

De los límites de gasto publicitario

Artículo 19. La Superintendencia de la Actividad Aseguradora podrá establecer los gastos asociados a publicidad mediante acto particular o general.

De la derogatoria

Artículo 20. Se deroga el acto administrativo contenido en la Providencia N° FSAA-9-00731 de fecha 2 de agosto de 2016, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 40.973 de fecha 24 de agosto de 2016, mediante el cual se dictaron las Normas para la Divulgación y Publicidad de la Actividad Aseguradora. Las demás normativas prudenciales y actos administrativos conexos a la actividad aseguradora, que coliden con las presentes normas no serán aplicables.

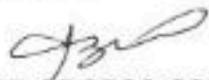
De la publicidad

Artículo 21. Se ordena la publicación de las presentes normas en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, con el fin de coadyuvar con la divulgación de su contenido a todos los interesados y público en general, sin menoscabo de su publicación en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela.

De la vigencia

Artículo 22. Las presentes normas entrarán en vigencia a partir su publicación en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela.

Comuníquese y publíquese


OMAR OROZCO COLMENARES
 Superintendente de la Actividad Aseguradora (E)
 Resolución N° 003-2021 de fecha 18 de enero de 2021, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 42.049 de la misma fecha.

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
MINISTERIO DEL PODER POPULAR DE ECONOMÍA,
FINANZAS Y COMERCIO EXTERIOR
SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD
ASEGURADORA

Caracas, a los veintinueve (29) días del mes de agosto de 2024

AÑOS 214°, 165° y 25°

PROVIDENCIA ADMINISTRATIVA
N° SAA-01-0505-2024

De conformidad con las previsiones normativas contenidas en los artículos 6 numeral 1; 8 numerales 1, 3 y 18 de la Ley de la Actividad Aseguradora, que le atribuyen al Superintendente de la Actividad Aseguradora (E), **OMAR OROZCO COLMENARES**, designado mediante Resolución N° 003 de fecha 18 de enero de 2021, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 42.049 de la misma fecha, la competencia para establecer y dictar sus manuales de normas y procedimientos que regulan la actividad aseguradora.

POR CUANTO

La Ley de la Actividad Aseguradora establece que las tarifas utilizadas por las empresas de seguros o de medicina prepagada deben cumplir con los principios, condiciones, requisitos y lineamientos establecidos en el reglamento de la referida ley y las normas que se dicten al efecto.

POR CUANTO

Es competencia de esta Superintendencia de la Actividad Aseguradora verificar y garantizar que los sujetos regulados cumplan con las disposiciones contenidas en la Ley de la Actividad Aseguradora.

En virtud de lo anterior, acuerda dictar las siguientes:

NORMAS PARA ELABORAR LOS REGLAMENTOS
ACTUARIALES DE LAS TARIFAS APLICABLES EN LOS
CONTRATOS DE SEGUROS Y DE MEDICINA PREPAGADA

Del objeto

Artículo 1. Las presentes normas tienen por objeto establecer los criterios, elementos y parámetros generales para la elaboración de los reglamentos actuariales contentivos de las tarifas aplicables en los contratos de seguros y de medicina prepagada.

Del ámbito de aplicación

Artículo 2. Las presentes normas serán de aplicación obligatoria por parte de las empresas de seguros y de medicina prepagada, en la elaboración de los reglamentos actuariales contentivos de las tarifas aplicables a los contratos que suscriban con sus tomadores o contratantes, según sea el caso.

De los principios técnicos de la tarifa

Artículo 3. Las tarifas aplicables a los contratos de seguros y de medicina prepagada deben garantizar los siguientes principios:

1. **Principio de Equidad:** La prima o cuota debe presentar una correlación positiva con el riesgo amparado, de acuerdo con las condiciones del riesgo. Por tanto, la tarifa debe garantizar el equilibrio financiero entre las primas o cuotas que deben pagar los tomadores o contratantes y el costo de las indemnizaciones, prestaciones o servicios a cargo de los sujetos regulados, según corresponda;
2. **Principio de suficiencia:** La tarifa debe proveer ingresos suficientes para cubrir, al menos, la prima o cuota de riesgo y los gastos de gestión inherentes a las operaciones del sujeto regulado, esto es, los costos de intermediación y administración, así como la utilidad esperada.

De la fuente de información para elaborar la tarifa

Artículo 4. Las empresas de seguros y de medicina prepagada deben elaborar sus tarifas aplicables con base en estadísticas pertenecientes al sujeto regulado que la elabora.

De la información estadística

Artículo 5. La información estadística utilizada como base técnica en la elaboración de las tarifas debe contar con las características siguientes:

1. **Homogénea:** Los datos estadísticos objeto de estudio deben tener características comunes de tipo cualitativo y cuantitativo;
2. **Representativa:** El tamaño de la muestra debe corresponder a un número de elementos de la población que garantice un nivel de significación razonable y cubra un período adecuado, de manera que queden expresadas apropiadamente y con un bajo nivel de error todas las características que se quieren observar de la población;
3. **Actualizada:** La validez de la información en el tiempo debe reflejar la realidad actual de sucesos que se desean medir;
4. **Verificable:** Los datos son susceptibles de ser comprobados a través de fuentes objetivas.

De la imposibilidad del uso de estadísticas propias

Artículo 6. En aquellas operaciones en las que no sea posible contar con información estadística que cumpla con las características señaladas en el párrafo anterior, las empresas de seguros y de medicina prepagada podrán fundamentar sus tarifas en información estadística del mercado nacional de la actividad aseguradora, así como también en información estadística de cualquier institución u organismo reconocido, público o privado, que publique datos específicos del riesgo objeto de la tarifa.

Del uso de tarifas aprobadas con carácter general y uniforme

Artículo 7. En el caso del uso de tarifas contenidas en regulaciones con carácter general y uniforme derogadas, como base para la elaboración de nuevas tarifas a aplicar en los contratos de seguros o de medicina prepagada, los sujetos regulados deben realizar las adecuaciones y actualizaciones pertinentes, en los casos que lo ameriten, conjuntamente con la remisión de la respectiva justificación técnica para dicho uso.

De las otras fuentes de información

Artículo 8. Los sujetos regulados podrán emplear como bases técnicas, en la elaboración de sus reglamentos actuariales, además de los insumos señalados en el artículo precedente, cualquiera de las siguientes fuentes de información:

1. Experiencias estadísticas de mercados de seguros o de medicina prepagada internacionales;
2. Estadística internacional relativa al riesgo que se asegura, emitida por instituciones reconocidas y de acceso público, siempre que no esté disponible en los mercados nacionales de seguros o de medicina prepagada;
3. El respaldo de reaseguradores inscritos en el registro que a tales efectos lleva la Superintendencia de la Actividad Aseguradora;
4. El respaldo de proveedores de insumos o servicios; o
5. Estudios comparativos de tarifas de empresas nacionales dedicadas a la actividad aseguradora.

De las tarifas respaldadas por contratos de reaseguro

Artículo 9. En los supuestos de tarifas respaldadas por contratos de reaseguro, el sujeto regulado debe consignar copia de los contratos de reaseguro suscritos vigentes, donde se indique expresamente la duración del respaldo, incluyendo cualquier anexo relacionado con el mismo, en especial los contentivos de las coberturas y tarifas, todo ello suscrito entre las partes.

En este caso, debe señalarse de forma explícita, si las primas o cuotas propuestas por el reasegurador son de riesgo o comerciales.

De las notas de cobertura o cartas de respaldo

Artículo 10. Los sujetos regulados podrán soportar la elaboración de las tarifas aplicables con notas de cobertura de la sociedad de corretaje de reaseguros o del reasegurador, o con carta de este último respaldando la cobertura, las cuales deben contener, como mínimo: identificación del reasegurador; identificación de la empresa de seguros o de medicina prepagada; indicación del ramo; coberturas; tarifa propuesta; duración y porcentaje del respaldo; firma del representante y sello de la sociedad de corretaje de reaseguros o del reasegurador. La tarifa debe señalar de forma explícita, si las primas o cuotas propuestas son de riesgo o comerciales

De las tarifas respaldadas por proveedores de insumos o servicios

Artículo 11. En aquellas coberturas en que el sujeto regulado pretenda cumplir sus compromisos a través de un proveedor de insumos o servicios, debe remitirse el respectivo contrato suscrito por las partes, cuyo período que falte por transcurrir, al momento de la solicitud, no sea menor de tres (3) meses. El contrato debe incluir su duración, la descripción de las coberturas, el ramo en el que se aplica y las tarifas correspondientes, así como cualquier anexo relacionado con el mismo.

De los estudios comparativos de tarifas o de mercados

Artículo 12. En el supuesto de estudios comparativos de tarifas, deben seleccionarse al menos tres (3) tarifas de productos equivalentes o similares al propuesto, incluyendo un estudio comparativo de las coberturas, exclusiones, exoneraciones y demás restricciones que justifiquen la selección.

De los criterios generales para la elaboración de los reglamentos actuariales

Artículo 13. Los reglamentos actuariales contentivos de las tarifas aplicables a los contratos de seguros y de medicina prepagada, deben cumplir con los siguientes criterios generales:

1. Presentar de manera clara la información, supuestos, fórmulas, procedimientos y métodos utilizados, de forma tal que pueda evaluarse su validez;
2. Los procedimientos y métodos empleados en la determinación de la tarifa deben basarse en modelos reconocidos de la práctica actuarial;
3. Ajustarse a la notación actuarial reconocida internacionalmente. En caso de requerirse terminología o notación matemática, estadística, financiera o cualquier otra, debe ser explícitamente definida. En el supuesto de que el actuario establezca sus propios símbolos, debe definir el significado de los mismos, de manera que no quede sujeto a interpretaciones que puedan conducir a error, confusión o indefinición;
4. Los parámetros, símbolos y conceptos utilizados deben estar íntegramente especificados. Los que correspondan a valores estimados deben estar expresados en términos algebraicos, con independencia de que se incluya una explicación conceptual de estos;
5. Las hipótesis, supuestos o teorías planteadas deben basarse en criterios prudenciales, técnicamente justificados, que describan o expliquen, con un grado razonable de confiabilidad, las condiciones o sucesos no confirmados;
6. Debe existir congruencia entre lo establecido en los condicionados del producto y el reglamento actuarial correspondiente.

De la estructura de los reglamentos actuariales

Artículo 14. Los reglamentos actuariales elaborados para la determinación de las tarifas aplicables a los contratos de seguros y de medicina prepagada deben contener, como mínimo, los elementos y parámetros establecidos en la estructura detallada en las presentes normas.

De las características del producto

Artículo 15. Los reglamentos actuariales deben establecer las características técnicas del producto a ser comercializado, presentando los siguientes aspectos:

1. Denominación del sujeto regulado;
2. Identificación del reglamento actuarial;
3. Identificación del producto:
 - 3.1. Nombre de la póliza, contrato o anexo;
 - 3.2. Nombre comercial, si lo hubiere, asignado a la póliza, contrato o anexo;
 - 3.3. Ramo al cual pertenece;
 - 3.4. Si se refiere a un anexo, nombre de la póliza o contrato al cual se pretende adherir.
4. Modalidad de comercialización:
 - 4.1. Indicar si el producto se comercializará bajo la modalidad individual, colectiva o flota, según sea el caso;

- 4.2. Indicar los canales de comercialización del producto: de forma directa, mediante intermediarios de la actividad aseguradora o a través de canales alternativos;
- 4.3. Indicar si el producto se refiere a un Microseguro, Seguro Inclusivo, Seguro Masivo, Microplan, Plan Inclusivo o Plan Masivo de Medicina Prepagada;
5. Moneda del contrato: indicar la moneda o monedas de comercialización del seguro.

De la descripción de las coberturas

Artículo 16. Los reglamentos actuariales deben detallar las coberturas previstas en el condicionado de cada producto, básicas y opcionales, así como los bienes, personas o intereses a los cuales va dirigido; la indemnización que se otorgará en caso de siniestro; así como cualquier otra característica relevante del riesgo amparado; todo en concordancia con lo indicado en las condiciones generales y particulares del correspondiente contrato.

De las bases técnicas de la tarifa

Artículo 17. Los reglamentos actuariales deben indicar los insumos fundamentales utilizados para el cálculo de la tarifa, como se describe a continuación:

1. Descripción y fuente de la información estadística y datos utilizados para determinar los valores de frecuencia, severidad, montos promedios o de cualquier otro parámetro necesario para fundamentar técnicamente las tarifas resultantes;
2. Cualquier aspecto relevante sobre la modificación, depuración y transformación que se haya realizado a los datos utilizados;
3. En caso de imposibilidad de emplear estadísticas propias, descripción de la información estadística del mercado nacional de la actividad aseguradora, de cualquier institución u organismo reconocido, público o privado, o de cualesquiera otras fuentes de información utilizadas para la elaboración de la tarifa, según lo dispuesto en los artículos 6, 7 y 8 de las presentes normas;
4. Estimación futura de la siniestralidad, utilizando el método que el sujeto regulado considere conveniente, si aplica, empleando para ello modelos estándares de la práctica actuarial. Tales proyecciones deben basarse en hipótesis razonables y, de ser el caso, considerando información oficial;
5. Tasa de interés técnico utilizada para el cálculo de la prima o cuota neta, pura o de riesgo, si fuere el caso;
6. Las hipótesis, supuestos o teorías planteadas que se hayan tenido en cuenta para el cálculo de la tarifa, sin perjuicio de que puedan incluirse en cualquier otro lugar de la estructura del reglamento actuarial, si fuere conveniente.

De los procedimientos y fundamentos para el cálculo de la prima o cuota de riesgo

Artículo 18. En los reglamentos actuariales deben presentarse los supuestos, fórmulas, parámetros, procedimientos y métodos para el cálculo de la prima o cuota neta, pura o de riesgo, correspondiente a los riesgos amparados por los contratos de seguros o de medicina prepagada, señalando como mínimo, según corresponda:

1. Fórmula o procedimiento utilizado para el cálculo;
2. Fundamentos teóricos aplicados;
3. Valor y metodología de cálculo de los parámetros que formen parte de las fórmulas o procedimientos utilizados para la obtención de la prima o cuota neta, pura o de riesgo;
4. Fórmulas de cálculo o valores de los deducibles o copagos que apliquen, así como la forma en que estos se reflejarán en el cálculo de la prima o cuota neta, pura o de riesgo;
5. Desarrollo preciso del procedimiento utilizado para el cálculo de los recargos y descuentos sobre la prima o cuota neta, pura o de riesgo, si los hubiere, así como la justificación de su aplicación;
6. Para aquellas coberturas que incluyan los riesgos catastróficos a que se refiere la Ley de la Actividad Aseguradora, deben especificarse las primas o cuotas netas, puras o de riesgo correspondientes a estos.

De los procedimientos y fundamentos para el cálculo de la prima o cuota comercial

Artículo 19. En los reglamentos actuariales deben indicarse los procedimientos, fórmulas y parámetros, con los que se calculará la prima o cuota comercial o de tarifa, correspondiente a los riesgos amparados por los contratos de seguros o de medicina prepagada, señalando como mínimo, según corresponda:

1. Fórmula o procedimiento utilizado para el cálculo;
2. Márgenes razonables de recargos comerciales:
 - 2.1. Comisión: Porcentaje fijo sobre la prima o cuota comercial o de tarifa, de conformidad con el Arancel de Comisiones aprobado al sujeto regulado, por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora;
 - 2.2. Gastos de administración: Porcentaje fijo sobre la prima o cuota comercial o de tarifa, basado en los gastos administrativos del sujeto regulado en el ramo de que se trate, cuya determinación debe estar justificada. La Superintendencia de la Actividad Aseguradora podrá fijar criterios para el establecimiento de este recargo;

- 2.3. Margen de utilidad: Porcentaje fijo sobre la prima o cuota comercial o de tarifa que no excederá de quince por ciento (15%), excepto para el ramo de salud que no podrá ser mayor a cinco por ciento (5%). No obstante, la Superintendencia de la Actividad Aseguradora podrá fijar criterios para el establecimiento de este recargo.
3. Desarrollo preciso del procedimiento utilizado para el cálculo de los descuentos o recargos sobre la prima o cuota comercial o de tarifa, si los hubiere, así como la justificación de su aplicación;
4. Para aquellas coberturas que incluyan los riesgos catastróficos a que se refiere la Ley de la Actividad Aseguradora, deben especificarse las primas o cuotas comerciales o de tarifa correspondientes a tales riesgos.

De las tablas de primas o cuotas

Artículo 20. Deben incluirse las tablas de las primas o cuotas netas, puras o de riesgo y las tablas de las primas o cuotas comerciales o de tarifa, o si es el caso, las tablas de tasas de riesgo y comerciales, para cada cobertura, básicas y opcionales, discriminadas por plan o combinación de suma asegurada y deducible, así como por modalidad individual o colectiva, si es el caso.

Del fraccionamiento de las primas o cuotas

Artículo 21. Si el contrato de seguros o de medicina prepagada prevé el fraccionamiento de la prima o cuota comercial o de tarifa, debe detallarse en el reglamento actuarial la fórmula o procedimiento utilizado para su determinación.

De las tarifas para los seguros de vida

Artículo 22. En el caso de los seguros de vida, las tarifas se sustentarán en cálculos actuariales basados en las tablas de mortalidad o de supervivencia de rentistas y las tasas de interés técnico, necesarias para el cálculo de las primas de riesgo, así como de las reservas matemáticas.

De los reglamentos actuariales para los seguros de vida

Artículo 23. Los reglamentos actuariales para los seguros de vida deben considerar, además de lo establecido en los artículos precedentes, si corresponde, los criterios, hipótesis, parámetros, procedimientos y métodos especificados para estos seguros, conforme a las presentes normas.

De las tablas de mortalidad o de supervivencia de rentistas

Artículo 24. Para la determinación de las tarifas en los seguros de vida, deben emplearse tablas actualizadas de mortalidad o de supervivencia de rentistas, que se adapten en lo posible a la experiencia de los asegurados en la República Bolivariana de Venezuela.

De las tablas de mortalidad de los seguros colectivos de vida

Artículo 25. En el cálculo de las tarifas de los seguros colectivos de vida, deben emplearse tablas de mortalidad de grupos, reconocidas en la práctica actuarial.

