



Facultad de Ciencias Sociales

Trabajo de graduación para optar por el grado de Licenciado en Derecho

“La discriminación en razón de edad en contratos colectivos de vida y salud por carencia de criterios técnicos, durante el período de 2008 al 2015 en las pólizas del Instituto Nacional de Seguros. Un análisis de la jurisprudencia de la Sala Constitucional”

Postulante: Luis Diego Fallas Gómez

Profesor Asesor MSc. Sergio Guido Villegas

Decano: Lic. Juan Alberto Corrales Ramírez

Profesor Tutor: Dr. Ricardo Madrigal Jiménez

III CO 2015

Dedicatoria

A mi familia que siempre me brindó el apoyo para seguir adelante y superar los obstáculos que se presentaron.

Agradecimientos

Agradezco a Dios y a todas las personas que aportaron para poder realizar este proyecto.

San José, 15 de diciembre de 2015

MSc. Juan Alberto Corrales Ramírez

Decano Facultad de Derecho

UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA

Estimado Señor:

Reciba un cordial saludo, la misma es para indicarle que en el marco del Seminario de Graduación (Derecho) para optar por el Grado de Licenciatura, he revisado el Trabajo Final de Graduación del estudiante Luis Diego Fallas Gómez, mismo que estimo. Después del análisis correspondiente se encuentra listo para ser examinado y defendido.

En virtud de lo expuesto, considero que resulta procedente se señale fecha y hora para su defensa.

Atentamente,

MSc. Sergio Guido Villegas

Profesor Asesor

RESUMEN

Este trabajo analizó la realidad que sufren los adultos mayores en Costa Rica, respecto al tema de la edad en los contratos de seguros personales. Es una realidad que este tipo de pólizas cuando el asegurado cumple una determinada edad realiza modificaciones que pueden ser consideradas como inconstitucionales. Se expuso la situación que sufre ese sector de la población al cumplir una determinada edad y qué repercusiones puede generar al futuro de la sociedad.

Esta aplicación de políticas discriminatorias por parte de las compañías aseguradoras tiene repercusiones en distintos ámbitos de la vida de los sujetos afectados. Existe desmejoramiento de calidad de vida al reducir los productos de salud y promueve una inactividad de esta población en aspectos financieros, debido a la negativa de asegurarlos por la edad que poseen.

Es necesario recordar que por un aspecto constitucional, nuestro país debe velar por evitar realizar acciones que puedan ser consideradas como discriminatorias para un grupo de ciudadanos, menos cuando estas provengan de situaciones como edad, género. etc. Es claro que con el paso de los años se ha logrado un avance con la creación de nuevas leyes e instituciones que buscan velar por la correcta protección de los derechos de esta población, sin embargo, aún se encuentran situaciones que rozan esas garantías y por las cuales resulta necesario realizar una intervención para evitar que se continúen aplicando estas actuaciones. Es por esto que resulta fundamental proceder a reformar la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, para que evite estas situaciones y que prohíba a las compañías de seguros que comercialicen contratos que puedan ser considerados lesivos para un grupo determinado de la población.

Palabras Claves: Contrato de Seguros, Seguros Personales, Coberturas en Seguros Personales, Seguros Colectivos, Discriminación, Riesgo.

ABSTRACT

This study analyzed the reality experienced by older adults in Costa Rica, on the issue of age on contracts personal insurance. It is a reality that this type of policy, when the insured reaches a certain age, makes changes that may be considered unconstitutional. The situation experienced by this sector of the population to reach a certain age can generate an impact in the future of the society that was exposed.

This application of discriminatory policies by parts of the insurance companies have an impact on various aspects of life of affected individuals. There is deterioration in life quality reducing health products and promotes inactivity of this population in financial matters because of the refusal to insure them because of their age.

We must remember that a constitutional aspect for our country is to avoid actions that could be considered as discriminatory, least one group of citizens when they come from situations such as age, gender. etc. It is clear that over the years progress was made with the creation of new laws and institutions seeking to ensure proper protection of the rights of this population, but there are still situations that border these guarantees and an intervention is necessary to prevent further implementation of these actions. That is why it is essential to proceed to reform the Law Regulating the Insurance Contract, to avoid these situations and to prohibit insurance companies to sell contracts that may be considered harmful to a particular group of the population.

Keywords: Contract Insurance, Personal Insurance Coverage in Personal Insurance, Group Insurance, Discrimination, Risk.

Contenido

Introducción: 1

CAPÍTULO I: Nociones Básicas y Legales 5

SECCIÓN I: El Contrato de Seguro y sus generalidades 5

SECCIÓN II: Reconocimiento legal de los Derechos de las personas adultas mayores..... 14

CAPÍTULO II: Políticas del Instituto Nacional de Seguros, en razón de edad..... 19

SECCIÓN III Aspectos relevantes en los seguros de vida y salud del INS 20

SECCIÓN IV Las implicaciones de los contratos en razón de la edad 27

Conclusión: 31

Anexos: 35

Bibliografía 37

Introducción:

El interés que se pretende conseguir con esta investigación es poder analizar el impacto que tiene sobre los colectivos de vida y salud el tema de la edad de los contratantes. Existe una diferencia cuando se refiere a una póliza colectiva de una individual, generalmente los contratos colectivos se diferencian las pólizas individuales en aspectos de requisitos para la emisión. Una póliza colectiva en muchas ocasiones es de inclusión automática (solo se debe completar solicitud y certificado), mientras las individuales requieren más participación directa entre las partes interesadas en suscribir el contrato. Un seguro de vida es una protección que un sujeto adquiere principalmente en caso de que este fallezca, con el fin de que se le pueda indemnizar a su beneficiario una determinada suma de dinero. Esta persona beneficiaria podrá ser indicada por el cliente, o dependiendo la modalidad de aseguramiento podría ser un acreedor.

En el ramo de vida, el objeto del contrato de seguro tiene como fin cubrir los riesgos que puedan afectar la persona del asegurado en su existencia, brindando protección a los beneficiarios mediante una renta o capital. Con la elaboración del trabajo se trata de dar un enfoque a la realidad costarricense en la que existe un incremento de la población adulta mayor, y que este sector tiene igual derecho a participar de manera activa en el desarrollo económico y social del país. Ellos poseen al igual que cualquier otro sujeto la oportunidad de gozar y disfrutar de una vida plena, y para esto es necesario velar por que se cumplan una serie de derechos que les han sido arrebatados por un tema de edad. En materia de seguros, específicamente la línea o rama de seguros personales, las personas cuando cumplen una determinada edad se enfrentan a incrementos en las primas de sus pólizas y además en exclusiones de coberturas, sin haberles solicitado a las personas someterse a exámenes médicos que comprueben el estado de salud y que con base en estos se pueda concluir que deben ser excluidos un determinado riesgo, o bien que se proceda a realizarles un incremento de prima.

Es una realidad que cuando la persona va envejeciendo la salud puede irse deteriorando, sin embargo también es una realidad que en un país como Costa Rica donde la tasa de mortalidad es relativamente alta y la tasa de natalidad ha disminuido considerablemente los últimos años, el darle interés a que los adultos mayores tengan participación en los temas relacionados a seguros se vuelve una situación con una importancia latente. La idea es orientar esta investigación a conocer la actualidad de los contratos de seguros, la posición de las principales aseguradoras del país en torno a este tema y qué se puede realizar para lograr una participación activa de este grupo en el desarrollo integral de la sociedad. Asimismo, conocer los efectos que han tenido sobre el mercado de seguros los fallos de la Sala Constitucional.

Por una tutela constitucional en Costa Rica una persona no podrá ser objeto de discriminación por un factor como la edad, pero en lo que se relaciona al tema de elegibilidad en seguros de vida y salud sí existen situaciones que cuestionan esa protección. En diferentes contratos de Seguros Colectivos inscritos ante la Superintendencia General de Seguros se evidencian situaciones que pueden rozar o que son transgresoras de los derechos constitucionales de los sujetos y por las cuales la Sala Constitucional tiene que intervenir para no crear situaciones de indefensión ante este grupo de personas.

Un concepto fundamental cuando se analizan los seguros es la siniestralidad, que es percibida por las compañías aseguradoras como un porcentaje cuando se analizan los montos que debe indemnizar para un respectivo tipo de póliza, en comparación con las primas percibidas en un determinado espacio de tiempo. La Ley Reguladora del Contrato de Seguros otorga a las aseguradoras la facultad de realizar ajustes en las primas por razón de valoración de siniestralidad de la póliza, sin embargo una cuestión es realizar un ajuste a la prima en razón de los siniestros presentados por determinado plazo, y otra que el tomador o el asegurado por cumplir cierta edad vea aumentada significativamente la prima y proceder a excluirle coberturas y bajar el rango de cobertura en las que va a mantener.

Es necesario resaltar que la legislación hace la relevancia de indicar que el solicitante, es decir quien desea constituirse como tomador de la póliza, debe en caso de que el asegurador (entiéndase asegurador como la compañía de seguros que cumple con requisitos legales para operar en el país) requiera de manera razonable practicarle exámenes médicos al cliente para conocer de su estado de salud, someterse a estos, y el costo será cubierto por la compañía aseguradora. Esta situación se considera como un punto determinante en la investigación, y es que actualmente esto sucede pero de manera desfavorable para los clientes. Con la investigación se pretende comprender esa situación a la luz de varios análisis a contratos de seguros colectivos que diferentes aseguradoras tienen inscritos y demostrar que esta aplicación de exámenes médicos no ocurre al momento de emitir la póliza, sino que es una condición sobreviniente cuando el cliente cumple una determinada edad, en la que le excluyen el riesgo sin someterlo antes a ningún tipo de examen médico que determine que existe una agravación del riesgo.

Es ese momento cuando al cliente le excluyen determinado riesgo es que se puede comprender que en la actualidad ciertos contratos de seguros inscritos ante la Superintendencia transgreden lo establecido en la constitución política, específicamente lo dispuesto por el artículo 50. Esto debido a que no permiten que todos los ciudadanos puedan tener una participación integral en relación con las coberturas y pólizas en seguros de VIDA y SALUD, cuando llegan a una edad en que aumenta la necesidad de una atención más expedita y de calidad.

De forma generalizada en la actualidad Cosa Rica tiene una situación en relación con los seguros personales en adultos mayores, y es que al modificarles las coberturas, primas y alcance de sus seguros, las personas optan por cancelar los contratos o en su caso no muestran interés siquiera de suscribir determinado contrato de seguro. De esta realidad es que surge la necesidad de que las compañías aseguradoras se involucren más con este sector de la población y no provoquen un desmejoramiento del mercado de seguros, al dejar a este grupo sin poder recurrir a una atención médica oportuna, de calidad, o bien limitándoles coberturas en caso de sufrir algún tipo de accidente o enfermedad grave.

¿Porque no se están aplicando las condiciones de elegibilidad en los seguros personales para clientes que superan ciertas edades? Desde la apertura del mercado de seguros como efecto de la entrada en vigencia del Tratado de Libre Comercio con Estados Unidos, se eliminó el monopolio en el tema de seguros y facultó a diferentes aseguradoras a tener la posibilidad de comerciar diferentes ramas de seguros en el país. El tema de la edad en los seguros de vida y salud siempre ha ocasionado discusiones entre diferentes sectores, desde la posición de las aseguradoras que alegan a grandes rasgos que ese grupo de personas aumentan el riesgo y a consecuencia de esto se deben aumentar las primas, y las opiniones de los clientes de estas compañías que sufren de esta situación.

Se debe tener en cuenta un tema fundamental, y no es tratar de asegurar a cualquier sujeto que se presenta a una compañía aseguradora y que se emita de forma expedita una póliza sin tomar en cuenta los riesgos que esta persona puede representar. El problema es cuando a un Tomador o Asegurado de una determinada póliza se le realiza una modificación del seguro por cumplir una determinada edad y no existe una valoración del riesgo. En ramos de seguros de vida y salud, para determinar si existe un agravamiento de riesgo solo se puede hacer mediante la realización de exámenes médicos al asegurado que reflejen un detrimento en su estado de salud y que den una razón válida para recargar la prima.

Existe también una situación que puede ser vista como un encarecimiento de los productos que ofrecen a este grupo de ciudadanos. Existen registradas también ante la Superintendencia unas modalidades de seguros de fácil suscripción y son denominados como Seguros Autoexpedibles, sin embargo sus condiciones buscan solamente abarcar el sector de la población menor a los 65 años, y entonces cuando los clientes de esas pólizas superan esa edad los seguros se cancelan de manera inmediata, y si el cliente desea volver a obtener una póliza de este tipo deberá de pagar una prima que sencillamente representa más de un 100 % del valor que poseía antes de los 65 años. Es decir, le recargan la prima de manera desproporcional, lo que provoca una disminución en emisión de seguros de vida y salud en clientes mayores de esa edad. Actualmente existen diferentes modalidades de contratos que brindan cobertura en ramas de vida y salud y que según el condicionado no tienen

recargo de prima, pero si se analiza la condición del contrato, este excluye una determinada cobertura al cumplir con los límites de edad contratados. Esto significa que el cliente está teniendo un desmejoramiento de condiciones y pagando la misma prima que tenía antes de realizarle la exclusión, lo que explica que existen contratos que poseen ocultos recargos para los asegurados.

