



**Asociación Internacional de Derecho de Seguros
Sección Uruguay**

**XVI JORNADAS DE DERECHO DE SEGUROS
20 y 21 de abril de 2017
Hotel Holiday Inn – Sala París**

SEGURO DE ASISTENCIA EN VIAJES

Dr. Hugo Lens

Buenos días continuando con la Jornada, corresponde ahora escuchar a Andrea, quien no necesita mayor presentación, todos saben que su título más importante es el de Presidente de AIDA URUGUAY.

Ella va a tratar el tema de los seguros de asistencia en viaje. Así que le damos ya intervención.

Dra. Andrea Signorino.

Gracias Hugo, los seguros de viaje... yo les puse seguros, pero muchas veces son conocidos como servicios de asistencia en viaje, la idea de mi presentación es razonar sobre su naturaleza, si son seguros o son servicios.

El nombre no hace a la cosa, el hábito no hace al monje. Porque veremos que son un popurrí de seguros y de coberturas. Son una cantidad de coberturas que se brindan a través de ellos.

Simplemente les voy a presentar lo que he estudiado del tema para que ustedes hagan sus propias conclusiones.

Entonces los seguros de asistencia en viaje, ¿son seguros o servicios? Siguiendo con este razonamiento digo hay una diferencia de forma, o es una diferencia de fondo.

Yo tomé un voucher de las condiciones generales del servicio de asistencia, que muchas veces son brindados por compañías de seguros y otras no. Muchas aseguradoras han incluido condiciones de sus pólizas dentro de este tipo de servicio. A través de las tarjetas de crédito nos mandan estas condiciones que en este caso no son de compañías de seguros. Este es un ejemplo.

Dice el documento sobre las condiciones del servicio: ***“rige la prestación del servicio de asistencia al viajero que brinda la prestadora durante los viajes que realice su titular con el alcance que se define en este texto y hasta los límites y con las características que se informan en el cuadro de prestaciones del voucher”***. Entonces yo razoné al leer esto: me pregunto si son condiciones generales, si es una póliza, es un documento con todas las condiciones generales y particulares.

Se deja expresa constancia y así lo acepta el titular, que la prestación que se otorga no constituye un seguro médico ni de cualquier otro tipo ni una extensión de un seguro de vida o de medicina prepaga.

Yo leía esto y decía hay como una apertura de paraguas. Puede parecer un seguro pero no lo es, te juro que no lo es.

“Sin perjuicio de lo mencionado en el párrafo anterior la prestadora podrá contratar para incorporar a sus productos, una póliza de accidentes personales para sus clientes”. O sea que además dice que no es un seguro, pero puede tener adicionado un seguro de accidentes personales que puede, en ese caso, ser brindado por una aseguradora. Y yo busco en ese caso la aseguradora de la que me guardo el nombre. Pero la aseguradora no aparece. Bueno, no me importa.

Después dice: ***“se deja expresa constancia que los servicios y prestaciones aquí comprendidos poseen un límite de gastos en concepto de asistencia médica establecido por cada producto, por todo concepto”***. O sea que te brindo un

servicio de asistencia, me concentro en el servicio propiamente dicho, pero tiene un límite de gastos. La prestadora le va a pagar a la red de proveedores los gastos. No es la prestadora la que me va a dar la asistencia, sino que lo va a hacer a través de una red de prestadores que le dan los servicios. Un contrato de arrendamiento de servicios y limita los gastos. Yo me preguntaba si es una suma asegurada máxima.

“Estas condiciones generales.... se consideran aceptadas por el titular a partir de la contratación y efectivo pago de los servicios”. Hay una contraprestación del contratante que es el pago de un precio que tiene la modalidad de una prima única. Un precio único.

Definiciones. El baucher (que es lo único que traigo) tiene una cantidad de definiciones, es el instrumento de contratación de servicios al viajero que determina el producto, determina las condiciones del contrato...y las condiciones. Es una póliza. Tiene las condiciones del servicio.