De la tasa de interés técnico

Artículo 26. La tasa de interés técnico, debe fijarse con un criterio conservador, tomando en cuenta un tipo de interés posible de lograr en un periodo de tiempo equivalente a la vigencia del seguro, considerando las tasas de interés pasivas publicadas por el Banco Central de Venezuela, para seguros en moneda nacional. La Superintendencia de la Actividad Aseguradora podrá establecer criterios particulares para la determinación de esta tasa.

En todo caso, el valor de la tasa de interés técnico utilizado, debe justificarse conforme a los principios reconocidos en la práctica actuarial para estos efectos.

De las reservas matemáticas

Artículo 27. Los reglamentos actuariales para los seguros de vida deben indicar las fórmulas de la reserva pura terminal, fraccionada y de balance, teniendo en cuenta que si para la determinación de cualquiera de éstas se emplea la reserva modificada, deberá calcularse conforme a lo indicado en estas normas para este tipo de reserva.

El cómputo de las reservas de los seguros temporales, saldados, prorrogados, rentas contingentes o ciertas y otros valores de opción, se debe efectuar con base en la fórmula de la reserva pura.

En las pólizas de seguros que incluyan beneficios adicionales, debe indicarse el método de cálculo de las respectivas reservas de primas.

De las reservas modificadas

Artículo 28. Los reglamentos actuariales para los seguros de vida deben indicar las fórmulas de las reservas modificadas, si estuviesen previstas, las cuales podrán calcularse por el método que se estime conveniente, siempre que resulte igual o mayor a la que se obtendría al disminuir la reserva pura en una cantidad decreciente con la vigencia de la póliza. Esta cantidad podrá ser, para el final del primer año, como máximo, igual a la reserva pura de primer año de un seguro ordinario de vida para la misma edad, sin exceder del valor de la reserva pura del respectivo plan.

En los años sucesivos de renovación, dicha cantidad disminuirá en la misma proporción en que lo hace el valor de una renta contingente sobre una vida de edad de un (1) año superior a la del asegurado, a la fecha de emisión de su seguro, por el período restante de pago de primas.

De los valores de rescate

Artículo 29. En los reglamentos actuariales para los seguros de vida deben detallarse las fórmulas de los valores de rescate, cuyo cálculo podrá hacerse por el método que se estime conveniente, siempre que los valores de rescate que resulten, sean iguales o mayores al exceso, si lo hubiere, de las reservas puras sobre el valor actual de una renta contingente anticipada por un monto igual, como máximo, a la suma de un porcentaje de la prima pura nivelada del contrato más siete por mil (7 x 1.000) del monto asegurado, dividido entre una renta contingente anticipada para la edad de emisión y con período igual al de pago de primas. Esta cantidad irá disminuyendo con la vigencia de la póliza hasta extinguirse con la expiración del término de pago de primas.

Para definir el porcentaje antes citado, se elegirá el menor valor entre la unidad y el que resulte de dividir el período de pago de primas entre veinte (20).

En caso de capitales o primas variables, se deberá tomar el monto medio actuarial equivalente o la prima nivelada actuarial equivalente, sin que esta última supere a la prima pura del primer año.

En los planes de seguro de vida en caso de muerte, a prima única, los valores de rescate no podrán ser inferiores a las reservas puras.

En los planes de seguro de vida en caso de supervivencia, se concederán valores de rescate sólo durante el período anterior al pago de la renta o del capital total. Cuando estos planes sean tomados a prima única, los valores de rescate no podrán ser inferiores a las reservas puras.

De los seguros saldados y prorrogados

Artículo 30. Los reglamentos actuariales para los seguros de vida deben indicar las fórmulas de los seguros saldados, prorrogados y de cualquier otra opción anticipada o al vencimiento.

De los ejemplos numéricos

Artículo 31. Para cada una de las fórmulas descritas en el procedimiento de cálculo de la tarifa para los seguros de vida, los respectivos reglamentos actuariales deben presentar ejemplos numéricos a las edades de veinte (20), cuarenta (40) y sesenta (60) años. De igual forma, deben incluir la demostración de la suficiencia de la prima para los ejemplos numéricos contemplados.

Cuando en la demostración se reduzca la mortalidad por condiciones de reaseguro, debe remitirse carta del reasegurador que la respalde.

De los otros aspectos técnicos o financieros

Artículo 32. En los reglamentos actuariales contentivos de las tarifas aplicables tanto para los seguros de vida y seguros generales, como para los planes de medicina prepagada, debe incluirse en la estructura, en la ubicación conveniente, cualquier otro concepto, procedimiento, variable o parámetro de carácter técnico o financiero, que a juicio del actuario que suscribe el reglamento actuarial, sea necesario en la elaboración de la tarifa.

De la suscripción del actuario

Artículo 33. Los reglamentos actuariales contentivos de las tarifas aplicables a los contratos de seguros y de medicina prepagada deben ser suscritos por un actuario, residente en el país e inscrito en el registro que al efecto lleva la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, y deben contener la firma del mismo, en original.

Los reglamentos actuariales podrán ser suscritos mediante la firma digital del actuario, debidamente registrada en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

De la base de datos

Artículo 34. Las empresas de seguros y de medicina prepagada deben remitir a la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, conjuntamente con los reglamentos actuariales, las bases de datos estadísticas depuradas, en medios magnéticos o digitales, de la información estadística utilizada para la elaboración de la tarifa, así como de los cálculos efectuados en la ejecución de los procedimientos necesarios para el cálculo de la misma, cuya estructura permita verificar los valores, variables y parámetros obtenidos en la aplicación de la metodología actuarial descrita en el reglamento.

De la solicitud de aprobación

Artículo 35. Toda solicitud de aprobación de un nuevo producto o sus modificaciones en cuanto al riesgo amparado o cualquier otra que implique variaciones en la tarifa, deben estar acompañadas de su respectivo reglamento actuarial.

De la obligación de conservar la documentación

Artículo 36. Las empresas de seguros y de medicina prepagada deben mantener a disposición de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, en forma impresa y digital, las tarifas y sus respectivos reglamentos actuariales, conjuntamente con las bases de datos y los archivos magnéticos y digitales que soporten el cálculo de las mismas, así como las condiciones generales, condiciones particulares, anexos y demás documentos que formen parte de los contratos, con sus correspondientes oficios de aprobación.

De la derogatoria

Artículo 37. Se deroga el acto administrativo contenido en la Providencia N° PSAA-DL-2-0035 de fecha 31 de enero de 2018, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 41.501 de fecha 11 de octubre de 2018, mediante el cual se dictaron las Normas para Elaborar los Reglamentos Actuariales de las Tarifas Aplicables en los Contratos de Seguros y de Servicios de Medicina Prepagada. Las demás normativas prudenciales y actos administrativos conexos a la actividad aseguradora, que coliden con las presentes normas no serán aplicables.

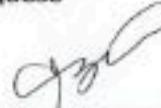
De la publicidad

Artículo 38. Se ordena la publicación de las presentes normas en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, con el fin de coadyuvar con la divulgación de su contenido a todos los interesados y público en general, sin menoscabo de su publicación en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela.

De la vigencia

Artículo 39. Las presentes normas entrarán en vigencia a partir su publicación en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela.

Comuníquese y publíquese



OMAR OROZCO COLMENARES
Superintendente de la Actividad Aseguradora (E)
 Resolución N° 003-2021 de fecha 18 de enero de 2021, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 42.049 de la misma fecha.

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
MINISTERIO DEL PODER POPULAR DE ECONOMÍA,
FINANZAS Y COMERCIO EXTERIOR
SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD
ASEGURADORA

Caracas, a los veintinueve (29) días del mes de agosto de 2024

AÑOS 214°, 165° y 25°

PROVIDENCIA ADMINISTRATIVA
N° SAA-01-0506-2024

De conformidad con las previsiones normativas contenidas en los artículos 6 numeral 1; 8 numerales 1, 3 y 18 de la Ley de la Actividad Aseguradora, que le atribuyen al Superintendente de la Actividad Aseguradora (E), **OMAR OROZCO COLMENARES**, designado mediante Resolución N° 003 de fecha 18 de enero de 2021, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 42.049 de la misma fecha, la competencia para establecer y dictar sus manuales de normas y procedimientos que regulan la actividad aseguradora.

En consecuencia, acuerda dictar las siguientes:

NORMAS QUE REGULAN LOS CONTRATOS DE SEGURO Y DE MEDICINA PREPAGADA

SECCIÓN I**Disposiciones fundamentales****Del objeto**

Artículo 1. Las presentes normas tienen por objeto regular, en sus distintas modalidades, los contratos de seguro y de medicina prepagada.

Estas normas se aplicarán en forma supletoria a contratos de seguro regidos por leyes especiales.

Del carácter irrenunciable de los derechos

Artículo 2. Los derechos de los tomadores, asegurados, beneficiarios, contratantes, usuarios y afiliados son irrenunciables. Será nula toda acción, acuerdo o estipulación que implique su renuncia, disminución o menoscabo.

En caso de duda se aplicarán las cláusulas contractuales que sean más beneficiosas para el tomador, asegurado, beneficiario, contratante, usuario y afiliado.

Del carácter mercantil

Artículo 3. Los contratos a los que se refieren estas normas, cualquiera sea su modalidad, se considerarán mercantiles cuando sean suscritos entre comerciantes. Si el tomador, asegurado, beneficiario, contratante, usuario o afiliado no es comerciante sólo tendrá carácter mercantil para la otra parte.

De los principios de interpretación

Artículo 4. Cuando sea necesario interpretar los contratos a los que se refieren estas normas, se utilizarán los principios siguientes:

1. Se presumirá que los contratos han sido celebrados de buena fe, quien alegue lo contrario deberá probarlo;
2. Las relaciones derivadas de los contratos se rigen por estas normas y por las disposiciones que convengan las partes a falta de disposición expresa o cuando estas normas o la ley así lo permitan. En caso de duda, se aplicará la analogía; cuando no sea posible aplicarla, el intérprete recurrirá a la costumbre, a los usos y a la práctica generalmente observada en el mercado asegurador venezolano. Solo se acudirá a las normas de derecho civil cuando no exista disposición expresa en la normativa que regula la actividad aseguradora o en la costumbre mercantil;
3. Los hechos de las partes contratantes, anteriores, coetáneos y subsiguientes a la celebración del contrato, que tengan relación con lo que se discute, serán la mejor explicación de la intención de las partes al tiempo de celebrarse la convención;
4. Cuando una cláusula sea ambigua u oscura se interpretará a favor del tomador, asegurado, beneficiario, contratante, usuario o afiliado;
5. Las cláusulas relativas a la caducidad de derechos del tomador, asegurado, beneficiario, contratante, usuario o afiliado deben ser de interpretación restrictiva, a menos que la interpretación extensiva los beneficie.

De la nulidad de las cláusulas abusivas

Artículo 5. Los contratos a los que se refieren estas normas se redactarán en forma clara y precisa. Las cláusulas que contengan las coberturas, exclusiones y exoneraciones de responsabilidad se destacarán de modo especial para facilitar su identificación.

Serán nulas las cláusulas abusivas o lesivas de los derechos de los tomadores, asegurados, beneficiarios, contratantes, usuarios o afiliados.

SECCIÓN II**Del contrato de seguro****TÍTULO I****De las disposiciones generales****De la definición del contrato de seguro**

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.

De las características del contrato

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

Del objeto del contrato

Artículo 8. El contrato de seguro puede cubrir toda clase de riesgos si existe interés asegurable, salvo prohibición expresa.

De la causa del contrato

Artículo 9. Todo interés legítimo en la no materialización de un riesgo que sea susceptible de valoración económica puede ser causa de un contrato de seguro.

Pueden asegurarse las personas y los bienes de lícito comercio, en cuya conservación tenga el asegurado un interés económico legítimo.

De las partes del contrato

Artículo 10. Son partes del contrato de seguro:

1. La empresa de seguros, quien asume los riesgos;
2. El tomador, persona que traslada los riesgos;
3. El asegurado, persona que en sí misma, en sus bienes o en sus intereses económicos está expuesta al riesgo;
4. El beneficiario, aquel en cuyo favor se ha establecido la indemnización que pagará la empresa de seguros.

El tomador, asegurado o beneficiario pueden ser o no la misma persona.

De los documentos del contrato

Artículo 11. Forman parte del contrato de seguro: la solicitud de seguro; el documento de cobertura provisional, si lo hubiere; las Condiciones Generales; las Condiciones Particulares; el Cuadro Recibo, Cuadro Póliza, recibo de prima; los anexos que se emitan para complementar o modificar la póliza; y los demás documentos que, por su naturaleza, formen parte del contrato.

TÍTULO II**De la contratación del seguro****De la solicitud y la proposición de seguro**

Artículo 12. La proposición de seguro obliga a la empresa de seguros a mantenerla durante un plazo de diez (10) días continuos contados a partir de su emisión, siempre y cuando el reasegurador, si lo hubiere, mantenga las condiciones y no se hayan modificado las características del riesgo, ni se haya evidenciado reticencia o declaraciones falsas del tomador o propuesto asegurado.

El requerimiento de la empresa de seguros de que el propuesto asegurado se realice un examen médico no implica aceptación.

Por acuerdo expreso de las partes, los efectos del seguro podrán retrotraerse al momento en que se presentó la solicitud o se formuló la proposición.

La solicitud de seguro debe contener, al menos:

1. Datos de identificación del tomador, propuesto asegurado y beneficiario;
2. Cuestionario elaborado por la empresa de seguros para la evaluación del riesgo;
3. En el caso de los seguros de daños, debe incluirse descripción detallada y ubicación de los bienes o intereses que se pretendan asegurar;
4. Detalle de las coberturas que se pretenden contratar, distinguiendo las básicas de las opcionales. Las coberturas opcionales siempre deben contar con una leyenda en la que se indique que no son de obligatoria suscripción por el tomador o propuesto asegurado;
5. Las declaraciones de fe que correspondan;
6. Firmas y huellas dactilares del tomador y propuesto asegurado.

De la modificación y rehabilitación

Artículo 13. Las solicitudes de modificación y rehabilitación del contrato deben ser solicitadas a través de cualquier mecanismo acordado por las partes.

Se consideran aceptadas las solicitudes efectuadas por el tomador o asegurado, si la empresa de seguros no la rechaza dentro de los diez (10) días hábiles de haberla recibido. Este plazo será de veinte (20) días hábiles cuando la modificación o rehabilitación, conforme a las condiciones del contrato, hagan necesario un reconocimiento médico. El requerimiento de la empresa de seguros que se realicen exámenes médicos no implica la aceptación a que se refiere este artículo.

La modificación de la suma asegurada o del deducible requerirá siempre aceptación expresa de la otra parte. En caso contrario, se presumirá aceptada por la empresa de seguros con la emisión del recibo de prima en el que se modifique la suma asegurada o el deducible y, por el tomador o asegurado, con el pago de la diferencia de prima correspondiente, si la hubiere. Si la modificación propuesta por la empresa de seguros es efectiva a partir de la renovación del contrato, debe ser comunicada al tomador con un plazo no menor a un (1) mes de anticipación a la conclusión del período de seguro en curso. En caso de desacuerdo del tomador, si la empresa de seguros decide mantener o renovar el contrato, deberá hacerlo bajo las mismas condiciones de suma asegurada y deducible vigentes al momento de la propuesta de modificación.

Las modificaciones se harán constar mediante anexos, debidamente firmados por un representante de la empresa de seguros y el tomador, los cuales prevalecerán sobre las Condiciones Particulares y éstas sobre las Condiciones Generales de la póliza.

De la modificación del contrato por las autoridades

Artículo 14. Si durante la vigencia del contrato fueren modificadas, por disposición de las autoridades competentes, algunas de sus cláusulas, el contrato continuará bajo las nuevas condiciones. No obstante, si en virtud de las modificaciones el tomador debe pagar un eventual aumento de prima por el período a transcurrir, tendrá derecho a decidir si paga el incremento de prima o continúa con el contrato en los términos originalmente pactados hasta la finalización de la duración en curso.

TÍTULO III**Del seguro por cuenta propia, de otro o de quien corresponda****De los contratos por cuenta propia o de otro**

Artículo 15. El tomador puede celebrar el contrato por cuenta propia; por cuenta de otro, con o sin designación del beneficiario; y aun por cuenta de quien corresponda. El tomador deberá cumplir las obligaciones derivadas del contrato, salvo aquellas que, por su propia naturaleza, deban ser cumplidas por el asegurado o beneficiario; sin embargo, la empresa de seguros no podrá rechazar el cumplimiento por parte del asegurado o beneficiario de las obligaciones que correspondan al tomador.

A falta de estipulación en contrario, el contrato se entenderá celebrado por cuenta propia.

Los derechos que se derivan del contrato corresponderán al asegurado o beneficiario, según lo que se determine en el mismo.

De las excepciones

Artículo 16. La empresa de seguros podrá oponer al asegurado o beneficiario las excepciones que tenga contra el tomador concernientes al contrato; sin embargo, no podrá compensar los créditos que tenga contra el tomador con la indemnización que deba al asegurado o beneficiario, salvo que se trate de la prima por pagar del respectivo contrato.

Para el reembolso de las primas pagadas a la empresa de seguros y de los gastos del contrato, el tomador tiene privilegio sobre las sumas debidas por aquélla en el mismo grado que el mandatario por los créditos por gastos de conservación.

TÍTULO IV**De la celebración y prueba del contrato de seguro****Del perfeccionamiento y prueba**

Artículo 17. El contrato de seguro y sus modificaciones se perfeccionan con el simple consentimiento de las partes.

La empresa de seguros está obligada a suministrar al tomador, en el momento de la celebración del contrato y a petición de parte, la póliza o el documento de cobertura provisional, con su Cuadro Recibo o Cuadro Póliza. Cualquiera de estos documentos es prueba de la existencia del contrato de seguro.

En el supuesto en que la empresa de seguros haya entregado el documento de cobertura provisional, debe proporcionar la póliza al tomador dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes.

Los documentos señalados en este artículo podrán ser suministrados a través de los mecanismos acordados por las partes, dejando constancia que la empresa de seguros ha cumplido con la obligación.

Los documentos señalados en este artículo podrán ser suministrados a través de los mecanismos acordados por las partes, dejando constancia que la empresa de seguros ha cumplido con la obligación.