La principal situación que se puede percibir con este tema es en los seguros colectivos que distintas aseguradoras tienen suscritos ante la Superintendencia, y es que ya el contrato desde su confección trae este aspecto discriminatorio. Es comprensible que las aseguradoras puedan alegar que al ser seguros colectivos los contratos son de adhesión y los clientes deben someterse a las disposiciones que las aseguradoras en ellos indican, sin embargo en Costa Rica la Sala Constitucional ha fallado sobre este tipo de contratos y obliga a la compañía aseguradora a someter al cliente a una serie de exámenes médicos que determinen si verdaderamente se debe proceder a realizar esas exclusiones y/o recargos a las pólizas.

Con este tipo de actuaciones por parte de las aseguradoras se incrementa la brecha entre los clientes que puedan suscribir seguros de estos ramos, debido a la cantidad de exclusiones que los contratos desde su emisión poseen. La posición de la Sala Constitucional es favorable para los clientes, sin embargo se puede volver muy preocupante que por cada actuación de este tipo tener recurrir a la sala para que fallen a favor del asegurado. Otro enfoque que resulta necesario de exponer es que las entidades financieras en Costa Rica para poder ofrecer operaciones de crédito, exigen a los deudores la suscripción de seguros de vida bajo las modalidades de Saldo Deudor o Monto Original, lo que conlleva a que si existe un rechazo de la póliza por parte de la aseguradora, también la persona quede excluida para tomar el crédito o que la entidad financiera le solicite más garantías debido a que no se pueda suscribir la póliza que cubra el saldo o que las coberturas no sean suficientes.

Son estas situaciones y experiencias que sufre un gran sector de la población costarricense que generan un interés en que se realice algún cambio en la manera actual que se comercializan los seguros de vida y salud para este sector de la población. El mercado de seguros debe propiciar acciones para que todos los sujetos se encuentren en condiciones óptimas para poder recurrir a este tipo de contratos y no permitir que existan lagunas u oportunidades para dejar en estado de indefensión a este sector de la población. Además se deben dejar de practicar acciones que conduzcan a que por la aplicación de condiciones abusivas por parte de las compañías aseguradoras no se realicen aseguramientos por falta de interés de los clientes, y someterles el pago de primas desproporcionadas. Se utiliza un método inductivo y deductivo, de carácter cualitativo, aun cuando se realizan algunas referencias de orden cuantitativo, de manera esencial, para legitimar datos. Naturalmente, se recurre a la hermenéutica jurídica, procurando concluir aspectos de relevancia, pese a lo difícil de conseguir un nivel de intersubjetividad absoluta en la materia. Dada la limitación reglamentaria propuesta por

la Universidad, el artículo se supeditará al espacio, aunque la amplitud del tema llevaría un desarrollo mayor. En todo caso, procurará darse prioridad a aquellos aspectos de mayor relevancia.

CAPÍTULO I: NOCIONES BÁSICAS Y LEGALES

En este apartado se analizarán aspectos generales sobre el contrato de seguros y se abordarán temas básicos de la figura contractual, su definición a la luz de la doctrina y legislación nacional; se incorporará además los elementos que constituyen el contrato, así como las partes intervinientes a este. Se realizará un apoyo con doctrina nacional para brindar soporte a definiciones básicas del contrato de seguros. Costa Rica en temas de seguros tiene un mercado muy nuevo, de esta situación se desprende que solamente existan dos leyes que se refieran al tema y las resoluciones de la Sala Constitucional se encuentran orientadas en su mayoría a situaciones ocasionadas por el INS. De esta relación es que se realiza la selección de aseguradora.

Es fundamental para poder percibir el daño existente en nuestro país por el tema de la edad en estos contratos tener una idea clara de términos generales del contrato de seguros, para esto se utilizan diferentes fuentes doctrinales que abordan el tema de manera específica, y que logran ubicar un panorama más claro de cómo funcionan los seguros personales en nuestro mercado. Esta investigación se encuentra también dirigida a velar por el reconocimiento de los derechos de las personas adultos mayores, por esta razón se analizará la tutela de los derechos por parte del Estado sobre este sector de la población como una forma de comprender el alcance sobre este grupo de sujetos. Se combinarán ambos contenidos, para determinar una relación entre el contrato de seguros y vínculo con los adultos mayores, se incluyen referencias jurisprudenciales para la correcta comprensión de esta protección del Estado hacia ese sector.

Además en estas secciones de análisis se incluye también resoluciones constitucionales que se refieren al tema en investigación. Se debe reconocer que en Costa Rica la apertura de mercado de seguros se realizó hace relativamente pocos años. De esta situación se desprende que la investigación torne exclusivamente sobre los seguros que el Instituto Nacional de Seguros comercializa en el mercado de seguros.

SECCIÓN I: El Contrato de Seguro y sus generalidades

Un elemento esencial para el perfeccionamiento del contrato de seguros es el riesgo, este elemento se abordará con mayor profundidad en la investigación. La finalidad de contratar una determinada póliza es poder hacer frente a una determinada situación que pueda crear un detrimento en el patrimonio de un sujeto. Esa actividad que puede ocasionar ese agravamiento en el sujeto se conoce como riesgo y la ocurrencia del evento que ampara ese riesgo se denomina siniestro.

En la terminología aseguradora, se emplea este concepto para expresar indistintamente dos ideas diferentes: de un lado, riesgo como objeto asegurado; de otro, riesgo como posible ocurrencia por azar de un acontecimiento que produce una necesidad económica y cuya aparición real o existencia se previene y garantiza en la póliza y obliga al asegurador a efectuar la prestación, normalmente indemnización, que le corresponde. Este último criterio es el técnicamente correcto, y en tal sentido se habla de riesgo de incendio o muerte para aludir a la posibilidad de que el objeto o persona asegurados sufran un daño material o fallecimiento, respectivamente; o se habla de riesgos de mayor o menor gravedad, para referirse a la probabilidad más o menos grande de que el siniestro pueda ocurrir (Guardiola Antonio, 1990, p.4).

Es necesario determinar que este elemento no es el único para que un contrato de seguros sea constituido entre las partes, sin embargo es el que comúnmente suele ser el más determinante para que se suscriba una determinada póliza. Sobre este elemento existen diferentes opiniones doctrinales que al final siempre logran determinarlo como el objeto o la causa del contrato.

Desde un punto de vista antropológico, el riesgo motiva al ser humano a buscar alternativas para su neutralización o por lo menos, busca aminorar los impactos que de este puedan ocurrir; ciertamente desde que se nace se lucha por la preservación de la vida en todos los ámbitos. Como observamos, el riesgo es connatural al ser humano y a su entorno, es tan antiguo como estos, evoluciona paralelamente al progreso del mundo y de la civilización. En contraposición al riesgo, un sentimiento primario en el ser humano es la seguridad, razón por la cual busca alternativas que puedan menguar la sensación de incerteza como son los mecanismos preventivos o compensatorios (Breedy Said, 2012, p.188).

Esta cita define el riesgo como una condición que se encuentra inherente al ser humano y que evoluciona al igual que los sujetos, y es que según pueda variar las condiciones sociales de un determinado grupo, el riesgo puede variar. Podría desde desaparecer por implementación de medidas que logren detener el surgimiento de algún evento, hasta agravarse y provocar una mayor afectación a las personas que lo sufran. De esta evolución que sufre el riesgo es que las compañías aseguradoras deben estar en constante actualización de los productos que poseen inscritos ante la Superintendencia General de Seguros, para poder así tener productos que logren adaptarse a las necesidades del grupo de sujetos interesados. La legislación costarricense referente al tema de seguros define la figura de riesgo de la siguiente manera:

Definición de riesgo y siniestro: Se denomina riesgo asegurable la posibilidad de que ocurra un evento futuro e incierto que no depende de la voluntad del asegurado. Los hechos ciertos y los físicamente imposibles, así como el juego y la apuesta no constituyen riesgos asegurables//Se denomina siniestro la manifestación concreta del riesgo asegurado que hace exigible la obligación del asegurador (República de Costa Rica, Ley Reguladora del Contrato de Seguros 8956, artículo 40).

Esta definición de riesgo nos acerca a los requisitos que debe poseer el riesgo para que sea parte del contrato de seguros, si no existen estos requisitos no se podría valorar la existencia del riesgo. Al no ser posible determinar el riesgo, el contrato de seguros sería nulo, los requisitos a los que la ley se refiere son: ser posible e incierto, ser fortuito y recaer sobre un hecho lícito.

SER POSIBLE E INCIERTO: La posibilidad y la incertidumbre delimitan el ámbito de acción y validez de los riesgos asegurables. Los hechos imposibles y los ciertos no están contemplados como objeto de aseguramiento. (Breedy Said, 2012, p.193).

Esta situación lo que busca es que la existencia del riesgo que se pretende asegurar pueda suceder, no se busca el aseguramiento de situaciones que no se logren determinar con esas características. No tendría sentido asegurar un evento incierto debido a que no se ampararía ninguna situación.

Fortuito: El riesgo debe provenir de un acto o acontecimiento ajeno a la voluntad humana de producirlo. No obstante, es indemnizable el siniestro producido a consecuencia de actos realizados por un tercero, ajeno al vínculo contractual que une a la entidad y al asegurado, aunque en tal caso la aseguradora se reserva el derecho de ejercitar las acciones pertinentes contra el responsable de los daños (principio de subrogación), como también es indemnizable el siniestro causado intencionadamente por cualquier persona, incluido el propio contratante o asegurado, siempre que los daños se hayan producido en ocasión de fuerza mayor para evitar otros más graves (Guardiola Antonio, 1990, p.7).

De esta manera el autor nos señala que el riesgo debe ser ajeno a la intención del asegurado o contratante, pero también implementa la figura de los daños que puede ocasionar un tercero, un sujeto ajeno a la relación contractual y quien pueda también ocasionar daños a la propiedad del asegurado. Un aspecto determinante es que se incursiona en la figura de salvaguardar el riesgo asegurado, teniendo la posibilidad el propio asegurador ocasionar un siniestro si este es para proteger o detener un siniestro más grave.

Lícito: El riesgo que se asegure no ha de ir, según se establece en la legislación de todos los países, contra las reglas morales o de orden público, ni en perjuicio de terceros, pues de ser así, la póliza que lo protegiere sería nula automáticamente (Guardiola Antonio, 1990, p.6).

Este aspecto es fundamental en los contratos de seguros, para evitar que se lucre con estas figuras contractuales. Se debe comprender que el contrato de seguros pretende cubrir un riesgo específico, que como se estudió, ese riesgo no podrá ser provocado por el contratante. Una acción de este tipo significaría la nulidad completa del contrato de seguros.

Un contrato de seguros es una manifestación de voluntades en donde participan diferentes partes, que convienen suscribir un determinado producto para cubrir un riesgo específico. En esta relación contractual se puede mencionar la participación de distintas figuras. Es necesario realizar una distinción de las partes que conforman el contrato y de terceros que tienen relevancia en él, pero que

no se constituyen de manera directa como parte activa del contrato.

Es el documento o póliza suscrito con una entidad de seguros en el que se establecen las normas que han de regular la relación contractual de aseguramiento entre ambas partes (asegurador y asegurado), especificándose sus derechos y obligaciones respectivos// Desde un punto de vista legal, el contrato de seguro es aquel por el que el asegurador se obliga, mediante el cobro de una prima y para el caso de que se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura, a indemnizar, dentro de los límites pactados, el daño producido al asegurado, o a satisfacer un capital, una renta u otras prestaciones convenidas (Guardiola Antonio, 1990, p.17).

En Costa Rica la desaparición del monopolio en seguros se derivó como consecuencia de la aprobación del Tratado de Libre Comercio. Es necesario mencionar que en nuestro país para el tema de seguros existen un conjunto de leyes y reglamentos que son necesarios para el correcto manejo de este mercado, en esta investigación nos referimos principalmente a la Ley Reguladora del Mercado de Seguros 8653, y la Ley Reguladora del Contrato de Seguros 8956.