Después tiene un procedimiento para realizar las gestiones, no es así nomás que yo tengo una lesión o un accidente, sino que tengo que hacer algunas cosas si me ocurre ¿Qué? Un siniestro. Los servicios tienen que ser solicitados a la prestadora por teléfono, autorizarlos por la misma, dar el apellido, el nombre, el lugar donde se encuentra, el motivo del reclamo. Y yo digo ¿esto no se parece a una denuncia de siniestro? Tengo que denunciar, esperar el móvil, pero lo mismo si tengo un hurto, este procedimiento es igual.

Hay diferentes coberturas, indemnizatorias, de siniestros, y coberturas de reintegro de gastos. ***“La prestadora procederá al reintegro de los gastos ante las diferentes situaciones, siempre dentro de los límites establecidos por cada tipo de gasto y cumplimiento de las presentes condiciones generales”.*** Cuando exista comunicación a la central operativa, contra la presentación de las facturas originales de una cantidad de cosas, internaciones, medicamentos, facturas de farmacia, etc. etc., aparte hay un reintegro de gastos, no te doy directamente la asistencia sino que te pago los gastos, como si fuera un adicional de gastos médicos de una póliza de seguros de vida, hay un adicional clásico que es el de gastos médicos, hasta cierto límite del monto asegurado.

“Las obligaciones asumidas por la prestadora solo regirán por accidentes y o enfermedades repentinas y agudas contraídas con posterioridad a la fecha de vigencia del baucher o del inicio del viaje. Quedan expresamente excluidas las enfermedades congénitas, preexistentes conocidas o no, por el titular, las enfermedades en curso, aun cuando las mismas aparezcan por primera vez durante el viaje. En estos casos la prestadora solo reconocerá si a su juicio correspondiese, la primera atención por la que se determine la preexistencia”

Yo decía que hay una cláusula de enfermedades preexistentes. Pero es más exigente que una cláusula de enfermedades preexistentes de un seguro de vida. Si miro el proyecto de ley de seguros, que sigue en el Parlamento y espero no ser vieja para verlo sancionado. Este proyecto tiene un artículo sobre enfermedades preexistentes que es bastante inédito a nivel mundial, porque no está en ninguna ley Latinoamericana. Los colombianos dicen, pero para qué quiero una ley si tengo una cláusula de reticencia. Si yo no te digo que tengo una enfermedad es una reticencia y el contrato es nulo. Pero hay matices, pero les digo que en nuestro proyecto de ley, hay un artículo sobre enfermedades preexistentes en seguros de vida que es fruto de la evolución jurisprudencial. Antes se ponía todo lo que leímos antes, conocidas, o no conocidas... directa o indirecta con el siniestro... yo las vi, la Superintendencia me observó que eran abusivas, eso cuando yo trabajaba en una empresa de seguros y yo les dije bueno, pongamos una cláusula de incontestabilidad que pasados dos o tres años, el asegurador no puede interponer la cláusula de enfermedad preexistente. Hoy nuestro proyecto de ley lo trae aplicado a la reticencia. Entonces, producto de todos esos rezongos y observaciones, nace este artículo que dice; *“está prohibido pactar cláusulas que excluyan las enfermedades preexistentes en forma genérica. No pudiendo considerar como preexistentes un sin número de enfermedades no especificadas ni declaradas al momento de la celebración del seguro. En todo caso deberá demostrarse que la enfermedad está vinculada a la producción del siniestro, correspondiendo al asegurador la carga de la prueba, existiendo una causalidad directa entre la enfermedad diagnosticada y el siniestro sufrido”*. Hoy si sale esta ley, la enfermedad preexistente tiene que ser conocida por el asegurado,

porque tiene que ser declarada en la declaración de salud y diagnosticada. Esto supone que la conozco. Y además tiene que tener una vinculación con el siniestro. Si comparamos con el voucher, que dice a juicio exclusivo de la prestadora, no, tendrá que demostrarlo. Conocida, tampoco, es abusiva.

Volviendo a lo que les decía, es una cláusula de enfermedad preexistente pero es más fuerte, es más exigente, no pasó por la Superintendencia.