Los terceros interesados en demostrar la existencia de un contrato de seguro, pueden acudir a todos los medios de prueba idóneos previstos en la ley, de acuerdo con la naturaleza del contrato.

Artículo 18. En los casos en que la empresa de seguros no entregue la póliza o sus anexos al tomador o asegurado, se tendrán como condiciones acordadas aquellas contenidas en los modelos de póliza que se encuentren aprobados por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora para el mismo ramo, cobertura y modalidad del contrato, según la prima que se haya pagado.

Si hubiese varias pólizas de esa empresa de seguros a las que esa prima sea aplicable, se entenderá que el contrato corresponde a la que sea más favorable para el asegurado o beneficiario.

De la póliza

Artículo 19. La póliza es el documento escrito donde constan las condiciones del contrato y debe contener, como mínimo:

1. Razón social, Registro único de Información Fiscal (R.I.F.), datos de la oficina de Registro Mercantil y dirección de la sede principal de la empresa de seguros, identificación de la persona que actúa en su nombre, el carácter con el que actúa y los datos del documento donde consta su representación;
2. Identificación completa del tomador y el carácter con el cual contrata, así como del asegurado y beneficiario, en el supuesto de que sean distintos;
3. La duración del contrato, con indicación de la fecha en que se extienda, la hora y día de su iniciación y vencimiento, o el modo de determinarlos;
4. Señalamiento de los riesgos asumidos;
5. Las sumas aseguradas y deducibles, si los hubiere, por coberturas contratadas, básicas y opcionales, o el modo de precisarlos, discriminados por persona, bien o interés asegurado, o el alcance de la cobertura;
6. Las primas y su especificación por coberturas contratadas, básicas y opcionales, o el modo de calcularlas, discriminadas por persona, bien o interés asegurado; así como la forma, frecuencia y lugar de su pago;
7. Identificación completa del intermediario de la actividad aseguradora, en caso de que intervenga en el contrato;
8. Las Condiciones Generales y Particulares que acuerden las partes del contrato;
9. Las firmas del representante de la empresa de seguros y del tomador o asegurado.

De las condiciones del contrato de seguro

Artículo 20. A los efectos de estas normas, se entiende por Condiciones Generales aquellas que establecen el conjunto de principios que prevé la empresa de seguros para regular todos los contratos de seguro que emita en el mismo ramo o modalidad.

Son Condiciones Particulares, aquellas que contemplan los aspectos concretamente relativos a los riesgos que se aseguran.

Las estipulaciones que modifiquen las condiciones previamente pactadas por las partes deberán constar mediante anexos que formarán parte del contrato de seguro.

De la obligación de firmar los anexos

Artículo 21. Los anexos de las pólizas que modifiquen sus condiciones para su validez deben estar firmados por la empresa de seguros y el tomador o asegurado, indicando claramente la póliza a la que pertenecen. En caso de discrepancia prevalecerá lo señalado en los anexos firmados por las partes.

Del carácter y cesión de la póliza

Artículo 22. La póliza puede ser nominativa, a la orden o al portador. La cesión de la póliza no produce efecto contra la empresa de seguros sin su autorización. La cesión de la póliza a la orden puede hacerse por simple endoso.

La empresa de seguros podrá oponer al cesionario o endosatario las excepciones que tenga contra el tomador, asegurado o beneficiario.

TÍTULO V

De las obligaciones de las partes

De las obligaciones del tomador, asegurado o beneficiario

Artículo 23. El tomador, asegurado o beneficiario, según el caso, debe:

1. Llenar la solicitud de seguro, declarando con exactitud y sinceridad todas las circunstancias necesarias para identificar el interés, bienes o personas aseguradas y apreciar la extensión de los riesgos, en los términos indicados en estas normas;
2. Pagar la prima en la forma, lugar y tiempo convenidos;
3. Emplear el cuidado de un diligente padre de familia para prevenir el siniestro o para aminorar sus consecuencias;

4. Tomar las medidas necesarias para salvar o recobrar los bienes asegurados o para conservar sus restos;
5. Hacer saber a la empresa de seguros, en el plazo establecido en estas normas, después de la recepción de la noticia, el advenimiento de cualquier incidente que afecte su responsabilidad, expresando claramente las causas y circunstancias del suceso ocurrido;
6. Declarar al momento de contratar la póliza y al tiempo de exigir el pago del siniestro, los contratos de seguro que cubren el mismo riesgo;
7. Probar la ocurrencia del siniestro a través de la consignación de la información necesaria solicitada por la empresa de seguros para verificar las circunstancias y consecuencias del mismo;
8. Realizar todas las acciones necesarias para garantizar a la empresa de seguros el ejercicio de su derecho de subrogación, si fuere el caso;
9. Cualquier otra que se establezca en el contrato de seguro.

El contrato debe indicar de forma taxativa las personas obligadas en cada caso.

De las obligaciones de la empresa de seguros

Artículo 24. Son obligaciones de la empresa de seguros:

1. Informar al tomador y asegurado, mediante la entrega de la póliza y demás documentos, la extensión de los riesgos asumidos;
2. Aclarar cualquier duda que el tomador, asegurado o beneficiario le formule;
3. Pagar la suma asegurada o la indemnización en caso de siniestro, o rechazarlo mediante escrito motivado, en el plazo establecido en la Ley que regula la Actividad Aseguradora;
4. Cualquier otra que se establezca en el contrato de seguro.

TÍTULO VI

De las declaraciones

De la solicitud de seguros

Artículo 25. El tomador o propuesto asegurado al llenar la solicitud, debe declarar con exactitud a la empresa de seguros, de acuerdo con el cuestionario y demás requerimientos que le indique, todas las circunstancias por ellos conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.

Forman parte de la solicitud de seguros las declaraciones de origen lícito de los fondos para el pago de la prima y de veracidad de la información suministrada, así como cualquier otra que la empresa de seguros considere necesaria para la suscripción del contrato.

La empresa de seguros debe participar al tomador o asegurado, en el plazo de cinco (5) días hábiles siguientes, que ha tenido conocimiento de un hecho no declarado en la solicitud que pueda influir en la valoración del riesgo, y podrá ajustar o resolver el contrato, mediante comunicación dirigida al tomador o asegurado, según corresponda, en el plazo de un (1) mes, contado a partir del conocimiento de los hechos.

En caso de resolución, ésta se producirá a partir del decimosexto (16º) día continuo siguiente a su notificación, siempre que la parte proporcional de la prima, deducida la comisión pagada al intermediario de la actividad aseguradora, correspondiente al período que falte por transcurrir, se encuentre a disposición del tomador en la caja de la empresa de seguros. Corresponderán a la empresa de seguros las primas relativas al período de seguro transcurrido, hasta el momento en que haga esta notificación. La empresa de seguros no podrá resolver el contrato cuando el hecho que ha sido objeto de reserva o inexactitud ha desaparecido antes del siniestro.

Si el siniestro sobreviene antes que la empresa de seguros haga cualquiera de las notificaciones a que se refiere este artículo o antes de que se haga efectiva la resolución del contrato, la indemnización se reducirá en la misma proporción que existe entre la prima convenida y la que se hubiese establecido de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si el tomador actúa con dolo o culpa grave, la empresa de seguros quedará liberada del pago de la indemnización y de la devolución de la prima.

Cuando el contrato esté referido a varias personas, bienes o intereses y la reserva o inexactitud se contrajese solo a uno o varios de ellos, el contrato subsistirá con todos sus efectos respecto a los restantes si ello fuere técnicamente posible.

El cuestionario utilizado por la empresa de seguros para la valoración del riesgo debe estar redactado en forma clara y concreta, procurando que las preguntas formuladas sean de fácil entendimiento y se circunscriban al riesgo que se pretende amparar.

De las falsedades y reticencias de mala fe

Artículo 26. Las falsedades y reticencias de mala fe por parte del tomador o asegurado realizadas en la solicitud de seguros serán causa de nulidad absoluta del contrato.

Las falsedades y reticencias de mala fe por parte del tomador, asegurado o beneficiario en la reclamación del siniestro serán causa de nulidad absoluta del contrato y exonera del pago de la indemnización a la empresa de seguros.

No hay lugar a la devolución de prima en los supuestos de nulidad del contrato contemplados en este artículo.

TÍTULO VII De la prima

De la definición

Artículo 27. La prima es la contraprestación que, en función del riesgo, debe pagar el tomador a la empresa de seguros en virtud de la celebración del contrato. Salvo pacto en contrario, la prima es pagadera en dinero.

La prima incluye todos los derechos, comisiones, gastos y recargos, con excepción de los impuestos que estén a cargo directo del tomador, asegurado o beneficiario.

La empresa de seguros no podrá cobrar cantidad alguna por otro concepto distinto al monto de la prima estipulado en la póliza.

De la obligación del pago

Artículo 28. El tomador está obligado al pago de la prima en las condiciones establecidas en la póliza.

En los contratos de seguro por cuenta ajena, la empresa de seguros puede reclamar el pago al asegurado o beneficiario cuando el tomador no hubiese pagado la prima en el plazo estipulado para ello.

En los seguros contratados en beneficio de terceros, la empresa de seguros tendrá derecho de compensar la prima con la prestación debida al asegurado o beneficiario.

En los seguros de daños, la empresa de seguros no puede rechazar el pago de la prima por un tercero a menos que exista oposición del asegurado.

De la oportunidad para el pago

Artículo 29. La prima es debida desde la celebración del contrato; sin embargo, será exigible con la entrega de la póliza, del Cuadro Recibo, Cuadro Póliza, recibo de prima o de la nota de cobertura provisional.

Del lugar y medio de pago

Artículo 30. Las primas correspondientes serán pagadas directamente en las oficinas de la empresa de seguros. No obstante, podrán ser pagadas bajo cualquier mecanismo o medio acordado por las partes.

La empresa de seguros podrá cobrar las primas a domicilio y dar aviso de sus vencimientos y, si lo hiciera, no sentará precedente de tal obligación y podrá suspender esta gestión en cualquier momento, previo aviso.

De la consecuencia del no pago

Artículo 31. Si la prima no ha sido pagada en la oportunidad en que es exigible, el riesgo no correrá por cuenta de la empresa de seguros. En este caso, ésta tiene derecho a resolver el contrato de seguro o a exigir el pago de la prima debida con fundamento en la póliza.

Si ocurriese un siniestro en el plazo convenido para el pago de la primera prima, la empresa de seguros pagará la indemnización, siempre que el Tomador pague antes de su vencimiento la prima correspondiente.

Fraccionamiento del pago de la prima

Artículo 32. Si las partes acuerdan fraccionar el pago de la prima, se entiende que este mecanismo constituye una facilidad de pago y no implica modificación de la duración del contrato.

En este caso, si el tomador no pagase alguna fracción dentro del plazo acordado por las partes, el cual no podrá ser inferior a cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de inicio de su vigencia, la empresa de seguros tiene derecho a exigir la fracción de prima debida o resolver el contrato con fundamento en la póliza.

Si ocurriese un siniestro amparado durante el plazo mencionado, sin que se haya pagado la prima, la empresa de seguros procederá de conformidad con las siguientes reglas:

1. Descontar del monto indemnizable la fracción de prima vencida. No obstante, si el monto a pagar es por la totalidad de la suma asegurada, la empresa de seguros podrá deducir las fracciones de primas pendientes para completar la totalidad de la prima de la duración del contrato;
2. Si el monto indemnizable es menor a la fracción de prima vencida, la empresa de seguros pagará la indemnización, siempre que el tomador pague la referida fracción de prima vencida, antes del vencimiento del plazo dispuesto en este artículo.

En caso de resolución por falta de pago de una fracción de prima vencida, ésta tendrá efecto desde la fecha de finalización del periodo cubierto por la última fracción de prima pagada.

Si la empresa de seguros no ejerce su derecho a resolver el contrato de seguro, no podrá negarse a recibir el pago de la prima vencida.

De la duración del seguro

Artículo 33. La duración del seguro será por el período para el cual ha sido calculada la unidad de prima.

En caso de que no se haya especificado y no pueda determinarse de acuerdo con el reglamento actuarial, se presume que la prima cubre el período de un (1) año.

En el supuesto que las partes hayan acordado como facilidad de pago, la modalidad fraccionada, esta no afectará la duración para el cual ha sido calculada la unidad de prima. No obstante, la vigencia se mantendrá con el pago de la prima fraccionada.

Del plazo de gracia

Artículo 34. Si el contrato prevé un plazo de gracia para el pago de la prima de renovación, durante ese período los riesgos serán a cargo de la empresa de seguros.

Ocurrido un siniestro en este plazo, la empresa de seguros pagará la indemnización previa deducción de la prima de renovación correspondiente.

Si el monto del siniestro es menor a la prima de renovación, la empresa de seguros pagará la indemnización, siempre que el tomador pague la prima en el plazo de gracia concedido. En caso de no ser pagada en el referido período, el contrato quedará sin efecto a partir de la fecha de terminación de la duración anterior del contrato.

TÍTULO VIII Del riesgo

De la definición

Artículo 35. El riesgo es la posible ocurrencia por azar de un acontecimiento que no dependa exclusivamente de la voluntad del tomador, asegurado o beneficiario, que ocasione una necesidad económica, y cuya aparición real o existencia se previene y garantiza en la póliza.

Los hechos ciertos, salvo la muerte, y los de ocurrencia imposible, no constituyen riesgos, ni son susceptibles de ser asegurados. Tampoco constituye riesgo la incertidumbre subjetiva respecto a determinado hecho que se haya cumplido o no.

Del comienzo y finalización del riesgo

Artículo 36. A falta de indicación en la póliza, el riesgo comienza a correr por cuenta de la empresa de seguros, a las doce del mediodía (12 m.) de la fecha de inicio del contrato y terminará a la misma hora del último día de duración del contrato.

De la agravación del riesgo

Artículo 37. El tomador, asegurado o beneficiario, durante la vigencia del contrato, debe comunicar a la empresa de seguros todas las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas al momento de la celebración del contrato no lo habría suscrito o lo habría hecho en otras condiciones. Esta notificación debe hacerse dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, contados a partir de la fecha en que sea conocida, salvo que medie una causa extraña no imputable.

Cuando la agravación del riesgo dependa de un acto del tomador, asegurado o beneficiario debe ser notificada a la empresa de seguros al menos cinco (5) días hábiles antes de que se produzca, salvo que medie una causa extraña no imputable.

La empresa de seguros debe indicar en sus pólizas aquellos hechos que, por su naturaleza, constituyan agravaciones de riesgos que deban ser notificados.

Conocido por la empresa de seguros que el riesgo se ha agravado, dispone de un plazo de diez (10) días continuos, contados a partir de la fecha de su conocimiento, para indicar las razones por las cuales resuelve el contrato o propone la modificación del mismo.

Notificada la modificación, el tomador o asegurado debe dar cumplimiento a las condiciones exigidas, en un plazo que no excederá de quince (15) días hábiles. Si el tomador o asegurado no actúa de acuerdo con las indicaciones de la empresa de seguros, se entenderá que el contrato ha sido terminado por aquél a partir del vencimiento del plazo.

En el supuesto de resolución del contrato, ésta se producirá a partir del decimosexto (16º) día continuo siguiente a su notificación, siempre que la parte proporcional de la prima, deducida la comisión pagada al intermediario de la actividad aseguradora, correspondiente al período que falte por transcurrir, se encuentre a disposición del tomador en la caja de la empresa de seguros.

En el caso de que el tomador, asegurado o beneficiario no haya efectuado la declaración y sobreviniere un siniestro, el deber de indemnización de la empresa de seguros se reducirá en la misma proporción que existe entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo, salvo que el tomador, asegurado o beneficiario haya actuado con dolo o culpa grave, en cuyo caso, la empresa de seguros quedará liberada de responsabilidad.

Cuando el contrato se refiera a varios bienes o intereses y el riesgo se hubiese agravado respecto de uno o algunos de ellos, el contrato subsistirá con todos sus efectos respecto de los restantes.

Las disposiciones contenidas en este artículo no aplican a los seguros de personas.

De la agravación del riesgo que no afecta el contrato

Artículo 38. La agravación del riesgo no producirá los efectos previstos en el artículo precedente, cuando:

1. No haya tenido influencia sobre el siniestro ni sobre la extensión de la responsabilidad que incumbe a la empresa de seguros;
2. Haya tenido lugar para proteger los intereses de la empresa de seguros con respecto de la póliza;
3. Se haya realizado para cumplir el deber de socorro que le impone la ley;
4. La empresa de seguros haya tenido conocimiento por otros medios de la agravación del riesgo, y no haya hecho uso de su derecho a resolver en el plazo de diez (10) días continuos;
5. La empresa de seguros haya renunciado expresa o tácitamente al derecho de proponer la modificación del contrato o darlo por terminado unilateralmente por esta causa. Se tendrá por hecha la renuncia a la propuesta de modificación o resolución unilateral si no la lleva a cabo en el plazo señalado en el artículo anterior.

De la disminución del riesgo

Artículo 39. El tomador, asegurado o beneficiario, durante la vigencia del contrato, podrá hacer del conocimiento de la empresa de seguros, todas aquellas circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por ésta en el momento de la celebración del contrato lo habría suscrito en condiciones más favorables para el asegurado.

La empresa de seguros debe devolver, en un plazo de quince (15) días hábiles contados a partir de la notificación, la prima cobrada en exceso por el período que falte por transcurrir, deducida la comisión pagada al intermediario de la actividad aseguradora.

En el caso de que el tomador, asegurado o beneficiario no haya efectuado la declaración de la disminución del riesgo y sobreviniere un siniestro, la empresa de seguros debe indemnizar al asegurado o beneficiario, según las condiciones originalmente pactadas en el contrato.

De la cesación del riesgo

Artículo 40. El contrato quedará sin efecto si el riesgo dejare de existir después de su celebración. No obstante, la empresa de seguros tendrá derecho al pago de las primas mientras la cesación del riesgo no le hubiese sido comunicada o no hubiere llegado a su conocimiento.

La prima correspondiente al período que falte por transcurrir, para el momento en que la empresa de seguros reciba la notificación o tenga conocimiento de la cesación del riesgo, se devolverá íntegramente.

