídicos que también sirven para otorgar seguridad ante una necesidad fortuita —por ejemplo la fianza—, o que ofrecen una prestación ante la ocurrencia de un evento aleatorio —por ejemplo, la apuesta—, lo que distingue al seguro privado es precisamente el hecho de que la cobertura de las necesidades pecuniarias del sujeto sometido al riesgo que finalmente sufre el siniestro, se presta mediante la distribución de su costo entre un colectivo de personas sometidas al mismo riesgo, a través de la gestión de sus aportaciones (Garrigues Díaz-Cañabate, 1979, págs. 252, 258). La operatividad del seguro privado requiere en principio de la celebración en masa de contratos para asegurar un mismo tipo de riesgo, ya que la nota característica de su cobertura es la existencia de

un grupo de personas que están amenazadas por el mismo evento o, si se quiere, que están sometidas al mismo riesgo, de tal manera que las aportaciones de todas estas personas cubren la necesidad del sujeto que sufra el evento que la genere, de modo que aparece una mutualidad entre dichas personas. (Sánchez Calero, 1961, p. 45)

El seguro es mutualidad o no es seguro, afirmación que se le atribuye al profesor Antígono Donati (1961, p. 670) al señalar que, para la ciencia económica, el seguro era mutualidad. Desde el punto de vista jurídico, la mutualidad es un principio jurídico positivo sectorial que, en virtud de su función fundadora, aplicado por el intérprete del derecho puede establecer reglas o disposiciones no literales en la ley y también reducir sus posibles alcances. Entonces, lo cierto es que una interpretación según la cual el cuarto párrafo del artículo 17 del Decreto Supremo N.º 024-2002 regula el reembolso que debe efectuarse a la aseguradora de SOAT de uno de los vehículos, de lo que debió pagar en virtud de esa cobertura a las víctimas del accidente ocupantes de otro vehículo que no contaba con certificado SOAT, es darle a este precepto un sentido contrario al principio de mutualidad regulado en el artículo II.f de la LCS. Según esta interpretación, la aseguradora de SOAT de uno de los vehículos debió cubrir un siniestro ocurrido dentro de otro, que al circular —ser conducido— por una vía pública causaba o tenía el mismo riesgo de ocasionar daños a la vida e integridad física personales, pero respecto del cual, sin embargo, no se aportó a la cobertura recíproca de los daños que causara en un siniestro de accidente; lo cual es exactamente lo opuesto al tipo de mecanismo de cobertura del seguro privado llamado mutualidad.

Sin tener en cuenta el principio de mutualidad, las interpretaciones del significado de “tercero no ocupante” al que alcanza la cobertura de SOAT de los artículos 30.2 de la Ley N.º 27181 y 4, 28, y 29 del Decreto Supremo N.º 0204-2002-MTC como referido a toda persona que no viaje a bordo del vehículo asegurado, son en realidad interpretaciones solo literales e inválidas por ser contrarias a un principio del seguro privado. El fin de la norma equivale al principio jurídico positivo sectorial (Vigo, 2006, p. 216) normalmente de contenido técnico, por lo que no es literalmente como deben interpretarse las normas que regulan un contrato de

seguro, sino en concordancia con los principios del derecho del seguro privado, sobre todo los que, como el de mutualidad, aluden a la operación económica de seguro que da sustento y diferenciación a este contrato.

Estamos de acuerdo en que —como ha señalado el TC— el SOAT tiene por finalidad proteger los derechos fundamentales a la vida, a la integridad personal y a la salud, reconocidos en el artículo 2.1. y 7 de la Constitución y que se orientaría “a asegurar que la víctima perciba la indemnización que le corresponde por los daños ocasionados, por lo que cumple una finalidad social” (STC Exp. N.º 0001-2005-PI/TC, fj. 29 y 39). Para que así ocurra, el artículo 14 del Decreto Supremo N.º 024-2002-MTC, conforme a la característica de inmediatez del SOAT, establece que las aseguradoras procederán al pago e indemnización con la sola demostración del accidente y el daño, sin investigación ni pronunciamiento previo de autoridad alguna, y con independencia de la responsabilidad del conductor propietario o transportista o de la forma de pago o cancelación de la prima. Sin embargo, esta característica de inmediatez y la finalidad social no fundamentan ni adecuada ni suficientemente el extender la cobertura del SOAT a las víctimas ocupantes de otros vehículos que no contaban con certificado SOAT.

Así, no puede ordenarse a las aseguradoras indemnizarlas como ejecución o parte de su servicio de cobertura de seguro privado, puesto que tal actividad o prestación no constituye parte del seguro por ser contraria al mecanismo típico de cobertura de este llamado “mutualidad”, ya que implica cubrir un riesgo (en el mejor de los casos similar al del certificado SOAT emitido) respecto del que no se ha contribuido con aportes parciales —prima— con el fin cubrir los siniestros que ocurran dentro de la respectiva unidad de riesgo. En tal sentido, debe colegirse, más bien, que estas víctimas del accidente no han dejado de ser “ocupantes” de un automotor, que solo podía circular lícitamente si contaba con un certificado SOAT⁹ y contribuyendo con su respectiva prima a la cobertura recíproca que es y en que consiste el seguro privado. La existencia o no de seguro privado no depende de la buena fe del pasajero acerca de la cobertura de SOAT del vehículo que aborda.

El Indecopi, en sus loables esfuerzos de que ninguna de las víctimas de un accidente de tránsito quede sin cobertura, ha ordenado como medida correctiva a las aseguradoras prestar un servicio ajeno a su actividad como proveedores y a sus obligaciones contraídas en virtud del certificado SOAT emitido. Así también, lo deja entrever la Quinta Sala de la Corte Superior de Lima, que en su sentencia de 12 de noviembre de 2019 emitida en el Expediente N.º 18770-2016 señaló:

Erróneamente la apelante interpreta en su recurso de apelación que la obligación de la aseguradora es pagar a la víctima un monto establecido por ley y la

9 En sentido similar, acertadamente la Quinta Sala Especializada en lo Contencioso Administrativo con Subespecialidad en Temas de Mercado de la Corte Superior de Lima ha resaltado que el SOAT es un seguro obligatorio, por lo que cada vehículo automotor debe contar con su propia póliza a efecto de poder cubrir los gastos derivados de los accidentes, y que en caso de incumplimiento de la Ley, la responsabilidad no recaerá sobre las aseguradoras de los otros vehículos siniestrados, ya que dichas pólizas solo cubren a los ocupantes de los vehículos cubiertos y a los terceros no ocupantes del vehículo, que a criterio de esta Sala son los peatones (Exp. N.º 18770-2016, fj. 15).

del propietario o conductor es pagar la indemnización por daños y perjuicios determinada en la vía judicial. (fj. 14)

Una definición correcta de “tercero no ocupante” está contenida en las directivas administrativas del Ministerio de Salud (Minsa) en la Directiva Administrativa N.º 210-MINSA/DGSP.V.A1 de fecha 16 de noviembre de 2015, el cual se refiere a este como “persona que sin ser ocupante de un vehículo automotor resulta víctima de un accidente de tránsito en el que ha participado el vehículo automotor asegurado. Son las personas que se encuentran fuera del vehículo, pueden ser peatones o ciclistas” (artículo 5.1).

En la determinación de las personas del asegurado, contratante, beneficiario y tercero perjudicado, luego de aplicar a su identificación las normas de la LCS o de la ley que regule el tipo de seguro del que se trate, puede aplicarse el principio de primacía de la realidad del artículo V.8 del Código para hacer prevalecer lo regulado por estas leyes que son imperativas según el artículo I de la LCS y aplicables según las reglas primera y segunda del artículo IV de la LCS, sobre lo estipulado en la póliza que por ejemplo califique como contratante a un sujeto distinto de que asume la obligación de pago de la prima, cuando con ello se estuvieran vulnerando los derechos de un consumidor.

5. El principio de mutualidad y la explotación conforme a plan. Las notas técnicas

La cobertura recíproca en la que consiste la mutualidad no es efectuar aportaciones en conjunto para cubrir riesgos que puedan ser disímiles en tipo, intensidad o frecuencia. Independientemente de que exista un compromiso de derrama pasiva de parte de los sujetos que aportan a la cobertura (como en las mutuas de seguros), lo imprescindible de la cobertura recíproca llamada mutualidad es la explotación o desarrollo conforme a plan, conforme a los cálculos actuariales que arrojan el costo de la prima pura de un mismo riesgo¹⁰. Es así como las aseguradoras organizan la contratación masiva para formar y gestionar lo que se denomina “unidades de riesgo”: mutualidades de riesgos de un mismo tipo, cuantitativa y cualitativamente homogéneos, agrupados a efectos de su gestión. Cada valor de prima pura de riesgo y comercial corresponde a la gestión que debe hacerse de una determinada unidad de riesgo.

La prima que paga el tomador jurídicamente es la contraprestación de las obligaciones de la aseguradora de cobertura del riesgo y de pago de la indemnización, capital o renta ante la ocurrencia del siniestro. Como concluye Zegarra Mulánovich (2017), la obligación de cobertura completa la definición de contrato de seguro privado y ella alude necesariamente a la técnica de la mutualidad (pp. 39-40), su gestión incluida. Aunque no se aprecia tan claramente respecto de esta obligación de cobertura el sinalagma genético y funcional propio del contrato de seguro privado (Ramírez Otero, 2006), debido a que es el regulador el encargado

10 A la estadística de siniestros en la operación de seguro se refiere también Herrmannsdorfer (1933, pp. 17-20).

de supervisar y exigir el conjunto de operaciones que son el contenido de la cobertura.

Con la celebración del contrato de seguro opera la traslación de las consecuencias económicas del riesgo sobre el patrimonio de la aseguradora, que asume así el compromiso jurídico de indemnizar las consecuencias desfavorables de su verificación (siniestro). De ahí que pueda afirmarse que una póliza es un pasivo financiero para la aseguradora, mientras que para el asegurado significa la propiedad de un activo (Sánchez López y Martín Peña, 1998, p. 446). En el seguro privado se produce una inversión del ciclo productivo que implica que solo después de acontecido el siniestro puede conocerse exactamente cuál era el coste del servicio o prestación otorgado por la aseguradora¹¹. Como cobertura recíproca del riesgo que opera a coste parcial, para hacer un seguro privado resulta imprescindible el calcular previamente el grado de probabilidad y la intensidad de los siniestros que pueden producirse dentro de la mutualidad. Si no fuera posible este cálculo o si no se respetan sus estimaciones, el número o la magnitud de los siniestros ocurridos podría superar el monto dinerario reunido con los aportes de la mutualidad, en cuantía que haga imposible cumplir con el pago de las indemnizaciones a que se ha obligado la aseguradora. El grado de probabilidad e intensidad de los siniestros, que determina el monto de la prima a pagar, se calcula de manera aproximada gracias a la ciencia estadística y actuarial.

Debido a la necesidad de determinar cuál es la frecuencia e intensidad del evento dañino e incierto para darle cobertura, los riesgos que cubre una aseguradora son inciertos y fortuitos, pero no incalculables; es decir, siempre deben ser riesgos tasables o estadísticamente mensurables (Garrigues Díaz-Cañabate, 1983, pp. 12-15). La posibilidad de cálculo —tasabilidad— debe poder predicarse respecto del número de siniestros factibles de ocurrir dentro de una mutualidad, la cuantía que alcanzarían los mismos y los fondos necesarios en número e importe para cubrirlos (Manes, 1930, pp. 8-9).