Asistencia médica por enfermedad o accidente, porque tiene varias coberturas, los servicios de asistencia médica prestados comprenden exclusivamente el tratamiento de urgencia del cuadro agudo que impida la continuación del viaje e incluyen consultas médicas, que las prestadoras podrán coordinar visitas médicas, atención por especialistas, exámenes médicos complementarios, terapias de recuperación física...en fin, en este servicio la prestadora coordina, lo hace a través de una red de proveedores, y otorga una prestación o, ¿paga gastos? Lo que hace es pagar gastos a los proveedores. No lo hace en forma directa.

Medicamentos, se hará cargo de los gastos de medicamentos hasta el límite que corresponda. Odontología, se hará cargo hasta el límite máximo por viaje. Internaciones dentro de los límites de gastos. Y además tiene que tener vinculación con el siniestro. Decía, es más fuerte entonces esa cláusula.

Asistencia médica por enfermedad o accidente, los servicios comprenden solamente el tratamiento de urgencia del cuadro agudo que impida la continuación del viaje, que incluye visitas medicas, atención por especialistas, etc. En este servicio la prestadora coordina, da el servicio en forma indirecta y me preguntaba si otorga una prestación o paga gastos. Porque en definitiva lo que hace es pagar gastos, no da una prestación directa.

Acá empieza, medicamentos, se hará cargo de los gastos, lo cual es clarísimo. Se hará cargo de los gastos de medicamentos, odontología, se hará cargo de los gastos hasta el límite máximo por viaje, internaciones dentro de los limites de gastos... es un pago de gastos con limites por el tipo de gasto de que se trate, y después aparecen los limites de gastos por enfermedad y por todos los servicios, tiene un límite máximo por viaje. Si yo diera la prestación no puedo dar límite de gastos. Eso sí pasa en los sistemas de salud. En Estados Unidos los seguros de

salud tienen un límite y después aparecen los problemas, por todos conocidos, que no te atienden porque hasta ahí llegaste, es lo que tienes cubierto.

Entonces ¿es suma asegurada o pago de gastos? No son acumulativos y son por evento. Esto me suena conocido.

Ahora vemos los otros: traslados sanitarios, repatriaciones, acompañamiento de menores, viaje de regreso por enfermedades del titular, pago de hotel por convalecencia, gastos por comunicaciones, cancelaciones de viajes, localización de equipaje, compensación por pérdida de equipaje, compensación por demora de equipaje, daños en el equipaje, por adelantamiento del viaje, garantía de gastos de cancelación, traducción de documentos, alquiler de notebook o similares. Esto me lleva a pensar nuevamente si no son adicionales a los seguros, o si son seguros de daños. Hay algunos que son claramente daños.

Anticipo de fondos para fianzas, en el caso de accidentes de tránsito cuando uno es responsabilizado y tiene que poner una fianza para salir y asistente legal para defenderlo en juicio. ¿Esto no es responsabilidad civil? Me pregunto.

Entonces visto esto, que es el estudio del contrato, yo decía qué naturaleza tienen todos estos servicios. Y me encuentro con este concepto cuando fui a dictar un curso en Costa Rica, ellos tienen un dictamen jurídico muy interesante para todos los seguros de asistencia, todos los servicios que son adicionales. Ahí es sumamente interesante porque tienen una normativa que consagra el concepto de contrato realidad, que además ese dictamen hace un enfoque interesante para llegar a la conclusión de si es un seguro o un servicio.

Es un concepto jurídico que se maneja, que dice que independientemente al nombre que le den a un contrato las partes, en aplicación del principio de la realidad de las formas jurídicas debe analizarse la prestación a la realidad y no a la forma. Si se asumen riesgos, hay que tener un respaldo como lo tienen las aseguradoras, si se asumen riesgos asegurables se plantea la necesidad de que sean controlados por los poderes públicos. Si se comprometen a prestaciones futuras e inciertas, se deben dar garantías para el consumidor. Que las prestadoras puedan cumplir con lo prometido.

Entonces para establecer esta realidad hay que evaluar la ejecución del negocio. El contrato de seguros tiene en cuenta que se vela por el consumidor en un marco muy importante donde es tutelado en un contrato de adhesión. Tiene condiciones generales al que el consumidor adhiere. Tenemos que ver, porque ese consumidor tiene algunas tutelas especiales, como el control estatal, el asesoramiento de un intermediario. También tiene otras exigencias para el que brinda el seguro.