Cuando los efectos del seguro deban comenzar en un momento posterior a la celebración del contrato y el riesgo hubiese cesado en el intervalo, la empresa de seguros tendrá derecho solamente al reembolso de los gastos administrativos ocasionados.

No hay lugar a la devolución de prima por desaparición del riesgo, si éste se debe a la ocurrencia de un siniestro debidamente indemnizado.

TÍTULO IX De los siniestros

De la definición

Artículo 41. El siniestro es la materialización del riesgo que da origen a la obligación de indemnizar por parte de la empresa de seguros.

Si el siniestro ha continuado después de vencido el contrato, la empresa de seguros responde del valor de la indemnización en los términos del contrato.

Si el siniestro se inicia antes de la vigencia del contrato y continúa después de que los riesgos hayan empezado a correr por cuenta de la empresa de seguros, ésta queda relevada de su obligación de indemnizar.

El tomador, asegurado o beneficiario debe probar la ocurrencia del siniestro, el cual se presume cubierto por la póliza; sin embargo, la empresa de seguros puede probar que existen circunstancias que, según el contrato de seguro, la ley o las presentes normas, la exoneran de responsabilidad.

De la definición de indemnización

Artículo 42. Pago que debe efectuar la empresa de seguros en caso de que ocurra un siniestro.

Del aviso y suministro de información

Artículo 43. El tomador, asegurado o beneficiario debe notificar a la empresa de seguros la ocurrencia del siniestro dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes de haber tenido conocimiento del hecho, salvo que se haya fijado en la póliza un plazo mayor.

La empresa de seguros quedará exonerada de toda responsabilidad si el obligado hubiese dejado de hacer la notificación del siniestro en el plazo fijado, a menos que se compruebe que no la realizó por una causa extraña que no le sea imputable.

El tomador, asegurado o beneficiario proporcionará a la empresa de seguros toda la información que le requiera sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro, conforme con lo establecido en la póliza.

De la obligación de aminorar las consecuencias del siniestro

Artículo 44. El tomador, asegurado o beneficiario debe emplear los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del siniestro. El incumplimiento de este deber dará derecho a la empresa de seguros de reducir la indemnización en la proporción correspondiente, teniendo en cuenta la importancia de los daños derivados del mismo y el grado de culpa del tomador, asegurado o beneficiario.

Si el incumplimiento se produjera con la manifiesta intención de perjudicar o engañar a la empresa de seguros, ésta quedará liberada de toda obligación derivada del siniestro.

Los gastos que se originen por el cumplimiento de la citada obligación, siempre que no sean inoportunos o desproporcionados a los bienes salvados, serán por cuenta de la empresa de seguros hasta el límite fijado en el contrato, incluso si tales gastos no han tenido resultados efectivos o positivos. En ausencia de pacto, se indemnizarán los gastos efectivamente originados, sin que esta indemnización, aunada a la del siniestro, pueda exceder de la suma asegurada.

La empresa de seguros que en virtud del contrato sólo deba indemnizar una parte del daño causado por el siniestro, debe reembolsar la parte proporcional de los gastos de salvamento, a menos que el tomador, asegurado o beneficiario haya actuado siguiendo sus instrucciones y haya demostrado que no eran razonables, en cuyo caso, serán a costa de la empresa de seguros.

De la sustitución de indemnización

Artículo 45. Cuando así esté establecido en el contrato de seguro y la naturaleza del interés o bien asegurado lo permita, la empresa de seguros podrá cumplir su obligación, siempre que el asegurado o beneficiario lo consienta previo al pago de la indemnización, prestando un servicio, reparando o entregando un bien que se encuentre en condiciones similares al que tenía el bien asegurado al momento del siniestro.

En el supuesto que la empresa de seguros esté autorizada para cumplir su obligación a través de proveedores, el asegurado podrá escoger libremente el proveedor para satisfacer sus necesidades cubiertas por el contrato, salvo en aquellas coberturas que por su naturaleza deban ser garantizadas exclusivamente por un proveedor específico, previa aprobación de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora

De la exoneración de responsabilidad

Artículo 46. La empresa de seguros no estará obligada al pago de la indemnización por los siniestros ocasionados por dolo del tomador, asegurado o beneficiario.

Igual efecto producirá cuando, para sustentar un siniestro o para procurarse beneficios derivados del contrato, se haga uso de artificios o medios capaces de engañar, inducir al error o sorprender la buena fe de la empresa de seguros.

La empresa de seguros no estará obligada al pago de la indemnización por los siniestros ocasionados por culpa grave del tomador, asegurado o beneficiario, a menos que hayan actuado en cumplimiento de deberes legales de socorro o en tutela de intereses comunes con la empresa de seguros en lo que respecta al contrato de seguro.

Del pago de la indemnización por culpa grave

Artículo 47. La empresa de seguros debe pagar la indemnización cuando el siniestro haya sido ocasionado por culpa grave de las personas de cuyos hechos debe responder el tomador, asegurado o beneficiario, de conformidad con lo previsto en el contrato de seguros.

De la extensión de los riesgos

Artículo 48. La empresa de seguros puede asumir todos, algunos o parte de los riesgos a que esté expuesta la persona, el bien o el interés asegurado, según el tipo de contrato. Si las Condiciones Generales o particulares de la póliza no limitan el seguro a determinados riesgos, la empresa de seguros responderá de todos ellos, salvo disposición contraria de la ley o de estas normas.

De la suma asegurada por daños parciales

Artículo 49. En caso de indemnización por daños parciales, la empresa de seguros queda obligada, durante el período que falte por transcurrir de la duración del contrato, hasta por el total de la suma asegurada, salvo convención en contrario indicada expresamente en la póliza.

Del efecto de las notificaciones al intermediario

Artículo 50. Las comunicaciones relacionadas con la tramitación de siniestros que sean proporcionadas, por cualquier medio, al intermediario de la actividad aseguradora, producen el mismo efecto que si hubiesen sido entregadas a la otra parte, salvo estipulación en contrario indicada expresamente en la póliza.

El intermediario de la actividad aseguradora será administrativa y civilmente responsable en caso de que no haya entregado la notificación a su destinatario en un plazo de tres (3) días hábiles, contados a partir de su recepción.

TÍTULO X

De las nulidades del contrato de seguro

De la nulidad del contrato

Artículo 51. El contrato es nulo si al momento de su celebración el riesgo no existía o ya hubiere ocurrido el siniestro.

La empresa de seguros que no tenga conocimiento de los supuestos señalados en este artículo tiene derecho al reembolso de los gastos administrativos en que hubiere incurrido. Si el tomador o asegurado tenía conocimiento de tales hechos, la empresa tendrá derecho al pago de la totalidad de la prima convenida.

De las cargas no razonables

Artículo 52. Serán nulas las cargas no razonables que se impongan al tomador, asegurado o beneficiario.

TÍTULO XI

De la duración, renovación, caducidad y prescripción

De la duración y renovación

Artículo 53. La duración del contrato será estipulada por las partes. Si el contrato no estipulare duración, se entenderá celebrado por un (1) año.

Salvo pacto en contrario, el contrato se renovará tácitamente una o más veces, incluso por cláusulas convencionales; sin embargo, cada renovación no podrá exceder de un (1) año. Queda entendido que esta no implica un nuevo contrato, sino su continuidad. En este supuesto, las partes pueden negarse a la renovación del contrato mediante una notificación efectuada a la otra parte a través de los mecanismos acordados, con un plazo de un (1) mes de anticipación a la conclusión del período de seguro en curso.

Se consideran aceptadas las solicitudes de renovar el contrato si la empresa de seguros no las rechaza dentro de los cinco (5) días hábiles de haberlas recibidos.

La emisión de un Cuadro Recibo, cuadro de póliza o recibo de prima para un nuevo período y el pago de la prima son prueba de la renovación del contrato.

Las disposiciones contenidas en el presente artículo no son aplicables a los seguros de personas, en cuanto sean incompatibles.

De la terminación anticipada

Artículo 54. La empresa de seguros, el tomador o asegurado podrán, por simple voluntad, dar por terminado el contrato de seguro.

La empresa de seguros podrá dar por terminado el contrato, con efecto a partir del decimosexto (16º) día continuo siguiente a la fecha del acuse de recibo de la notificación que envíe al tomador, siempre y cuando se encuentre en la caja de la empresa de seguros, a disposición de aquél, el importe correspondiente a la parte proporcional de la prima no consumida por el período que falte por transcurrir.

A su vez, el tomador o asegurado podrá dar por terminado el contrato, con efecto a partir del día hábil siguiente al de la recepción de la notificación enviada a la empresa de seguros o de cualquier fecha posterior que en ella se señale. En este caso, dentro de los quince (15) días continuos siguientes, la empresa de seguros debe poner a disposición del tomador la parte proporcional de la prima, deducida la comisión pagada al intermediario de la actividad aseguradora, correspondiente al período que falte por transcurrir.

La terminación anticipada de la póliza se efectuará sin perjuicio del derecho del asegurado o beneficiario a indemnizaciones por siniestros ocurridos con anterioridad a la fecha de terminación anticipada, en cuyo caso no procederá devolución de prima cuando las indemnizaciones sean por la totalidad de la suma asegurada.

La empresa de seguros no podrá dar por terminado anticipadamente, en los términos previstos en este artículo, los contratos de seguros obligatorios y de personas.

De la terminación por revocatoria de autorización

Artículo 55. Revocada la autorización a la empresa de seguros para operar en uno o varios ramos de seguros, se darán por terminados, con efectos inmediatos, los contratos de los ramos de seguros de que se trate, estando obligada al reembolso de la parte proporcional de la prima no consumida por el período que falte por transcurrir. La terminación aquí prevista no es aplicable a los seguros de vida, debiendo la empresa de seguros ceder la cartera.

En los seguros de vida, el asegurado que no se encuentre conforme con la cesión de cartera que haya sido acordada y haya formulado su oposición en el plazo indicado en la notificación de transferencia, tendrá derecho a la reserva matemática pura o la parte proporcional de la prima por el período que falte por transcurrir, según corresponda, calculada para el momento de la terminación.

En todo caso, quedan a salvo las eventuales acciones por daños y perjuicios.

De la caducidad

Artículo 56. El tomador, asegurado o beneficiario perderá todo derecho a ejercer acción judicial contra la empresa de seguros, o convenir con esta someterse al arbitraje, si no lo hubiere hecho antes de transcurrir el plazo de un (1) año, contado a partir de la fecha de la notificación, por escrito:

1. Del rechazo, total o parcial, del siniestro;
2. De la decisión de la empresa de seguros sobre la inconformidad del tomador, asegurado o beneficiario respecto a la indemnización o al cumplimiento de la obligación a través de proveedores de insumos o servicios.

De la prescripción

Artículo 57. Salvo lo dispuesto en leyes especiales, las acciones derivadas del contrato de seguro prescriben a los tres (3) años, contados a partir del hecho que dió origen a la obligación.

TÍTULO XII**Del seguro contra los daños****CAPÍTULO I****Disposiciones generales****Del interés asegurable**

Artículo 58. Puede ser materia del seguro contra los daños todo interés económico, directo o indirecto, en que un siniestro no se produzca.

La ausencia de interés asegurable al momento de la celebración produce la nulidad del contrato.

En un mismo contrato podrán estar incluidas coberturas para amparar diversos riesgos o tipos de seguro; sin embargo, deben cumplir con las disposiciones establecidas para cada seguro en particular.

Del principio indemnizatorio

Artículo 59. El seguro no puede ser objeto de enriquecimiento para el asegurado o beneficiario. Para la determinación del daño se atenderá al valor del interés asegurado al momento de la ocurrencia del siniestro.

Si el valor del interés asegurado al momento de la ocurrencia del siniestro es inferior a la suma asegurada, la empresa de seguros debe devolver la prima cobrada en exceso, salvo pacto en contrario, deducida la comisión pagada al intermediario de la actividad aseguradora, dentro del plazo de quince (15) días continuos siguientes a la fecha de ocurrencia del siniestro.

Las partes podrán establecer previamente que la indemnización será una cantidad determinada, independientemente del valor del interés asegurado.

De la variación de la suma asegurada

Artículo 60. Si por pacto expreso las partes convienen que la suma asegurada cubra totalmente el valor del interés asegurado durante la vigencia del contrato, la póliza debe contener necesariamente los criterios y procedimientos para adecuar la suma asegurada y las primas a las variaciones del valor de ese interés asegurado.

De la fijación del monto a indemnizar

Artículo 61. Cuando el monto de la indemnización no sea fijo, a falta de mecanismo o procedimiento para la determinación del valor o monto a pagar, existiendo dos valores posibles, la indemnización debe proceder por el monto más alto.

Del sobreseguro

Artículo 62. El contrato de seguro celebrado por un monto superior al valor en que debe estar asegurado el bien será válido únicamente hasta la concurrencia de dicho valor, teniendo ambas partes la facultad de solicitar la reducción de la suma asegurada. En este caso, la empresa de seguros devolverá la prima cobrada en exceso solamente por el período de vigencia que falte por transcurrir, deducida la comisión pagada al intermediario de la actividad aseguradora, dentro del plazo de quince (15) días continuos siguientes a la fecha de la solicitud.

Si ocurre el siniestro antes de que se haya verificado el supuesto anterior, la empresa de seguros indemnizará el daño efectivamente causado.

Cuando se celebre un contrato de seguro por una suma superior al valor en que debe estar asegurado el bien y ha existido dolo o mala fe de una de las partes, la otra tendrá derecho de demandar u oponer la nulidad y además exigir la indemnización que corresponda por daños y perjuicios.

Del infraseguro

Artículo 63. Si la suma asegurada sólo cubre una parte del valor en que debe estar asegurado el bien en el momento del siniestro, la indemnización se pagará, salvo convención en contrario, en la proporción existente entre la suma asegurada y el valor en que debe estar asegurado el bien al momento de la ocurrencia del siniestro.

Si la póliza no contiene designación expresa de la suma asegurada, se entiende que la empresa de seguros se obliga a indemnizar la pérdida o el daño hasta la concurrencia del valor real del bien asegurado al momento del siniestro.

De la pluralidad de seguros

Artículo 64. Cuando un interés estuviese asegurado contra el mismo riesgo por dos o más empresas de seguros, el tomador, asegurado o beneficiario estará obligado, salvo pacto en contrario, a notificar de esa circunstancia a todas las empresas de seguros al momento de la presentación de los documentos solicitados para la tramitación del siniestro, con indicación del nombre de cada una de ellas, número y período de vigencia de cada póliza.

Si el tomador, asegurado o beneficiario intencionalmente omite ese aviso o hubiese celebrado el segundo o los posteriores contratos de seguro con la finalidad de procurarse un provecho ilícito, las empresas de seguros no quedan obligadas frente a aquél. Sin embargo, conservarán sus derechos derivados de los respectivos contratos. En este caso, deben tener prueba fehaciente de la conducta dolosa del tomador, asegurado o beneficiario.

Las empresas de seguros contribuirán al abono de la indemnización en proporción a la suma propia asegurada sin que pueda superarse la cuantía del daño. Dentro de ese límite, el asegurado o beneficiario podrá solicitar a cada empresa de seguros, en el orden que él establezca, la indemnización debida, según el respectivo contrato. La empresa de seguros que ha pagado una cantidad superior a la que proporcionalmente le corresponda podrá repetir contra el resto de ellas.

En caso de contrataciones de buena fe de una pluralidad de seguros, incluso por una suma total superior al valor real asegurable, todos los contratos serán válidos y obligarán a cada una de las empresas de seguros a pagar hasta el valor del daño sufrido, dentro de los límites de la suma que hubiesen asegurado, proporcionalmente a lo que le corresponda en virtud de los otros contratos celebrados.

De la insolvencia de una empresa

Artículo 65. En caso de pluralidad de seguros, si una de las empresas de seguros resultare insolvente, dejando a salvo lo previsto en el caso de infraseguro, las demás asumen la parte correspondiente a la insolvente como si no hubiese seguro por esa parte, proporcionalmente a las sumas aseguradas y hasta la concurrencia de la suma asegurada por cada una de ellas. Las empresas de seguros que indemnicen quedan subrogadas contra la insolvente.

De la prohibición de renunciar a los derechos

Artículo 66. Cuando exista pluralidad de seguros y ocurriere un siniestro, el asegurado o beneficiario no puede renunciar a los derechos que le correspondan, según el contrato de seguro, o aceptar modificaciones del mismo, con una de las empresas de seguros en perjuicio de las demás.

Del coaseguro

Artículo 67. Cuando un seguro se hubiese compartido entre varias empresas de seguros, en cuotas determinadas, cada una estará obligada a pagar la correspondiente indemnización, solamente en proporción a su respectiva cuota, en virtud del contrato suscrito.

No obstante lo previsto en el párrafo anterior, si en el pacto de coaseguro existe un mandato a favor de una o varias de las empresas de seguros para suscribir los documentos contractuales o para pedir el cumplimiento del contrato o contratos al tomador o asegurado en nombre del resto de las empresas de seguros, se entenderá que durante toda la vigencia del coaseguro la que resulte delegada, está legitimada para ejercer todos los derechos y para recibir las declaraciones y reclamaciones que le correspondan al tomador, asegurado o beneficiario.

Del cambio de propietario del objeto asegurado

Artículo 68. Si el objeto asegurado cambia de propietario, los derechos y las obligaciones derivadas del contrato de seguro pasan al adquirente, previa notificación a la empresa de seguros dentro de los diez (10) días hábiles siguientes, contados a partir de la fecha en que la transferencia haya operado. Se exceptúa el supuesto de las pólizas nominativas para riesgos no obligatorios, si en las Condiciones Generales existe pacto en contrario.

Tanto el anterior propietario como el adquirente quedan solidariamente obligados con la empresa de seguros al pago de las primas vencidas hasta el momento de la transferencia de la propiedad.

La empresa de seguros tendrá derecho a resolver unilateralmente el contrato, mediante notificación a través de los mecanismos acordados, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes al momento en que hubiese tenido conocimiento del cambio de propietario y su obligación cesará treinta (30) días continuos después de la notificación al adquirente y del reembolso a éste de la parte de la prima correspondiente al plazo del seguro que falte por vencer.

En el supuesto de que la empresa de seguros no haga uso de esta potestad, los derechos y las obligaciones del contrato de seguro pasarán al adquirente, a menos que éste notifique su voluntad de no continuar el seguro.