La cobertura recíproca del riesgo permite que el seguro privado ofrezca al sujeto la satisfacción a coste parcial de sus necesidades pecuniarias generadas por el siniestro, pues estas se cubrirán no solo con su ahorro personal sino con las aportaciones de todos los que constituyen el presupuesto personal y económico de la mutualidad. En este sentido, desde muy temprano, la doctrina afirmó que las aseguradoras eran enlace entre varias economías amenazadas por los mismos riesgos, obteniendo de cada una de ellas una contribución económica que va a engrosar un fondo suficiente para responder ante cada asegurado en caso de siniestro. Por lo que la cobertura recíproca del riesgo en que consiste el seguro privado, exige un tipo especial de gestión que unos llamaron explotación en masa y con arreglo a plan (Garrigues Díaz-Cañabete, 1979, p. 256) y de la que cabe destacar la formación de unidades de riesgo. Ese plan inicia con la elaboración de las notas

11 Sánchez López y Martín Peña (1998) refieren la peculiaridad de que en el seguro el ingreso precede al gasto (p. 446). La inversión del ciclo productivo es unánimemente advertida por la doctrina, entre otros por García-Pita y Lastres (2000); Tirado Suárez (1989); Martín Retortillo (1988); Vázquez Padura (1984); Del Caño Escudero (1983); Prölss et al. (1974).

técnicas que es sustento estadístico y actuarial necesario para el desarrollo solvente del seguro privado y que también es exigido por la norma de regulación.

Todos los productos de seguro privado deben contar con una nota técnica, tanto los que requieren de una autorización previa al registro de su póliza y colocación (masivos, obligatorios y de personas), como los que admiten la revisión posterior, incluidos los que se negocian de modo individual y no son objeto de registro (Resolución SBS N.º 7044-2021, artículo 6, 10, 13 y tercera disposición complementaria). En el caso del SOAT, el artículo 30.8 de la Ley N.º 27181 exige, además, que la nota técnica se publique en la página web de la aseguradora. Según los artículos 2.j y 21 de la Resolución SBS N.º 7044-2013, la nota técnica es el documento que contiene y describe de forma expresa la metodología y las bases aplicadas para el cálculo de la prima pura o de riesgo y, también, de la prima comercial, todos los conceptos, hipótesis, parámetros y procedimientos utilizados para el cálculo actuarial de estas primas, así como la definición clara y precisa del riesgo y de las obligaciones contractuales cubiertas, estadísticas y demás fuentes de información u otro elemento que ha servido para fundamentar actuarialmente la prima resultante. Antes, la nota técnica se presentaba para su registro junto con el modelo de póliza a que daba sustento, pero desde la Resolución SBS N.º 1825-2019 queda en la aseguradora a disposición de la SBS que puede requerir su presentación cuando lo considere conveniente, para evaluar los principios actuariales, el cumplimiento normativo y la actualización de su contenido a cualquier modificación realizada en la práctica.

Según el artículo 6.c. de la Resolución SBS N.º 7044-2013, es obligación y responsabilidad de las aseguradoras, verificar la congruencia entre lo establecido en las obligaciones contractuales y su nota técnica. Para modelos de pólizas no sujetos a autorización previa, el artículo 13 de esta resolución exige que las aseguradoras presenten adicionalmente un informe legal suscrito por el gerente o asesor legal y por el gerente general, con su pronunciamiento específico sobre el cumplimiento de esta congruencia. Por último, en el artículo 21 de la Resolución SBS N.º 7044-2013, también, se exige que el profesional encargado de la elaboración de la nota técnica suscriba la siguiente declaración jurada:

Por el presente declaro que la metodología aplicada para la determinación de la prima y demás elementos técnicos considerados en la presente nota técnica cumplen con las disposiciones vigentes; asimismo, declaro que he verificado que las obligaciones asumidas en el modelo de la póliza del producto denominado (nombre del producto) se encuentran debidamente respaldadas mediante cálculos actuariales descritos en la presente nota técnica.

Esta necesaria y adecuada consonancia entre los riesgos cubiertos en la póliza con los calculados actuarialmente en la nota técnica, justifica y da verdadero sentido a la regla de interpretación séptima del artículo IV de la LCS —también infundida del principio de mutualidad—, cuyo fin es garantizar en el plano jurídico el respeto a la explotación de la mutualidad conforme a plan, que sirve al desarrollo solvente del seguro. Según esta regla, en la interpretación del contrato,

“la cobertura, exclusiones y, en general, la extensión del riesgo, así como los derechos de los beneficiarios, previstos en el contrato de seguro, deben interpretarse literalmente” (LCS, artículo IV). No cabe, pues, aplicar analogía ni métodos de interpretación similares para extender esta cobertura. Esta literalidad rigurosa está establecida siempre en beneficio de la mutualidad de asegurados o asegurado colectivo y no de la aseguradora. Por lo que, si se hubiera redactado deficientemente la póliza, entonces y para el caso concreto, debe aplicarse más bien la regla tercera del artículo IV de la LCS.

Extender la cobertura del SOAT a los ocupantes de un vehículo cuya placa no es la señalada en las condiciones particulares del certificado, tiene consecuencias negativas en el desarrollo solvente del seguro privado conforme a plan, ya que para este seguro obligatorio el vehículo identificado por su número de placa es la condición particular que delimita el riesgo cubierto¹². El SOAT es un seguro de accidentes personales en el que la cadencia e intensidad de los siniestros que puedan sufrir los asegurados no está determinada en función de sus condiciones personales (edad, ocupación, etc.), sino —como no podía ser de otro modo— en función de la “peligrosidad” del vehículo cuya placa se anota en el certificado SOAT para causar daño a la vida, salud e integridad personales o por no proteger de él a sus ocupantes y terceros no ocupantes, según su tipo y uso.

En ese sentido, entonces, cuando la Corte Suprema y el Indecopi interpretan que los artículos 30 de la Ley N.º 27181 y 4, 28 y 29 del Decreto Supremo N.º 024-2002-MTC establecen la obligación de que la aseguradora SOAT de uno de los vehículos, en virtud de la cobertura de este seguro indemnice también a los ocupantes de otro de los vehículos participantes en el mismo accidente que no contaba con SOAT, están interpretando las condiciones particulares del certificado de SOAT contra la regla séptima del artículo IV de la LCS y, por ende, alterando la explotación de la mutualidad conforme a plan, en perjuicio de la mutualidad de asegurados o colectivo de asegurados integrantes de la respectiva unidad de riesgo.

Todo riesgo observado acaba siendo medible (ley de los grandes números), y puede cubrirse si se acota debidamente en el contrato a través de las cláusulas de delimitación del riesgo, pero si no se respetan estas cláusulas, se pone en peligro el pago de la indemnización conforme al seguro privado, no el pago a la persona concreta que reclama cobertura sino al asegurado colectivo de la respectiva unidad de riesgo. El riesgo del vehículo sin SOAT con el que impacta el automotor asegurado, de no proteger a sus ocupantes de sufrir lesiones o muerte y la intensidad que puede alcanzar este siniestro, no han sido medidos ni se contienen en el valor parcial de la prima de riesgo del certificado de SOAT del vehículo con el que impactó, su número de placa no aparece en las condiciones particulares de este. Como nos señaló un magistrado al final de una conferencia: el criterio de considerar como “tercero no ocupante” a quien viaja al interior de otro vehículo sin SOAT, va a obligar, en

12 Según la definición de condiciones particulares de la normativa reglamentaria de la SBS, son aquellas en las que se individualiza el riesgo asegurado por una póliza determinada, ya sea en función a las partes, al asegurado, o como en el caso del SOAT, en función a la placa del vehículo (Resolución S.B.S. N.º 7044-2013, artículo 2.10).

algún momento, a tener que ordenar que se aplique la cobertura de un certificado SOAT de un vehículo de cuatro pasajeros, a indemnizar los daños sufridos por los ocupantes del bus con que impactó que circulaba sin SOAT.

Cabe preguntarse si desde el punto de vista del derecho del seguro privado la cobertura obligatoria del SOAT de los artículos 30.2 de la Ley N.º 27181 y 4, 28 y 29 del Decreto Supremo N.º 024-2002-MTC incluye en la cobertura de los “terceros no ocupantes” la de las víctimas a bordo de otro vehículo participante en el accidente que no contaba con certificado SOAT. Considerando que los artículos 30.1 de la Ley N.º 27181 y 3 del Decreto Supremo N.º 024-2002-MTC establecen que el SOAT es obligatorio para todo vehículo automotor que circule por el territorio de la República, si este incluyese dentro de su cobertura la de estas víctimas, su nota técnica tendría que haber tasado además el riesgo de la informalidad en el cumplimiento de la ley: determinar los sectores con informalidad, la cadencia —frecuencia— con que los vehículos automotores de ese sector participan en un accidente de tránsito y la cadencia e intensidad de daños a la vida e integridad que las personas pueden sufrir con ocasión de la circulación de estos. Claro que estamos solo teorizando, porque el valor de este hipotético riesgo no se incluye en las notas técnicas de SOAT, sería un supuesto de discriminación negativa obligar a que se incluya en desmedro de quienes sí cumplen con la ley, y en todo caso, este extremo debió consultarse a la SBS. Además, una regulación de este tipo resultaría contraria a la cultura de previsión que, según ha señalado el TC, contribuye a promover un sistema de seguros obligatorios (STC Exp. N.º 0001-2005-PI/TC, fj. 28).

No es aseguradora la que promete, sino la que puede hacerlo de forma segura, sobre la base de cálculos previos actuariales de la prima pura de riesgo y comercial que le corresponde al riesgo delimitado en las condiciones particulares de la póliza. A garantizar este desarrollo solvente de la actividad aseguradora se abocan las normas de ordenación o regulación de la operación de seguro privado, de forma que la SBS puede solicitar las notas técnicas a fin de evaluar su contenido, sustento técnico y congruencia con el modelo de póliza a que corresponden, formulando observaciones cuya no subsanación constituye infracción sancionable, y ordenando otras medidas como la suspensión de la comercialización del producto (Resolución SBS N.º 7044-2013, artículo 24).

La gestión de lo que se denomina unidades de riesgo empieza con su formación durante el proceso de suscripción u organización de la contratación mediante la selección de riesgos, y su gestión forma parte de la actividad de cobertura. De modo que la homogeneidad presente en la observación y cálculo iniciales que sirvió para determinar el valor del riesgo debe buscar reproducirse en la contratación de cobertura de riesgos que se realice¹³, y luego hacerse la gestión en unidades de riesgos homogéneos de la cobertura de los contractualmente asegurados.

13 Es necesario que el proceso de suscripción respete los datos de la nota técnica. La doctrina afirma que para que la actividad de seguros sea un negocio estable debe ejercerse profesionalmente y ajustada a todas las normas de la técnica aseguradora incluido el reaseguro (Del Caño Escudero, 1983, p. 53).