La Ley Reguladora del Mercado de Seguros define contrato de seguros en el artículo 3 de la siguiente manera:

El contrato de seguros es aquel en que el asegurador se obliga, contra el pago de una prima y en el caso de que se produzca un evento cuyo riesgo es objeto de cobertura, a indemnizar el daño producido a la persona asegurada, o a satisfacer un capital, una renta u otras prestaciones, dentro de los límites y las condiciones convenidos. Las aseguradoras que operan en el mercado nacional podrán colocar, por sí o por medio de una de sus subsidiarias, contratos de seguros fuera del territorio nacional, ajustándose a los requerimientos legales de cada país en el que deseen operar (República de Costa Rica, Ley Reguladora del Mercado de Seguros 8653, artículo 3)

La definición que nos brinda la Ley Reguladora del Mercado de Seguros nos presenta varios elementos que constituyen el contrato de seguros, además permite ir comprendiendo un poco más acerca de la operativa que deben poseer las aseguradoras para poder comercializar en distintos países donde posean interés de participar en el mercado de seguros. Otra definición que se refiere al contrato de seguros es la siguiente:

Para Bruck: “es un contrato oneroso por el que una parte (asegurador) espontáneamente (selbständig) asume un riesgo y por ello cubre una necesidad eventual de la otra parte (tomador del seguro) por el acontecimiento de un hecho determinado, o que se obliga para un momento determinado a una presentación apreciable en dinero, por un monto determinado determinable, y en el que la obligación, por lo menos para una de las partes, depende de circunstancias desconocidas en su gravedad o acaecimiento” (Bredy Said, 2012, p.24).

En este orden de ideas, se comprende como parte directa del contrato de seguros a la compañía aseguradora y al tomador de la póliza, en donde la compañía aseguradora o asegurador se refiere a la empresa que se encuentra facultada por ley para operar dentro del territorio nacional. Es la figura que

asume el riesgo del tomador y que se obliga ante un eventual siniestro a indemnizar el monto convenido por las partes.

Se puede definir a la compañía aseguradora como:

Es la persona jurídica dedicada habitualmente a asumir riesgos ajenos bajo criterios técnico-económicos para la creación de un fondo de primas suficientes, haciendo frente a su compromiso de indemnizar o pagar la prestación debida al asegurado, siempre y cuando este autorizada legalmente por el órgano de control y supervisión para tal efecto (Breedy Said, 2012, p.126).

El tomador es quien decide suscribir y celebrar el contrato entre la compañía aseguradora, esta persona (física o jurídica) es quien realiza el traslado de riesgo, se puede considerar como:

El tomador es la persona que interviene como contraparte del asegurador en la formación del contrato; puede ser tanto persona física como jurídica y es el llamado a demostrar la buena fe en la etapa precontractual, informando verazmente el estado del riesgo (Breedy Said, 2012, p.127).

Mas no todas las obligaciones del contrato recaen sobre él, intervienen también en el contrato otras figuras que la Ley Reguladora del Mercado de Seguros define como “Terceros Relevantes”, y estos son el Asegurado y el Beneficiario.

El asegurado en el contrato de seguros es la persona sobre la que pesa el riesgo que el tomador traslado a la aseguradora, este sujeto es quien se encuentra expuesto a que le suceda un eventual siniestro y proceda a utilizar las coberturas contratadas.

La persona asegurada puede ser una persona determinada o determinable, siempre y cuando sea la que sufra la necesidad económica recaída sobre su patrimonio o su integridad física. Se dice determinable, porque al momento de la celebración del contrato, no se ha concretado aún su identidad (Breedy Said, 2012, p.131).

El beneficiario por su parte es el sujeto a quien la compañía deberá indemnizar cuando se presenta un determinado reclamo y se hace uso del objeto del contrato de seguros.

La figura del beneficiario se destaca principalmente en los seguros de personas, especialmente en los seguros de vida o para el caso de muerte, ya que al fallecimiento del asegurado debe existir un beneficiario que goce de la prestación previamente convenida// Por el contrario, en los seguros de daños es regla general que el asegurado sea siempre beneficiario; por excepción, podemos mostrar el caso del seguro otorgado como garantía de un crédito que, en caso de pérdida total, la indemnización será pagada al acreedor como beneficiario oneroso; en la póliza se debe de señalar entonces, la existencia del crédito y por lo tanto, del acreedor para el caso de siniestros de pérdida total (Breedy Said, 2012, p.133-134).

En adhesión a las definiciones anteriores, la legislación costarricense se refiere a estas figuras de la siguiente manera:

Partes y terceros relevantes del contrato de seguro //a) *Son partes del contrato de seguro: //i) El asegurador: quien asume los riesgos que le traslada la persona asegurada y que está obligado a indemnizar o a cumplir la prestación prometida. //ii) El tomador: persona física o jurídica que, por cuenta propia o ajena, contrata el seguro y traslada los riesgos al asegurador. Es a quien corresponden las obligaciones que se deriven del contrato, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por la persona asegurada. Puede concurrir en el tomador la figura de persona asegurada y beneficiaria del seguro. //b) Son terceros relevantes para el contrato de seguro: //i) La persona asegurada: persona física o jurídica que en sí misma o en sus bienes está expuesta al riesgo. Es titular del interés objeto del seguro y que, en defecto del tomador, asume los derechos y las obligaciones derivadas del contrato. // ii) La persona beneficiaria: persona física o jurídica en cuyo favor se ha establecido lícitamente la indemnización o prestación a la que se obliga el asegurador. //El tomador, la persona asegurada o beneficiaria pueden ser o no la misma persona (República de Costa Rica, Ley Reguladora del Contrato de Seguros 8956, artículo 5)*

Un aspecto necesario de comentar es que la compañía aseguradora necesariamente deberá ser una persona jurídica, sin embargo las demás partes que tienen participación del vínculo contractual podrán ser personas físicas o jurídicas. Lo anterior siempre que la naturaleza del contrato así lo permita (en seguros personales necesariamente el asegurado deberá ser una persona física).

El contrato de seguros es un instrumento más de protección contra la expectativa de una pérdida patrimonial, de ahí que consista básicamente en el traslado oneroso de un riesgo (Arguello Ivannia, Barrios Priscilla, 2009, p.11)

Los seguros en Costa Rica se pueden dividir en diferentes ramas, existen seguros de daños que contemplan las pólizas de incendio, transporte y responsabilidad civil, entre otras, y seguros personales, dentro de ellos están las pólizas de vida, salud y desempleo, entre otras. Estas no son las únicas ramas que se pueden encontrar en el mercado de seguros costarricenses, pero sí es una clasificación apegada a los presupuestos de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

El contrato de seguros posee una serie de elementos que son necesarios para que el contrato no tenga el vicio de nulidad. Estos se encuentran indicados en el artículo 8 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, que establece lo siguiente:

Elementos esenciales del contrato de seguro: Son elementos esenciales del contrato de seguro a) El consentimiento de las partes. b) El interés asegurable presente o futuro. c) El riesgo asegurable. d) La prima del seguro o el procedimiento para determinarla. e) La obligación del asegurador. Será absolutamente nulo el contrato de seguro que carezca de alguno de estos elementos esenciales (República de Costa Rica, Ley Reguladora del Contrato de Seguros 8956, artículo 8).

Se procederá a explicar un cada elemento que constituye el contrato a la luz de la legislación costarricense:

El consentimiento de las partes se refiere a la bilateralidad de las partes, además del principio de consensualidad que impera en los contratos de seguros. Ya se analizaron las partes que conforman esta relación contractual, y de ahí se concluye que si existe una discrepancia entre alguna de las dos partes, el contrato no puede ser celebrado.

En la práctica ordinaria, el consentimiento puede darse como tradicionalmente se conoce, con la aceptación del riesgo por parte de la entidad aseguradora; o excepcionalmente, aunque hoy en día una práctica muy generalizada, y es con la aceptación que hace el asegurado cuando la aseguradora le realiza la propuesta del seguro (Breedy Said, 2012, p.158).

El interés asegurable es el elemento que permite que los sujetos suscriban seguros solo cuando exista un vínculo con el riesgo que se está asegurando. Se encuentra facultada la compañía a no realizar el pago de un siniestro si no se logra demostrar que exista un interés entre el asegurado y el riesgo amparado.

Consideramos que es importante determinar de manera probatoria y fehaciente el elemento del interés asegurable justo cuando se suscribe el contrato; de no tenerlo en ese momento, se debe exponer el por qué no se tiene o quien lo tiene (seguro por cuenta de un tercero), o cuando se va tener. Esto se expresa así porque en nuestro medio su tratamiento es confuso y muchas veces equivocado; este elemento esencial del contrato resulta muy amplio o difuso y la interpretación que le puede dar la persona que toma el seguro podría no ser la oportuna y, por lo tanto, al momento del siniestro podría no demostrarlo correctamente y carecer del derecho a la indemnización. Por eso, la regla general es que, antes de suscribir el seguro se debe tener presente cual es el interés asegurable que goza el asegurado (Breedy Said, 2012, p.168).

El riesgo asegurable se puede percibir como el objeto del contrato, es la posibilidad que ocurra algún evento incierto y futuro, que genera que las partes deseen evitar un detrimento en su patrimonio o bien proveer de una renta a los beneficiarios en caso de muerte.

El riesgo asegurable es, entonces: Incierto, futuro, no debe depender exclusivamente de la voluntad del tomador, del asegurado o del beneficiario y su realización da origen a la obligación del asegurador. Sus límites son la certeza y la imposibilidad; para que exista debe haber una incertidumbre objetiva, no subjetiva (aquella que existe en la conciencia de las partes sobre si un hecho pudo ocurrir o no) sobre su ocurrencia (Montoya Carlos, 2001, p.14).

La prima es el pago que el tomador debe hacer a la compañía de seguros por haber aceptado el riesgo de este. Existen diferentes modalidades de aseguramiento donde se debe realizar el pago de la prima de manera inmediata al momento de la emisión del seguro. Ejemplo de ello son los seguros

autoexpedibles, sin embargo la ley considera un periodo para el pago de la prima llamado periodo de gracia, en el cual se otorga un determinado plazo para el pago de la prima.

En el derecho de las obligaciones, el asegurado cumple con la prestación de dar (el pago de la prima) y adquiere el derecho de ser indemnizado en caso de siniestro. Entre la prima y el riesgo existe una relación de equivalencia, por cuanto la determinación del costo de la prima va a supeditada a la indemnización esperada (Breedy Said, 2012, p.218).

La obligación del asegurador se refiere al momento del siniestro en pagar por los daños que hayan ocurrido y que se encuentren dentro de las condiciones aceptadas por las partes. En este momento es cuando el contrato de seguros termina de perfeccionarse y es necesario comprender que para el pago del reclamo la aseguradora posee plazos establecidos para dar respuesta, y tiene la opción de prorrogar ese plazo si lo considera necesario.

Es la obligación de pagar la prestación asegurada (reconocer al asegurado el valor de la pérdida que haya sufrido, o pagar la suma asegurada en los seguros de vida). Si se cumple la condición positiva (que ocurra el siniestro) (Montoya Carlos, 2001, p.18).

Otro término que es fundamental en los contratos de seguros es la distinción de contratos colectivos e individuales. Se refiere a seguros individuales cuando una sola persona solicita la protección de un riesgo, la importancia es que la búsqueda de esa protección sea solo de un sujeto frente la compañía aseguradora. Cuando se utiliza el término de seguro colectivo es un interés mayor de aseguramiento, la suscripción de este tipo de seguros puede ser variado en el tipo de póliza. Es decir, podrán solicitarse ante las aseguradoras la emisión de seguros colectivos que satisfagan los intereses de las partes.

La Ley Reguladora del Contrato de Seguros define seguro colectivo de la siguiente manera:

El seguro colectivo constituye una modalidad de seguro por cuenta ajena. Es el suscrito entre el tomador y la entidad aseguradora, con el propósito de cubrir mediante un solo contrato o póliza de seguro a múltiples asegurados. // El seguro colectivo puede ser con contribución o sin contribución de prima de los asegurados. En el seguro colectivo con contribución de prima de los asegurados, estos pueden contribuir con todo o parte de la prima (República de Costa Rica, Ley Reguladora del Contrato de Seguros 8956, artículo 7).

La propia ley busca como propósito de estos seguros lograr mediante un solo contrato capturar un grupo mayor de asegurados. Desde una posición operativa, el emitir seguros colectivos facilita el manejo de los asegurados, ya que el tomador le indicará a la compañía aseguradora sobre las exclusiones e inclusiones que se realicen sobre dicho colectivo. Además el artículo anterior nos brinda una idea acerca de la modalidad que pueden tener los seguros colectivos, que son contributivos o no contributivos. Este asunto se refiere a si la prima que se debe pagar la asume el tomador o los asegurados.

Esta investigación se enfoca sobre los seguros colectivos de vida y salud. Ya se ha expuesto una serie de aspectos necesarios para comprender cómo opera un contrato de seguros en el mercado costarricense, ahora se procederá a definir qué se comprende como seguro de vida y de salud.