Las disposiciones de este artículo serán aplicables también en caso de muerte, cesación de pagos y quiebra del tomador.

De la evaluación del daño

Artículo 69. La empresa de seguros, luego de notificado el siniestro, tiene la obligación de iniciar la evaluación del daño en un plazo no mayor de cinco (5) días hábiles, contados a partir del momento en que tenga acceso al bien afectado por el siniestro.

Mientras el daño no hubiese sido evaluado dentro del plazo previsto, el tomador, asegurado o beneficiario no debe, sin el consentimiento de la empresa de seguros, efectuar cambio o modificación al estado de las cosas que pueda hacer más difícil o imposible la determinación de la causa del siniestro o del daño, a menos que ese cambio o modificación se imponga en favor del interés público o para evitar que sobrevenga un daño mayor.

Si el tomador, asegurado o beneficiario contraviniera esta obligación con intención fraudulenta, la empresa de seguros queda liberada de toda responsabilidad con respecto al siniestro ocurrido.

De la exclusión de responsabilidad

Artículo 70. La empresa de seguros, salvo pacto en contrario, no responde de los daños provenientes de: vicio propio o intrínseco del bien asegurado; las pérdidas de las ganancias producidas como consecuencia del siniestro; movimientos telúricos; inundación; situaciones que se califiquen de forma general como catástrofes naturales; hechos de guerra; invasión; acto de enemigo extranjero; hostilidades u operaciones bélicas (haya habido declaración de guerra o no); insubordinación militar; levantamiento militar; insurrección; rebelión; revolución; guerra civil; guerra intestina; poder militar o usurpación de poder; proclamación del estado de excepción; motín o conmoción civil; disturbios populares; disturbios laborales; daños maliciosos; acto de terrorismo o acto de cualquier persona que actúe en nombre de o en relación con alguna organización que realice actividades dirigidas a la destitución del gobierno por la fuerza o influenciarlo mediante el terrorismo o la violencia; y cualquier hecho que las leyes o los tribunales de justicia califiquen como delitos contra la seguridad interna del Estado.

De la subrogación

Artículo 71. La empresa de seguros que ha pagado la indemnización queda subrogada de pleno derecho, hasta la concurrencia del monto pagado, en los derechos y acciones del tomador, asegurado o beneficiario contra los terceros responsables.

Salvo el caso de dolo, la subrogación no se efectuará contra las personas de cuyos hechos debe responder civilmente el asegurado, ni contra el causante del siniestro vinculado con el asegurado hasta el segundo grado de parentesco por consanguinidad o que sea su cónyuge o la persona con quien mantenga unión estable de hecho.

CAPÍTULO II**Del seguro de incendio****De la definición y cobertura**

Artículo 72. El seguro de incendio es aquel mediante el cual la empresa de seguros se obliga, dentro de los límites establecidos en la ley y en el contrato, a indemnizar los daños materiales producidos a los bienes asegurados por la ocurrencia de fuego o rayo y por sus efectos inmediatos como el calor y el humo, siempre que los bienes no estuviesen destinados a quemarse.

Igualmente, responde por los daños, gastos, pérdidas o menoscabos que sean consecuencia de las medidas adoptadas para extinguir el incendio, evitar su propagación y salvar los bienes asegurados.

El seguro de incendio podrá cubrir otros riesgos como explosión, motín, conmoción civil, daños maliciosos, inundación, daños por agua, terremotos y cualesquiera otros inherentes a este riesgo que se establezcan en el contrato.

No quedarán comprendidos en la cobertura del seguro de incendio los títulos valores públicos o privados, efectos de comercio, billetes de banco, piedras y metales preciosos, objetos artísticos o cualesquiera otros objetos de valor, salvo pacto en contrario.

De la obligación adicional del tomador o asegurado

Artículo 73. Adicionalmente a las obligaciones a cargo del tomador o asegurado señaladas en estas normas, éste deberá informar a la empresa de seguros, al momento de solicitar el seguro, al menos lo siguiente, a los fines de la determinación de las circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo:

1. Ubicación del inmueble asegurado y la designación específica de sus linderos;
2. Destino y uso del inmueble a ser amparado y de los inmuebles colindantes;
3. Lugares en que se encontrarán almacenados o colocados los bienes asegurados.

Del riesgo de vecino y riesgo locativo

Artículo 74. El seguro de incendio no comprende el riesgo que corre el asegurado de indemnizar los daños causados a los vecinos de la edificación asegurada o al arrendador, salvo pacto en contrario.

El asegurado contra el riesgo de vecino o el riesgo locativo no podrá reclamar la indemnización convenida hasta tanto se produzca una sentencia firme en la que se haya declarado responsable de la comunicación del fuego en el primer caso, o del incendio ocurrido en la edificación asegurada, en el segundo caso.

De la exclusión de responsabilidad

Artículo 75. La empresa de seguros no responde por los daños:

1. Provenientes de la combustión espontánea del bien asegurado;
2. Causados por la sola acción del calor, por contacto directo o inmediato del fuego o de una sustancia incandescente, si no hubiere incendio o principio de incendio;
3. Provocados por incendio, cuando se origine por dolo o culpa grave del tomador, asegurado o beneficiario, o cuando alguno de éstos hubiese infringido las leyes o reglamentos sobre prevención de incendios.

De la sustracción ilegítima

Artículo 76. La empresa de seguros responderá de la pérdida o desaparición de los objetos asegurados durante el incendio, a no ser que demuestre que proviene de la sustracción ilegítima. No obstante, podrá cubrirse la sustracción ilegítima durante o después del incendio, siempre que se establezca en el contrato.

CAPÍTULO III**Del seguro de sustracción ilegítima****De la definición y cobertura**

Artículo 77. El seguro de sustracción ilegítima es aquel mediante el cual la empresa de seguros se obliga, dentro de los límites establecidos en la ley y en el contrato, a indemnizar los daños causados por un tercero por el robo de la cosa asegurada en cualquiera de sus modalidades.

La cobertura también podrá comprender el daño causado por la comisión del delito de hurto.

Del relevo de responsabilidad

Artículo 78. La empresa de seguros, salvo pacto en contrario, quedará relevada de su obligación de indemnizar cuando:

1. Exista negligencia manifiesta del tomador, asegurado o beneficiario, o de las personas que de ellos dependan o con ellos convivan;
2. El bien asegurado sea sustraído fuera del lugar o predio descrito en la póliza o con ocasión de su transporte, a no ser que una u otra circunstancia hubiese sido expresamente consentida por la empresa de seguros.

De la indemnización

Artículo 79. Producido y notificado el siniestro a la empresa de seguros, se observarán las reglas siguientes:

1. Si el bien asegurado es recuperado durante el transcurso del plazo establecido para que la empresa de seguros proceda a la indemnización, el asegurado debe recibirlo si mantiene las cualidades necesarias para cumplir con su finalidad, a menos que se hubiera reconocido expresamente la facultad de abandono a favor de aquella. La empresa de seguros debe proceder a la reparación del bien para dejarlo en las mismas condiciones en que se encontraba antes del siniestro, en caso de que corresponda de acuerdo con el contrato;
2. Si el bien asegurado es recuperado luego de transcurrido el plazo establecido para que la empresa de seguros proceda a la indemnización, debe notificarlo al asegurado dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes de haber tenido conocimiento del hecho con la finalidad de que éste decida entre: i) recibir la indemnización o retenerla, en caso de que ya se hubiese pagado, abandonando a la empresa de seguros la propiedad del bien asegurado; o, ii) mantener o readquirir la propiedad del bien asegurado, restituyendo en este último caso la indemnización percibida. El asegurado debe comunicar su decisión a la empresa de seguros en un plazo no mayor de quince (15) días continuos siguientes a la notificación de la recuperación del bien asegurado.

En el caso de que el asegurado haya manifestado su voluntad de mantener o readquirir la propiedad del bien, la empresa de seguros tiene la obligación, dentro de un plazo no mayor de veinte (20) días continuos siguientes a la referida notificación, de realizar todos los trámites necesarios para restituir la propiedad del bien al asegurado y proceder a su reparación, si corresponde de acuerdo con el contrato.

Del régimen especial

Artículo 80. Las disposiciones previstas en este capítulo, serán aplicables a todo contrato de seguro que incluya coberturas de sustracción ilegítima.

CAPÍTULO IV**Del seguro de transporte terrestre****De la definición y cobertura**

Artículo 81. El seguro de transporte terrestre es aquel mediante el cual la empresa de seguros se obliga, dentro de los límites establecidos por la ley y el contrato, a indemnizar los daños materiales que puedan sufrir los bienes asegurados desde el momento en que salen del lugar de origen hasta que lleguen a su destino final.

El seguro de transporte terrestre podrá cubrir riesgos como sustracción ilegítima en cualquiera de sus modalidades; hurto; operaciones en carga y descarga; falta de entrega o extravío de bultos completos por terceros responsables; refrigeración y cualesquiera otros inherentes a este riesgo que se establezcan en el contrato.

La empresa de seguros no responderá por el daño derivado de la naturaleza intrínseca o vicios propios de las mercancías transportadas.

De los diversos medios de transporte

Artículo 82. Cuando el viaje se efectúe utilizando diversos medios de transporte y no pueda determinarse el momento en que se produjo el siniestro, se aplicarán las normas del seguro de transporte terrestre si el viaje por este medio constituye la travesía más larga del mismo.

En caso que el transporte terrestre sea accesorio de un transporte marítimo, se aplicará a todo el transporte las normas del seguro marítimo. Si el transporte terrestre es accesorio de uno aéreo, se aplicarán las disposiciones previstas en las presentes normas, a falta de disposición especial preferente.

Del plazo de vigencia

Artículo 83. El seguro de transporte terrestre puede contratarse por un solo viaje o por los viajes que se realicen dentro de un período determinado. En cualquier caso, la empresa de seguros indemnizará, de acuerdo con lo previsto en el contrato de seguro, los daños que sean consecuencia de siniestros acaecidos durante el plazo de su vigencia, aunque sus efectos se manifiesten con posterioridad y dentro de los seis (6) meses siguientes a la fecha de su expiración.

De la extensión de cobertura

Artículo 84. La cobertura del seguro prevista en los artículos anteriores comprenderá el depósito transitorio de las mercancías, la inmovilización del vehículo o su cambio durante el viaje, cuando se deban a incidencias propias del transporte asegurado y no hayan sido causadas por algunos de los acontecimientos excluidos del seguro, salvo pacto en contrario.

La póliza podrá establecer un plazo máximo para estos supuestos, el cual una vez transcurrido sin que se reanude el transporte, cesará la cobertura del seguro.

De la modificación del medio de transporte

Artículo 85. El asegurado no perderá su derecho a la indemnización cuando se haya alterado el medio de transporte, el itinerario o los plazos del viaje, o éste se realice en un tiempo distinto al previsto, siempre que la modificación no sea imputable al asegurado o conductor.

De los gastos de salvamento

Artículo 86. La empresa de seguros indemnizará los gastos de salvamento que fueran necesarios para evitar que se agrave el daño o para enviar a su destino los objetos transportados.

Del abandono

Artículo 87. En caso de pérdida total del vehículo que transporta los bienes, el asegurado podrá abandonarlo a la empresa de seguros, si así se hubiese pactado, siempre que se observen los plazos y los demás requisitos establecidos por la póliza.

De la subrogación

Artículo 88. La empresa de seguros se subrogará, una vez pagada la indemnización, en las acciones que tenga el asegurado o beneficiario en contra de los portadores por los daños de los que éstos fueren responsables.

CAPÍTULO V**Del seguro de responsabilidad****De la definición y cobertura**

Artículo 89. El seguro de responsabilidad es aquel mediante el cual la empresa de seguros indemniza, dentro de los límites establecidos por la ley y el contrato, los montos que el asegurado este legalmente obligado a pagar a terceros, como consecuencia de un hecho previsto en la póliza.

En los seguros obligatorios, la empresa de seguros debe cubrir los riesgos hasta las sumas aseguradas establecidas en las disposiciones legales respectivas o en los actos administrativos de carácter general dictados al efecto, vigentes al celebrarse el contrato. En seguros no obligatorios, las partes podrán acordar las sumas aseguradas correspondientes.

En cualquier caso, podrán convenir el incremento de las sumas aseguradas mediante coberturas adicionales de exceso.

De la extensión temporal de cobertura

Artículo 90. Las partes podrán acordar que la cobertura se extienda a hechos ocurridos con anterioridad a la celebración del contrato, siempre que el tomador o asegurado no haya tenido conocimiento de los mismos, y los que puedan ocurrir con posterioridad a su terminación.

Las partes atendiendo a las características del riesgo, establecerán los plazos de extensión temporal de esta cobertura.

De los gastos de defensa

Artículo 91. Las partes podrán acordar la cobertura de los gastos en que pudiera incurrir el asegurado para su defensa en los procedimientos seguidos en su contra.

Del pago directo al tercero

Artículo 92. La empresa de seguros podrá indemnizar directamente al tercero afectado, siempre que así esté previsto en el contrato.

En caso de muerte del tercero, su derecho a la indemnización se transmitirá a los sucesores o causahabientes.

Del reconocimiento de responsabilidad y de la confesión

Artículo 93. Ningún acto de reconocimiento de responsabilidad, transacción o cualquier otro de naturaleza semejante, realizado sin el consentimiento de la empresa de seguros, le será oponible.

La confesión de la ocurrencia de un hecho no implica el reconocimiento de una responsabilidad.

TÍTULO XII

Del seguro de personas

CAPÍTULO I

De las disposiciones generales

Del alcance de la cobertura

Artículo 94. El contrato de seguro de personas comprende los riesgos que puedan afectar a la persona del asegurado, su existencia, integridad física y salud. Puede celebrarse con referencia a riesgos relativos a una persona o a un grupo de ellas. Ese grupo debe estar determinado por alguna característica común, diferente al sólo propósito de asegurarse.

Del interés asegurable y subrogación

Artículo 95. Los seguros de personas pueden cubrir un interés económico o referirse a una indemnización independiente de una pérdida patrimonial. La empresa de seguros no podrá subrogarse en los derechos del asegurado o beneficiario contra terceros con ocasión del siniestro, salvo en los seguros de salud.

Del carácter de la póliza

Artículo 96. En los seguros de personas, las pólizas no podrán ser al portador. La cesión de la póliza nominativa procederá mediante declaración de ambas partes, notificada a la empresa de seguros y autorizada por ésta.

La cesión de la póliza a la orden debe contener, invariablemente, la fecha, el nombre y el domicilio del endosatario y la firma del endosante. No se admitirá prueba alguna de otra especie en esta forma de cesión.

CAPÍTULO II

Del seguro de vida

De la definición y cobertura

Artículo 97. El Seguro de vida es aquel mediante el cual la empresa de seguros se obliga, dentro de los límites establecidos por la ley y el contrato, a pagar una prestación en dinero por la suma establecida en la póliza, con motivo de la eventual muerte o supervivencia del asegurado.

El seguro contratado para el caso de muerte de un tercero no es válido si éste no da su consentimiento por escrito antes de la celebración del contrato, salvo que se trate de seguros colectivos y el tomador del seguro no resulte directamente beneficiado en la contratación. Si se trata de un incapaz, se requiere el consentimiento escrito de su representante legal.

El seguro sobre la vida del hijo, incluso de aquel mayor de edad, es válido sin el consentimiento a que se refiere este artículo.

El seguro de vida podrá contemplar coberturas adicionales de accidentes personales, funerarios y renta por incapacidad, en cualquiera de sus modalidades; y otras inherentes a este riesgo que se establezcan en el contrato.

En cuanto no contraríen su naturaleza, serán aplicables las disposiciones previstas en este capítulo a los otros contratos de seguros de personas.

De la designación del beneficiario

Artículo 98. Es válido el seguro de vida en el que el asegurado establezca como beneficiario a un tercero.

La designación del beneficiario puede ser efectuada en la oportunidad de la celebración del contrato de seguro o en un momento posterior, siempre que la empresa de seguros sea notificada a través de los medios acordados y no existiere cesión alguna de la póliza.

Si la designación se hace a favor de varios beneficiarios, la prestación convenida se distribuirá en partes iguales, salvo convención en contrario. A falta de designación de la proporción que corresponda para alguno en particular, la prestación acrecerá para el resto de los beneficiarios.

El beneficiario debe ser identificado en forma inequívoca y que haga posible su diferenciación de otra persona o del resto de los beneficiarios. Igualmente, debe indicarse la proporción en la cual concurrirá en el importe de la prestación convenida.

En caso de inexactitud o error en el nombre del beneficiario que haga imposible su identificación, dará derecho a acrecer la prestación convenida a favor de los demás beneficiarios designados.

A falta de designación de beneficiarios o en caso de inexactitud o error en el nombre del beneficiario único que haga imposible su identificación, la prestación convenida se pagará en partes iguales a los herederos legales del asegurado.

Si la designación se hace a favor de los herederos del asegurado, sin mayor especificación, se considerarán como beneficiarios aquellos que tengan la condición de herederos legales para el momento del fallecimiento del asegurado.

En caso de que algún beneficiario falleciere antes o simultáneamente con el asegurado, la parte que le correspondía acrecerá a favor de los demás beneficiarios sobrevivientes, y si todos hubiesen fallecido la prestación convenida se hará a favor de los herederos legales del asegurado. A los efectos del seguro, se presume que el beneficiario de que se trate ha fallecido simultáneamente con el asegurado, cuando el suceso que da origen al fallecimiento, ocurre en un mismo momento, independientemente de que el fallecimiento ocurra en una fecha posterior.

De los beneficiarios descendientes

Artículo 99. Cuando los hijos del asegurado figuren como beneficiarios sin mención expresa de sus nombres, se entenderán designados los descendientes que debieran heredarle en caso de sucesión en la cual no exista testamento.

De la revocación

Artículo 100. El asegurado puede revocar la designación del beneficiario en cualquier momento mientras no haya renunciado expresamente y por escrito a tal facultad. La revocación deberá hacerse en la misma forma establecida para la designación.

De la revocación por liberalidad

Artículo 101. Aun en los casos de designación irrevocable, si ésta ha sido hecha a título de liberalidad, podrá ser revocada por ingratitud o por supervivencia de hijos, como en el supuesto de las donaciones.