Nunca puede soslayarse la consideración de la ley de los grandes números, que de una u otra forma infunde la gestión de la mutualidad, y según la cual es la observación prolongada de un mismo riesgo la que sirve para determinar y estimar cuantitativamente su cadencia e intensidad. En este sentido, los aseguradores deben observar el principio de la homogeneidad cuantitativa de los riesgos¹⁴. Lo que implica que, además de solo cubrir los riesgos comprendidos en los ramos para los cuales han sido autorizadas, las aseguradoras deberán constituir reservas especiales para cada uno de ellos. De lo contrario, sería imposible aplicar correctamente el cálculo de probabilidades —que varía de unos riesgos a otros—, así como adecuar las reservas a los siniestros de probable producción, introduciendo, de no respetarse aquel principio, la inseguridad en el pago de las indemnizaciones a sus asegurados (Broseta Pont y Martínez Sanz, 2022, p. 405).

La homogeneidad que debe respetarse al formar unidades de riesgos implica que el valor o suma asegurada de los riesgos cubiertos no puede sobrepasar una determinada cantidad promedio dentro de la mutualidad. Al respecto, como señaló la doctrina:

las unidades de riesgo no se forman atendiendo exclusivamente a la probabilidad del daño de los objetos, sino teniendo también en cuenta las cantidades que puedan gravitar sobre la empresa en caso de producirse el accidente. La igualdad de valor representado sobre los riesgos es, pues, el ideal de una unidad de riesgos. (Manes, 1930, p. 226)¹⁵

A esta unificación cuantitativa para alcanzar el valor promedio de la materia asegurada, contribuyen el coaseguro y el reaseguro, que también ayuda a la unificación cualitativa, ya que al ampliar la zona de difusión de los riesgos e incluso internacionalizarlos se logra “una mayor regularidad en el desenvolvimiento del conjunto” (Herrmannsdorfer, 1933, p. 24).

Para entender la explotación conforme a plan, sirve el graficar a las aseguradoras como gestores de riesgos: los riesgos del cálculo o tasación del evento dañino e incierto —cuyo error da lugar a desviaciones favorables o desfavorables de la siniestralidad—, los riesgos a cuya cobertura se obligan por contrato —y, que ante un inadecuado proceso de producción, da lugar a los riesgos de suscripción—, los riesgos de gestión de siniestros —que implica asumir siniestralidad adversa por fraude no detectado o por inadecuada evaluación de las solicitudes de cobertura— y los riesgos propios del proceso de inversión de las reservas técnicas a través de la intermediación financiera. La actividad de cobertura inicia, entonces, antes del contrato con un concreto tomador y podría resumirse en esta gestión de riesgo que describimos. El garantizar un ejercicio solvente del seguro privado conforme a plan está en el germen de la vis protectora del derecho de los asegurados que posee el derecho del seguro privado contractual y regulatorio.

14 Herrmannsdorfer (1933) vincula este principio de homogeneidad, con la formación de grupos de riesgos del mismo tipo o clase (incendios, robos, etc.) y de la misma intensidad (p. 24).

15 En el mismo sentido, Herrmannsdorfer (1933) señalaba que “la cuantía de los seguros debe ser uniforme en todo lo posible” (p. 23).

6. El derecho de subrogación del asegurador y el principio indemnizatorio

La subrogación del asegurador en los derechos que corresponden al asegurado contra el tercero responsable del siniestro está regulada en la LCS en sus artículos 99 y 100 del capítulo II y en el artículo 116 del capítulo III. El artículo 99 de la LCS reconoce este derecho del asegurador con carácter general para los seguros de daños patrimoniales; y el artículo 116 de la LCS lo admite en los seguros de personas para que el asegurador se haga cobro de gastos efectuados por asistencia médica. Señala el primero de estos artículos titulado “Subrogación”:

El asegurador que ha pagado la indemnización se subroga en los derechos que corresponden al contratante y/o asegurado contra los terceros responsables en razón del siniestro, hasta el monto de la indemnización pagada.

Es lícito pactar la renuncia a la subrogación, salvo en el supuesto de dolo. (LCS, artículo 99).

La aseguradora se subroga en los derechos del asegurado contra los sujetos civilmente responsables de los daños del siniestro, y contratante y asegurado tienen el deber de no perjudicar y garantizar en la medida de lo posible que la aseguradora llegue a adquirir estos derechos. Prever la subrogación del asegurador es “establecer un mecanismo de actuación del principio indemnitario” (Tato Plaza, 2002, p. 53). Así, pues, ya sea que se reconozca como un principio autónomo o como un desarrollo del principio indemnizatorio (regulado en el artículo II.b de la LCS), el derecho de subrogación del asegurador tiene su fundamento en evitar que el asegurado obtenga un lucro a consecuencia del siniestro.

Al ser distintas las causas del derecho a resarcimiento (el hecho ilícito) y la del pago de la indemnización (el contrato de seguro), el abono de esta no debería suponer la liberación del tercero responsable, ya que el hecho dañino fue condición y no causa del pago de la indemnización contractualmente prevista. Por ello, con la subrogación del asegurador se evita que el asegurado, ejerciendo sus acciones contra el responsable, acabe percibiendo una reparación que supere el importe del daño sufrido a consecuencia del siniestro. Adicionalmente, la atribución a la aseguradora de los derechos contra el tercero responsable se fundamenta en que el pago de la reparación por parte de este tendría para ella un efecto liberador de su obligación contractual de pagar la indemnización prometida. El asegurador tiene en esencia un derecho de reembolso contra el asegurado, de tal modo, injustamente enriquecido. Pero, por razones prácticas y dogmáticas, las leyes de seguro reconocen a las aseguradoras desde el inicio el derecho a ejercer directamente las acciones de su asegurado contra el tercero, ya que una vez indemnizado un asegurado carecería de incentivo para ejercerlas, más aún si puede ser demandado en reembolso por su asegurador (Tato Plaza, 2002, pp. 41-55)¹⁶. También

16 En contra de quienes fundamentan la subrogación en la transferencia de las consecuencias dañosas del siniestro hacía la aseguradora que opera *inter partes* por el contrato de seguro a cambio de la prima (Isern Salvat, 2017, pp. 548-549), como especie de sustitución integral de la aseguradora también en los derechos del asegurado. Esta tesis, dice Tato Plaza (2002), ve al asegurador como perjudicado con un derecho propio al resarcimiento, empero su obligación de pago es indepen-

es propio del derecho de seguros, en atención a la técnica aseguradora, buscar evitar efectos perversos de desviación o incremento de la siniestralidad prevista (siniestralidad adversa), lo que se daría si, indirectamente, se fomenta un accionar imprudente o temerario de terceros, con la confianza de que las consecuencias dañinas de su conducta en la integridad o propiedad de otros, no solo será cubierto por los seguros de estos, sino que —sin subrogación— tampoco existe entonces una probabilidad cierta (necesidad o incentivo) de que la víctima del daño o sus sucesores accionen en su contra.

Por su fundamento —evitar un lucro a consecuencia del siniestro—, la subrogación del asegurador se concede en los seguros que se rigen estrictamente por el principio indemnizatorio, que en general son los de daños patrimoniales, así se regula en el artículo 99 de la LCS. Pero las leyes de seguro también han atendido a que existen aspectos de ciertos seguros de personas, como la forma en que los seguros de accidentes dan cobertura a los gastos de curación, en que se aplican los mismos criterios de indemnización objetiva que en un seguro de daños patrimoniales y, por tanto, no existe razón para excluir al asegurador de subrogarse también en estos casos (Tato Plaza, 2002, pp. 55-56). Así, el artículo 116 de la LCS —del Capítulo III de disposiciones generales sobre seguros de personas— regula el derecho del asegurador de subrogarse en los derechos que tenga su asegurado contra un tercero a consecuencia del siniestro, para recuperar u obtener reembolso de los gastos médicos o de asistencia sanitaria pagados, ya que en su cobertura un seguro de persona opera como si fueran de daños o patrimoniales en sentido estricto (como de indemnización efectiva) (Sánchez Calero, 2010a, pp. 2084-2085). Ciertos seguros de personas, como el de accidentes, pueden otorgar indemnizaciones de suma (por lesiones corporales y muerte) de importe preestablecido en una tarifa legal o convencional, por lo que tal resarcimiento será siempre parcial, y, en sus coberturas de los daños emergentes del siniestro —como honorarios, gastos por asistencia médica y farmacéuticos—, aplicar a plenitud el principio indemnizatorio (Stiglitz, 2016, pp. 6-7), lo que permite que se otorgue el derecho a la aseguradora de subrogarse en el reembolso de estos últimos así liquidados, para evitar el lucro posterior del asegurado.

Aplicando el artículo 116 de la LCS y el principio indemnizatorio del artículo II.b de la misma, a la interpretación del cuarto párrafo del artículo 17 del Decreto Supremo N.º 024-2002-MTC, podemos señalar que este regula el derecho de las aseguradoras de accidentes personales (ramo 061) y de asistencia médica (ramo 064) de las víctimas ocupantes del vehículo sin SOAT, a subrogarse en los derechos de estas y solicitar a los terceros responsables el reembolso de los gastos médicos que les pagaron en virtud de estos seguros. Ante la inexistencia de SOAT, las coberturas de cualquiera de estos dos tipos de seguros necesariamente debieron activarse desde el inicio, y no sobre el exceso como hubiera correspondido a tenor del artículo 30.6 de la Ley N.º 27181. Entonces, bajo una interpretación

diente de la causa del siniestro, y el simple pago no lo convierte tal sino en todo caso cabe reconocer que sufre un perjuicio indirecto (pp. 48-51).

sistemática de todo el régimen de SOAT, resulta lógico que el cuarto párrafo del artículo 17 del Decreto Supremo N.º 024-2002-MTC regule el derecho de estas aseguradoras de seguros de salud¹⁷ a subrogarse para obtener reembolso de los gastos médicos pagados de parte de los terceros responsables, que serían el conductor, propietario y prestador del servicio de transporte, conforme a la responsabilidad solidaria que atribuyen los artículos 29 de la Ley N.º 27181 y 2 del Decreto Supremo N.º 024-2002-MTC por los daños y perjuicios sufridos por los ocupantes de un vehículo en un accidente. La legislación de otros países, como España, admiten que el asegurador de accidentes personales y de asistencia sanitaria del perjudicado pueda subrogarse en los derechos que correspondan a su asegurado, no solo contra el conductor que causó el siniestro sino también contra su aseguradora de responsabilidad civil, siempre para reembolso de gastos de asistencia sanitaria o gastos médicos en que incurrió en cumplimiento de sus obligaciones contractuales de seguro (Sánchez Calero, 2010a, pp. 2099-2100).

La Quinta Sala (anteriormente Octava Sala) de la Corte Superior de Justicia de Lima, hasta la fecha, mantiene el criterio conforme al cual el cuarto párrafo del artículo 17 del Decreto Supremo N.º 024-2002-MTC regula el derecho de repetición que permite a las aseguradoras el reembolso de lo pagado a las personas con las cuales estaban obligadas a responder contractualmente (Exp. N.º 7752-2015). Para esta sala, este supuesto sería aquel en que la aseguradora de SOAT tuvo que cubrir al 100 % los daños sufridos por un peatón, debido a que el otro vehículo interviniente no contaba con SOAT. Se trata de un criterio acorde a los principios positivos sectoriales del seguro privado, pero conviene precisar que el supuesto descrito por la Sala Superior no puede interpretarse como un derecho de subrogación de la aseguradora de SOAT en los derechos que contra los terceros responsables tengan aquellos a los que pagó indemnizaciones por muerte, incapacidad o invalidez, sino que la aseguradora estaría, en tales casos, ejerciendo un derecho propio que le concede la ley al reembolso de aquella parte que debió pagar porque el vehículo que conducían o del que eran propietarios estos sujetos responsables fue puesto en circulación sin SOAT.