SEGUROS DE PERSONAS

*Se caracterizan porque el objeto asegurado es la persona humana, haciéndose depender de su existencia, salud o integridad el pago de la prestación.// En este tipo de seguros el pago de la indemnización no guarda relación con el valor del daño producido por la ocurrencia del siniestro. Ello es lógico toda vez que la persona no es evaluable económicamente. De ahí que, en realidad este tipo de seguros no constituya un contrato de indemnización propiamente dicho, diferenciándose así de los **Seguros de Daños**. Las principales modalidades de los seguros de personas son: **Seguro de Vida, Seguro de Accidentes y Seguros de Enfermedad** (Guardiola Antonio, 1990, p.71).*

Es necesario tener clara la definición de seguros personales debido a que de esta definición se desprende el estudio de los seguros de vida y salud. La legislación costarricense determina el objeto de los seguros personales como:

***Objeto del seguro de personas**// Los seguros de personas comprenden todos los riesgos que puedan afectar la vida, la integridad corporal o la salud de la persona asegurada.// Los seguros de personas pueden celebrarse con referencia a riesgos relativos a una persona o a un grupo de ellas. En este último caso, los integrantes del grupo deberán tener alguna característica particular en común de mayor relevancia que el simple propósito de asegurarse.// El solicitante deberá someterse a los exámenes médicos que razonablemente le sean requeridos por el asegurador. El costo de dichos exámenes, cuando no impliquen una particularidad especial, será a cargo del asegurador (República de Costa Rica, Ley Reguladora del Contrato de Seguros 8956, artículo 90).*

SEGURO DE VIDA

El objetivo de suscribir un seguro de vida puede ser comprendido como una protección que un sujeto adquiere, principalmente en caso de que este fallezca, con el fin de que se le pueda indemnizar a su beneficiario una determinada suma de dinero. Esta persona podrá ser indicada por el cliente, o depende la modalidad de aseguramiento podría ser un acreedor (Seguro de Saldo deudor).

En el ramo de vida, el objeto del contrato de seguro tiene como fin cubrir los riesgos que puedan afectar la persona del asegurado en su existencia, brindando protección a los beneficiarios mediante una renta o capital (Breedy Said, 2012, p.100).

Seguros de Salud

En los seguros de salud o también conocidos como pólizas de gastos médicos lo que se ampara es la pérdida económica que sufra el contratante por el uso de atenciones médicas. Este contrato tiene una particularidad y es la participación que tiene el asegurado en el pago del evento.

En gastos médicos tiene por objeto cubrir los gastos en que haya incurrido el asegurado por bienes o servicios de salud médico – hospitalarios y que sean necesarios, razonables y

acostumbrados para la salud o vigor vital del asegurado, cuando se hayan afectado por causas de accidente o enfermedad (Breedy Said, 2012, p.100).

Aplican en estas indemnizaciones figuras como el deducible y copago, estos son mecanismos en los que ambas partes se reparten las pérdidas económicas. Se puede definir como la participación que tiene el asegurado en la indemnización.

Seguro de gastos médicos// *El seguro de gastos médicos impone al asegurador la obligación de cubrir los costos de las prestaciones médicas requeridas por la persona asegurada.// Cuando se le prescriba a la persona asegurada un tratamiento, examen, prueba técnica o análisis de cualquier índole, en el caso de que la aseguradora considere que la prescripción es innecesaria o que esta se encuentra fuera de la cobertura del contrato, la persona asegurada tendrá derecho a someter la decisión de la aseguradora a consideración de la instancia de protección de derechos de la persona asegurada contemplada en el inciso n) del artículo 29 de la Ley N.º 8653, Ley Reguladora del Mercado de Seguros, de 22 de julio de 2008. El procedimiento para ejecutar la petición y todos sus alcances será definido mediante reglamento (República de Costa Rica, Ley Reguladora del Contrato de Seguros 8956, artículo 104).*

SECCIÓN II: Reconocimiento legal de los Derechos de las personas adultas mayores

La relevancia de la correcta tutela de los derechos de los ciudadanos de un país se puede ver desde muchas ópticas diferentes, sin embargo cuando existe un tema de discriminación por temas como edad, género y nacionalidad, entre otras, se hace necesaria en muchas ocasiones la participación de la Sala Constitucional. Esto con el fin de que se respeten los derechos que todos los ciudadanos costarricenses tenemos consagrados en la Constitución Política.

El Estado procurará el mayor bienestar a todos los habitantes del país, organizando y estimulando la producción y el más adecuado reparto de la riqueza. // Toda persona tiene derecho a un ambiente sano y ecológicamente equilibrado. Por ello, está legitimada para denunciar los actos que infrinjan ese derecho y para reclamar la reparación del daño causado. El Estado garantizará, defenderá y preservará ese derecho. La ley determinará las responsabilidades y las sanciones correspondientes (República de Costa Rica, Constitución Política de Costa Rica, artículo 50).

Este artículo de la constitución se adapta muy bien a la realidad que sufren las personas que pueden ser víctimas de algún tipo de discriminación. Retomamos el asunto de que es el Estado quien deberá velar porque no ocurran situaciones que pongan en riesgo los derechos constitucionales de los sujetos.

En Costa Rica existen diferentes medios en los cuales las personas adultas mayores pueden hacer respetar sus derechos constitucionales. Es necesario mencionar una institución que ayuda a que se cumplan esos derechos, que es el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM), quien es un órgano rector adscrito a la Presidencia de la República. Esta institución se enfoca en ayudar a

impulsar políticas que sean amigables con el envejecimiento de las personas, además protege los derechos de este sector en el ordenamiento jurídico.

Es necesario comprender que nuestro país busca mediante proyectos promover el respeto a este grupo de la población, y un ejemplo de esto es la Ley Integral Para la Persona Adulta Mayor, que busca una integración y participación en la sociedad de los adultos mayores.

Objetivo// Los objetivos de la presente ley serán:// a) Garantizar a las personas adultas mayores igualdades de oportunidades y vida digna en todos los ámbitos // b) Garantizar la participación activa de las personas adultas mayores en la formulación y aplicación de las políticas que las afecten // c) Promover la permanencia de las personas adultas mayores en su núcleo familiar y comunitario // d) Propiciar formas de organización y participación de las personas adultas mayores, que le permitan al país aprovechar la experiencia y el conocimiento de esta población // e) Impulsar la atención integral e interinstitucional de las personas adultas mayores por parte de las entidades públicas y privadas, y velar por el funcionamiento adecuado de los programas y servicios, destinados a esta población // f) Garantizar la protección y la seguridad social de las personas adultas mayores (República de Costa Rica, Ley Integral Para la Persona Adulta Mayor 7935, artículo 1).

Se denota entonces que el Estado sí busca promover la tutela de los derechos de los adultos mayores y además busca esa integración en la sociedad. Costa Rica es un país en donde, si analizamos su comportamiento demográfico, existe un aumento de las personas que se pueden considerar como adultas mayores. Es por esta razón que considerar una equilibrada participación se hace necesario en todos los sentidos, principalmente si se refiere asuntos que pueden mejorar la calidad de vida de estas personas.

La implementación de la ley 7935 busca garantizar la participación de los adultos mayores mediante el respeto de los siguientes derechos:

Derechos para mejorar la calidad de vida. Toda persona adulta mayor tendrá derecho a una mejor calidad de vida, mediante la creación y ejecución de programas que promuevan: // a) El acceso a la educación, en cualquiera de sus niveles, y a la preparación adecuada para la jubilación. // b) La participación en actividades recreativas, culturales y deportivas promovidas por las organizaciones, las asociaciones, las municipalidades y el Estado. // c) La vivienda digna, apta para sus necesidades, y que le garantice habitar en entornos seguros y adaptables. // d) El acceso al crédito que otorgan las entidades financieras públicas y privadas. // e) el acceso a un hogar sustituto u otras alternativas de atención, con el fin de que se vele por sus derechos e intereses, si se encuentra en riesgo social. // f) La atención hospitalaria inmediata, de emergencia, preventiva, clínica y de rehabilitación. // g) La pensión concedida oportunamente, que le ayude a satisfacer sus necesidades fundamentales, haya contribuido o no a un régimen de pensiones.// h) La asistencia social, en caso de desempleo, discapacidad o pérdida de sus medios de subsistencia.// i) La participación en el proceso productivo del país, de acuerdo con sus posibilidades, capacidades, condición, vocación y deseos. // j) La protección jurídica y psicosocial a las personas adultas mayores afectadas por la violencia física, sexual, psicológica y patrimonial. // k) El trato preferencial cuando efectúe gestiones administrativas en las entidades públicas y privadas.// l) La unión

con otros miembros de su grupo etéreo, en la búsqueda de soluciones para sus problemas (República de Costa Rica, Ley Integral Para la Persona Adulta Mayor 7935, artículo 3).

Resulta de fundamental interés erradicar situaciones que logren representar una discriminación para este segmento de la población, en materia de seguros es necesario implementar medidas que eviten que sucedan este tipo de situaciones que traen consecuencias negativas para las personas que sufren de tal acción, y que ponen en riesgo diferentes aspectos, incluyendo la economía del país. A continuación se procederá a realizar un análisis de un recurso presentado por un ciudadano ante la Sala Constitucional por una situación de discriminación por razón de edad en un contrato colectivo de vida del Instituto Nacional de Seguros:

El recurrente alega que el Instituto Nacional de Seguros brinda un trato discriminatorio a las personas adultas mayores, ya que deniega el aseguramiento de personas mayores de 65 años. Señala que ha tenido que viajar en los últimos años, por lo que ha tratado de conseguir un seguro de vida en la oficina del Instituto Nacional de Seguros ubicada en el aeropuerto Juan Santamaría, pero su solicitud siempre ha sido rechazada por ser un ciudadano de oro. Reclama que lo mismo le ha sucedido con las tarjetas de crédito en varios bancos, que han rechazado sus solicitudes de aumentar el monto de las mismas por motivo de su edad. Dice que recibió una carta de la Gerencia del Servicio al Cliente de Credomatic, en la cual se le indica que no pueden mantenerlo asegurado en la póliza de saldos deudores, ya que el Instituto recurrido determina como edad límite la edad de sesenta y cinco años. Se declara con lugar el recurso. Se ordena al Presidente Ejecutivo del Instituto Nacional de Seguros, que emita las órdenes que estén dentro del ámbito de sus competencias, a efecto de incluir de forma inmediata al recurrente, en la Póliza de Vida Colectiva Deudores si llega a formalizar una operación de crédito con Credomatic de Costa Rica u otra empresa comercializadora, previo cumplimiento de los requisitos establecidos legalmente para ese fin (Voto Número 13633-08, Sala Constitucional).

El anterior recurso representa un claro ejemplo de la situación expuesta en la que personas sufren de discriminación en materia de seguros personales, cuando llegan a una determinada edad. Se debe comprender que cuando una persona va envejeciendo su estado de salud puede agravarse, mas no siempre sucede esta situación. De esta incerteza es que se desprende en materia de seguros un término conocido como selección de riesgos, que es cuando se debe realizar una serie de evaluaciones para determinar el nivel de riesgo que presenta la persona que tiene interés de contratar el determinado seguro.

En los seguros personales esa selección de riesgos se realiza mediante la aplicación de exámenes médicos que determinen el estado actual y real de la salud del interesado, y según estos datos poder proceder a realizar algún tipo de recargo o exclusión de coberturas en los contratos. Al analizar el recurso anterior, se notan varios elementos esenciales que han logrado mejorar en lo que se refiere al mercado de seguros. Gracias a este tipo de recursos se ha logrado que las aseguradoras ya no dejen de comercializar seguros personales a sujetos que cumplen determinada edad, si no que obligan al asegurador a realizar análisis para que se proceda con la respectiva inclusión del interesado.

La selección de riesgo es una operación que efectúa la aseguradora, previa información obtenida, de aceptar o rechazar los riesgos que le son ofrecidos para su cobertura por parte de un cliente. Para llevar a cabo este proceso se considera cada riesgo de una forma individual, con el objetivo de decidir si el riesgo propuesto concuerda o no con las previsiones que se tienen para la totalidad de riesgos de la misma clase. Estas previsiones son normalmente las que sirven de base para el cálculo de la prima (¿Qué es la selección de riesgos?, 3 de mayo 2014, Consultado el 01 diciembre de 2015, <http://www.segurosprivados.net/que-es-la-seleccion-de-riesgos/>).

Sin embargo no siempre se aplica este tipo de exámenes médicos, y en los contratos colectivos se refleja más esta situación. En el caso que se analiza al recurrente solo le notificó la entidad financiera que según su edad y por los parámetros de elegibilidad indicados por la compañía aseguradora no podía continuar incluido en el seguro colectivo de vida de saldos deudores que le ofrecía el INS. Como respuesta al recurso, la sala obliga a la compañía aseguradora a que proceda con la inclusión del recurrente en la póliza de vida si formaliza alguna operación crediticia y que cumpla con los requisitos que se establecen para ello. De esta manera la Sala Constitucional mantiene una posición favorable para ambas partes y se logra entonces crear cultura sobre la manera que se debe realizar un aseguramiento cuando el interesado en suscribir el producto se considera adulto mayor.