Quedan a salvo en lo concerniente a las primas pagadas, las disposiciones del Código Civil y del Código de Comercio relativas a la revocación de los actos perjudiciales a los acreedores y las relativas a la colación, imputación y reducción de las donaciones.

Del derecho del beneficiario

Artículo 102. El beneficiario designado con carácter irrevocable puede celebrar contratos por medio de los cuales disponga de su derecho a la prestación.

De la pérdida de la cualidad de beneficiario

Artículo 103. La cualidad de beneficiario, aun cuando fuere irrevocable, no tendrá efectos si éste atentase contra la vida o integridad física del asegurado o fuese declarado cómplice del hecho mediante sentencia definitivamente firme.

La designación del beneficiario queda sin efecto en caso de embargo de sus derechos sobre el seguro o de quiebra o cesión de bienes del asegurado; no obstante, recobra de pleno derecho su vigencia una vez suspendida la medida de embargo, o tan pronto como cesen los efectos de la quiebra o de la cesión de bienes.

Cuando el asegurado hubiese renunciado a la posibilidad de revocar la designación, sus acreedores no podrán ejecutar los derechos derivados de la póliza que puedan existir en contra de la empresa de seguros.

De la inembargabilidad

Artículo 104. Cuando el asegurado hubiese designado como beneficiario a su cónyuge o sus descendientes, el derecho de los beneficiarios y los del asegurado no pueden ser embargados o incluidos en la quiebra o en la cesión de bienes del asegurado, quedando a salvo los derechos de prenda eventualmente constituidos.

Del pago en caso de reclamaciones

Artículo 105. La prestación de la empresa de seguros debe ser entregada al beneficiario, en cumplimiento del contrato, aun contra las reclamaciones de los herederos legítimos y acreedores de cualquier clase del tomador o asegurado. Unos y otros podrán, sin embargo, exigir al beneficiario el pago de una cantidad equivalente al importe de las primas abonadas por el tomador, en caso de que se demuestre que se ha actuado en fraude a sus derechos.

De la reticencia e inexactitudes

Artículo 106. En caso de reticencia o inexactitud de las declaraciones del tomador o asegurado que influyan en la estimación del riesgo, salvo lo relativo a la edad del asegurado, privará lo establecido en las disposiciones generales de estas normas. Sin embargo, la empresa de seguros no podrá impugnar el contrato una vez transcurrido el plazo de un (1) año, contado desde la fecha de su celebración, a no ser que las partes hayan fijado un plazo más breve en la póliza, salvo que el tomador o asegurado haya actuado con dolo o mala fe.

De la inexactitud en la edad del asegurado

Artículo 107. Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del asegurado, sin que se demuestre que hubo dolo o mala fe, la empresa de seguros no podrá dar por terminado unilateralmente el contrato a menos que la edad real, al tiempo de su celebración, esté fuera de los límites de admisión fijados por la empresa de seguros. En este caso se devolverá al asegurado, en función de la edad con que fue suscrito el contrato, el valor de rescate o, si no lo hubiere, la reserva matemática pura o la parte proporcional de la prima por el período que falte por transcurrir, según corresponda, a la fecha de su extinción.

Si la edad del asegurado estuviese comprendida dentro de dichos límites, se aplicarán las reglas siguientes:

1. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad se pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la empresa de seguros se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato;
2. Si la empresa de seguros hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más, conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;
3. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la empresa de seguros estará obligada a reembolsar el exceso de las primas percibidas sin intereses. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad;
4. Si con posterioridad a la muerte del asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la empresa de seguros estará obligada a pagar al beneficiario la suma que por las primas canceladas corresponda de acuerdo con la edad real.

Para los cálculos que exige el presente artículo se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.

Del suicidio

Artículo 108. Dentro del primer año de vigencia de la póliza el suicidio no estará cubierto.

La empresa de seguros tampoco estará obligada, si habiendo cesado los efectos del seguro por falta de pago de las primas, el suicidio ocurre sin haber transcurrido un (1) año contado a partir de la fecha en que el contrato hubiese sido rehabilitado.

Si el tomador o asegurado solicitare un incremento del capital asegurado, la empresa de seguros no estará obligada a incluirlo en el pago de la indemnización por suicidio, a menos que haya transcurrido un (1) año desde el aumento.

De los valores garantizados

Artículo 109. Se entiende por valores garantizados los derechos de rescate, seguro saldado y seguro prorrogado, concedidos por la empresa de seguros al asegurado, a partir de determinada vigencia del contrato.

Si el seguro tuviere valor de rescate, la empresa de seguros debe, a petición del asegurado, otorgar el valor de rescate o transformar el contrato en un seguro saldado o seguro prorrogado.

El valor de rescate es la cantidad que se obtiene de restar de la reserva matemática, los gastos por comisión y administración no amortizados.

Por seguro saldado se entenderá aquel por el cual el tomador cesa de pagar las primas futuras convenidas, y decide que la prestación ofrecida por la empresa de seguros quede disminuida hasta el monto que pudiese ser contratado, empleando como prima única el valor de rescate para suscribir un seguro de la misma naturaleza, a la edad alcanzada.

El seguro prorrogado es aquel por el cual el tomador cesa de pagar las primas futuras convenidas y decide mantener el monto de la prestación pactada, disminuyendo el lapso de vigencia de la póliza hasta aquel que pudiese ser contratado, empleando como prima única el valor de rescate para suscribir un seguro temporal a la edad alcanzada.

Forman parte del contrato de seguro las tablas para la determinación de los valores de reducción para los seguros saldados y del tiempo de prórroga de los seguros prorrogados y de los valores de rescate.

Las disposiciones relativas a la reducción, prórroga y rescate deben formar parte de las condiciones del contrato.

De los cambios de profesión, ocupación o actividad

Artículo 110. Los cambios de profesión, ocupación o actividad del asegurado no harán cesar los efectos del seguro de vida.

Salvo pacto en contrario, la empresa de seguros no será responsable por el fallecimiento ocurrido como consecuencia de un accidente aéreo en el cual el asegurado se encontraba como piloto o formando parte de la tripulación.

Cuando haya cesado la condición declarada en la solicitud del seguro por el asegurado, que ameritó el pago de una extra prima por su profesión, ocupación o actividad, debe notificarlo a la empresa de seguros a través de los mecanismos acordados para ello, en cuyo caso dejará de ser pagada, sin afectar la suma asegurada.

De otros derechos de los beneficiarios

Artículo 111. Si el tomador fuese declarado en quiebra, hecha la cesión de sus bienes o en los casos en que sus acreedores tengan bienes que ejecutar, el asegurado, si fuere distinto de aquél, su cónyuge o descendientes beneficiarios, sustituirán al tomador en el contrato a los efectos del pago de las primas, a menos que rehúsen expresamente esta sustitución.

En este caso, el asegurado y los beneficiarios deben designar un solo representante común que reciba las comunicaciones de la empresa de seguros, y ésta podrá enviarlas a cualquiera de ellos mientras no se le dé a conocer el nombre y dirección del representante.

Del remate de derechos

Artículo 112. Si el derecho que surge de un seguro de vida, contratado por el deudor como asegurado y beneficiario, debiera rematarse a consecuencia de un embargo, quiebra, cesión de bienes o ejecución de la prenda, su cónyuge o descendientes podrán exigir, con el consentimiento del deudor, que el seguro les sea cedido mediante el pago del valor de rescate.

La petición debe ser presentada ante el Juez con anterioridad al remate.

De la cesión o pignoración

Artículo 113. El asegurado, en cualquier momento, podrá ceder o pignorar la póliza, siempre que no hubiese designado beneficiario con carácter irrevocable. La cesión o pignoración de la póliza implica la revocación del o de los beneficiarios, quienes serán rehabilitados en su condición, una vez cesen los efectos de la cesión o pignoración, plenamente demostrada ante la empresa de seguros.

En todo caso, el asegurado deberá comunicar por escrito a la empresa de seguros la cesión o pignoración realizada.

CAPÍTULO III

Del seguro de accidentes personales

De la definición y coberturas

Artículo 114. El seguro de accidentes personales es aquel mediante el cual la empresa de seguros se obliga a pagar la indemnización acordada, cuando el asegurado sufra una lesión corporal derivada de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del tomador o asegurado, que produzca invalidez, incapacidad o muerte.

Este seguro podrá cubrir otros eventos que sean consecuencia del riesgo descrito.

Son aplicables al seguro de accidentes personales, en cuanto no contraríen su naturaleza, las disposiciones sobre el seguro de vida.

De los efectos del cambio de profesión, ocupación o actividad

Artículo 115. Si la empresa de seguros fuese notificada o tuviese conocimiento de algún cambio de profesión, ocupación o actividad del asegurado, debe manifestar al tomador, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes, su decisión de terminar el contrato, modificar sus condiciones o elevar la prima.

En caso de que la empresa de seguros manifieste la voluntad de terminar el contrato, éste dejará de tener efecto a partir del decimosexto (16^o) día hábil siguiente a la notificación, siempre que ponga a disposición del tomador la porción de la prima no consumida.

Notificada la modificación o el incremento de prima, el tomador o asegurado, debe manifestar su decisión o dar cumplimiento a las condiciones exigidas, en un plazo que no excederá de quince (15) días hábiles, caso contrario, se entenderá que el contrato ha quedado sin efecto a partir del vencimiento del plazo.

Si el siniestro ocurriese antes de que surtan efecto las consecuencias de los supuestos considerados en este artículo, la indemnización será reducida en la proporción que exista entre la prima cobrada y la que se hubiese fijado de haberse conocido la nueva profesión, ocupación o actividad al momento de la suscripción.

Si el tomador o asegurado declara que no acepta la modificación o el incremento de prima, el contrato queda resuelto, salvo el derecho de la empresa de seguros a la prima correspondiente al período del seguro en curso que se hubiere causado.

Del incumplimiento en la notificación

Artículo 116. El incumplimiento del deber de notificar la existencia de otros seguros que amparen iguales riesgos a los cubiertos por el seguro de accidentes personales sólo puede dar lugar a una reclamación por los daños y perjuicios que origine, sin que la empresa de seguros pueda deducir de la suma asegurada cantidad alguna por este concepto.

Del accidente provocado

Artículo 117. En caso de que se compruebe que el tomador o asegurado ha provocado intencionalmente el accidente, la empresa de seguros se libera del cumplimiento de su obligación de indemnizar.

En el supuesto que algún beneficiario cause dolosamente el daño quedará nula la designación realizada a su favor y la indemnización será pagadera a los restantes beneficiarios o a los herederos del asegurado, según corresponda.

De los gastos de asistencia médica

Artículo 118. Los gastos de asistencia médica como consecuencia de accidentes personales serán por cuenta de la empresa de seguros, siempre que se haya establecido su cobertura expresamente en la póliza y que tal asistencia se efectúe en las condiciones previstas en el contrato.

La cobertura prevista en este artículo no podrá excluir las necesarias asistencias de carácter urgente.

Son aplicables a esta cobertura las disposiciones del seguro de salud, en lo que corresponda.

Del grado de invalidez

Artículo 119. La determinación del grado de invalidez que derive del accidente se efectuará después de la presentación del certificado médico de incapacidad, conforme a lo previsto en la póliza.

La empresa de seguros notificará al asegurado, a través de los mecanismos acordados, la cuantía de la indemnización que le corresponda, de acuerdo con el grado de invalidez que conste en el certificado médico de incapacidad y de los parámetros fijados en la póliza.

Si el asegurado no aceptare la propuesta de indemnización de la empresa de seguros, en lo referente al grado de invalidez, las partes se someterán a la decisión de peritos médicos, según el procedimiento establecido en la póliza.

CAPÍTULO IV

Del seguro de salud

De la definición y coberturas

Artículo 120. El seguro de salud es aquel mediante el cual la empresa de seguros se obliga a asumir, dentro de los límites de la ley y de la póliza, los riesgos del asegurado de incurrir en gastos derivados de las alteraciones de su salud.

El seguro de salud podrá cubrir todos o algunos de los gastos por concepto de hospitalización, cirugía, maternidad y cualquier otro inherente a este riesgo que se establezca en el contrato.

La empresa de seguros se obliga a indemnizar al asegurado mediante reembolso los gastos en que éste incurra con motivo de la asistencia médica. No obstante, podrá efectuar su indemnización mediante la prestación del servicio a través de proveedores de salud.

En el caso que la indemnización sea pagadera mediante la prestación del servicio, ésta debe ser ofrecida en la póliza de manera expresa. La empresa de seguros hará mensualmente del conocimiento público, mediante avisos colocados en cada una de sus sucursales, oficinas y agencias, así como en sus medios de información electrónicos, los proveedores de salud con los cuales haya suscrito contratos para la referida prestación. En este supuesto, la póliza podrá prever el otorgamiento de carta aval o carta compromiso, u otras modalidades afines, que permitan al asegurado recibir la prestación del servicio.

Si la póliza solo prevé que la indemnización se realizará mediante reembolso, no podrá ofrecerse carta aval o carta compromiso, o cualquier otra modalidad similar, en las publicidades u ofertas que sobre esa póliza se realicen.

Cuando existan varios seguros de salud que estén obligados a pagar la indemnización sobre un mismo siniestro, el asegurado escogerá el orden en que presentará las reclamaciones y las empresas de seguros deben indemnizar, según los límites de sus pólizas, hasta el monto total de los gastos cubiertos.

De los plazos de espera y exclusiones temporales

Artículo 121. Se entiende por plazo de espera aquel período, dentro de la duración del contrato, en el cual la empresa de seguros no cubre determinados riesgos. Los plazos de espera serán contados a partir de la fecha de comienzo de la póliza o la inclusión del asegurado en el seguro.

El contrato de seguro de salud no podrá prever plazos de espera por períodos iguales o superiores a los de su duración.

Los contratos de seguro de salud podrán contener exclusiones temporales, por períodos iguales o superiores a su duración, que no excedan del plazo de dieciocho (18) meses, contados a partir de la fecha de comienzo del contrato o la inclusión del asegurado en el seguro, según corresponda, durante los cuales la empresa de seguros no cubre determinados riesgos establecidos en el contrato.

Salvo pacto en contrario, si el tomador o asegurado solicitare un incremento en la suma asegurada, cambio de plan o disminución del deducible, comenzarán a considerarse nuevamente los plazos de espera o exclusiones temporales para las cantidades en exceso, contados a partir de la fecha en que se produjo el incremento o cambio de plan. Si ocurriere un siniestro antes del vencimiento de los plazos de espera o exclusiones temporales aplicables a la nueva suma asegurada, plan o deducible, la empresa de seguros indemnizará sobre la base de las condiciones antes de la modificación, siempre que los plazos anteriores hubieren vencido.

Del costo razonable

Artículo 122. El costo razonable se refiere al promedio calculado por la empresa de seguros de los gastos cubiertos por tratamientos médicos o intervenciones quirúrgicas de instituciones hospitalarias ubicadas en una misma área geográfica, que sean de la misma categoría o equivalente a aquella donde fue atendido el asegurado, los cuales correspondan a un tratamiento médico o intervención quirúrgica igual o similar, libre de complicaciones y que de acuerdo a las condiciones de la póliza se encuentran cubiertos.

Este promedio será calculado sobre la base de las estadísticas que tenga la empresa de seguros de los gastos facturados en el mes calendario inmediatamente anterior a la fecha en que el asegurado incurrió en los gastos, incrementado según el Índice Nacional de Precios al Consumidor (I.N.P.C.) del Banco Central de Venezuela registrado en el mismo mes. Cuando este promedio no pueda ser obtenido, el costo razonable será el monto facturado.

No obstante, si la empresa de seguros hubiere acordado con algún proveedor un baremo, debe efectuar la indemnización de los servicios prestados por este proveedor de acuerdo con el referido baremo.

De ser el caso, el costo razonable de los gastos cubiertos debe ajustarse a los baremos o la estructura de precios que el Estado haya fijado en el área de prestación de servicios de salud.

Este concepto es aplicable a toda adquisición de insumos, suministros, instrumentos especiales, equipos médicos o a cualquier otro gasto médico amparado e incurrido con motivo de la asistencia.

De la enfermedad preexistente, defecto o malformación congénita

Artículo 123. Se entiende por enfermedad preexistente toda enfermedad o lesión que pueda comprobarse ha sido adquirida con anterioridad a la fecha de inicio de la duración del contrato o de la inclusión del asegurado en el seguro, y sea conocida por el tomador o asegurado a dicha fecha.

La enfermedad, defecto o malformación congénita es la alteración o desviación del estado fisiológico de una o varias partes del cuerpo humano que existan desde el nacimiento o antes del mismo. Si la enfermedad, defecto o malformación congénita es conocida por el tomador o asegurado a la fecha de inicio de la duración del contrato o de la inclusión del asegurado en el seguro, se considerará enfermedad preexistente.

Desde el inicio del contrato las partes podrán establecer que determinadas enfermedades no estén cubiertas.

Cuando la empresa de seguros alegue que una determinada enfermedad es preexistente deberá probarlo. El asegurado estará obligado a someterse a los exámenes que razonablemente le sean requeridos por la empresa de seguros a costa de ésta. En caso de dudas, se considerará que la enfermedad no es preexistente.

De la indisputabilidad, terminación y renovación

Artículo 124. Transcurridos dos (2) años ininterrumpidos desde la celebración del contrato de seguro de salud, la empresa de seguros no podrá impugnarlo alegando omisión de información en las declaraciones de salud efectuadas por el asegurado en la solicitud de seguro, salvo los casos de falsedades y reticencias de mala fe o dolo, ni podrá terminar o negarse a renovar el contrato en las mismas condiciones, incluyendo sumas aseguradas y deducibles, siempre que el tomador pague la prima correspondiente.

De la condición especial

Artículo 125. Si conforme con las condiciones de permanencia previstas en el contrato, alguna persona no pudiere seguir amparado como integrante del grupo familiar del asegurado, tendrá derecho a la emisión de una póliza de seguro de salud, en la misma empresa de seguros, sin ser sometido a pruebas de asegurabilidad y sin perder su antigüedad como asegurado, con iguales condiciones, suma asegurada, deducible o plan vigentes para el momento de la terminación de su seguro, siempre que efectúe su requerimiento dentro de los treinta (30) días continuos siguientes al egreso, sujeto al pago de la prima correspondiente.