Por esas razones hay que analizar el contrato de seguros y estas prestaciones, y ver semejanzas o diferencias.

Analizar el contrato de asistencia, según la doctora Baraon Ardaz, el contrato es un seguro peculiar pues las prestaciones de asistencia. (en nuestro país tenemos la circular número uno de la Superintendencia que define la prestación que consiste en renta, capital o una póliza saldada) pero es una definición normativa. No tiene que desviarnos de nuestro análisis.

¿Es verdad que prestan asistencia? Para mí cubren gastos.

Si analizamos el contrato, ¿es lícito, determinado, el contratante busca recibir asistencia de una empresa aunque sea distinta? Que me den la prestación, se busca una obtención de lucro, el riesgo es una prestación sujeta a un evento futuro, el que el contratante requiera la asistencia es un evento futuro e incierto, como en el seguro, que pague una suma por la prestación prometida.

En caso de ocurrencia el prestador tiene varias obligaciones, prestaciones de servicio directas o indirectas, indemnizaciones, reintegro de gastos. Es una obligación compleja.

¿Reúne las características de un contrato de seguro? Hay que ver si es aleatorio, de ejecución continuada, de adhesión... caracteres jurídicos del contrato. Aleatorio es, también es de buena fe, oneroso también es, tiene un pago de prima y una prestación, sinalagmático, es un contrato bilateral con contraprestaciones de las partes, se obligan recíprocamente. Es de adhesión, es continuado durante el viaje.

Entonces analizar el contrato de seguros que según Joaquín Garrigues es un contrato sustantivo y oneroso, por el cual el asegurador asume el riesgo de que ocurra un acontecimiento incierto, al menos en cuanto al tiempo, obligándose a

realizar una indemnización pecuniaria. Yo le puse un signo de interrogación, cuando el riesgo se haya convertido en siniestro, a cambio de una prima, y con el objeto causa de interés asegurable. Todos entendemos qué es un riesgo asegurable y qué es un interés asegurable,

Ahora que tenemos las características vamos a compararlos.

Existe pago de prima en los dos, hay pago de una suma que es la prima y una eventual prestación, esa es la contraprestación, existe prestación de la empresa que puede ser directa o indirecta, pero la obligación sigue siendo de la empresa prestataria, por más que atienda otro, la obligación es de la empresa.

Hay coberturas diversas de personas y de daños que responden a principios técnicos de seguros. Utilizan la técnica actuarial y tienen similitudes con algunos tipos de seguros, como los seguros médicos y de gastos médicos. Yo les traje el dictamen que les mencioné para recalcar este tema de los elementos técnicos y clínicos.

Dicen ellos: *en conclusión la actividad realizada por las empresas de asistencia es similar a la desplegadas por las empresas aseguradoras por lo que constituye una actividad propia del mercado asegurador, en la medida que cumple con los requisitos para ser una actividad de seguros, por cuanto en ella encontramos estas características: 1) el correcto sistema de asistencia descansa en la compensación y neutralización de los riesgos mediante la distribución de la carga económica entre un número significativo de personas sometidas a los mismos riesgos, principios técnicos del seguro. Como consecuencia estas empresas administran una fuerte masa de capital constituida por los aportes percibidos por cada contrato celebrado. (mutualidad, distribución de riesgos) las empresas de asistencia utilizan tarifas cuyo cálculo obedece a postulados de la teoría matemática, la del riesgo basadas en estadísticas, en muchos casos estas tarifas están determinadas por Actuarios, como consecuencia que las mismas se obtengan en forma muy semejante a las empresas aseguradoras. La asegurabilidad dependerá de un juicio basado en la maximización de la actividad colectiva, cobertura mutua listica, basado en el cálculo de tales*

eventos dañosos o no. Esto se refiere a la distribución entre la mutualidad de asegurados y los cálculos técnicos y actuariales que lo fundamenta”.