La realización de exámenes médicos figura como una necesidad en los seguros personales para lograr determinar qué tipo de aseguramiento se debe ofrecer a la persona. Además, si deben practicarle algún recargo o exclusión por condición médica, pero no solo por el hecho de la edad.

El siguiente recurso se presenta ante la sala porque al asegurado le están eliminando la posibilidad de solicitar una indemnización por un tema relativo a la edad:

Manifiesta la recurrente que debido a un accidente laboral fue incapacitada en distintas ocasiones, por ello, gestionó su solicitud de pensión ante la Gerencia de División de Pensiones de la Caja Costarricense de Seguro Social, y fue declarada en estado de invalidez. No obstante, señala que anteriormente a su accidente, había solicitado un préstamo personal en el Banco Popular, pero debido a su estado de invalidez, solicitó al Instituto recurrido que le indemnizara el préstamo que había realizado con dicha entidad bancaria, sin embargo, se le indicó que no era posible la indemnización pretendida, pues la recurrente supera la edad establecida en la cláusula 8, en cuanto a las condiciones para optar por el beneficio de incapacidad total y permanente del Instituto Nacional de Seguros. Se declara con lugar el recurso. Se le ordena al Presidente Ejecutivo, y al Director de Seguros Personales, ambos del Instituto Nacional de Seguros, disponer de inmediato lo necesario para que consideraciones de edad no funjan como obstáculo para que la actora acceda a los beneficios de invalidez total y permanente, respecto de la póliza que suscribió a propósito del crédito que tiene con el Banco Popular y de Desarrollo Comunal (Voto Número 14779-08, Sala Constitucional).

Este recurso plantea una situación en donde el asegurador no pretendía indemnizar por la cobertura de incapacidad total y permanente alegando que se había superado la edad establecida en el contrato. Los seguros colectivos de vida para operaciones crediticias buscan el pago de la deuda ante la entidad financiera en caso de que el cliente muera o bien sea declarado con una incapacidad total y permanente

(estas coberturas son negociables y no siempre se incluyen). Sin embargo, una gran cantidad de contratos de este tipo excluyen esa cobertura cuando el asegurado cumple determinada edad, y extienden solamente el seguro de muerte.

Esta situación es grave porque significa que los clientes están pagando primas con las mismas tarifas pero con un detrimento del contrato, esto debido a que eliminan una cobertura solo por el mero hecho de que la persona cumple una determinada edad. En este sentido, se puede percibir que existe un recargo sin justificación a la prima y además se está realizando una exclusión de cobertura sin que exista un criterio que ampare dicha medida.

Es necesario analizar la posición de la Sala Constitucional con respecto al Principio de Igualdad, para efectos la sentencia 16300-09 se refiere a este principio de la siguiente manera:

VI.- SOBRE EL PRINCIPIO DE IGUALDAD. *En reiteradas ocasiones, esta Sala ha indicado que el principio de igualdad consagrado en el artículo 33 de la Constitución Política, lo que pretende es que a iguales condiciones, se le apliquen las mismas medidas jurídicas. Lo anterior, implica que la ley puede hacer una diferenciación objetiva y razonada, a fin de regular situaciones que posean elementos distintos, sin que ello produzca una discriminación. No obstante, no hay que confundir, ya que la ley puede dar un trato distinto sin ser discriminatorio cuando la individualización o diferenciación se encuentra fundamentada en una finalidad razonable y proporcionada. En ese sentido este Tribunal mediante sentencia número 7228-2005 de las 14:58 horas del 9 de junio del 2005, consideró lo siguiente:*

“VIII.- Sobre el DERECHO A LA IGUALDAD en general.- *Como tesis de principio, la noción de igualdad, en el sentido que es utilizada por el artículo 33 de la Constitución Política y que ha sido examinado por abundante jurisprudencia de este Tribunal, implica que todas las personas tienen derecho a ser sometidos a las mismas normas y obtener el mismo trato (igualdad en la ley y ante la ley); mejor aún, que no se pueden establecer diferencias de trato que no estén fundamentadas en condiciones objetivas y relevantes de desigualdad, o que no sean necesarias, razonables o proporcionales a la finalidad que se persigue al establecer la diferencia de trato. Este principio general, lo que significa, es que la desigualdad debe surgir de un acto legislativo (reserva de ley) por tratarse del desarrollo de un derecho fundamental y sus fines, ser conformes con los principios y valores de la Constitución Política, lo que supone, también, que la diferencia de trato deba fundarse en supuestos de hecho que sean válidos y diferentes. [...] Por otra parte, la igualdad es también una obligación constitucionalmente impuesta a los poderes públicos, la cual consiste en tratar de igual forma a los que se encuentren en iguales condiciones de hecho, constituyéndose, al mismo tiempo, en un límite a la actuación del poder público. No obstante ello y que, en tesis de principio, todos son iguales ante la ley, en la realidad se pueden dar situaciones de desigualdad.// IX.- Sobre la DISCRIMINACIÓN y la DIFERENCIACIÓN.-* *Es importante indicar que existen dos conceptos básicos que suelen confundirse al hablar del tema de la igualdad ante la Ley, como lo son la discriminación y la diferenciación. La Constitución prohíbe la discriminación, pero no excluye la posibilidad de que el poder público pueda otorgar tratamientos diferenciados a situaciones distintas, siempre y cuando se funde en una base objetiva, razonable y proporcionada. Resulta legítima una diferenciación de trato cuando exista una desigualdad en los supuestos de hecho, lo que haría que el principio de igualdad sólo se viole cuando se trata desigualmente a los iguales y, por ende, es inconstitucional el trato desigual para situaciones idénticas. En el caso de examen es menester hablar sobre la igualdad en la ley, y no en la aplicación de la ley, que es otra de las facetas del principio de igualdad constitucional. La igualdad en la ley impide establecer una norma de forma tal que se otorgue*

un trato diferente a personas o situaciones que, desde puntos de vista legítimamente adoptables, se encuentran en la misma situación de hecho. Por ello, la Administración -en su función reglamentaria- y el legislador, tienen la obligación de no establecer distinciones arbitrarias entre situaciones de hecho cuyas diferencias reales, en caso de existir, carecen de relevancia, así como de no atribuir consecuencias jurídicas arbitrarias o irrazonables a los supuestos de hecho legítimamente diferenciados. De esta forma, no se puede hablar de discriminación o de trato desigual, cuando quienes lo alegan se encuentran en una situación de desigualdad de circunstancias, y tampoco puede hablarse de derecho de equiparación cuando existen situaciones legítimamente diferenciadas por la ley, que merecen un trato especial en razón de sus características.” (Ver en igual sentido las sentencias número 0337-91 y 0831-98) (Voto Número 16300-09., Sala Constitucional).

Se debe analizar que en Costa Rica existen personas adultas mayores que continúan laborando pese a haber cumplido sesenta y cinco años, y el hecho de que existan cláusulas que eliminen una cobertura de incapacidad solo por la edad es una situación de riesgo para ese asegurado si posee una operación de crédito que se respalda con un póliza. Si le sucede una situación que le ocasione una incapacidad, esta persona sufrirá un detrimento económico pues no podrá seguir laborando y además debe continuar pagando el préstamo, ya a que la cobertura que tenía contratada le dejó de cubrir solo por cumplir determinada edad.

Oportunidades laborales. A todas las personas adultas mayores deberá brindárseles la oportunidad de realizar actividades que les generen recursos financieros. Para lograrlo, el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social deberá: // a) Propiciar la organización de las personas adultas mayores en grupos productivos de diferente orden. // b) Fomentar el desarrollo de programas de capacitación para que las personas adultas mayores adquieran conocimientos y destrezas, en el campo de la formulación y ejecución de proyectos productivos. // c) Asesorar a las personas adultas mayores para que puedan tener acceso a fuentes blandas de financiamiento. Se dará preferencia a las que otorgan cooperaciones financieras no reembolsables. // d) Organizar una bolsa de trabajo mediante la cual se identifiquen actividades laborales que puedan ser desempeñadas por las personas adultas mayores y orientarlas para que presenten ofertas de trabajo. //e) Impulsar programas de preparación para la jubilación en los centros de trabajo públicos y privados (República de Costa Rica, Ley Integral Para la Persona Adulta Mayor 7935, artículo 31).

Esto ocasiona una clara situación de discriminación para ese sector de la población debido a que se ven restringidos para poder consolidarse como deudores de una operación de crédito. Esto a razón de que muchas entidades financieras solicitan un seguro de vida como garantía del crédito, y en caso de que no sea posible otorgar la cobertura, no realizan la formalización del crédito.

CAPÍTULO II: Políticas del Instituto Nacional de Seguros en razón de edad

Esta sección tiene como fin analizar las acciones que aplica el Instituto Nacional de Seguros en los seguros personales en sujetos que cumplen una determinada edad. Ya se expusieron aspectos generales del contrato, además de los criterios necesarios para comprender la tutela de los derechos

para la población de adultos mayores en Costa Rica.

Resulta necesario ahora trasladar esos aspectos a lo que se comercializa por parte de esta compañía aseguradora, por ese motivo se analizarán contratos inscritos ante la SUGESE y que a criterio pueden resultar lesivos para ese sector de la población. Además se incorpora un análisis de contratos de dos compañías aseguradoras privadas, solo como un comparativo y para determinar si existen también situaciones discriminatorias en compañías privadas. No solamente se logra exponer esos hechos, también se demuestra que no existe una defensa por parte del asegurado cuando una compañía le modifica las condiciones de esa manera. En los casos en que un sujeto considera que le han lesionado un derecho, debe ventilarlo en sede judicial, aspecto que se vuelve extenso para la parte afectada.

Es fundamental determinar que el mero hecho de cumplir una determinada edad no debería ser considerado como una razón para desmejorar las características de un contrato, pues un sujeto no empeora su salud de un día a otro. Al analizar esta situación, resulta inconstitucional que a un individuo le modifiquen las condiciones de su póliza solamente por cumplir una edad que la aseguradora determina como factor de incremento de riesgo, sin antes realizar los exámenes médicos que se consideren necesarios para determinar ese estado de riesgo. Se trata de demostrar que el fin no es asegurar a todo sujeto que desee un seguro de Vida o Salud, el ideal es que se realice un correcto tratamiento de las personas que ya se encuentran aseguradas y/o de los nuevos sujetos interesados en suscribir un seguro de este tipo, que no sufran condiciones que discriminen o peor, que se les apliquen cláusulas abusivas que logren solamente hacer que el sujeto no muestre interés en contratar la póliza.

Como último objeto de estudio se realiza la inclusión de los resultados obtenidos en la encuesta practicada y se incorporan a la investigación. Como resultado de esta encuesta se considera pertinente poder realizar reformas a la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, para eliminar situaciones que puedan generar un foco discriminatorio para un determinado sector de la población costarricense.

SECCIÓN III Aspectos relevantes en los seguros de vida y salud del INS

En el actual mercado costarricense existen diferentes opciones de seguros personales que pueden ser contratados por personas que se encuentran interesadas en tener cobertura que ampare ante un eventual riesgo de salud, o que indemnice a un beneficiario en caso de muerte del titular de la cobertura. En la actualidad el tema de seguros personales se ha logrado posicionar con mayor variedad, debido a que muchas empresas financieras requieren seguros de vida como garantía ante un crédito, y también empresas le obsequian a sus colaboradores seguros de salud (Gastos Médicos), con el interés de que sea más atractiva la oferta laboral.

Sin embargo, en el desarrollo y avance de los seguros personales han existido situaciones que logran rozar el límite de legalidad, y dejan en desprotección al titular del contrato. Para continuar con el análisis se va a proceder a realizar un estudio de los seguros de fácil suscripción que tiene el INS, denominados Autoexpedibles. Estas pólizas tienen una particularidad y es la venta masiva. Además, son de fácil suscripción, para su comercialización el intermediario que se encuentra interesado deberá estar acreditado ante la SUGESE como operador de seguros autoexpedibles, para poder colocarlo en los sujetos interesados.

Los seguros de fácil suscripción tienen particularidades generales, entre ellas se encuentra que para su inclusión solo basta con la firma en la solicitud del seguro, el pago de la prima en el momento de formalizar el seguro, y la NO selección de riesgos por parte del tomador.

Sobre este tipo de seguros, la Ley Reguladora del Mercado de Seguros los define de la siguiente manera:

Seguros autoexpedibles: Las entidades aseguradoras podrán acordar contratos mercantiles con personas diferentes de los intermediarios regulados en esta Ley para la distribución de seguros autoexpedibles. Se considerarán seguros autoexpedibles los que cumplan, simultáneamente, las siguientes características: a) Protejan intereses asegurables y riesgos comunes a todas, o la mayoría de las personas físicas. b) Sus condiciones generales, particulares y especiales se redactarán en forma clara y precisa, utilizando un lenguaje sencillo, destacando de modo especial las definiciones y las cláusulas limitativas de derechos del asegurado y las exclusiones del contrato, así como siguiendo los lineamientos que al efecto podrá emitir la Superintendencia. c) Sean susceptibles de estandarización y comercialización masiva por no exigir condiciones específicas en relación con las personas o los intereses asegurables. d) Su expedición no requiera un proceso previo de análisis y selección de riesgo. e) No sean susceptibles de renovación. El Consejo Nacional reglamentará los requisitos y las demás condiciones que se deberán cumplir para la comercialización de este tipo de seguros (República de Costa Rica, Ley Reguladora del Mercado de Seguros 8653, artículo 24).