Si la empresa de seguros no cuenta con una póliza de seguro de salud aprobada con iguales condiciones a la cual pertenecía el asegurado, propondrá la emisión de la que sea más favorable para éste.

Del régimen aplicable

Artículo 126. Los seguros de salud se regularán en lo atinente a la indemnización conforme a lo dispuesto para el seguro de daños y el seguro de accidentes personales, en cuanto sean compatibles con este tipo de seguros.

**TÍTULO IV
Del seguro colectivo****De la definición**

Artículo 127. El seguro colectivo es aquel que se toma entre un grupo de personas que tienen un nexo en común, distinto al solo interés de asegurarse.

No se considerarán seguros colectivos, los grupos de personas formados por la familia y aquellos que se constituyan con el solo propósito de asegurarse.

De los derechos de los beneficiarios

Artículo 128. El tomador del seguro colectivo puede también ser beneficiario si tiene el mismo interés del grupo. Igualmente puede ser beneficiario cuando tenga un interés económico lícito, respecto de la vida o salud de los integrantes del grupo, en la medida del perjuicio concreto.

De los ingresos y egresos al seguro colectivo

Artículo 129. El contrato de seguro colectivo fijará las condiciones de ingreso y egreso al grupo asegurado.

Podrá exigirse la realización de examen médico previo a la incorporación de nuevos asegurados, en cuyo caso el ingreso queda supeditado al mismo y se efectuará por la empresa de seguros en los quince (15) días continuos siguientes a la fecha en que se le haya notificado la incorporación. En los seguros colectivos sólo podrá pactarse el examen médico obligatorio en el caso de seguro colectivo de vida. Serán a cargo de la empresa de seguros los gastos ocasionados por los exámenes médicos que razonablemente sean requeridos.

La empresa de seguros debe entregar al tomador el contrato de seguros, acompañado de todos los documentos que forman parte integrante del mismo, incluyendo los certificados individuales correspondientes al grupo asegurado. El tomador está obligado a entregar a cada integrante del grupo, a través de cualquier mecanismo, el certificado individual de seguro colectivo, el cual deberá contener, como mínimo, los datos de identificación de cada uno de los asegurados, la vigencia del certificado y del contrato y los beneficios a los que tiene derecho.

Quienes dejen de pertenecer definitivamente al grupo asegurado quedan excluidos del seguro desde ese momento, salvo que se haya convenido que se mantengan amparados por la póliza suscrita durante un período posterior, debiendo la empresa de seguros devolver la porción de prima no consumida al tomador.

De las condiciones especiales para el seguro colectivo de accidentes personales

Artículo 130. En el seguro colectivo de accidentes personales, salvo que se haya estipulado expresamente que la indemnización convenida se cubra en forma de renta, podrá pagarse en forma de capital, siempre que conste que el siniestro ha causado al asegurado una disminución en su capacidad para el trabajo que deba estimarse como permanente. Además, puede convenirse, mientras se constata el grado de incapacidad, el pago periódico de cuotas a cuenta de la indemnización definitiva.

Del reintegro por experiencia favorable

Artículo 131. En el supuesto que el contrato de seguro colectivo incluya el beneficio de reintegro por experiencia favorable, se indicará en las condiciones o certificado individual, que los asegurados tendrán derecho al reembolso del reintegro en la misma proporción en que estos hayan contribuido al pago de la prima.

De las condiciones especiales para los seguros colectivos

Artículo 132. El asegurado que dejare de pertenecer a un seguro colectivo, tendrá derecho a la emisión de una póliza de seguro individual de igual naturaleza a la del colectivo, en la misma empresa de seguros, sin ser sometido a pruebas de asegurabilidad, si fuere el caso, y sin perder su antigüedad como asegurado, con idénticas condiciones, suma asegurada, deducible o plan vigentes para el momento de la terminación de su seguro, siempre que efectúe su requerimiento dentro de los treinta (30) días continuos siguientes al egreso, sujeto al pago de la prima correspondiente.

Si la empresa de seguros no cuenta con una póliza de seguro aprobada con iguales condiciones a la cual pertenecía el asegurado, propondrá la emisión de la que sea más favorable para éste.

Los integrantes del grupo familiar del asegurado que hayan estado amparados bajo la modalidad de seguro colectivo de salud, tendrán derecho a ser incluidos en la póliza de seguro individual de éste, o que les sea emitida a cada uno de ellos una póliza de seguro individual, en los términos indicados en los párrafos precedentes.

En los seguros de vida, la empresa de seguros queda relevada de esta obligación cuando se solicite un seguro de vida temporal.

SECCIÓN III

Del contrato de medicina prepagada

TÍTULO I

De las disposiciones generales

De la definición del contrato de medicina prepagada

Artículo 133. El contrato de medicina prepagada es aquel mediante el cual la empresa de medicina prepagada se compromete con una persona natural, denominada usuario o afiliado, a gestionar la atención médica y la prestación, directa o indirecta, de servicios médicos asistenciales relacionados con la atención y tratamiento de su salud, mediante el cobro periódico por anticipado de una cuota, previamente establecida y pagada por el contratante.

Del objeto del contrato

Artículo 134. El contrato de medicina prepagada cubre toda clase de prestación de servicios médico asistenciales, salvo prohibición expresa de la ley.

De la causa del contrato

Artículo 135. Todo interés legítimo en el cuidado integral de la salud mediante la prestación de servicios médico asistenciales que sean susceptible de valoración económica puede ser causa de un contrato de medicina prepagada.

De las partes del contrato

Artículo 136. Son partes del contrato de medicina prepagada:

1. La empresa de medicina prepagada;
2. El contratante, persona que suscribe el contrato de servicios;
3. El usuario o afiliado, persona amparada por el contrato de prestación de servicios médico asistenciales o plan de salud de medicina prepagada, que tiene derecho a las coberturas que prevea el contrato o plan de salud.

El contratante puede obrar por cuenta propia o ajena. El contratante y usuario o afiliado pueden ser o no la misma persona.

De la interpretación de términos

Artículo 137. A los fines de interpretación y aplicación de estas normas se definen los siguientes términos:

1. **Centro de Salud:** Institución acreditada conforme a la ley, dedicada a la prestación de servicios médicos asistenciales en sus diferentes áreas y especialidades, a través del cual los usuarios o afiliados reciben atención médica a cuya gestión y prestación se comprometen las empresas de medicina prepagada;
2. **Profesional de la Salud:** Persona natural acreditada conforme a la ley, para ejercer cualquiera de las profesiones relacionadas con la salud y la medicina, a través de la cual las empresas de medicina prepagada pueden ejecutar la prestación de servicios médicos asistenciales en beneficio de los usuarios o afiliados, mediante la celebración de contratos de servicios profesionales;
3. **Plan de Salud:** Conjunto de condiciones, prácticas médicas y servicios médico asistenciales que, de acuerdo con las modalidades previstas en estas normas, se compromete a prestar la empresa de medicina prepagada a través del contrato;
4. **Emergencia Médica:** Condición que compromete la vida o la integridad física del usuario o afiliado, cuya atención no puede ser diferida y su diagnóstico ha sido hecho por un médico calificado de un centro de salud prestador de servicios médicos asistenciales.

Material informativo

Artículo 138. Las empresas de medicina prepagada deben entregar al contratante materia informativa, junto al contrato suscrito, que describa de forma clara y precisa el plan de salud que se haya contratado, la forma para acceder a los servicios médicos asistenciales, las características relevantes del contrato y demás beneficios.

Este material debe detallar el mecanismo interno de recepción, seguimiento de consultas y reclamaciones de los contratantes, usuarios o afiliados. Adicionalmente, debe contar con una sección que incluya:

1. Los centros de salud dispuestos para la atención de los usuarios o afiliados;
2. Los nombres, direcciones y teléfonos de los profesionales de la salud y demás prestadores de servicios médicos asistenciales autorizados para la cobertura geográfica de relevancia para el usuario o afiliado;
3. La unidad especializada en atención de consultas y reclamaciones;
4. Los mecanismos para obtener información actualizada.

Adicionalmente, debe publicar en cada una de sus sucursales, agencias y oficinas, así como en sus medios de información electrónicos, listados actualizados de los centros de salud, profesionales de la salud y demás prestadores de servicios médico asistenciales.

De la información

Artículo 139. Los usuarios o afiliados tienen derecho a recibir la información que permita la mayor transparencia en las operaciones y servicios médicos asistenciales que presten las empresas de medicina prepagada, en el marco del contrato suscrito.

De la identificación del usuario

Artículo 140. Todo afiliado o usuario debe poseer documento de afiliación expedido por la respectiva empresa de medicina prepagada, contentivo por lo menos de la siguiente información:

1. Denominación social de la empresa de medicina prepagada;
2. Número de registro de la empresa de medicina prepagada en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora;
3. Identificación del afiliado o usuario: nombres, apellidos y número de cédula de identidad. Para los menores de edad, incluir número de cédula de identidad (en caso de poseerla) y número de cédula de identidad del contratante o usuario que figura como representante legal del menor;
4. Fecha de afiliación;
5. Número de contrato;
6. Número de teléfono o mecanismo electrónico en el que puede acceder a la información sobre el servicio.

De la libre escogencia del proveedor

Artículo 141. Los usuarios o afiliados podrán escoger libremente los centros y profesionales de la salud, dentro de las opciones ofrecidas por la empresa de medicina prepagada, conforme a su red de servicios.

TÍTULO II

De la cuota y duración

De la definición

Artículo 142. La cuota es la contraprestación periódica que debe pagar por anticipado el contratante a la empresa de medicina prepagada, en virtud de la celebración del contrato. Salvo pacto en contrario, es pagadera en dinero. La cuota incluye todos los derechos, comisiones, gastos y recargos, con excepción de los impuestos que estén a cargo directo del contratante, usuario o afiliado.

Las empresas de medicina prepagada no podrán cobrar cantidad alguna por otro concepto distinto al monto de la cuota estipulada en el contrato; salvo los eventuales vales previstos en el contrato para acceder a los servicios amparados.

Del pago de la cuota

Artículo 143. El pago de la cuota podrá efectuarse de forma mensual, trimestral, semestral, anual o cualquier otro acordado por las partes, dentro del plazo indicado en el contrato, el cual no será inferior a cinco (5) días hábiles, contados a partir de la fecha de su exigibilidad.

Duración

Artículo 144. La duración del contrato de medicina prepagada será estipulada por las partes, supeditado al pago oportuno de las cuotas establecidas en el contrato, las cuales no podrán ser modificadas dentro de ese período. Si el contrato no estipulare duración, se entenderá celebrado por un (1) año.

De la suspensión temporal del servicio por falta de pago

Artículo 145. Transcurrido el plazo pactado por las partes para el pago de la segunda cuota vencida, sin que este se haya efectuado, la empresa de medicina prepagada podrá suspender la prestación de los servicios médicos asistenciales.

La suspensión procederá sin perjuicio de lo establecido para la resolución del contrato por falta de pago.

A partir de la fecha en que el contante proceda al pago de la totalidad de lo adeudado, la empresa de medicina prepagada debe restablecer la prestación de los servicios médicos asistenciales para los nuevos casos, así como pagar los reembolsos pendientes ocurridos antes de la suspensión del referido servicio.

Los gastos derivados de servicios de salud generados durante la suspensión de la prestación de los servicios médicos asistenciales no estarán amparados por el contrato.

De la resolución del contrato por falta de pago

Artículo 146. Las empresas de medicina prepagada podrán resolver el contrato cuando hayan transcurrido noventa (90) días consecutivos desde la fecha de vencimiento de la última cuota pagada. Transcurrido este lapso, la empresa de medicina prepagada debe comunicar por escrito al contratante su decisión de resolver el contrato.

TÍTULO II**De la prestación del servicio****De las modalidades de prestación del servicio**

Artículo 147. El servicio de medicina prepagada debe ser prestado bajo alguna de las siguientes modalidades:

1. De manera directa, a través de centros de salud propios;
2. De manera indirecta, a través de centros de salud y profesionales adscritos mediante la celebración de contratos de prestación de servicios médico asistenciales;
3. Ambas modalidades.

De la prevalencia en la prestación del servicio

Artículo 148. Los contratos de medicina prepagada deberán establecer explícitamente las alternativas u opciones con las que cuenta el usuario o afiliado en aquellos supuestos en los que la prestación del servicio no pueda ser cumplida bajo las modalidades descritas en el artículo anterior, indicando las condiciones o requisitos que deberán llenarse sobre el particular.

Las empresas de medicina prepagada, a los efectos de redactar las condiciones o requisitos arriba mencionados, deben tomar en cuenta que si están imposibilitadas para prestar los servicios garantizados, deberán referir a los usuarios o afiliados a proveedores de servicios de salud de categoría equivalente a los centros de salud y profesionales adscritos, pagando directamente a tales proveedores los gastos por los servicios médicos recibidos por los afiliados o usuarios.

En los casos de emergencias médicas, si el afiliado o usuario no puede comunicarse con la empresa de medicina prepagada para solicitar la prestación de los servicios, conllevando que reciba la atención con proveedores de servicios de salud no vinculados con la empresa de medicina prepagada, ésta podrá pagar directamente a tales proveedores los gastos ocasionados o rembolsar al usuario o afiliado los gastos incurridos amparados por el contrato.

Continuidad en la prestación del servicio

Artículo 149. Si el usuario o afiliado se encuentra recibiendo servicios médico asistenciales como consecuencia de una alteración a la salud amparada, se tendrán cubiertos los gastos que se originen luego de vencido el contrato, siempre que: sean atribuibles a la misma asistencia médica; no se haya agotado el límite de responsabilidad, en los términos establecidos en el contrato; y sea dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha de vencimiento del contrato, salvo que las partes hayan acordado un plazo mayor.

De la derogatoria

Artículo 150. Se deroga el acto administrativo contenido en la Providencia N° FSAA-9-00661 de fecha 11 de julio de 2016, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 40.973 de fecha 24 de agosto de 2016, mediante el cual se dictaron las Normas que regulan la Relación Contractual en la Actividad Aseguradora, en lo que se refiere a las Disposiciones del Contrato de Seguros y de Medicina Prepagada. Las demás normativas prudenciales y actos administrativos conexos a la actividad aseguradora, que coliden con las presentes normas no serán aplicables.

De la publicidad

Artículo 151. Se ordena la publicación de las presentes normas en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, con el fin de coadyuvar con la divulgación de su contenido a todos los interesados y público en general, sin menoscabo de su publicación en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela.

De la vigencia

Artículo 152. Las presentes normas entrarán en vigencia a partir de su publicación en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela.

DISPOSICIONES FINALES

Primera. Las disposiciones establecidas en estas normas para el contrato de seguro, son aplicables al contrato de medicina prepagada, siempre que no desvirtúen la naturaleza de la prestación del servicio de medicina prepagada.

Segunda. Los contratos a que se refieren estas normas deben hacer referencia a la existencia del Defensor del tomador, asegurado y, beneficiario, contratante, usuario o afiliado de la actividad aseguradora; y que, en caso de cualquier denuncia, queja, reclamo o sugerencia, podrán acudir a la Oficina de Atención Ciudadana de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, o comunicarse a través de los mecanismos dispuestos para ello.

Comuníquese y publíquese

OMAR OROZCO COLMENARES

Superintendente de la Actividad Aseguradora (E)

Resolución N° 003-2021 de fecha 18 de enero de 2021, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 42.049 de la misma fecha.

**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
MINISTERIO DEL PODER POPULAR DE ECONOMÍA,
FINANZAS Y COMERCIO EXTERIOR
SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD
ASEGURADORA**

Caracas, a los veintinueve (29) días del mes de agosto de 2024

AÑOS 214°, 165° y 25°

**PROVIDENCIA ADMINISTRATIVA
N° SAA-01-0507-2024**

De conformidad con las previsiones normativas contenidas en los artículos 6 numeral 1; 8 numerales 1, 3 y 18 de la Ley de la Actividad Aseguradora, que le atribuyen al Superintendente de la Actividad Aseguradora (E), **OMAR OROZCO COLMENARES**, designado mediante Resolución N° 003 de fecha 18 de enero de 2021, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 42.049 de la misma fecha, la competencia para establecer y dictar sus manuales de normas y procedimientos que regulan la actividad aseguradora.

POR CUANTO

Producto de la entrada en vigencia de la Ley de la Actividad Aseguradora, el sector Asegurador incursiona en una etapa de adaptación al nuevo marco legal establecido, lo cual provoca la actualización, reestructuración y adecuación por parte de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora de las Pólizas de Seguro de Salud.

POR CUANTO

Es competencia de esta Superintendencia de la Actividad Aseguradora verificar y garantizar que los sujetos regulados cumplan con las disposiciones contenidas en la Ley de la Actividad Aseguradora.

En virtud de lo anterior, acuerda dictar las siguientes:

NORMAS QUE ESTABLECEN EL CONTENIDO MÍNIMO DE LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE LOS CONTRATOS DE SEGURO DE SALUD

Del objeto

Artículo 1. Las presentes normas tienen por objeto aprobar con carácter general y uniforme el contenido mínimo de las condiciones generales y particulares de los contratos de seguro de salud.

Del contenido mínimo de las Condiciones Generales

Artículo 2. El contenido mínimo de las Condiciones Generales de los contratos de seguro de salud se transcribe en los términos que se muestran a continuación:

CLÁUSULA. OBJETO DEL SEGURO

El Asegurador se compromete a asumir los riesgos indicados en este contrato, hasta la suma asegurada señalada en el Cuadro Póliza Recibo.