“El riesgo se complica cuando en algunos casos la prima no se consolida por el asegurado al no necesitar la asistencia durante el viaje. Pareciera que le hubiera resultado gravoso el negocio, pero no es así, porque pagó por obtener seguridad y confianza que de haberlo necesitado hubiera sido asistido. Por otra parte el costo total de los servicios que necesite el asegurado será muy superior a lo que pagó como prima, en este caso la pérdida parece del lado del asegurador, pero precisamente en eso se basa la técnica actuarial y el funcionamiento del seguro como institución, pues la entidad aseguradora compensará esa posible pérdida sufrida con cargo a los contratos de seguro de otros asegurados que no llegaron a consumir su prima” (la famosa distribución de los riesgos) y después dicen: *“adicionalmente el contrato de asistencia suele tener gastos por hospitalización y cirugía, los cuales son estipulaciones comunes a las pólizas de seguros de viajes o gastos médicos, pues el objeto del seguro es cubrir los gastos como consecuencia de una enfermedad, como lo cubre un contrato de asistencia, los beneficios ofrecidos en ambos contratos generalmente son hospitalización, bajo este beneficio se indemnizan los posibles gastos de internación médica, incluyendo habitación, alimentos, etc., quirúrgicos, bajo este beneficio se indemnizan los posibles gastos de diferentes intervenciones quirúrgicas”* (todos conocemos la internación en el exterior que dan las aseguradoras)

En ambos se establecen una serie de exclusiones, debido a que la pérdida sea como consecuencia de un hecho eventual o imprevisto, (que es la característica principal de un seguro, es decir, ser aleatorio)

Me pareció muy claro.

Conclusiones: la realidad en Uruguay es que los llamados seguros de salud, porque ustedes saben que la normativa a nivel de seguros del Ministerio de Salud Pública, habla de seguros privados de salud. En realidad no son seguros porque no están sometidos al control de la Superintendencia. Parece que viera hoy a quien fuera nuestra Superintendente durante ocho años, Ana Acosta Hilara, nuestra

primer Superintendente, hablamos sobre los seguros que quedan por fuera del contralor, he escrito de seguros de salud, de sepelio (que en Argentina lo venden las aseguradoras), evidentemente son seguros y que acá no se fundan las empresas de sepelios, porque nos quedamos sin servicio. Pagamos años la previsual y no son controladas, los seguros de salud son iguales. Se administra el fondo mutual de asegurados y le da la seguridad al asegurado de que es controlado por la Superintendencia, presentando las reservas, los balances trimestrales y anuales, cumpliendo con todo, con el tema del lavado de dinero... esas son las garantías que da un asegurador para el consumidor. Y Acosta Hilara me dijo no, yo no quiero los seguros de salud, se van de acá, eso que lo controle el Ministerio de Salud Pública y quedaron afuera del circuito.

La normativa del Ministerio habla de seguros, la realidad es que si uno es socio de las prestadoras privadas de salud, uno llena una declaración de salud y recibe una póliza con reticencia, con cláusulas de exclusión, y te aceptan o no, funcionan como seguros.

El contrato de asistencia también.

Es un tema legislativo que la Circular 1 haya dicho que los seguros de personas son los que dan como prestación renta o capital, o sea plata.

Con eso lograron que quede afuera todo lo que no sea prestación pecuniaria, servicios, salud, porque son prestaciones. Esto solo es en nuestro país.

Entonces el seguro cubre asistencia, para mí pagan gastos, entrarían en la Circular 1, y entrarían en el circuito. Son servicios de asistencia, pero todo lo demás, todas son indemnizaciones, reintegros, pagos de daños, de pérdidas.

La realidad comercial, volviendo al concepto ¿es de seguro? Deben ser considerados seguros, porque entonces deben tener reserva de mercado por la cual los seguros donde se emite la póliza, deben ser aseguradoras del país, porque gozan de la confianza de la técnica aseguradora y tienen el control estatal y respaldo de la actividad en el mundo.

Esto habría que verlo un poco más, yo en su momento dije que los seguros de salud no podían contratarse fuera del país, y después maduré y pensé que si fueron sacados del sistema, entonces no son regidos por las leyes que regulan a las

aseguradoras, no tendrían reserva de mercado y podrían ser vendidos desde el exterior (no los seguros de vida)

Aclaremos que los servicios de asistencia se venden desde acá. Son distintos.