7. Vis protectora del derecho del seguro privado. El principio pro asegurado

La intervención estatal que recae sobre la aseguradora y su actividad se justifica en la especialidad de la operación económica de seguro privado y en los intereses generales que dependen de su correcto desarrollo. Los artículos 345 y 347 de la Ley N.º 26702 establecen que es objeto y finalidad de la SBS proteger los intereses del público en el ámbito del sistema de seguros, cautelando la solidez económica y financiera de las personas sujetas a su control, y velando por el cumplimiento de las normas legales, reglamentarias y estatutarias que las rigen, y ejerciendo para ello el más amplio control de todas sus operaciones y negocios. La exposición de motivos de la Ley de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades

17 Los denominados seguros de salud del artículo 117 de la LCS abarcan los ramos de asistencia médica y accidentes personales (Busto Lago, 2017, págs. 648, 657).

aseguradoras y reaseguradoras española, ha descrito con mayor detalle la función tutelar del derecho del seguro privado:

El papel esencial en la economía que juegan el sector financiero y, en particular, el sector asegurador, ha justificado históricamente una regulación e intervención pública mayor que en otros sectores. Desde la Ley de 14 de mayo de 1908, que inició en España la ordenación del seguro privado, esta regulación se ha caracterizado históricamente por su función tutelar de los tomadores, asegurados, beneficiarios y terceros perjudicados de contratos de seguro privado. La actividad aseguradora supone el intercambio de una prestación presente y cierta, la prima, por una prestación futura e incierta, la indemnización. Esta situación exige garantizar que cuando eventualmente se produzca el siniestro que motive el pago de la indemnización la entidad aseguradora esté en situación de poder hacer frente a su obligación. Ello justifica que la ordenación y supervisión de las entidades aseguradoras por los poderes públicos resulte una materia de interés público, para comprobar que mantienen una situación de solvencia suficiente que les permita cumplir su objeto social. (Ley 20/2015 de 14 de julio, preámbulo)

La función tutelar o vis protectora del derecho de seguros privado opera desde la regulación y supervisión de la actividad que las aseguradoras desarrollan como objeto exclusivo, ya que, al tomador, al asegurado y a los terceros, beneficiario y perjudicado, se les protege garantizando el solvente desarrollo de la operación de seguro. En la cobertura recíproca en que consiste el seguro privado, el asegurador se coloca como enlace, gestor de riesgos (Ramírez Otero, 2012, p. 63) o administrador de fondos (Núñez Del Prado Simons, 2015), de forma que la ordenación y regulación de su actividad resulta necesaria en protección cuanto menos de los siguientes intereses públicos:

- (a) Los intereses de la mutualidad de asegurados a que atiende cada unidad de riesgo, a los cuales el ejercicio solvente del seguro o la corrección de la actividad de cobertura bajo permanente supervisión, les proporciona satisfacción de su necesidad de seguridad frente al riesgo a la que Sánchez Calero y Sánchez-Calero (2015) llamó necesidad “actual” (p. 492), cumpliéndose así la función social del seguro de “sustituir la ansiedad paralizadora de las actividades por la seguridad” (Vicent Chulià, 1990, p. 368).
- (b) En segundo lugar, el interés general de que cuando se verifiquen siniestros dentro de la mutualidad, los asegurados y terceros beneficiarios o perjudicados —colocados a veces incluso en estado de necesidad— puedan ser indemnizados o recibir el capital y la renta contratados, a pesar de la inversión del ciclo productivo.
- (c) El interés de las unidades económicas deficitarias del mercado en que las aseguradoras invierten —como inversionistas institucionales— las primas recaudadas, sobre todo a efectos de acreditar la adecuada cobertura de las reservas técnicas según su tipo.

No se puede atender a la satisfacción de estos intereses solo contractualmente, sino, más bien, es necesario regularlos principalmente a nivel regulatorio, supervisando, garantizando y, también, permitiendo el solvente desarrollo de la operación económica de seguro privado conforme al plan. Entonces, la vis protectora del derecho de seguro privado opera respecto del contractual y del regulatorio, y tanto a nivel individual en protección del tomador, asegurado, tercer beneficiario y perjudicado que contrató o para el que se contrató el seguro, que sufre el siniestro, que solicita su cobertura y espera el pago de la indemnización, suma o renta, como a nivel del asegurado colectivo o de la mutualidad de sujetos de la respectiva unidad de riesgo. Zegarra Mulánovich (2017) ha propuesto, también, una visión dual para analizar el concepto de asegurado que es sujeto de protección en la LCS, distinguiendo entre el asegurado *in concreto*, es decir, el individualmente considerado y el asegurado *in abstracto*, como categoría a la que denomina posición de asegurado en el contrato de seguro y que se corresponde con el conjunto o colectivo de todos los asegurados individuales (p. 49).

La protección a nivel individual es evidente en las leyes que regulan el contrato de seguro, la documentación contractual, el contenido mínimo de las pólizas, los derechos y deberes de ambas partes, la gestión del siniestro y la actividad de los auxiliares e intermediarios de seguros, entre otras. En su casi totalidad, la mutualidad de contratos se logra a través del recurso a la contratación por adhesión y condiciones generales de contratación. Esto se ha plasmado en el artículo III de la LCS, que parte de la premisa de que el contrato de seguro se celebra por adhesión, por lo que la LCS cuya aplicación es imperativa, según su artículo I, da al tomador la protección propia de la parte débil de la relación contractual con asimetría organizacional.

Desde la promulgación de la LCS se criticó que se aplique incluso al seguro de grandes riesgos para el que sus normas podrían resultar hasta inadecuadas, mientras que otros lo consideran adecuado por ser siempre preferible que sea el juez quien determine cuándo se aplica la excepción por cláusulas negociadas o más beneficiosas (Núñez Del Prado Simons, 2015). Particularmente, considero que no excluir a los grandes riesgos de la aplicación de la LCS es una solución más acorde a nuestra realidad nacional que no posee una fuerte cultura de seguro y donde existe no solo una asimetría organizacional sino también una fuerte asimetría informativa. He podido asistir a casos que se dieron antes de la promulgación de la LCS, en los que una aseguradora (que hoy ya no forma parte del mercado) emitió pólizas para cubrir determinados riesgos a nivel nacional de una entidad del sistema financiero, y resultó que, al producirse el siniestro, la póliza era inejecutable, debido a que sus cláusulas contenían normas de gestión de siniestros y liquidación de ajuste de daños, adecuadas a un siniestro de incendio muy distinto del que se solicitó cubrir. De este tamaño es la asimetría informativa del tomador y asegurado, tanto así, que esta se encuentra en el nacimiento mismo de la figura de los corredores de seguros y en su parcialidad a favor del tomador y asegurado (art. 337 de la Ley N.º 26702) cuya asimetría

se buscaría reducir, y sería la razón última de que su comisión la paguen las aseguradoras.

El caso antes citado puede servir, también, de ejemplo del estado de necesidad de cobertura de lo que Sánchez Calero y Sánchez-Calero (2015) llamó necesidad actual de protegerse o deseo de previsión, en la que, por definición, se encontraría siempre la contraparte de la aseguradora. A este estado alude Zegarra Mulánovich (2017) como sustento de la protección de la posición de asegurado en el contrato de seguro que dispensa la LCS, un estado de necesidad que dice pertenece a la estructura misma de este contrato, y que se corresponde con una “vulnerabilidad” mucho más radical e inevitable que el hecho de padecer una asimetría organizacional en el poder de negociación (que podría ser pasajera o no existir), y que explica que la protección de la LCS se imponga imperativamente haya o no contrato por adhesión y sea o no consumidor la contraparte de la aseguradora (p. 57). El Indecopi contempló este estado de necesidad en el caso Segundo David Ipanaque y Mi Banco y La Positiva Seguros al señalar:

en el caso del mercado de seguros, el asegurado o tomador es objeto de una especial protección por parte del derecho de seguros, cuya vis protectora sobre este sujeto encuentra su causa en el hecho de que padece un riesgo o amenaza que lo compele a entregar una prestación económica actual a cambio de una promesa de cobertura futura. Este riesgo coloca al asegurado en un estado de necesidad desde las etapas precontractuales hasta el momento de ejecución de la cobertura, haciendo necesario que, para que pueda alcanzar una cobertura efectiva, reciba un asesoramiento que redunde en una mejor transparencia en el mercado. En este sentido, las normas del derecho de seguros que regulan a los mediadores –agentes y corredores-, e incluso al personal de las aseguradoras encargado de la producción de seguros, exigen de estos unos conocimientos especializados y en algunos casos independencia respecto del proveedor, a fin de que puedan reducir la asimetría informativa del asegurado. De esta manera, las normas reguladoras del derecho de seguros reconocen explícitamente la existencia general de una asimetría informativa relevante entre todo contratante de seguros, sea o no consumidor, y la empresa aseguradora. (Resolución N.º 552-2014/INDECOPI-PIU, fj. 36)

En la LCS, esta vis protectora del derecho de seguros como principio pro asegurado se regula en el artículo II.f, que señala: “El contrato de seguro se rige por los siguientes principios: [...] f) Las estipulaciones insertas en la póliza se interpretan, en caso de duda, a favor del asegurado” (LCS, artículo II.f). En este apartado, en cuya literalidad se lee, más bien, una regla de interpretación del contrato de seguro, se recoge el principio pro asegurado, con la fortuna de que, por tratarse de un principio del derecho, su juridicidad no depende de que sea regulado — con más acierto — por una norma. Puede que el legislador de la LCS, centrándose en la importancia de proteger al asegurado en su asimetría informativa y organizacional frente a las aseguradoras que estipulan e imponen el contenido contractual, no advirtiese que lo que regulaba era solo la dimensión interpretativa del principio pro asegurado.

De lo antes indicado hace denuncia Zegarra Mulánovich (2017) al referir que, además de no contenerse una adecuada cita de ese principio, se legisla reducido a la póliza que incluso podría no existir por ser el seguro un contrato consensual, cuando, en cambio, este principio posee las siguiente otras dimensiones en el ámbito contractual:

- 1) Una dimensión fundamentadora de la regulación legal del contrato de seguro, que esta implícita en el primer párrafo del artículo I de la LCS y en la regla de interpretación decimosegunda del artículo IV de la LCS.
- 2) Una dimensión integradora de la regulación legal del contrato de seguros en tanto tenga lagunas normativas.
- 3) Una dimensión interpretativa de la regulación legal conforme a la cual las disposiciones de la LCS y de cualquier norma de seguro privado deben interpretarse en caso de duda, a favor del asegurado, a semejanza indica el autor, del pro consumidor y del pro operario del derecho laboral.
- 4) Una dimensión interpretativa del contrato que es la que se alude en el apartado f) del artículo II LCS y en otros estos otros lugares como en las reglas tercera, octava y novena del art. IV, segundo párrafo del artículo 26 y 31. (Zegarra Mulánovich, 2017, págs. 89, 90, 101, 102).

