DICTAMEN: LAS FALSEDADES Y RETICENCIAS EN EL CONTRATO DE SEGURO

I. INTRODUCCIÓN

La Superintendencia de la Actividad Aseguradora en aras de fortalecer la continua formación para el crecimiento, capacitación y actualización del sector asegurador, procede a dictaminar sobre las falsedades y reticencias de mala fe en el contrato de seguros. En ese sentido, para tales fines se realizará un análisis sobre: *i*) el contrato de seguro; *ii*) diferencia entre las falsedades y las reticencias; *iii*) consecuencias de las falsedades y reticencias.

II. EL CONTRATO DE SEGURO

En primer lugar, debemos indicar que, en la legislación venezolana tanto la definición como las características de este contrato se encuentran en las Normas que Regulan los Contratos de Seguro y de Medicina Prepagada[1], específicamente en sus artículos 6 y 7, en los que se establece lo siguiente:

Definición

> **Artículo 6.** Aquel en virtud del cual una empresa de seguros, a cambio de una prima, asume las consecuencias de riesgos ajenos que no se produzcan por acontecimientos que dependan enteramente de la voluntad del tomador, asegurado o beneficiario, comprometiéndose a indemnizar, dentro de los límites pactados, el daño producido al asegurado o a pagar un capital, una renta u otras prestaciones convenidas, todo subordinado a la ocurrencia del evento cubierto por la póliza.
>
> Las disposiciones del contrato de seguro se aplicarán a los convenios mediante los cuales una persona, a cambio de una contraprestación, se obliga a prestar un servicio o pagar una cantidad de dinero en caso de que ocurra un acontecimiento futuro e incierto, y que no dependa exclusivamente de la voluntad de la persona contratante o beneficiaria.

Características del contrato

> **Artículo 7.** El contrato de seguro es consensual, bilateral, oneroso, aleatorio, de buena fe y de ejecución sucesiva.

En segundo lugar, resulta necesario mencionar que dadas sus características el contrato de seguros también se sustenta en una serie de principios fundamentales que rigen su naturaleza y funcionamiento, importantes de conocer en virtud que son

[1] Providencia Administrativa n° SAA-01-0506-2024 de fecha 29 de agosto de 2024, publicada en Gaceta Oficial N° 6.835 de fecha 03 de septiembre de 2024.

los que garantizan la equidad, la transparencia y la seguridad jurídica en las relaciones entre el asegurador y el asegurado, dentro de los cuales encontramos:

1. LA BUENA FE

Así tenemos que, conforme al principio de buena fe **(*Uberrima bona fidei*)**, durante la fase precontractual la responsabilidad de revelar todos los hechos relevantes, recaen en primer término sobre el tomador o asegurado. Esto significa que debe proporcionar toda la información que posea y sea relevante respecto al riesgo que desea asegurar- no solo aquella que considere importante-, y debe ofrecerla voluntariamente, según le sea requerida. Como ejemplo: aquella solicitada en la declaración de salud.

Un "hecho relevante" sería aquel que influenciaría a la empresa de seguro prudente en la aceptación del riesgo o en la tarifa que cobraría por este riesgo.

2. NO ACTUA DE MALA FE QUIEN NO CONTESTA LO QUE NO SE LE PREGUNTA

También, debemos señalar que la responsabilidad recae sobre la empresa de seguros cuando no pregunta sobre posibles circunstancias o no realiza los exámenes médicos precontractuales para excluir determinadas patologías[2] o la empresa de seguros no realiza la inspección inicial necesaria para excluir determinadas piezas si se trata de un seguro de casco de vehículos.

Asimismo, esta responsabilidad puede recaer sobre quien negocia la contratación de la póliza, sea agente o corredor, quien debe colocar en detalle todo lo que permita valorar el riesgo, caso contrario esto se considerará como incumplimiento del tomador o contratante y haría anulable la póliza.

La máxima buena fe debe existir durante la negociación del contrato, continuar hasta el momento que caduca o se vence y, muy importante, durante la notificación

---

[2] Sentencias Nros. 2009-1228, 2010-1016 de la Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo, de fechas 13 de julio de 2009 y 21 de julio de 2010 / Criterios Jurisprudenciales en la Actividad Aseguradora, Tomo I, P: 394, 583. ***"…esta Corte, al analizar diversas legislaciones dejó asentado lo siguiente: 'Estos mismos criterios han sido analizados en otras legislaciones, así la doctrina española ha señalado que el tomador tiene la obligación de declarar las enfermedades y demás antecedentes médicos que tenga cuando se le pregunte por ellos. Es decir, si no se le pregunta al respecto, no tiene que responder, no actúa de mala fe quien no contesta lo que no se le pregunta. La compañía aseguradora tiene derecho a pedir al asegurado que se someta a un examen médico para comprobar su estado de salud y así poder decidir si le asegura o no, y en el primer caso la prima que le corresponda; ahora bien, si desiste de requerirle para que se someta a ese reconocimiento para ahorrarse costes, es su problema, no del asegurado, porque implícitamente está aceptando que el goza de buena salud…"***.

de un siniestro para hacer efectiva la cobertura de la póliza y consecuentemente recibir la indemnización correspondiente.