Quería dejarlos reflexionando respecto a la naturaleza de estos servicios, porque es un tema que está en el debate internacional, obviamente hay muchos intereses pero nosotros somos libres para expresarnos y plantear los temas desde el punto de vista académico. Así que los dejo reflexionando y les dejo también una foto y gracias, es el momento de preguntar.

Aplausos.

Dr. Hugo Lens, el tema creo es apasionante y da para conversar, este es el momento para lo que deseen plantear así como también sobre los temas que hemos tratado hoy.

- El tema de seguro de viajero lo que se entiende sobre la preexistencia, conozcas o no el problema, esté en tu ficha médica o no, si es algo anterior no lo cubre. Esa es la opinión, si te vas de viaje no te vas a poner a discutir si es preexistente o no, tienes que solucionarlo. Las compañías, hechas las consultas de que un cólico nefrítico o hepático, puede ser preexistente no se les informa a los asegurados.

Dra. Signorino; Jorge es muy particular, es un corredor que es casi abogado, porque yo reivindico la profesión de los corredores y me encanta cuando estudian y son gente preparada como Jorge. Me estás hablando de estos contratos de asistencia, no de las compañías de seguros, ah, bueno, porque me asusté.

En los contratos de asistencia es un enlatado, no le puedo hacer una declaración de salud al que se va por quince días, me la juego que no le va a pasar nada, por un viaje corto no lo pido, por eso ponen esas preexistencias conocidas o no, y de repente algo que no sé que tengo me explota en el viaje. No sé hasta qué punto se puede establecer, de la forma en que está redactado sí, me quedan grandes dudas de que eso no sea abusivo. Mis alumnos me decían del tema de los deportes

riesgosos, yo tuve el caso de un señor, que fue e hizo un deporte riesgoso que estaba acostumbrado, que para él no lo era, porque no hay una definición, tiene exclusiones porque responde a la técnica aseguradora, si fueran solo de asistencia, no me ponen la preexistencia, por más que me digan baucher, yo les digo póliza, por más que me digan límite de gastos, yo les digo suma asegurada. El tema de las enfermedades preexistentes, creo que si uno va a juicio, lo gana. Me quedan más dudas respecto al deporte riesgoso. No se pueden poner todos los deportes... falta el asesoramiento, faltan todas las garantías que tiene un contrato. Hoy hablamos de las nuevas tecnologías y eso me preocupa. No sé si es mejor o peor, si voy con esa cláusula a la luz de un contrato de seguros eso es abusivo. No reviste la menor duda. Sin cobertura de enfermedades preexistentes funciona el sistema de asistencia... eso está complicado. Facilismo de la contratación versus consentimiento, etc. para perfeccionar el contrato y que el consumidor esté informado. Porque si me voy a hacer ala delta en Río, que fue lo que hizo este hombre, yo soy un consumidor, no leo todo y me voy e iba a hacer ala delta que incluso estaba puesto. Si es un seguro tendría que regirse por las mismas normas. No sé si te contesté Jorge, tendría que contratar un mes antes para leerlo bien.

- Buenos días, compartiendo que hay cláusulas abusivas para el consumidor, pregunto si cambia la perspectiva si el consumidor tuvo sobre la mesa dos opciones, una que no cubría y otra que cubría las enfermedades preexistentes y eligió, esa opción por tema de costo, entonces si tuvo esa opción, siempre llevamos la de perder las aseguradoras porque fue una opción del asegurado que eligió por un tema de costos.

Dra. Signorino. A ver yo conozco las coberturas y la aseguradora que la da.

- Yo comparto que se trata de un seguro y que de acuerdo a lo que cubro es lo que cobro, en esa línea.

Dra. Signorino. si yo le doy opciones al consumidor, con cláusula razonable le doy opción con o sin, es perfectamente ofertable, está bien porque es lo mismo que un seguro con carencia, es una forma de abaratar. Estoy de acuerdo, el consumidor tiene opciones, no tengo problema. El problema es cuando se omite informar de una enfermedad, eso es reticencia y está establecido en nuestro Código. Lo que pasa es que vamos a la justicia y todo cambia, ahora estamos hablando con quienes están familiarizados con estos temas, pero la justicia no tiene porqué saber esto. Cuando se pasa a la justicia la cosa puede cambiar.