Tanto el principio pro consumidor como el principio pro asegurado, en su dimensión interpretativa, se aplican a la interpretación de leyes y cláusulas contractuales, pero una comparación entre ambos solo podría reflexionarse o intentarse a nivel de protección del asegurado individual que tenga, a su vez, la condición de consumidor conforme al artículo IV.1. del Código. Pero, si consideramos la vis protectora del derecho del seguro privado contractual y regulatorio, es necesario concluir que, por regla general, el ámbito de protección que dispensa la LCS siempre será un ámbito de protección cualificado por técnico, ya que todas las normas de contrato de seguro —y también las leyes especiales de seguro— están inspiradas en los principios jurídicos sectoriales del seguro, no pueden contradecirlos y debe huirse de cualquier interpretación que les otorgue un sentido contrario; lo que explica que la LCS sea imperativa según el artículo I de la LCS.

Por otro lado, consumidores de seguros individual pueden ser todos los sujetos intervinientes como tomador, asegurado, o terceros, beneficiario o perjudicado, en tanto “utilizan” o disfrutan del servicio de cobertura de riesgos” (Sánchez Caballero, 1997), siempre que lo hagan como destinatarios finales a criterio del derecho de consumo o se trate de microempresarios con los requisitos del artículo I.1.1.3 del Código. A todos estos consumidores individuales de seguros y también a los no consumidores les protege el derecho de seguro privado, ya que parte de la premisa de que el contrato de seguros es por adhesión, y que todos estos sujetos tienen asimetría organizacional e informativa frente a las aseguradoras. Como señala Núñez del Prado Simons (2015), las leyes de contrato de seguro no están limitadas a amparar solo a las personas naturales y a las mypes, como sí ocurre con el Código (p. 50).

La vis protectora del derecho de seguro privado abarca, al mismo tiempo, al consumidor de seguros individual y al consumidor de seguros colectivo. Existen supuestos en que los riesgos de toda la unidad o mutualidad están referidos en su totalidad a consumidores respecto de las prestaciones contratadas con la aseguradora, como, por ejemplo, lo son los asegurados del SOAT, para los que se contrata un certificado a fin de cubrirlos cuando en su condición de víctimas de un accidente de tránsito como “ocupantes” o “terceros no ocupantes”, sufran el siniestro de muerte o lesión que afecte su vida, salud o integridad física, y requieran —ellos o sus deudos— de un resarcimiento en forma de indemnización o cobertura de gastos médicos o de sepelio.

No obstante, hay que señalar que no se precisa que la unanimidad de asegurados a la que se refiera la unidad de riesgo tenga la condición de consumidor, ni mucho menos, ya que la protección del consumidor de seguros colectivo alude a la necesidad de protegerle como parte de una mutualidad o unidad de riesgos, garantizándose, respetando, sin afectar ni poner en riesgo la indemnización de su futura y eventual necesidad pecuniaria, protegiéndolo de la siniestralidad adversa que encarece su prima. En resumen, teniendo en consideración estos intereses suyos, aunque no sea parte de un procedimiento administrativo sancionador o de un proceso judicial. Esta interpretación concuerda con lo señalado por la Quinta Sala de la Corte Superior de Lima, en sentencia de apelación en el Expediente N.º 13158-2017, sobre que la ampliación de las obligaciones de las aseguradoras de SOAT a beneficiarios no contemplados, tiene un claro efecto nocivo en tanto se trasladarán los gastos de quienes no contrataron el SOAT a las personas que sí lo hicieron, ellos pagarán finalmente las indemnizaciones a través del aumento de las primas (fj. 3.8); y recordando a los órganos jurisdiccionales de la necesidad de medir el impacto de sus decisiones en proteger derechos de personas que no se encuentran representadas en la acción contencioso-administrativa (fj. 3.9).

8. La aplicación del artículo I de la LCS y la protección del consumidor de seguros

El cuarto y el quinto párrafo del artículo I de la LCS resultan aplicables cuando se está ante un consumidor de seguros, y establecen las siguientes reglas sobre el orden de aplicación de las normas de seguros y de consumidor:

En los contratos de seguro en los que el contratante o asegurado tengan la condición de consumidor o usuario es de aplicación el Código de Protección y Defensa del Consumidor, Ley 29571, y demás normas pertinentes, en lo no expresamente regulado por esta ley.

No obstante, en caso de conflicto son de aplicación las normas más favorables al consumidor o usuario. (LCS, cuarto y quinto párrafo del artículo I)

En el cuarto párrafo de este artículo I de la LCS, la primera disposición que se contiene reafirma el carácter imperativo de la LCS frente a las disposiciones del Código u otra norma que pudiera resultar pertinente, que, más bien, se aplican

“en lo no expresamente regulado” por la LCS. Como ya señalamos, no pueden preterirse los principios jurídicos positivos sectoriales del derecho de seguro privado por no estar supuestamente “expresamente regulados”, ya que estos cuentan con una juridicidad intrínseca. Su incorporación al ordenamiento jurídico o al derecho vigente es natural y no depende de que sean ratificados por el derecho positivo, ni es posible consagrar una nómina definitiva o positivizar con precisión acabada los supuestos en que operan y sus consecuencias (Vigo, 2006, pp. 140-141). Por otro lado, los principios del derecho del seguro privado, algunos —los más importantes— plasmados en el artículo II de la LCS, tienen una función supletoria o integradora, dado que se aplican también a falta de ley o costumbre (Zegarra Mulánovich, 2017; Vigo, 2006). Por eso, antes de aplicar una norma del Código u otra que resulte pertinente a la solución de un conflicto sobre derechos de un consumidor de seguros, por falta de una disposición expresa en la LCS, debe cotejarse —conforme al cuarto párrafo del artículo I de la LCS— si esa norma resulta contraria a uno de los principios jurídicos positivos sectoriales del seguro privado, labor que implica obtener una regla no expresa del ordenamiento de seguros, sobre la base de la función fundamentadora de sus principios sectoriales.

El último párrafo del artículo I de la LCS señala: “No obstante, en caso de conflicto son de aplicación las normas más favorables al consumidor o usuario”. Por lo ya expuesto, esta norma no contiene una disposición que otorgue licencia para aplicar el Código o cualquier otra “norma pertinente”, antes que una norma de la LCS o de la ley especial del seguro de que se trate, que se sustentan o inspiran en los principios jurídicos positivos sectoriales del derecho de seguro privado, o interpretarla con un sentido contrario a uno de estos principios.

Estamos bastante familiarizados con que es en virtud del principio pro consumidor, que se debe discernir y aplicar el sentido o interpretación de la norma o cláusula contractual que es más favorable al consumidor o usuario, identificando, además, lo más favorable con la pretensión del denunciante o la medida correctiva solicitada. Según este principio recogido en el artículo V.2 del Código,

en cualquier campo de su actuación, el Estado ejerce una acción tuitiva a favor de los consumidores. En proyección de este principio en caso de duda insalvable en el sentido de las normas o cuando exista duda en los alcances de los contratos por adhesión y los celebrados en base a cláusulas generales de contratación, debe interpretarse en sentido más favorable al consumidor.

En el apartado siguiente analizamos las razones de por qué el principio pro consumidor no puede aplicarse para inclinarse a atribución al denunciante de la calidad de asegurado, beneficiario o tercer perjudicado. Basta hacer notar ahora que las disposiciones contenidas en el cuarto y quinto párrafo del artículo I de la LCS se aplican cuando estamos ante un consumidor del que previamente debe haberse determinado conforme a las normas de la LCS —o de la ley especial que regule el tipo de seguro de que se trate— su calidad de tomador, asegurado o tercero beneficiario o perjudicado.

El principio pro consumidor tampoco se aplica directamente para juzgar el sentido más favorable de una cláusula contractual, sino las reglas de interpretación

del contrato de seguro previstas en el artículo IV de la LCS, las cuales no contienen disposiciones ni pueden interpretarse en un sentido distinto de los principios sectoriales del seguro, que infunden los preceptos de este sector no los del Código. La tercera regla del artículo IV del Código señala:

Los términos del contrato que generen ambigüedad o dudas son interpretados en el sentido y con el alcance más favorable al asegurado. La intermediación a cargo del corredor de seguros no afecta dicha regla ni la naturaleza del seguro como contrato celebrado por adhesión.

Resulta interesante comparar y distinguir el escenario en el que se aplica el principio pro consumidor el cual es de “duda insalvable en el sentido” de las normas o “duda insalvable en los alcances” de los contratos por adhesión o celebrados sobre la base de cláusulas generales de contratación (LCS, artículo V.2); con el supuesto de aplicación de la norma de interpretación tercera del artículo IV de la LCS, que es que “los términos del contrato que generen ambigüedad o dudas”. No puede haber duda insalvable si se sabe leer la nota técnica del producto, por lo que, en nuestra opinión, en esta regla tercera se sanciona la ambigüedad creada por el predisponente del contenido, y la única pregunta que debería caber objetar en este escenario de ambigüedad o duda es cuánto afecta el alcance más favorable al asegurado individual al consumidor colectivo de seguros, o si entra en contradicción con el resto de normas de la LCS.

Bajo riesgo de desproteger al consumidor de seguros colectivo, afectando, por ejemplo, la explotación conforme a plan, no puede juzgarse el beneficio o favor de una norma, cláusula contractual o sentido interpretativo de las mismas para el consumidor asegurado, tomador, tercero beneficiario o perjudicado individuales, sin primero atender a su conformidad con los principios jurídicos positivos sectoriales del derecho del seguro privado, ya que estos necesariamente contienen en su germen la constante referencia a la operación económica de seguro privado, y porque su contravención aqueja de invalidez el resultado o decisión. Así, tenemos que la interpretación de la cobertura de SOAT del “tercero no ocupante” de los artículos 30.2 de la Ley N.º 27181 y 4, 28 y 29 del Decreto Supremo N.º 024-2002-MTC como aplicable a los siniestros de las víctimas que viajaban al interior de otro automotor que no contaba con certificado SOAT, no solo no era la “interpretación más favorable a los consumidores del país” (Casación N.º 12291-2014, fj. 5.2.). Sino que, más bien, es una interpretación que desprotege al asegurado consumidor colectivo (cuya necesidad de seguridad es también de interés público), tanto por poner en riesgo la cobertura y el pago de sus indemnizaciones a futuro por alterar la explotación de la mutualidad conforme a plan, que es lo único capaz de garantizar a la fecha el solvente desarrollo del seguro privado, como porque para evitar esto, este costo terminará incrementando en algún momento la prima que paga el consumidor tomador colectivo.

Siguiendo con el análisis del quinto y último párrafo del artículo I de la LCS, según el cual “en caso de conflicto son de aplicación las normas más favorables al consumidor o usuario”, cabe apreciar que este directamente alude a elegir la

interpretación más favorable al consumidor o usuario, a diferencia del cuarto párrafo anterior que establece como supuesto de aplicación estar ante contratos de seguro en los que el contratante o asegurado tengan la condición de consumidor o usuario. En este sentido, en virtud del quinto párrafo del artículo I de la LCS cabe atender a la protección de consumidores de seguros potenciales o expuestos, en virtud de normas que son más propias del derecho de consumo y que no se encontraran normalmente en una ley de contrato de seguro. Este tipo de consumidores no necesitan ser asegurados, tomadores o terceros beneficiarios o perjudicados al amparo de un determinado contrato.