En los casos de seguros de incendio y robo, existe la condición que el tomador o asegurado señale de manera expresa, que, durante su vigencia, notifique a la empresa de seguro de cualquier cambio que aumente el riesgo y para el cual podría requerirse una prima adicional. Rige en la renovación y si el tomador o asegurado paga la prima de renovación sin declarar un cambio material que incremente el riesgo estaría incumpliendo sus obligaciones.

El efecto de omitir información hace que la empresa de seguros tenga la opción de anular la póliza. Ésta entonces evaluará si está dispuesta a continuar con el seguro al mismo costo, incrementarlo o, si la falta es tan grave, que proceda a anular la póliza.

III. DIFERENCIA ENTRE LAS FALSEDADES Y LAS RETICENCIAS

Las falsedades son declaraciones falsas, como su palabra lo indica, o inexactas hechas por el asegurado sobre hechos que influyen en la evaluación del riesgo o en el análisis del siniestro por parte de la aseguradora, dependiendo del momento en el que se encuentre el contrato de seguros. Por ejemplo, mentir sobre la edad, el estado de salud o las actividades que realiza o ha estado realizando el asegurado.

Las reticencias consisten en ocultar intencionalmente información relevante que el tomador o asegurado conoce y que, de ser revelada, podría influir en la decisión de la aseguradora de asumir el riesgo o en la determinación de la prima.

IV. CONSECUENCIAS DE LAS FALSEDADES Y RETICENCIAS

Es importante mencionar que el contrato de seguro reúne ciertos elementos de validez, dentro de los cuales está el consentimiento, que no es más que tanto la empresa de seguros como el tomador o asegurado manifiestan su voluntad libre y consciente de obligarse contractualmente, debe ser expreso y veraz, sin vicios que lo invaliden, es decir, sin error, dolo ni violencia.

Si se demuestra en instancia jurisdiccional que el asegurado ha incurrido en falsedades o reticencias de mala fe, la empresa de seguros o medicina prepagada puede: ***i)*** negarse a pagar la indemnización de un siniestro presentado o alegando que el asegurado no cumplió con su obligación de declarar la verdad; ***ii)*** rescindir o resolver el contrato de seguro o de medicina prepagada, aplicando la terminación anticipada y devolviendo al asegurado la prima no consumida, pero sin reconocer, de ser el caso, ninguna indemnización; ***iii)*** reducir la indemnización en proporción al perjuicio causado por la falsedad o reticencia.

La base legal de lo anteriormente expuesto está dispuesta en el Código Civil Venezolano[3], artículos 1.142, 1.146 al 1.153, referidos a que un contrato puede ser anulado por vicios del consentimiento, por error o dolo, dependiendo si lo declarado u omitido se realizó sin o con intención.

En consonancia con lo expuesto, la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, mediante un dictamen[4] señaló que la presencia de dolo, culpa grave, reticencia de mala fe o cualquiera otro vicio, error o situación que afecte indebidamente el libre consentimiento o la eficiencia del contrato, podría implicar para la empresa de seguros, de medicina prepagada o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora, la posibilidad de quedar liberada del pago de la indemnización y de la devolución de la prima[5].

V. CONCLUSIONES

1. La buena fe es un principio fundamental en el contrato de seguro. Al actuar de buena fe, tanto el asegurado como la empresa de seguros contribuyen a la transparencia y a la confianza mutua, lo que es esencial para el buen funcionamiento del mercado asegurador.

2. La responsabilidad de revelar todos los hechos relevantes recae en primer término en el tomador o asegurado, también recae sobre la empresa cuando no pregunta sobre determinadas circunstancias y, también recae sobre el agente o corredor, quien debe colocar en detalle todo lo que permita valorar el riesgo.

3. La máxima buena fe debe existir durante la negociación del contrato, durante su vigencia, en su renovación y durante la notificación de un siniestro.

4. Los vicios del consentimiento, referidos al error o dolo, deben demostrarse en vía jurisdiccional.

5. Transcurridos dos (2) años ininterrumpidos desde la celebración del contrato de seguro de salud, éste será indisputable, salvo aquellos casos de falsedades y reticencias de mala fe[6].

---

[3] Publicado en Gaceta Oficial N° 2.990 Extraordinaria de fecha 26 de julio de 1982.
[4] https://www.sudeaseg.gob.ve/descargas/Publicaciones/dictamenes/2024/DICTAMENCLAUSULADEINDISPUTABILIDAD.pdf
[5] Artículo 25 de las Normas que regulan los Contratos de Seguro y de Medicina Prepagada.
[6] Artículo 124 de las Normas que Regulan los Contratos de Seguro y de Medicina Prepagada.