Dr. Lens. Con respecto a esta pregunta no hay problema, cuando opta entre dos pólizas, es perfectamente válido. Si no, entramos en el tema de la abusividad.

- Me refiero a los seguros que se venden por teléfono. Esta conversación será grabada... y yo no celebro contrato por teléfono, encima de alguien que me llama y ni siquiera habla como yo, entonces me preocupa porque veo como abogada que tengo los elementos para negarme. Hasta qué punto esos contratos que se celebran telefónicamente, tienen después valor y en qué se ampara la gente si el servicio no se le presta o es llevada a juicio. Cómo el juez me va a fallar a favor o en contra si no sabe de qué estoy hablando. Me parece que hay una desprotección importante que no se ha podido combatir. Si estamos viendo todos estos fenómenos nuestro sistema no va a tener peso. Tú hiciste muy bien la caracterización de este servicio, estamos frente a algo que tiene apariencia de seguro, que se contrata como un seguro pero se le cambió el nombre para que quedara por fuera del sistema. Muchos puntos a tener en cuenta.

Dr. Lens. Esto está relacionado con el tema de la solemnidad, en nuestro derecho el contrato de seguros es un contrato solemne, que requiere la póliza escrita, desde el punto de vista jurídico es muy concreto, lo que pasa es que hay una permisibilidad en este tipo de ofertas que luego se concretan en un seguro, que después se emite la póliza, estaríamos en una responsabilidad precontractual

porque el seguro no está perfeccionado que hoy día requiere la póliza escrita. Lo que dices es una realidad lamentable.

Dra. Signorino. Es un tema que da para otra charla, el perfeccionamiento, nuestra realidad se basa en nuestro Código de Comercio de 1885. Es de dinosaurios, no hay ningún ordenamiento de seguros, creo, que el contrato sea solemne, todos son consensuales. Por lo que hablamos esta mañana, por eso tenemos que evolucionar y tener una ley de seguros, que diga que el contrato es consensual, ahora no lo es. La realidad es que las partes se ponen de acuerdo y se inician las consecuencias del seguro, hay una discordancia. La nueva ley va a decir que se pueden hacer estos seguros porque es consensual, le puedo decir entre a la web, haga un clic y va a tener validez jurídica. Tuve en un curso en Paraguay y ellos tienen una legislación sobre documento electrónico y contratación electrónica, la misma validez jurídica que un papel, todo lo que suceda en la web, es lo mismo hacer un seguro en una oficina de una empresa que hacerlo en una oficina virtual. La misma validez. Lo importante es que quede claro con quien contrata. Nuestra ley va a exigir que se le den las condiciones generales, la ley francesa, los papelitos no los eliminamos.

Si me graban y me queda claro lo que contrato, no hay problema, pero si me dan un servicio, no me pueden dar las condiciones. Hay que evolucionar, pero nuestra realidad es que la vida sigue y hay que adaptarnos. Hoy contrato un seguro y la póliza me llega un mes después. Hay que sacar la ley de seguros.

Dr. Lens: yo recuerdo un juicio millonario en que una compañía argentina había comprado un frigorífico en Uruguay e inmediatamente antes de hacer la solicitud de seguro, se incendió de forma estrepitosa pero no había ninguna posibilidad de lograr un nexo entre el hecho doloso para hacer caer el seguro. El caso llegó a la Corte de Justicia que aplicó la solemnidad y entendió que se habían trasladado los riesgos a la aseguradora sin haber póliza escrita. Obviamente, es un caso que tenía una cantidad de connotaciones que hubo que poner lo de la solemnidad, pero eso marcó un precedente, está vigente es aplicable y es el derecho hoy.

Dra. Signorino: creo que tenemos que adaptarnos, lo mismo que la ley de intermediación, los uruguayos somos reticentes al cambio. La ley es buena para el consumidor y parece que será de orden público. Bueno, si no hay otras preguntas, vamos a vernos esta tarde a partir de las quince treinta horas. Hasta luego.