Sin embargo esta facilidad tiene una particularidad en la comercialización para personas mayores de sesenta y cinco años. En este caso, como el objeto de estudio es el Instituto Nacional de Seguros, se va a realizar el análisis de dos contratos autoexpedibles (uno de vida y otro de salud), para lograr determinar el encarecimiento y recargo que existe al cumplir esa edad por parte del asegurado.

A- SEGURO AUTOEXPEDIBLE VIDA PLUS EN COLONES, Póliza que posee las siguientes coberturas y que indemniza en caso de fallecimiento del titular: Básica: Cobertura de Muerte No Accidental: El Instituto pagará la suma asegurada, de acuerdo con la opción elegida en la Oferta de Seguro, si durante la vigencia de la póliza el Asegurado fallece por causa no accidental, objeto de cobertura en esta póliza. Adicionales: Cobertura de Muerte Accidental: El Instituto pagará la suma asegurada de acuerdo con la opción elegida en la Oferta de Seguro,

si el Asegurado muere a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de esta póliza y en las condiciones indicadas en las mismas. Incapacidad Total y Permanente a causa de accidente: Esta cobertura indemniza el monto suscrito en caso de que el Asegurado sea incapacitado total y permanentemente, como consecuencia de un accidente, originado durante la vigencia de la póliza. La cobertura opera si la declaración de Incapacidad se da dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes a la ocurrencia del accidente cubierto por esta póliza. Cobertura Funeraria: En caso de fallecimiento del Asegurado por causa accidental o no accidental, se otorgará una indemnización adicional a la cobertura básica, para cubrir los gastos funerarios, por el monto citado en la Oferta de Seguro. No se reconocerá esta cobertura en los casos en que las coberturas de muerte accidental o no accidental no se amparen. Esta póliza posee diferentes montos asegurados, que varían desde los cinco hasta veinticinco millones de colones, como se indicaba al ser un seguro de fácil suscripción sus requisitos son solamente completar la solicitud de la aseguradora y proceder con el pago ante el respectivo operador que comercializo el seguro. Sin embargo, este contrato presenta un recargo de prima para personas que superan sesenta y cinco años. Se adjunta un cuadro que refleja los montos de primas según la edad del asegurado:

Cobertura Básica	Coberturas Adicionales			Prima Mensual	
	Muerte No Accidental	Muerte Accidental	Incapacidad total y permanente a causa de accidente	Funerario	De 18 a menores de 65 años de edad
¢5.000.000	¢10.000.000	¢5.000.000	¢850.000	¢4.355	¢123.346
¢10.000.000	¢20.000.000	¢10.000.000	¢850.000	¢8.194	¢236.545
¢15.000.000	¢30.000.000	¢15.000.000	¢1.000.000	¢12.125	¢351.535
¢20.000.000	¢40.000.000	¢20.000.000	¢1.000.000	¢15.964	¢464.735
¢25.000.000	¢50.000.000	¢25.000.000	¢1.250.000	¢19.955	¢580.919

Como lo refleja el cuadro anterior, los clientes que superen los sesenta y cinco años deberán si desean continuar con el seguro realizar el pago de un recargo de más de un cien por ciento, sin haberles practicado un examen médico que compruebe el estado real de la salud del cliente. Este contrato se encuentra registrado ante la SUGESE con el código número P14-23-A01-227, del trece de diciembre de dos mil trece, con este tipo de condiciones el cliente mayor de sesenta y cinco años o el asegurado que ya tenía esa cobertura se ve en la necesidad de realizar un pago desproporcional en comparación con la prima que mantenía antes de esa edad.

A- **SEGURO AUTOEXPEDIBLE DE ENFERMEDADES GRAVES:** Este seguro se constituye por las siguientes coberturas: Cobertura Básica Indemnización por el primer diagnóstico de enfermedad grave: El Instituto indemnizará la suma asegurada si el Asegurado(s) es (son) diagnosticado (s) por primera vez durante la vigencia de la póliza con alguna de las siguientes enfermedades graves: • Cáncer • Accidente Cerebro Vascular • Insuficiencia renal • Infarto al miocardio Coberturas Adicionales a. Renta Diaria por Hospitalización: El Instituto pagará la renta diaria asegurada si a consecuencia de la enfermedad grave cubierta en la cobertura básica y diagnosticada por primera vez durante la vigencia de la póliza, el (los) Asegurado(s) es (son) internado(s) en un centro médico autorizado dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días naturales contados a partir de la fecha del diagnóstico, y mientras permanezcan hospitalizados, independientemente de que el plazo de vigencia de la póliza hubiere terminado. Esta cobertura opera por un mínimo de un (1) día de hospitalización, máximo cuarenta y cinco (45) días por evento y un máximo general de noventa (90) días por póliza b. Cobertura de Muerte: El Instituto pagará la suma asegurada si a consecuencia de la enfermedad grave cubierta en la cobertura básica y diagnosticada por primera vez durante la vigencia de la póliza, el (los) Asegurado (s) fallece (n) dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días naturales contados a partir de la fecha del diagnóstico, independientemente de que el plazo de vigencia de la póliza hubiere terminado.

Al igual que el producto analizado anteriormente, este seguro también ofrece a los clientes interesados una diferente variedad en sumas aseguradas de las cuales va depender el monto de la prima, pero esta póliza posee un rubro que garantiza renta diaria por hospitalización. Lo que sucede es que para clientes mayores de sesenta y cinco años se procede con la aplicación de un recargo; se adjunta el detalle con los montos por edad:

Cobertura Básica	Coberturas Adicionales		Prima Mensual	
	Cobertura de Muerte	Renta Diaria por Hospitalización	De 18 a menores de 65 años de edad	De 65 y más años de edad
Indemnización por el primer diagnóstico de enfermedad grave				
¢2.500.000	¢875.000	¢50.000	¢2.701	¢13.963
¢5.000.000	¢1.750.000	¢50.000	¢4.852	¢25.120
¢10.000.000	¢3.500.000	¢50.000	¢9.154	¢47.436

Al igual que el otro contrato de seguro analizado, en este el cliente mayor de sesenta y cinco años se encuentra con un recargo de la prima que supera el cien por ciento de la prima que poseía antes de cumplir esa edad. Este contrato se encuentra inscrito ante la superintendencia bajo el código número P16-35-A01-097, del ocho de enero de dos mil catorce.

Con ambos productos analizados se logra determinar que el Instituto Nacional de Seguros, en su oferta de seguros Autoexpedibles, ocasiona una discriminación de las personas adultas mayores, en el supuesto de que existe un recargo en la prima para un sector determinado, pero este recargo se realiza de forma generalizada sin poder el sujeto interesado demostrar su actual y real estado de salud. Sin embargo esos productos ya se encuentran inscritos ante la superintendencia, y pese a que existen fallos relacionados de Sala Constitucional, este órgano permite que sigan existiendo contratos que lesionan los derechos de un determinado grupo de individuos. Es evidente que se pueda mencionar como un recargo por riesgo que representa el grupo, sin embargo se debe analizar la justificación de realizar un recargo en la prima de más del cien por ciento en distintos productos.

Pero no solamente el INS tiene ese tipo de situaciones que crean un vacío en la legislación actual de seguros. Analizaremos a continuación distintos contratos de seguros de aseguradoras privadas establecidas en Costa Rica y a las que SUGESE las acreditó para la comercialización de productos en nuestro país.

1- Seguro Colectivo de Saldos Deudores (Pan American Life Insurance de Costa Rica S.A.)

Esta póliza ofrece a los clientes que suscriben el contrato las coberturas de muerte e incapacidad total y permanente, por lo que deja la oportunidad de que el contrato sea bajo la modalidad de saldo deudor o monto original. La situación que representa un acto de discriminación para los mayores de sesenta y cinco años es la cobertura de incapacidad, debido a que al cumplir esa edad, el contrato solamente mantendrá vigente la cobertura de muerte del asegurado. Es decir, en este contrato de seguros se presenta para el cliente una situación de recargo de primas y encarecimiento de coberturas solo por el mero hecho de cumplir determinada edad.

Al respecto esta aseguradora sí le solicita al cliente la realización de exámenes médicos, pero solo para los clientes mayores de sesenta y cinco años que desean ingresar como nuevo asegurado. Para los existentes esa práctica no se realiza, y solamente se excluye la cobertura de incapacidad total y permanente. Este acto representa una situación de incertidumbre para los asegurados, debido a que si un cliente tiene este seguro como respaldo de una operación de crédito y por condiciones al cumplir sesenta y cinco años aun no logra obtener la pensión por parte de la CCSS y debe seguir laborando, si es víctima de alguna condición médica y producto de ella lo determinan con una incapacidad total,

deberá seguir con el pago del préstamo. Esto debido a que la póliza suscrita no posee esa cobertura solo por el mero supuesto de elegibilidad establecida por la compañía.

2- *Seguro Colectivo de Gastos Médicos (Aseguradora del Istmo ADISA).*

Este producto ofrece cobertura de salud en condiciones relativas a gastos médicos que por enfermedad o accidente el asegurado deba incurrir para poder retornar a su estado de salud óptimo. Es un seguro que se ofrece en modalidad de colectivo, donde la aseguradora mejorará la tarifa que se aplique con base en la cantidad de individuos interesados en suscribir el contrato y formar parte de la colectividad. Sin embargo posee una situación que transgrede los derechos de las personas mayores de sesenta y cinco años, y es que bajo las bases del contrato inscrito ante la SUGESE, estrictamente en la cláusula pertinente a sumas aseguradas, se refiere a una reducción del cincuenta por ciento de la suma original asegurada cuando el titular del seguro cumpla los sesenta y cinco años. Esta reducción la aseguradora la realiza sin la aplicación de algún criterio técnico (Selección de Riesgos) que ampare el incremento del riesgo, y por ende un detrimento en el monto asegurado.

Son este tipo de situaciones que propician un ambiente de discriminación hacia el sector de la población considerado más frágil, en conjunto a los menores y mujeres en estado de gestación. Se refleja que esta problemática repercute sobre la realización de actividades diarias e integración de los adultos mayores en la sociedad actual. El simple hecho de reducir las sumas aseguradas, eliminar coberturas e incrementar las primas son acciones que las aseguradoras realizan y ponen en riesgo la preservación de los productos en las personas mayores de sesenta y cinco años.

El siguiente recurso se presenta en contra de INS, debido a una exclusión por edad de la cobertura por incapacidad total y permanente:

Alega el recurrente que firmó un Contrato de Póliza Colectiva de Vida en octubre del 2003, ofrecida por el Sindicato Industrial de Trabajadores Eléctricos y de Telecomunicaciones (SITET) del Instituto Costarricense de Electricidad, en convenio con el Instituto Nacional de Seguros, por el que se le rebajaba mensualmente los montos de las primas correspondientes; no obstante, al presentar problemas de salud y ser declarado inválido por el Juzgado de Trabajo de Mayor Cuantía de Puntarenas y presentar el reclamo correspondiente para hacer efectiva la póliza, ésta le fue denegada en virtud de la cláusula 8 del contrato, que dispone que si fuesen incluidas personas fuera de los límites de edad (superior a 15 y menor de 55), el Instituto recurrido está obligado únicamente a devolver las primas que por ello hubiere recibido, y en su caso, contaba con 57 años y 11 meses cuando fue incluido, lo que estima un acto discriminatorio. Se declara con lugar el recurso. En consecuencia, se ordena al Presidente Ejecutivo del Instituto Nacional de Seguros, que emita las órdenes que estén dentro del ámbito de sus atribuciones y de su competencia, a efecto de que de forma inmediata a la comunicación de esta sentencia, se restituya al recurrente, en todos los derechos que ostentan todos los demás afiliados respecto a la Póliza de Vida Colectiva No. VIC-28, suscrita con SITET. (Voto Numero 17076-07, Sala Constitucional)

Se presenta igualmente en este caso una situación lesiva a los derechos de los individuos, sin embargo en esta la edad máxima para uso y goce de cobertura se restringía a los cincuenta y cinco años, edad en la cual un sujeto se encuentra laborando activamente y propenso a sufrir un accidente o enfermedad que produzca un efecto de declaratoria de incapacidad total y permanente. Es necesario recordar que muchos contratos de vida amparan operaciones de crédito y de las cuales una declaratoria judicial o administrativa de incapacidad puede ocasionar efectos gravosos sobre el patrimonio del deudor, quien se encontraba “protegido”, por una cobertura de un seguro que cubría esta condición.