El caso antes señalado sería este el caso resuelto por el Indecopi de Miguel Angel Céliz Ocampo y Rimac Seguros, por discriminación en el consumo, al haber negado esta aseguradora la contratación de un seguro Red Médica a favor de su hija con síndrome de Down. En la Resolución N.º 2135-2012/SC2, el Indecopi aplicó la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, su protocolo facultativo y los artículos 1.1.d y 38 del Código, a fin de amparar los derechos de la consumidora. Lo dispuesto por este último párrafo del artículo I de la LCS resulta, también, aplicable a aquellos supuestos en que nos encontremos frente a un consumidor expuesto de seguros. Podría ser el caso de una denuncia de los deudos de un asegurado que sientan vulnerados sus derechos porque la aseguradora habría infringido la reserva del acto médico contenido en la historia clínica del artículo 25 de la Ley N.º 26842, que debería entonces concordarse con el ámbito de facultades que a esta confieren los artículos 69 y 74 de la LCS.

Aparte de estos dos supuestos especiales que estarían regulados en el último párrafo del artículo I de la LCS, cabe hacer una comprensión más genérica de lo ahí dispuesto. La locución adverbial “no obstante” que inicia este párrafo, da cuenta de que, en algunos casos, podría no resultar aplicable la totalidad de lo dispuesto en el cuarto párrafo anterior. No debe, pues, colegirse que este último párrafo necesariamente regula un escenario de dicotomía entre una norma de seguros —de la LCS o de otra norma especial de seguros— y una del Código estableciendo la regla de siempre elegir esta segunda, sino, más bien, que al consumidor puede resultar aplicable tanto la protección del derecho de consumo como la del derecho del seguro privado. En especial respecto de este quinto párrafo resulta pertinente lo señalado por Zegarra Mulánovich (2017), que, al reflexionar sobre la protección del artículo I de la LCS al asegurado consumidor, indica que el resultado de estas normas, con las cuales se hace precisión de la aplicabilidad del estatuto de consumidor al contrato de seguros, es reforzar aún más la protección al asegurado en el supuesto en el que este sea consumidor. Ocurre que el derecho de seguro privado no agota toda la protección que requiere un consumidor y que el derecho de consumo contiene.

Sobre lo antes indicado cabe citar como ejemplo lo resuelto por el Indecopi en el caso de Alberto Baldeón Daviran y Mapfre Compañía de Seguros, en que esta autoridad señaló que, aunque el artículo 69 de la LCS facultaba a la aseguradora a requerir información que le permita verificar la efectiva ocurrencia del siniestro, no resultaba razonable solicitar un perfil ocupacional en un determinado formato

firmado y sellado por el empleador, supeditando la evaluación de caso a su presentación, cuando ya se le había entregado una constancia del Ministerio de Trabajo que demostraba la causalidad que deseaba determinar (Resolución N.º 1122-2018/CC1-INDECOPI, fj. 33). El documento que requería Mapfre fue uno adicional, cuya solicitud, según la Resolución SBS N.º 3202-2013, suspende el cómputo del plazo de gestión del siniestro hasta su entrega, pero lo resuelto por el Indecopi también procedía si tal documento hubiera sido de los señalados en la póliza como documentación mínima obligatoria para solicitar la cobertura del siniestro.

Teorizando sobre lo que sería un pronunciamiento de este estilo, el Indecopi podría resolver que si bien los artículos 74 de la LCS y 11 de la Resolución SBS N.º 3202-2013 establecen que el cómputo del plazo de 30 días para la evaluación del siniestro se inicia desde la entrega de la documentación completa exigida por la póliza, en aplicación del principio de primacía de la realidad del artículo V.8 del Código, para el caso concreto denunciado en que el consumidor ya había probado la ocurrencia del siniestro con otro documento, no resultaba razonable no tramitar su solicitud hasta la entrega del documento exigido por la póliza. Por lo que la conducta de la aseguradora no constituía un ejercicio de sus facultades del artículo 69 de la LCS, sino un método comercial coercitivo del tipo inhibitorio prohibido por el artículo 56.1.g del Código, según el cual los proveedores no pueden

g. Exigir al consumidor la presentación de documentación innecesaria para la prestación del servicio que contrate o la entrega del producto adquirido, pudiendo, en todo caso, exigirse solo la documentación necesaria, razonable y pertinente de acuerdo con la etapa en la que se encuentre la prestación del producto o ejecución del servicio.

9. La protección del tomador o asegurado colectivo como finalidad del derecho de seguro privado. El caso de exclusión de los siniestros causados por el COVID-19

La finalidad de las normas del seguro privado no consiste únicamente en garantizar y cuidar la solvencia de las aseguradoras, sino que, en la medida que lo hace, se busca proteger a la mutualidad de tomadores y asegurados de cada unidad de riesgo. Entonces se regula y supervisa el desarrollo solvente de la operación de seguro conforme a plan, para proteger desde la base al colectivo de tomadores, asegurados o terceros beneficiarios o perjudicados en lo referente a la cobertura de su necesidad actual de seguridad, y para garantizar que se logre la satisfacción de su necesidad pecuniaria eventual de pago de la indemnización, capital o renta, en todos los siniestros que ocurran y deban ser cubiertos según los términos contractuales de las pólizas.

Para ilustrar lo afirmado, sirve comentar las denuncias resueltas por el Indecopi por rechazo de cobertura de fallecimientos a causa de COVID-19, en aplicación de cláusulas de exclusión de siniestros causados por “enfermedades

contagiosas que sean declaradas por el Ministerio de Salud como epidemias". La Comisión del Indecopi de Lima se pronunció a favor de la cobertura en aplicación, entre otras de la norma de interpretación tercera del artículo IV de la LCS (Resolución Final N.º 2637-2021/CC1), mientras que otras como la Comisión de la Oficina Regional del Indecopi en Lambayeque entendieron que el término pandemia llevaba implícita la existencia de una epidemia y se había configurado la causal de exclusión prevista en la póliza (Resolución Final N.º 0432-2021/INDECOPI-LAM).

Nos parece claro que, en este caso, confirmar el rechazo de la cobertura es resolver contra la regla séptima de interpretación del artículo IV de la LCS, según la cual "la cobertura, exclusiones y, en general, la extensión del riesgo, así como los derechos de los beneficiarios, previstos en el contrato de seguro, deben interpretarse literalmente". Si existiera duda sobre que la declaración de autoridad administrativa exigida por la póliza pudiera ser implícita, de forma que el pronunciamiento del Ministerio de Salud de dicha enfermedad como una pandemia, llevaba implícita su consideración de epidemia conforme a la alerta epidemiológica (Código AE-016-2020), cabría, más bien, desechar este sentido y favorecer al consumidor de seguros en aplicación de la regla de interpretación tercera del artículo IV de la LCS que contiene la dimensión interpretativa del principio pro asegurado, y según la cual "los términos del contrato que generen ambigüedad o dudas son interpretados en el sentido y con el alcance más favorable al asegurado".

Ahora bien, la situación de epidemia representa un paso previo a una pandemia, ya que, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), para la declaración de esta segunda se requiere superar la fase epidémica. Esto es, que el brote epidémico afecte a más de un continente y que los casos de cada país ya no sean importados sino provocados por transmisión comunitaria. Entonces, no es lógico pensar que la aseguradora haya decidido no cubrir la etapa anterior y sí cubrir la subsiguiente¹⁸. Especialmente, cuando la intensidad y la cadencia de los siniestros de muerte a causa del COVID-19 serían mayores en esta segunda etapa, cuando el COVID-19 fue declarada pandemia. Por lo que creemos que es bastante probable que la aseguradora no haya cotizado en la nota técnica ningún siniestro de muerte causado por enfermedades contagiosas declaradas como epidemia o como pandemia.

En este escenario, fallos como el de la CC1 del Indecopi de Lima que ordenaron su cobertura, pudieron afectar la siniestralidad estimada en la prima pura de

18 En este sentido, no compartimos el criterio expresado en el fundamento 55 de la Resolución N.º 2637-2021/CC1, según el cual la falta de consideración de una pandemia como un riesgo no cubierto por exclusión, significa que la aseguradora pudo prever que al tratarse de un riesgo estadísticamente de casi imposible ocurrencia, formaría parte de sus coberturas. Debido a su función social de cobertura de necesidades actuales de seguridad, el seguro privado no busca cubrir riesgos de escasa o imposible probabilidad de ocurrencia. El seguro es un producto del riesgo, entonces contribuye al desarrollo de la vida de los ciudadanos y de un país, sustituyendo la ansiedad paralizadora de realizar actividades por la seguridad de tener garantizado el pago de una indemnización o el resarcimiento de las consecuencias económicas desfavorables de la ocurrencia del siniestro.

riesgo, y afectar económicamente a la aseguradora, que con bastante probabilidad no cotizó dentro de la prima comercial, los siniestros a causa de una pandemia como la del COVID-19. Entonces, sirve puntualizar que el derecho del seguro privado protege el solvente desarrollo de la operación de seguro conforme a plan para proteger al colectivo asegurado, pero no para proteger a las aseguradoras, que como en el caso de Maribel Antón Colmenares de Villegas y Mapfre Seguros, por un error —suponemos— en la redacción de la póliza esta contiene cláusulas defectuosas, que no delimitan bien el riesgo a fin de que esté perfectamente adecuado a lo tasado en la nota técnica.

Lo resuelto por la CPC N.º 1 del Indecopi de Lima, que en la Resolución Final N.º 2637-2021/CC1 resolvió en contra de aplicar la exclusión de fallecimientos a consecuencia de enfermedades contagiosas declaradas como epidemia, es acorde con los principios del seguro contemplados en el artículo I de la LCS. En especial, es conforme al principio pro asegurado en su dimensión interpretativa de contratos de seguro celebrados por adhesión.

Estas desviaciones de la siniestralidad como las del caso comentado, deben asumirlas las aseguradoras con cargo a sus recursos propios¹⁹. De igual manera, también deben asumir el pago de indemnizaciones de siniestros cuya cobertura, si bien no estaba amparada por la póliza (menos cotizada en la nota técnica), se rechazaron fuera del plazo de 30 días del artículo 74 de la LCS, o se rechazaron por una causal que no correspondía en vez de por la que sí resultaba procedente, como bien lo ha resuelto Indecopi en la Resolución N.º 3341-2017/SPC-INDECOPI.

10. Determinación del consumidor de seguros y competencia del Indecopi

De conformidad con el artículo IV.1.1. del Código, tiene la calidad de consumidor directo de seguro el tomador que lo contrata ya sea como destinatario final de la cobertura (asegurado beneficiario) o para su grupo familiar o social, o si se trata de un microempresario con los requisitos del apartado 1.2 del mismo artículo. Consumidores de seguros son también los asegurados no contratantes y los terceros beneficiario y perjudicado en el “sentido que ‘utilizan’ o disfrutan del servicio de cobertura de riesgos” (Sánchez Caballero, 1997, p. 51). Todos estos también son consumidores, porque a pesar de no haber contratado la póliza, y puede que tampoco estar individualizados en ella, son favorecidos por las indemnizaciones, como es el caso del tercero perjudicado respecto de un seguro de responsabilidad civil y el asegurado peatón respecto de un SOAT. Se trataría de consumidores indirectos (Resolución N.º 1044-2013-SPC-INDECOPI; Resolución N.º 0694-2018/SPC-INDECOPI).