Sobre esta situación donde la póliza de vida se encuentra como respaldo de una operación de crédito, se analiza el siguiente recurso donde el INS se niega a realizar el pago indemnizatorio correspondiente debido a la edad del asegurado:

Señala el recurrente que en años pasados contrajo varios créditos con el Banco Popular, los cuales cuentan con pólizas de vida que se le han venido cobrando y que son de suscripción obligatoria. Ellos garantizan el pago del crédito en caso de fallecimiento del deudor o si éste sufre una incapacidad que le impida continuar laborando. Señala que actualmente padece de cáncer terminal, por lo que no puede trabajar y tampoco posee pensión por parte del Estado, y el Instituto Nacional de Seguros le niega la posibilidad de indemnizarle y cancelar los préstamos por incapacidad porque argumenta que por su edad está excluido de la cobertura de la póliza. Siendo así, éste Tribunal indica que procede la estimatoria del amparo contra el Instituto, como entidad aseguradora, ordenando al Gerente y al Jefe de la Dirección de Seguros Personales del Instituto Nacional de Seguros disponer, de inmediato, lo necesario para que consideraciones de edad no funjan como obstáculo para que el actor acceda a los beneficios de invalidez total y permanente, respecto de las pólizas que ha suscrito a propósito de los créditos que tiene con el Banco Popular y de Desarrollo Comunal. Se declara con lugar el recurso, únicamente en contra del Instituto Nacional de Seguros. Se ordena al Gerente, y Jefe de la Dirección de Seguros Personales, ambos del Instituto Nacional de Seguros, o a quienes en su lugar ejerzan esos cargos, disponer, de inmediato, lo necesario para que consideraciones de edad no funjan como obstáculo para que el actor, acceda a los beneficios de invalidez total y permanente, respecto de las pólizas que ha suscrito a propósito de los créditos que tiene con el Banco Popular y de Desarrollo Comunal. Se citan las resoluciones 117-93, 2531-94, 4766-06, 1942-94, 808-94, 1372-92 y 13205-05 (Voto Número 6306-08, Sala Constitucional).

Se refleja la necesidad entonces de que las aseguradoras no incorporen en sus contratos de seguros condiciones que pongan en riesgo la integridad de sus asegurados, además de una correcta aplicación de las herramientas que poseen para lograr determinar si definitivamente existen condiciones de riesgos que logren propiciar un incremento en las primas, encarecer coberturas o montos asegurados.

SECCIÓN IV Las implicaciones de los contratos en razón de la edad

Como se logró exponer en la sección anterior, existe actualmente en el mercado de seguros costarricense una diferente gama de opciones en lo que se refiere a seguros personales, que van a suplir las necesidades de la mayoría de habitantes de Costa Rica. Sin embargo, también existe una problemática con referencia a los seguros para los adultos mayores, a quienes el Estado se encuentra en la obligación de brindar una protección especial.

Por un aspecto constitucional en nuestro país, todos los ciudadanos poseen garantías proclamadas en la Constitución Política, y con apego al Artículo 50 de ese ordenamiento se encuentran facultados para poder denunciar cualquier condición que consideren lesivas para sus derechos como ciudadanos. Y en efecto se ha realizado; como se detalló nuestra Sala Constitucional se ha referido en diferentes ocasiones al respecto del tema de la edad en los seguros personales, y ha dado en mucho de los recursos la razón a los ciudadanos que recurren a esa instancia para que se les reconozca un derecho.

Para tener un análisis de cuál es la percepción que se tiene sobre el asunto, se realizó una encuesta que refleja cuál es la posición que tienen los costarricenses sobre esta situación. Esta encuesta la completó un total de 37 personas y se procederá a realizar un análisis de los resultados.

Se inició valorando qué porcentaje de personas poseía algún tipo de seguro personal, para poder conocer qué grupo de sujetos se encontraban identificados con el tipo de contrato analizado. Esto implicaba la posibilidad de que tuviesen una póliza que ampara alguna operación de crédito; del total de encuestados, un 32.43% mantiene algún seguro de este tipo.

Se consultó qué sector de los participantes conocían sobre el proceso de emisión de los seguros autoexpedibles, esto debido a que este es un contrato diferente al típico contrato de seguros, debido a su facilidad en requisitos y suscripción, pero que a determinada edad ocasiona recargos sin criterios que se puedan valorar más que la masividad del producto. Un 51.35 % desconoce cómo opera este tipo de pólizas en la actualidad.

Se valoró también la posición de los encuestados con referencia al aumento de las primas o detrimento del contrato de seguros, solo por el mero hecho de cumplir determinada edad. En este sentido un 89.19 % no está de acuerdo en que las aseguradoras apliquen esta práctica sin antes proceder a realizar la selección de riesgos requerida para fundamentar ese cambio en las condiciones del producto.

También se consultó sobre la obligatoriedad de realizar pruebas médicas antes de proceder a excluir o modificar condiciones de los contratos de seguros por la edad del asegurado. En esto el 75.68% se encuentra de acuerdo en que se debe realizar. Al realizar esto se tendrá la certeza necesaria

de que no exista una discriminación hacia el asegurado, debido a que se tendrá el suficiente criterio para respaldar si se aplica un cambio en el contrato.

Se analizó un escenario en el que se valoraba la idea de trasladar los incrementos de primas de los adultos mayores en todos los asegurados del producto. Esto no generaría un aumento brusco en las tarifas de los clientes mayores de una determinada edad, se podría considerar que al repartir ese aumento en todos los clientes las tarifas de todos aumentarían pero no de manera tan significativa como en los productos analizados anteriormente, donde el incremento se refleja en más de un 100%. Sin embargo ante esa posibilidad un 51.35 %, de los participantes no se encuentra de acuerdo en la aplicación de un escenario de este tipo.

Otra variante analizada fue la tasa de mortalidad en Costa Rica. Es claro que en nuestro país los sesenta y cinco años se están quedando cortos con referencia a la actual tasa de mortalidad, en realidad es un derecho de los adultos mayores el que puedan continuar laborando. En este criterio un 81.08% de los encuestados está de acuerdo en que se aplique una variación en los contratos de seguros para modificar el tema de elegibilidad en los contratos de seguros.

También se quiso conocer cuál era el criterio sobre la posición de entidades financieras de no brindar operaciones de crédito a sujetos que no pudiesen brindar una póliza de vida como garantía, un 70.27% consideró que es una acción que transgrede los derechos de los sujetos. Esto se debe a que dependiendo el tipo de operación crediticia, se puede utilizar otro tipo de garantía, que no dependa de la aceptación de una aseguradora.

Un 72.22% desconoce de los recursos que se han presentado ante la Sala Constitucional, con referencia al tema de edad en seguros personales. Desde que en Costa Rica se apertura la comercialización de seguros por diferentes aseguradoras, han existido fallos que obligan a estas empresas a brindar cobertura sin importar la edad del asegurado. Y esa obligatoriedad recae en que la edad solamente no debe ser considerada como valor para excluir una cobertura.

Debido a que la edad es el factor que incide en estos fallos, se planteó la idea de eliminar la edad como parámetro para la finalización del contrato. Un 78.38% se encuentra de acuerdo en eliminar ese rubro como un elemento que disuelva el vínculo contractual. Esto demuestra que la mayoría de encuestados se encuentra de acuerdo en utilizar otras medidas para determinar el incremento del riesgo en este ramo de seguros.

Finalmente, los encuestados se refirieron a la posición de la Superintendencia General de Seguros, como ente garante de los derechos de los adultos mayores. Un 83.78% considera que esta superintendencia no vela por que se respeten los derechos de este grupo de ciudadanos. De este

criterio se desprende que esta entidad debe aprobar los contratos antes de la comercialización a los sujetos, es decir, la SUGESE conoce de las condiciones abusivas de los contratos y aun así permite su venta al público. Esto genera una situación de discriminación que debe ventilarse en instancias superiores (Sala Constitucional), cuando se tiene la posibilidad de impedir la venta de un producto con esas condiciones.

Cuando se valora las respuestas brindadas por los encuestados, se visualiza la necesidad de realizar algún cambio para que estas situaciones dejen de ocurrir y no tener que recurrir a una instancia constitucional para resolver aspectos que son básicos en la elaboración del contrato de seguros. De esta posición nace la urgencia de modificar algunos artículos que se refieren al tema de seguros para prevenir situaciones discriminatorias en la comercialización de seguros. Se considera imprescindible analizar la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, en este sentido en las demás líneas de seguros (*para efectos de comprensión Seguros Generales*), existe la figura de la agravación y disminución del riesgo.

Agravación del riesgo. La persona asegurada está obligado a velar por que el estado del riesgo no se agrave. También, deberá notificar por escrito al asegurador aquellos hechos, posteriores a la celebración del contrato, que sean desconocidos por el asegurador e impliquen razonablemente una agravación del riesgo. Dicha agravación deberá ser tal que el asegurador, de haberla conocido al momento del perfeccionamiento del contrato, no habría asegurado el riesgo o lo habría hecho en condiciones sustancialmente distintas. Este principio no aplica en los seguros de vida y gastos médicos (República de Costa Rica, Ley Reguladora del Mercado de Seguros 8653, artículo 52).

Disminución del riesgo. En caso de disminución del riesgo, el asegurador deberá reducir la prima estipulada, según la tarifa correspondiente, y devolver a la persona asegurada el exceso de prima pagado y no devengado. Dicha devolución deberá darse en un plazo de diez días hábiles a partir del momento en que la persona asegurada le notifique esta circunstancia o el asegurador tenga conocimiento de ella. Si el asegurador incurriera en mora en la devolución deberá pagar a la persona asegurada o beneficiaria, según corresponda, a título de daños y perjuicios, intereses moratorios legales, conforme a lo establecido por el artículo 497 del Código de Comercio, sobre la suma pendiente de devolver. Este principio no aplica en los seguros de vida y gastos médicos (República de Costa Rica, Ley Reguladora del Mercado de Seguros 8653, artículo 56).

Esto refleja que existe una obligatoriedad del Asegurador en velar porque el riesgo asegurado no se agrave, al ser un seguro sobre la Salud o la propia vida de este, que exista una intención de agravar el riesgo sería atentar contra la propia vida. De esta manera en los seguros generales existe la posibilidad de realizar una agravación de riesgo o disminución, que en su caso y depende de cuál supuesto sea se verá reflejado en la prima del seguro. Lo que sucede es que la ley es clara al indicar que estos principios no aplican en seguros personales y de gastos médicos.

Esta es la situación por la que se debería realizar una reforma a esos artículos y que sí exista la figura de agravación o disminución de riesgo en los seguros personales. Es claro que la indicación de agravación de riesgo no la realizaría el asegurado, debería incorporarse a los seguros de vida y salud una obligación del asegurador de practicar exámenes médicos a los asegurados en esos contratos con una determinada frecuencia para poder valorar el estado de salud. Es decir, eliminar de los artículos 52 y 56 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, la leyenda de “este principio no aplica para en los seguros de vida y gastos médicos”.

Además, incorporar en el artículo 90 de este cuerpo normativo esta obligación del asegurador:

Objeto del seguro de personas: Los seguros de personas comprenden todos los riesgos que puedan afectar la vida, la integridad corporal o la salud de la persona asegurada. Los seguros de personas pueden celebrarse con referencia a riesgos relativos a una persona o a un grupo de ellas. En este último caso, los integrantes del grupo deberán tener alguna característica particular en común de mayor relevancia que el simple propósito de asegurarse. El solicitante deberá someterse a los exámenes médicos que razonablemente le sean requeridos por el asegurador. El costo de dichos exámenes, cuando no impliquen una particularidad especial, será a cargo del asegurador (Ley Reguladora del Mercado de Seguros 8653 artículo 90).

Así se comprende que el solicitante, o bien ya el asegurado, deberá someterse a exámenes médicos con una determinada frecuencia para poder valorar el estado actual de salud, y según esos resultados poder determinar si existe la necesidad de realizar alguna modificación al contrato. Este tipo de condición en los contratos de seguros podría ser provechosa para la compañía de seguros, porque acompañado de esta obligación se podría llevar a una finalización del contrato de seguros sin obligación del asegurador, es decir, que en caso de omisión del asegurado en practicarse esos exámenes médicos se podría de manera unilateral dar por finalizado el contrato de seguros sin obligaciones o responsabilidades para el asegurador.

Una condición como la mencionada anteriormente permitiría a las compañías de seguros no aplicar situaciones que pueden ser vistas como discriminatorias para un sector de la población. Sería una manera efectiva de comprobar el riesgo en que se encuentra asegurado y no proceder con aplicaciones abusivas de recargos o desmejoramiento de coberturas.