19 En este caso, con sus recursos de margen de solvencia. Este último forma parte del patrimonio efectivo que se exige a las aseguradoras (Ley N.º 26702, artículo 303), y que es un requerimiento de recursos propios destinado a soportar riesgo técnico que soportan las compañías de seguros a consecuencia, entre otros, de inadecuadas políticas de suscripción de riesgos, inapropiada utilización de bases técnicas o actuariales de cálculo de la prima, insuficientes reservas técnicas o deficiente cobertura de reaseguros (Resolución SBS N.º 1124-2006, artículo 3).

El contratante o tomador es la contraparte de la aseguradora en el contrato de seguro, puede identificársele porque suscribe la solicitud de seguro (artículo 6 de la LCS) o por ser el sujeto obligado al pago de la prima (artículo 17 de la LCS). El asegurado en los seguros patrimoniales es el titular del interés asegurable, definición que acoge la LCS en su artículo 81 que señala: “el seguro de daños patrimoniales garantiza al asegurado contra las consecuencias desfavorables de un evento dañoso que pueda atacar contra su patrimonio”. En esta clase de seguros es relativamente más sencillo identificar a la persona del asegurado que en los seguros de personas. Los seguros de personas son aquellos que comprenden o cubren todos los riesgos que pueda afectar a la existencia, integridad física o corporal o a la salud del asegurado (Sánchez Calero, 2010b). Serían de este tipo el seguro de vida para caso de muerte, de accidentes, de enfermedad, de asistencia sanitaria, de dependencia, etc., y el asegurado sería, correlativamente en cada uno de los mencionados, aquel cuya muerte, accidente, enfermedad, necesidad de asistencia sanitaria, limitación física o mental, etc. se considera siniestro y hace exigible la obligación de la aseguradora de indemnizar o satisfacer un capital, una renta u otras prestaciones convenidas (Sánchez Calero, 2010b). Como señala Sánchez Calero (2010b), en un seguro de personas el interés asegurable que puede afectarse con el riesgo cubierto es la relación económica entre el asegurado como persona y su propio cuerpo (o el de un tercero), tanto en cuanto fuente de un rendimiento económico por su capacidad productiva como por resultar objeto de necesidades a las que ha de subvenir, o simplemente por el valor mismo propio de la vida y de la salud.

Según el artículo 115 de la LCS, “el seguro de personas recae sobre la vida del asegurado o de un tercero, o sobre la integridad psicofísica o la salud del asegurado”. Este artículo alude tanto a la figura del asegurado en sentido estricto como a la del asegurado en sentido impropio, que sería ese tercero sobre el que recae el riesgo (de morir, sufrir un accidente, enfermar, etc.) y sobre cuya persona tiene interés asegurable el tomador que sería el asegurado en sentido estricto. Los ejemplos que da el maestro Sánchez Calero (2010b) en los que aparece un asegurado en sentido impropio es el de un seguro contratado por la mujer para caso de fallecimiento del marido de cuyos ingresos dependiera su manutención, el que contrata un club de fútbol para asegurar la integridad física de un jugador sobre el que tiene interés asegurable en tanto ha pagado una importante cantidad de dinero, el que contrata el banco sobre la vida de un cliente suyo al que ha concedido un préstamo en vista de sus ingresos (pp. 2035-2037).

El tercer beneficiario es aquella persona que no ha contratado el seguro, tampoco padece el riesgo cuya verificación se considera siniestro, y que, algunas veces, ni siquiera tiene interés asegurable, pero es la destinataria de las prestaciones que debe efectuar la aseguradora. El tercer beneficiario es típico en los seguros de vida para caso de muerte; puede estar individualizado en las condiciones particulares con su nombre o por una categoría (como heredero legal o hijo póstumo). En el caso de los seguros de responsabilidad civil, aparece la figura del tercer perjudicado que sería aquel sujeto que sufre el daño del que resulta responsable

el asegurado. La identificación definitiva de la persona del tercer perjudicado es la sentencia que le favorece estimando la responsabilidad del asegurado, pero también podría ser una transacción con la aseguradora.

Como ya hemos señalado, el tomador, el asegurado, el tercero beneficiario y el perjudicado serían consumidores, ya que utilizan o disfrutan del servicio de cobertura de riesgos, en la medida en que lo hagan como destinatarios finales o se trate de microempresarios con los requisitos del artículo IV.1.1.2 del Código. Los párrafos cuarto y quinto del artículo I de la LCS sirven a la determinación de la norma aplicable cuando el contratante o asegurado, o también los terceros beneficiario y perjudicado, tienen la condición de consumidor.

El artículo 105 del Código establece que el Indecopi es la autoridad con competencia primaria y de alcance nacional para conocer las presuntas infracciones a los derechos de los consumidores. Los consumidores son definidos en el artículo I.1. del Código como destinatarios finales del producto o servicio. Para facilitar su identificación, el artículo I.1.1.3 del Código establece que “en caso de duda sobre el destino final de determinado producto o servicio, se califica como consumidor a quien lo adquiere, usa o disfruta”. Pero para determinar que se está ante un consumidor de seguros, deben primero aplicarse las disposiciones de la LCS —u otras leyes especiales de seguro privado— a identificar al asegurado, tomador o tercero beneficiario o perjudicado, y una vez que se haya identificado quién tiene una de esas calidades según el derecho de seguro privado, recién cabe estimar su condición de consumidor según sea destinatario final o no del servicio de cobertura o microempresario con las características del artículo I.1.1.2 del Código, aplicando, de ser preciso, el artículo I.1.1.3 que establece que “en caso de duda sobre el destino final de determinado producto o servicio, se califica como consumidor a quien lo adquiere, usa o disfruta”.

Podríamos esgrimir varias razones de por qué no debe aplicarse el principio pro consumidor a determinar quiénes son asegurados o terceros, beneficiario o perjudicado, destinatarios del servicio de cobertura de un contrato de seguro privado:

- a. Para que se aplique este principio a la interpretación de una norma o cláusula contractual, debemos estar ante un consumidor, cuya presencia en el caso de servicios de cobertura de seguro privado está, primeramente, determinada por su condición de asegurado, beneficiario o tercer perjudicado, según lo que señalen al respecto las condiciones particulares de la póliza, ya sea que estas tengan un contenido libremente determinado por las partes o preestablecido por una norma imperativa. Entonces a la interpretación de las condiciones particulares no debe aplicarse el principio pro consumidor sino la regla de interpretación séptima del artículo I de la LCS, según la cual “la cobertura, exclusiones y, en general, la extensión del riesgo así como los derechos de los beneficiarios, previstos en el contrato de seguro, deben interpretarse literalmente”. De lo contrario, se corre el riesgo de alterar la congruencia entre lo establecido en las obligaciones contractuales de la póliza y su nota técnica, exigida por el artículo 6.c de

la Resolución SBS N.º 7044-2013 y necesaria para garantizar la explotación conforme a plan de la mutualidad.

- b. Aplicar el principio pro consumidor a la identificación de la persona del asegurado o beneficiario y no únicamente a la estimación del sujeto como destinatario de final del servicio, conlleva el riesgo de alterar la explotación de la mutualidad conforme a plan o nota técnica, afectando al consumidor colectivo de seguros de esa unidad de riesgos.
- c. Aplicar el principio pro consumidor a identificar al asegurado de un seguro de personas, puede llevar a que el Indecopi conozca sobre denuncias para las que en realidad no tenía competencia. Esto habría ocurrido en el caso de la cobertura de SOAT a “terceros ocupantes” a bordo de otro vehículo automotor. Como el SOAT es un seguro de personas en la modalidad de accidentes personales, los “asegurados” de este son aquellos sujetos cuya muerte, lesión en su integridad física o estado de incapacidad a raíz de un accidente de tránsito, activa o vuelve exigible la obligación de la aseguradora de indemnizar, y su cónyuge, conviviente y parientes señalados en el artículo 34 del Decreto Supremo N.º 024-2002-MTC serían “terceros beneficiarios” en caso de muerte del asegurado. Entonces, aplicar el principio pro consumidor para considerar al denunciante como asegurado (o tercer beneficiario), a fin de favorecerle con la indemnización de los daños sufridos en un accidente de tránsito, tiene como efecto atribuirse a su vez competencia para resolver, por tener entonces el denunciante una calidad de consumidor indirecto. De tal forma que si la atribución de la calidad de asegurado fuera errónea, según las normas de la LCS, el Indecopi tampoco habría tenido competencia para resolver.

Para finalizar, cabe señalar que en la identificación del asegurado, tomador y terceros, beneficiario y perjudicado, luego de identificarlos como tales de conformidad con las normas de la LCS y o de la ley especial que regule el tipo de seguro del que se trate, el Indecopi podría aplicar el principio de primacía de la realidad del artículo V.8 del Código de Consumo, para hacer prevalecer el resultado de aplicar estas disposiciones legales imperativas de seguro, sobre una condición o cláusula de la póliza que contemple algo distinto.

REFERENCIAS

- Broseta Pont, M., y Martínez Sanz, F. (2022). *Manual de Derecho Mercantil* (29ª ed., Vol. II). Editorial Tecnos.
- Busto Lago, J. M. (2017). Seguro de personas. Disposiciones Generales. En M. R. Quintans Eiras, y L. C., Ramírez Otero (Eds.), *Estudios sobre el Contrato de Seguro* (pp. 647-676). Instituto Pacífico.
- Corte Suprema de Justicia de la República. Sala de Derecho Constitucional y Social Permanente. Casación N.º 11817-2014; 19 de julio de 2016.
- Corte Suprema de Justicia de la República. Sala de Derecho Constitucional y Social Permanente. Casación N.º 12291-2014; 7 de junio de 2016.
- Corte Suprema de Justicia de la República. Tercera Sala de Derecho Constitucional y Social Transitoria. Casación N.º 16658-2016; 20 de junio de 2018.
- Corte Suprema de Justicia de la República. Tercera Sala de Derecho Constitucional y Social Transitoria. Casación N.º 4159-2017; 12 de septiembre de 2018.
- Corte Suprema de Justicia de la República. Tercera Sala de Derecho Constitucional y Social Transitoria. Casación N.º 3683-2017; 12 de septiembre de 2018.
- Corte Superior de Justicia de Lima. Quinta Sala Especializada en lo Contencioso Administrativo Subespecialidad de Temas de Mercado. Sentencia del Exp. N° 4620-2013 de 03 de marzo de 2017.
- Corte Superior de Justicia de Lima. Quinta Sala Especializada en lo Contencioso Administrativo Subespecialidad de Temas de Mercado. Sentencia del Exp. 1106-2015 de 16 de octubre de 2018.
- Corte Superior de Justicia de Lima. Quinta Sala Especializada en lo Contencioso Administrativo Subespecialidad de Temas de Mercado. Sentencia del Exp. 4437-2016 de 23 de octubre de 2017.
- Corte Superior de Justicia de Lima. Quinta Sala Especializada en lo Contencioso Administrativo Subespecialidad de Temas de Mercado. Sentencia del Exp. 18770-2016 de 12 de noviembre de 2019.
- Corte Superior de Justicia de Lima. Quinta Sala Especializada en lo Contencioso Administrativo Subespecialidad de Temas de Mercado. Sentencia del Exp. 7752-2015 de 19 de septiembre de 2022.