Conclusión

Con la culminación de este trabajo de investigación se logró evidenciar que en Costa Rica existen suficientes mecanismos para la correcta defensa de los derechos de toda la ciudadanía, sin embargo también se evidenció que existen sectores de la población nacional que se encuentran un poco desprotegidos en lo que respecta a la tutela constitucional. La población de adultos mayores representa un sector de esa parte de la ciudadanía que enfrenta constantes situaciones de discriminación.

Es necesario resaltar la labor que realizan diferentes instituciones para velar por la correcta tutela de los derechos de estos sujetos, ejemplo de ello son el IMAS, CONAPAM, etc. Estas son organizaciones que brindan defensa en la aplicación de derechos en sectores de la población que se pueden considerar en riesgo. Al estudiar las instituciones que buscan hacer respetar los derechos de la población costarricense, es necesario vincular la figura judicial y renombrar a la Sala Constitucional, la cual y como se logró demostrar en la investigación, posee una participación fundamental en la búsqueda por el respeto de los derechos de la población que considera que algún derecho le ha sido transgredido.

En Costa Rica por un criterio constitucional ningún sujeto podrá ser víctima de discriminación por asuntos como edad, género, etc. Además, esta tutela constitucional posee el respaldo de otros cuerpos legislativos, un ejemplo de ello es la Ley 7935 Ley Integral Para la Persona Adulta Mayor, esta ley busca implementar a la población adulta mayor en la sociedad costarricense, evitando que se realicen actos discriminatorios que resulten lesivos para la correcta interacción de esta población en relación con los demás sujetos.

Claro que aún se logra evidenciar acciones que resultan discriminatorias para esa población, un ejemplo de esto son las entidades financieras, quienes restringen la cartera de productos financieros a personas por razón de edad. Es necesario que estas entidades dejen de practicar estas actividades y se logre una correcta correlación de estas personas y las oportunidades de crédito que se ofrecen en el mercado nacional. Es fundamental reconocer que en nuestro país existe una esperanza de vida relativamente alta en comparación con otros países de la región, ante esta realidad es imprescindible iniciar acciones para evitar que existan situaciones que puedan generar exclusiones hacia un sector de la ciudadanía nacional que va en aumento.

Otro mercado que representa una situación discriminatoria para esta población es el de los seguros, y es por lo cual esta investigación encontró sustento. En Costa Rica la apertura del mercado de seguros es relativamente nueva, y gracias a esa apertura se acabó con el monopolio que imperaba en este

mercado. Gracias a la apertura comercial se logró introducir al país nuevas empresas que buscan expandir sus negocios hacia nuevas fronteras, y ahora nuestro país es otro destino. La comercialización que estas empresas realizan en Costa Rica es muy variada y existen diferentes enfoques. De manera generalizada se puede citar los dos grandes grupos de seguros que se comercializan en nuestro país, que serían los seguros personales y generales.

No todas las compañías aseguradoras comercializan ambas ramas, existen unas que se dedican a una determinada rama o bien otras que abarcan ambos tipos. Para la confección de esta investigación se determinó analizar los contratos de seguros personales del Instituto Nacional de Seguros (INS), sin excluir un breve análisis a otras ofertas de seguros comercializadas en el país. Se utilizó esta compañía aseguradora debido a su trayectoria nacional, además de que al delimitar en un espacio de tiempo el trabajo, la mayoría de recursos ventilados en sede judicial hacen referencia a productos del INS.

Cuando se analiza el tema de seguros personales y se combina el factor de la edad en los contratantes, en los contratos de seguros siempre existe una posición de aumentar los costos de los seguros, sea como una forma de preservar el capital de la aseguradora y así lograr el correcto funcionamiento de la compañías, o como una manera desmotivadora hacia un sector de la población que como se manifestó en Costa Rica, va aumentando debido a la tasa de mortalidad. El interés de esta investigación fue demostrar que existen aplicaciones abusivas por parte de compañías aseguradoras hacia los adultos mayores. Se analizaron distintos contratos de seguros y se logró determinar o exponer situaciones que se logran catalogar como discriminatorias en el actual mercado de seguros.

Cuando se estudiaron los contratos de seguros autoexpedibles del INS, se evidenció que en este tipo de pólizas la compañía aplica condiciones claramente discriminatorias que obligan a un gran sector de la población a desestimar la idea de contratar una póliza de este tipo debido al alto precio que poseen estos contratos para sujetos mayores de sesenta y cinco años. Cuando se analizaron dos contratos de este tipo, se logró demostrar que el aumento que sufren las primas que pagan los sujetos antes y después de esta edad presenta diferencias de más de un cien por ciento del valor que tenían inicialmente cuando suscribieron el seguro ante la compañía.

Pero no solamente se analizaron los seguros autoexpedibles del INS, también se analizaron dos contratos adicionales de diferentes aseguradoras (las dos privadas). El resultado es similar al obtenido en las pólizas del INS, se determinó que aplican encarecimiento de coberturas sin criterios técnicos que justifiquen esa variación en el contrato, además también aplican disminuciones de montos

asegurados, pero manteniendo la prima al cliente. Estas situaciones claramente demuestran acciones discriminatorias para este sector de la población costarricense.

Cuando existen incrementos tan notorios en primas de seguros, resulta necesario cuestionar la participación de la Superintendencia General de Seguros para evitar que existan contratos que posean dentro de sus características condiciones que resulten lesivas a los derechos de un sector de la población. Es claro y se evidenció en la investigación que la Sala Constitucional posee reiterados fallos acerca del tema de la edad en los contratos de seguros, y también como se expuso falla a favor del asegurado y obliga a la compañía aseguradora a brindar las condiciones necesarias para otorgar la cobertura que el sujeto requiera, siempre y cuando se ajuste a los presupuestos de ley.

Con la reiterada posición de la sala referente a la edad de los contratos de seguros, es necesario cuestionar la razón por la que aún se comercializan pólizas que resulten discriminatorias para un determinado sector de la población. Además existe la duda de la posición de la SUGESE con respecto a la aprobación de este tipo de contratos.

En los contratos de seguros existe una manifestación de voluntades, donde las partes que intervienen están de acuerdo en suscribir dicha póliza, bajo los términos establecidos por la compañía. La situación se agrava cuando un determinado grupo de población se encuentra frente una realidad en que la mayoría de compañías aseguradas aplican condiciones abusivas y discriminatorias por un factor como lo es la edad. Cuando esta situación ocurre, es necesario plantearse lo establecido en la Constitución Política de Costa Rica y valorar si este tipo de contratos no representa una condición discriminatoria para estas personas. En nuestro país nadie podrá sufrir discriminación por temas relativos a la edad, pero ante un panorama como el analizado, esta cuestión cambia y se cuestiona dicha tutela constitucional.

Nuestro país posee poca doctrina y legislación con respecto al tema de seguros, podemos mencionar como base fundamental las siguientes legislaciones: Ley Reguladora del Mercado de Seguros 8653, y la Ley Reguladora del Contrato de Seguros 8956. Para efectos de analizar el contrato de seguros, de las anteriores leyes la más aplicable sería la 8956, que se refiere al contrato de seguros en especial. Pero igual se encuentran vacíos con respecto al tema de la edad en los seguros personales.

Es comprensible que este tema cause un poco de controversia en el mercado de seguros, pues analizar la figura de asegurar una persona muy adulta en contratos de salud y o vida representa una alta posibilidad de sufrir un siniestro en un plazo reducido, diferente a si el seguro se comercializa a una persona más joven. Pero es fundamental que este aspecto no provoque situaciones de indefensión en un sector de la población. La legislación referente al contrato de seguros en Costa Rica no es muy

precisa en ese tema y provoca que, ante la falta de claridad de esta, las compañías de seguros logren provocar contratos que resultan lesivos para los adultos mayores.

Como se analizó en la investigación, se debería implementar en la ley la figura de agravación y disminución de riesgos en los seguros personales, para que el trato no sea discriminatorio. Esta figura existe actualmente en nuestra legislación pero solamente aplica para los seguros generales, y aclara además que esta figura no podrá aplicarse en seguros personales. Al existir esa limitación, se propicia que haya presupuestos discriminatorios en los contratos de seguros, debido a que si la integraran a la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, sería una obligación del asegurador solicitarle al asegurado que se someta a exámenes médicos para poder comprobar el estado real de la salud y con base en esto determinar si existen situaciones que agraven el riesgo asegurado y así proceder a un aumento en las tarifas o encarecer las coberturas contratadas por el cliente. De esta manera, se podría dejar de aplicar condiciones abusivas a los adultos mayores y se promocionaría una correcta participación de la ciudadanía costarricense.

Anexos:

Análisis de la encuesta realizada.

Se practicó una encuesta a 37 personas y se analizan los resultados:

¿Posee suscrito algún seguro de VIDA o SALUD, por medio de alguna aseguradora?

Ante esta pregunta, más de la mitad respondió de manera negativa, lo que dejó un porcentaje relativamente bajo de encuestados que poseen seguros de vida o salud.

¿Conoce cómo funciona el proceso de emisión en los Seguros Autoexpedibles?

Sobre el proceso de emisión de este tipo de seguros, aproximadamente la mitad conoce cómo se utiliza esta operativa de seguros.

¿Está de acuerdo con el incremento o desmejoramiento del producto por el solo hecho de cumplir determinada edad?

Al consultar sobre este aspecto, casi la totalidad estaba en contra de esta situación, y se llega a un noventa por ciento de los encuestados.

¿Debe incorporarse la obligatoriedad de practicar exámenes médicos antes de la exclusión de coberturas?

Aproximadamente un setenta y cinco por ciento de los encuestados está de acuerdo en la aplicación de exámenes como manera de valoración para la exclusión de coberturas en seguros de vida.

¿Debe incorporarse la obligatoriedad de practicar exámenes médicos antes de la exclusión de coberturas?

Cuando se realizó esta consulta, los encuestados compartieron criterios y existe una igualdad en opiniones.

¿Debido a la tasa de mortalidad en Costa Rica, deben de implementarse modificaciones en los contratos de seguros para que se aumente el rango de edades en los seguros personales?

Ante esta consulta, más de la mitad están de acuerdo en realizar modificaciones en los contratos de seguros personales con respecto a la edad.

¿Considera lesivo para los derechos financieros de un sujeto que no otorguen un crédito por no tener cobertura de Vida?

En esta pregunta más del setenta por ciento considera que sí es lesiva esta aplicación en los contratos por parte de las entidades financieras.

¿Conoce de los recursos presentados en la Sala Constitucional sobre el tema de encarecimiento en los seguros de Vida y Salud?

En esta pregunta existe un gran porcentaje de encuestados que desconocen sobre la posición de la Sala Constitucional con respecto a los recursos que se han presentado en este tema, más del setenta

por ciento desconoce de esta situación.

¿Está de acuerdo con eliminar la edad como parámetro para la finalización de un contrato de salud o vida?

Casi un ochenta por ciento está de acuerdo en eliminar este parámetro como referencia para la finalización del contrato.

¿Considera que la Superintendencia General de Seguros no vela por los derechos de los ciudadanos al permitir la comercialización de seguros con esas características?

Sobre esta consulta, casi el noventa por ciento considera que la SUGESE no vela por los derechos de los sujetos al permitir este tipo de contratos.

Bibliografía

Utilizada

ARGUELLO VILLALOBOS (Ivannia) // BARRIOS RODRÍGUEZ (Priscilla), “Estudio del Contrato de Seguros en Costa Rica desde la Teoría General del Contrato, y sus modificaciones a causa de la entrada en vigencia del Tratado de Libre Comercio”, UCR, Alajuela, Costa Rica, 2009.

BREEDY ARGUEDAS (Said), “El Contrato de Seguro”, Editorial Investigaciones Jurídicas S.A., San José, Costa Rica, 2012.

GUARDIOLA LOZANO (Antonio), “Manual de Introducción al Seguro”, Editorial MAPFRE S.A., Madrid, España, 1990.

MONTOYA LONDOÑO (Carlos Alberto) “Manual de Seguros”, Editorial Universidad Autónoma de Bucaramanga, Santander, Colombia, 2001.

¿Qué es la selección de riesgos, 3 de mayo 2014, Consultado el 01 diciembre de 2015, <http://www.segurosprivados.net/que-es-la-seleccion-de-riesgos/>

República de Costa Rica, Ley Reguladora del Mercado de Seguros 8653.

República de Costa Rica, Ley Reguladora del Contrato de Seguros 8956.

República de Costa Rica, Ley Integral Para la Persona Adulta Mayor 7935.

SUPERINTENDENCIA GENERAL DE SEGUROS, “Aspectos legales de los mercados de seguros”, Superintendencia General de Seguros, San José, Costa Rica, 2011.

Consultada

INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS (INS), “Historia de los Seguros” Instituto Nacional de Seguros, San José, Costa Rica, 1967.

INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS (INS), “Unidad didáctica seguros de vida” Instituto Nacional de Seguros, San José, Costa Rica, 1999.

MONGE ALFARO (Carlos), “Nuestra Historia y los Seguros”, Editorial Costa Rica, San José, Costa Rica, 1974.