- Corte Superior de Justicia de Lima. Quinta Sala Especializada en lo Contencioso Administrativo Subespecialidad de Temas de Mercado. Sentencia del Exp. 13158-2017 de 22 de abril de 2021.
- Corte Superior de Justicia de Lima. Vigésimo Sexto Juzgado Contencioso Administrativo Subespecialidad en Temas de Mercado. Sentencia del Exp. 04437-2016 de 14 de febrero de 2017.
- Del Caño Escudero, F. (1983). *Derecho Español de Seguros* (Vol. I). Imprenta Sáez.
- Donati, A. (1961). Economía, tecnica e diritto nell'assicurazione. *Giornale degli Economisti e Annali di Economia*, 20, (11/12), 667-679.
- García de Enterría, E. (2009). *Democracia, Jueces y Control de la Administración* (6ª ed.). Editorial Civitas.
- García-Pita y Lastres, J. L. (2000). La concentración empresarial en el Derecho del seguro privado (notas preliminares). *Anuario de la Facultad de Derecho de la Universidad de La Coruña* (4), 257-302 <https://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/2060>
- García-Pita y Lastres, J. L. (2009). *Riesgos e intereses del naviero y cobertura asegurativa. Del Código de Comercio a la Reforma del Derecho de la Navegación Marítima*. (1ª ed.). Aranzadi.
- Garrigues Díaz-Cañabate, J. (1979). *Curso de Derecho Mercantil, Tomo II* (7ª ed., Vol. II). Artes Gráficas Aguirre.
- Garrigues Díaz-Cañabate, J. (1983). *Contrato de seguro terrestre*. (2ª. ed. revisada). Imprenta Aguirre.
- Herrmannsdorfer, F. (1933). *Seguros Privados*. (R. Luengo Tapia, y W. Neumann, Trads.) (Vol VII). Labor.
- Illescas, R. (2014). Principios fundamentales del contrato de seguro. *Revista Española de Seguros* (157),7-20.
- Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual (Indecopi). Sala Especializada de Defensa de la Competencia. Resolución N.º 1784-2009/SC2; 14 de octubre de 2009.
- Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual (Indecopi). Sala Especializada en Protección al Consumidor. Resolución N.º 2445-2010/CPC del Expediente N.º 976-2010/CPC; 15 de octubre de 2010.
- Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual (Indecopi). Comisión de Protección al Consumidor N.º

- 1 – Sede Central. Resolución Final N.º 2135-2012/CPC del Expediente N.º 921-20117CPC; 11 de junio de 2012.
- Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual (Indecopi). Sala Especializada en Protección al Consumidor. Resolución N.º 1044-2013/SPC-INDECOPI del Expediente N.º 1229-2011/PS3; 29 de abril de 2013.
- Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual (Indecopi). Comisión de la Oficina Regional del Indecopi de Piura. Resolución N.º 552-2014/INDECOPI-PIU del Expediente en ORPS N.º 032-2014/CPC-INDECOPI-PIU; 13 de agosto de 2014.
- Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual (Indecopi). Sala Especializada en Protección al Consumidor. Resolución N.º 4357-2014/SPC-INDECOPI del Expediente N.º 5822013/CC1; 19 de diciembre de 2014.
- Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual (Indecopi). Sala Especializada en Protección al Consumidor. Resolución N.º 3825-2015/SPC del Expediente N.º 60-2014/CPC-INDECOPI-LOR; 2 de diciembre de 2015.
- Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual (Indecopi). Comisión de Protección al Consumidor N.º 1 – Sede Central. Resolución Final N.º 3341-2017/CC1 del Expediente N.º 560-2017/CC1; 27 de noviembre de 2017.
- Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual (Indecopi). Sala Especializada en Protección al Consumidor. Resolución N.º 0694-2018/SPC-INDECOPI del Expediente N.º 1163-2015/CC1, N.º 1464-2015/CC1, N.º 1165-2015/CC1, N.º 1166-2015/CC1 (acumulados); 4 de abril de 2018.
- Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual (Indecopi). Comisión de la Oficina Regional del Indecopi de Lambayeque. Resolución Final N.º 0432-2021/INDECOPI-LAM del Expediente N.º 0001-2021/CPC; 6 de septiembre de 2021.
- Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual (Indecopi). Comisión de Protección al Consumidor N.º 1 – Sede Central. Resolución Final N.º 2637-2021/CC1 del Expediente N.º 473-2021/CC1; 29 de septiembre de 2021.

- Isern Salvat, M. R. (2017). Disposiciones generales sobre la cobertura del siniestro. En M. R. Quintans Eiras, y L. C., Ramírez Otero (Dir.), *Estudios sobre el Contrato de Seguro* (pp. 525-560). Instituto Pacífico y Universidad de Piura.
- Manes, A. (1930). *Tratado de Seguros. Teoría General del Seguro*. (Soto Fermín, trad. de 4ª ed. Alemana). Logos.
- Núñez Del Prado Simons, A. (2015). La exclusión de los grandes riesgos de los beneficios de la Ley de Contrato de Seguro en el Perú: el principio de realidad. *RAE Jurisprudencia Civil y Procesal Civil*, (83), 49-51.
- Prölss, E., Schmidt, R., y Sasse, J. (1974). *Versicherungsaufsichtsgesetz. Bundesaufsichtsgesetze. Kartellrecht der Versicherungswirtschaft (§ 102 GWB) und andere Nebengesetze*. C. H. Beck'sche Verlagsbuchhandlung.
- Ramella, A. (1934). *Tratatto delle assicurazioni private e sociali*. Società Editrice Libreria.
- Ramírez Otero, L. C. (2006). La Resolución del contrato de seguro por impago de la prima. En L. C. Ramírez Otero (Comp.), *Temas actuales de Derecho de la empresa. IX Jornadas de Derecho de la Empresa* (65-86). Palestra.
- Ramírez Otero, L. C. (2012). *Grupos de Entidades Aseguradoras*. La Ley.
- Martín-Retortillo, S. (1988). La empresa aseguradora: Marco institucional de su ordenación jurídico-administrativa. En E. Verdera Tuells (Dir.) *Comentarios a la Ley de Ordenación del Seguro Privado* (tomo I, pp. 57 -78). Colegio Universitario de Estudios Financieros, Consejo Superior Bancario.
- Sánchez Caballero, E. (1997). *El consumidor. Protección y Defensa*. Mapfre.
- Sánchez Calero, F. (1961). *Curso de Derecho del Seguro Privado* (Vol. I). Server Cuesta.
- Sánchez Calero, F. (2010a). Ausencia de Subrogación. En F. Sánchez Calero (Dir.), *Ley de Contrato de Seguro. Comentarios a la Ley 50/1980, de 5 de octubre, y a sus modificaciones* (4ª ed., pp. 2084-2105). Aranzadi.
- Sánchez Calero, F. (2010b). Seguros de personas. Disposiciones Comunes. En F. Sánchez Calero (Dir.), *Ley de Contrato de Seguro. Comentarios a la Ley 50/1980, de 8 de octubre y a sus modificaciones* (4ª ed., pp. 2022-2053). Thompson Reuters- Aranzadi.
- Sánchez López, J. M., y Martín Peña, M. L. (1998). Aspectos técnicos del Seguro de vida: elementos financieros y actuariales. *Revista Española de Seguros: Publicación doctrinal de Derecho y Economía de los seguros privados*, (95), 445-461.

- Sánchez Calero, F. y Sánchez-Calero Guilarte, J. (2015). *Instituciones de Derecho Mercantil* (37ª ed. 10ª ed. en Aranzadi, Vol. II). Navarra: Thomson Reuters. Aranzadi.
- Stiglitz, R. (2016). *Derecho de Seguros* (6ª edición actualizada y ampliada, Vol. I). Thomson Reuters. La Ley.
- Tato Plaza, A. (2002). *La subrogación del asegurador en la ley de contrato de seguro*. Tirant lo Blanch.
- Tirado Suárez, J. (1989). Debate sobre los límites de entre la actividad bancaria y la actividad aseguradora (noticia). *Revista de Derecho Bancario y Bursátil*, (34), 435-437.
- Tribunal Constitucional (TC). Sentencia del Expediente N.º 0001-2005-PI/TC; 6 de junio de 2005.
- Tribunal Constitucional (TC). Sentencia del Expediente N.º 02736-2004-PA; 16 de diciembre de 2005.
- Tribunal Constitucional (TC). Expediente N.º 04904-2019-PA/TC; 16 de septiembre de 2020.
- Vázquez Padura, M. (1984). Estudio comparado del control sobre la solvencia de las entidades de seguros. *Revista General de Derecho*, (480), 1967-1983.
- Vicent Chulià, F. (1990). *Compendio crítico de Derecho mercantil*. Bosch.
- Vigo, R. (2006). *Interpretación Jurídica (del modelo iuspositivista legalista decimonónico a las nuevas perspectivas)*. Rubinzal-Culzoni Editores.
- Zegarra Mulánovich, Á. M. (2017). Marco normativo y principios interpretativos de la regulación y contratación de seguros privados (Artículos I a IV LCS). En M. R. Quintans Eiras y L. C. Ramírez Otero (Dirs.), *Estudios sobre el Contrato de Seguro* (27-111). Instituto Pacífico.

Anexo legislativo

- Código de Protección y Defensa del Consumidor [CPDC]. Ley N.º 29571 del 2010. 2 de septiembre de 2010.
- Decreto Supremo N.º 024-2002-MTC. Aprueban Texto Único Ordenado Nacional de Responsabilidad Civil y Seguros Obligatorios por Accidentes de Tránsito. 14 de junio de 2002.
- Directiva Administrativa N.º 210-MINSA/DGSP.V.01 de 2015 [Ministerio de Salud]. Directiva Administrativa para la Atención de Pacientes víctimas de Accidentes de Tránsito cubiertos por el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) o el Certificado contra Accidentes de Tránsito (CAT) en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS)

- Públicas del Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales. 16 de noviembre de 2015.
- Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras. 15 de julio de 2015.
- Ley N.º 26702. Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca y Seguros. 9 de diciembre de 1996.
- Ley N.º 26842. Ley General de Salud. 20 de julio de 1997.
- Ley N.º 27181. Ley General de Transporte y Tránsito Terrestre. 8 de octubre de 1999.
- Ley N.º 29946. Ley de Contrato de Seguro. 27 de noviembre de 2012.
- Resolución SBS N.º 1124-2006 [Superintendencia de Banca, Seguros y AFP]. Reglamento de Requerimientos Patrimoniales de las Empresas de Seguros y Reaseguros. 29 agosto de 2006.
- Resolución SBS N.º 1825-2019 [Superintendencia de Banca, Seguros y AFP]. Reglamento de Registro de Modelos de Pólizas de Seguro y Notas Técnicas. 30 de abril de 2019.
- Resolución SBS N.º 4143-2019 [Superintendencia de Banca, Seguros y AFP]. Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema de Seguros. 11 de septiembre de 2019.
- Resolución SBS N.º 3202-2013 [Superintendencia de Banca, Seguros y AFP]. Reglamento para la gestión de siniestros. 24 de mayo de 2013.
- Resolución S.B.S. N.º 7044-2013 [Superintendencia de Banca, Seguros y AFP]. Reglamento de Registro de Modelos de Pólizas de Seguro y Notas Técnicas. 28 de noviembre de 2013.