CLÁUSULA. DEFINICIONES GENERALES

A los efectos de este contrato, queda expresamente convenido entre las partes que los siguientes términos tendrán los significados que se indican, siendo que el género masculino incluirá también al femenino, cuando corresponda, salvo que del texto se desprenda una interpretación diferente:

1. **ASEGURADOR:** Persona jurídica que asume los riesgos cubiertos en este contrato;
2. **TOMADOR:** Persona natural o jurídica que contrata el seguro y se obliga a pagar la prima correspondiente al Asegurador;
3. **ASEGURADO:** Persona natural expuesta a los riesgos cubiertos y amparados por este contrato;
4. **ASEGURADO TITULAR:** Asegurado indicado con este carácter en el Cuadro Póliza Recibo, quien ejerce los derechos de los Asegurados ante el Asegurador;
5. **BENEFICIARIO:** Persona que tiene el derecho de recibir el pago de la indemnización a que hubiere lugar. En caso de reembolso, el Asegurador pagará la indemnización al Asegurado titular, independientemente de la persona que haya incurrido en los gastos;
6. **EDAD:** Es la correspondiente a la fecha de cumpleaños más cercana, anterior o posterior, al momento de emisión o renovación del contrato;
7. **DOCUMENTOS QUE FORMAN PARTE DEL CONTRATO DE SEGURO:** Las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, la Solicitud de Seguro, el Cuadro Póliza Recibo, los Anexos que se emitan para complementar o modificar el contrato y los demás documentos que por su naturaleza formen parte del contrato;
8. **SOLICITUD DE SEGURO:** Cuestionario que proporciona el Asegurador, el cual contiene un conjunto de preguntas relativas a la identificación del tomador, de los propuestos Asegurados y de los Beneficiarios, así como también del estado de salud de cada una de las personas que estarán amparadas por el contrato y demás datos que puedan influir en la estimación del riesgo, que deben ser contestadas en su totalidad y con exactitud por el tomador o propuesto Asegurado titular, según corresponda, constituyendo dicha declaración la base legal para la emisión de este contrato;
9. **CUADRO PÓLIZA RECIBO:** Documento en el que se indica, como mínimo, la siguiente información: número de la Póliza, identificación completa del Asegurador y de su domicilio principal, identificación completa del tomador, de los Asegurados y de los Beneficiarios, dirección del tomador, dirección de cobro, dirección del Asegurado titular, nombre del intermediario de la actividad Aseguradora, riesgos cubiertos, suma asegurada, monto de la prima, forma de pago, duración del contrato, fecha de emisión del contrato, deducible, si lo hubiere, y firmas del Asegurador y del tomador;
10. **CONDICIONES PARTICULARES:** Aquellas que contemplan aspectos concretamente relativos al riesgo que se asegura;
11. **PRIMA:** Contraprestación que, en función del riesgo, debe pagar el tomador al Asegurador en virtud de la celebración de este contrato;
12. **SINIESTRO:** Materialización del riesgo que da origen a la obligación de indemnizar por parte del Asegurador;

13. **DEDUCIBLE:** Cantidad indicada en el Cuadro Póliza Recibo que deberá asumir el Asegurado, y en consecuencia no será pagada por el Asegurador en caso de ocurrencia de un siniestro cubierto por este contrato;

14. **SUMA ASEGURADA:** Límite máximo de responsabilidad del Asegurador, indicado en el Cuadro Póliza Recibo.

CLÁUSULA. EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

El Asegurador no estará obligado al pago de la indemnización en los siguientes casos:

1. Si el tomador, el Asegurado, el Beneficiario o cualquier persona que obre por cuenta de éstos presenta una reclamación fraudulenta o engañosa, o si en cualquier tiempo emplea medios o documentos engañosos o dolosos para sustentar una reclamación o para derivar otros beneficios relacionados con este contrato;
2. Si el siniestro ha sido ocasionado por dolo del tomador, del Asegurado o del Beneficiario;
3. Si el siniestro ha sido ocasionado por culpa grave del tomador, del Asegurado o del Beneficiario o de cualquier persona que obre por cuenta de ellos. No obstante, el Asegurador estará obligado al pago de la indemnización si el siniestro ha sido ocasionado en cumplimiento de deberes legales de socorro o en tutela de intereses comunes con el Asegurador, en lo que respecta a este contrato;
4. Si el siniestro se inicia antes de la duración de este contrato y continúa después de que los riesgos hayan comenzado a correr por cuenta del Asegurador;
5. Si el tomador, el Asegurado o el Beneficiario no emplea los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del siniestro, siempre que este incumplimiento se produjera con la manifiesta intención de perjudicar o engañar al Asegurador;
6. Si el tomador o el Asegurado titular actúa con dolo o culpa grave, según lo señalado en la Cláusula relacionada con las Declaraciones en la Solicitud de Seguro, de estas Condiciones Generales;
7. Si el tomador, Asegurado o el Beneficiario incumpliere lo establecido en la Cláusula relativa a la Subrogación de Derechos, de estas Condiciones Generales, a menos que compruebe que el incumplimiento es debido a una causa extraña no imputable a él;
8. Si el tomador, el Asegurado, el Beneficiario o cualquier persona que obre por cuenta de éstos, actuando con dolo o culpa grave, obstaculiza los derechos del Asegurador estipulados en este contrato;
9. Otras exoneraciones de responsabilidad que se establezcan en las Condiciones Particulares de este contrato.

CLÁUSULA. DURACIÓN DEL CONTRATO

La duración del contrato será anual y se hará constar en el Cuadro Póliza Recibo, con indicación de la fecha de emisión, la hora y día de su iniciación y vencimiento.

CLÁUSULA. PAGO DE LA PRIMA

El tomador debe pagar la primera prima anual en el plazo de diez (10) días continuos contados a partir de la fecha de inicio de la duración del contrato. Si la prima no es pagada o se hace imposible su cobro por causa imputable al tomador en el plazo establecido, el Asegurador tendrá derecho a exigir el pago correspondiente o resolver el contrato. En caso de resolución, esta tendrá efecto desde el inicio de la duración del contrato. Si el Asegurador no ejerce su derecho a resolver el contrato de seguro, no podrá negarse a recibir el pago de la prima vencida.

Si ocurriese un siniestro en el plazo convenido para el pago de la primera prima, el Asegurador pagará la indemnización, siempre que el tomador pague antes de su vencimiento la prima correspondiente.

El pago de la prima solamente conserva en vigor el contrato por el tiempo al cual corresponda dicho pago, según conste en el Cuadro Póliza Recibo.

Contra el pago de la prima, el Asegurador entregará al tomador el Cuadro Póliza Recibo o recibo de prima correspondiente, según sea el caso, firmado y sellado. La entrega podrá efectuarse en forma impresa o a través de los mecanismos electrónicos acordados para ello, que consten en la solicitud de seguro, con su acuse de recibo.

Las primas pagadas en exceso no darán lugar a responsabilidad alguna por parte del Asegurador por el exceso, sino única y exclusivamente al reintegro sin intereses del excedente, aun cuando aquellas hubieren sido aceptadas formalmente por éste.

CLÁUSULA. RENOVACIÓN

El contrato se entenderá renovado automáticamente al finalizar el último día de duración del período de vigencia anterior y por un plazo igual, siempre que el tomador pague la prima correspondiente al nuevo período, de acuerdo con lo establecido en la Cláusula Plazo de Gracia, de estas Condiciones Generales, entendiéndose que la renovación no implica un nuevo contrato, sino la continuidad del anterior.

Las partes pueden negarse a la prórroga del contrato mediante una notificación efectuada a la otra parte en forma impresa o a través de los mecanismos electrónicos acordados, con un plazo de por lo menos un (1) mes de anticipación a la conclusión del período de duración en curso.

Transcurridos dos (2) años ininterrumpidos desde la celebración del contrato, el Asegurador no podrá anular o negarse a renovar en las mismas condiciones, siempre que el tomador pague la prima correspondiente.

CLÁUSULA. PLAZO DE GRACIA

Se concede un plazo de gracia de **(Indicar plazo, mínimo treinta (30) días continuos)** para el pago de la prima de renovación del contrato, contados a partir de la fecha de terminación de la duración anterior. Si ocurriere un siniestro en este plazo, el Asegurador pagará la indemnización, previa deducción de la prima correspondiente. Si el monto del siniestro es menor a la prima de renovación, el Asegurador pagará la indemnización, siempre que el tomador pague la prima en el plazo de gracia concedido. Si la prima no es pagada en el referido plazo, el contrato quedará sin validez y efecto a partir de la fecha de terminación de la duración del contrato anterior.

CLÁUSULA. DECLARACIONES EN LA SOLICITUD DE SEGURO

El tomador y el propuesto Asegurado titular, al llenar la solicitud, deben declarar con exactitud al Asegurador todos los datos que le sean requeridos.

Corresponde al propuesto Asegurado titular declarar con precisión la información solicitada en el cuestionario y cumplir con los demás requerimientos exigidos por el Asegurador para la valoración del riesgo.

El Asegurador deberá participar al tomador o Asegurado, en el plazo de cinco (5) días hábiles siguientes, que ha tenido conocimiento de un hecho no declarado en la solicitud que pueda influir en la valoración del riesgo, y podrá ajustar o resolver el contrato, mediante comunicación impresa o a través de los mecanismos electrónicos acordados para ello, con acuse de recibo, dirigida al tomador o Asegurado según corresponda, en el plazo de un (1) mes, contado a partir del conocimiento de los hechos. En caso de resolución, ésta se producirá a partir del decimosexto (16º) día continuo siguiente a su notificación, siempre que la parte proporcional de la prima, deducida la comisión pagada al intermediario de la actividad Aseguradora, correspondiente al período que falte por transcurrir, se encuentre a disposición del Tomador en la caja del Asegurador. Corresponderán al Asegurador las primas relativas al período de seguro transcurrido, hasta el momento en que se haga esta notificación.

Si el siniestro sobreviene antes que el Asegurador haga cualquiera de las notificaciones a que se refiere esta cláusula o antes de que se haga efectiva la resolución del contrato, la indemnización se reducirá en la misma proporción que existe entre la prima convenida y la que se hubiese establecido de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si el Tomador actúa con dolo o culpa grave, el Asegurador quedará liberado del pago de la indemnización y de la devolución de la prima. Cuando el contrato esté referido a varias personas y la reserva o inexactitud se contrajese solo a una o varias de ellas, el contrato subsistirá con todos sus efectos respecto a las restantes, si ello fuere técnicamente posible.

CLÁUSULA. FALSEDADES Y RETICENCIAS DE MALA FE

Las falsedades y reticencias de mala fe por parte del Tomador o Asegurado realizadas en la solicitud de seguros, debidamente probadas, serán causa de nulidad absoluta del contrato, si son de tal naturaleza que el Asegurador, de haberlas conocido, no hubiese contratado o lo hubiese hecho en otras condiciones.

Las falsedades y reticencias de mala fe por parte del Tomador, Asegurado o Beneficiario en la reclamación del siniestro, debidamente probadas, serán causa de nulidad absoluta del contrato y exoneran del pago de la indemnización al Asegurador. No hay lugar a la devolución de prima en los supuestos de nulidad del contrato contemplados en esta cláusula.

CLÁUSULA. PAGO DE INDEMNIZACIONES

El Asegurador deberá pagar la indemnización que corresponda en un plazo que no exceda de veinte (20) días continuos siguientes, contados a partir de la fecha en que haya recibido el último recaudo solicitado, salvo por causa extraña no imputable al Asegurador.

CLÁUSULA. SUBROGACIÓN DE DERECHOS

El Asegurador que ha pagado la indemnización, queda subrogado de pleno derecho, hasta la concurrencia del monto pagado, en los derechos y acciones del Tomador, Asegurado o del Beneficiario contra los terceros responsables.

Salvo el caso de dolo, la subrogación no se efectuará contra las personas de cuyos hechos debe responder civilmente el Asegurado, ni contra el causante del siniestro vinculado con el Asegurado hasta el segundo grado de parentesco por consanguinidad o que sea su cónyuge o la persona con quien mantenga unión estable de hecho.

El Asegurado o el Beneficiario no podrá, en ningún momento, renunciar a sus derechos de recobrar de otras personas los daños y pérdidas que éstas le hubiesen ocasionado.

En caso de siniestro, el Asegurado o el Beneficiario está obligado a realizar a expensas del Asegurador, cuantos actos sean necesarios y todo lo que ésta pueda razonablemente requerir, con el objeto de permitir que éste ejerza los derechos que le correspondan por subrogación, sean antes o después del pago. Si el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario incumpliere lo establecido en esta cláusula, perderá el derecho al pago que le otorga este contrato, a menos que compruebe que el incumplimiento es debido a una causa extraña no imputable a él.

CLÁUSULA. OTROS CONTRATOS DE SALUD

Al momento de notificar la ocurrencia del siniestro, el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario está obligado a informar al Asegurador la existencia de cualquier otro contrato de salud que ampare al Asegurado que activó la cobertura del contrato.

Cuando el Asegurado se encuentre amparado por varios contratos de salud que estén obligados a pagar la indemnización sobre un mismo siniestro, escogerá el orden en que presentará las reclamaciones, notificando a todas las empresas la ocurrencia del siniestro en los plazos establecidos en los respectivos contratos de salud, y se deberá indemnizar, según los beneficios y límites de cada uno de ellos, hasta el monto total de los gastos cubiertos, previa deducción de los montos pagados por los otros contratos.

CLÁUSULA. ARBITRAJE

Las partes podrán someter a un procedimiento de arbitraje las divergencias que se susciten en la interpretación, aplicación y ejecución del contrato. La tramitación del arbitraje se ajustará a lo dispuesto en la ley que regule la materia de arbitraje y supletoriamente al Código de Procedimiento Civil.

El Superintendente de la Actividad Aseguradora actuará como árbitro arbitrador en aquellos casos en que sea designado de mutuo acuerdo entre ambas partes, con motivo de las controversias que se susciten en la interpretación, aplicación y ejecución del contrato. En este supuesto, la tramitación del arbitraje se ajustará a lo dispuesto en las normas que regulan el arbitraje en la actividad Aseguradora.

El laudo arbitral será de obligatorio cumplimiento.

CLÁUSULA. CADUCIDAD

El Tomador, Asegurado o Beneficiario perderá todo derecho a ejercer acción judicial contra la empresa de seguros, o convenir con esta someterse al arbitraje, si no lo hubiere hecho antes de transcurrir el plazo de un (1) año, contado a partir de la fecha de la notificación, por escrito:

1. Del rechazo, total o parcial, del siniestro;
2. De la decisión de la empresa de seguros sobre la inconformidad del tomador, Asegurado o Beneficiario respecto a la indemnización o al cumplimiento de la obligación a través de proveedores de insumos o servicios.

A los efectos de esta disposición, se entenderá iniciada la acción judicial una vez que sea consignado el libelo de demanda por ante los Órganos jurisdiccionales.

CLÁUSULA. PRESCRIPCIÓN

Salvo lo dispuesto en leyes especiales, las acciones derivadas del contrato de seguro prescriben a los tres (3) años, contados a partir del hecho que dio origen a la obligación.

CLÁUSULA. MODIFICACIÓN Y REHABILITACIÓN

Las solicitudes de modificación y rehabilitación del contrato deben ser solicitadas a través de cualquier mecanismo acordado por las partes.

Se consideran aceptadas las solicitudes efectuadas por el Tomador o Asegurado si el Asegurador no la rechaza dentro de los diez (10) días hábiles siguientes de haberla recibido. Este plazo será de veinte (20) días hábiles cuando la modificación o rehabilitación conforme a las condiciones de este contrato, hagan necesario un reconocimiento médico. El requerimiento del Asegurador de que se realicen exámenes médicos no implica la aceptación a que se refiere esta cláusula.

El contrato de seguro puede ser rehabilitado a solicitud del Tomador, siempre que los Asegurados se encuentren en buen estado de salud, según declaración de salud o reconocimiento médico a cargo del Asegurado. En este supuesto, se requiere la aceptación del Asegurador y el pago de la prima pendiente, entrando el contrato nuevamente en vigor en la fecha indicada en el Cuadro Póliza Recibo. El Asegurador reconocerá la antigüedad obtenida por los Asegurados, pero no estarán amparados los gastos incurridos desde la fecha de resolución del contrato hasta su rehabilitación **(debe indicarse el alcance de este reconocimiento, en lo que se refiere a la aplicación de los plazos de espera y exclusiones temporales, si estuviesen establecidos en el contrato, y los riesgos que tendrán cobertura inmediata, en los cuales deben incluirse los accidentes. Asimismo, en cualquier caso, podrá establecerse un plazo de espera adicional, que no exceda de tres (3) meses, contados a partir de la rehabilitación)**.

No se convendrá la rehabilitación, una vez transcurridos noventa (90) días continuos desde la fecha de resolución del contrato.

La modificación de la suma asegurada o el deducible requerirá siempre aceptación expresa de la otra parte. En caso contrario, se presumirá aceptada por el Asegurador con la emisión del Cuadro Póliza Recibo o recibo de prima, en el que se modifique la suma asegurada o el deducible y, por parte del Tomador o el Asegurado Titular, con el pago de la diferencia de prima correspondiente, si la hubiere. Si la modificación propuesta por el Asegurador es efectiva a partir de la renovación del contrato, debe ser comunicada al Tomador mediante comunicación impresa o a través de los mecanismos electrónicos acordados para ello, con acuse de recibo, en un plazo no menor a un (1) mes de anticipación a la conclusión del período de seguro en curso. En caso de desacuerdo del Tomador, si el Asegurador decide mantener o renovar el contrato, deberá hacerlo bajo las mismas condiciones de suma asegurada y deducible vigentes al momento de la propuesta de modificación, sin perjuicio de la obligación del Asegurador de renovar el contrato, conforme con lo indicado en la Cláusula *(indicar número)* Renovación de estas Condiciones Generales.

Las modificaciones se harán constar mediante Anexos, debidamente firmados por un representante del Asegurador y el Tomador, los cuales prevalecerán sobre las Condiciones Particulares y éstas sobre las Condiciones Generales de este contrato.

Si la modificación requiere pago de prima adicional se aplicará lo dispuesto al respecto en este contrato.

CLÁUSULA. AVISOS

Todo aviso o comunicación que una parte deba dar a la otra respecto al contrato deberá hacerse mediante comunicación impresa o a través de los mecanismos electrónicos acordados para ello, con acuse de recibo, dirigido al domicilio principal o sucursal del Asegurador o a la dirección del Tomador o del Asegurado que conste en el contrato, según sea el caso.

Las comunicaciones relacionadas con la tramitación de siniestros que sean proporcionadas, por cualquier medio, al intermediario de la actividad Aseguradora, producen el mismo efecto que si hubiesen sido entregadas a la otra parte, salvo estipulación en contrario indicada expresamente en el contrato.

El intermediario de la actividad Aseguradora será administrativa y civilmente responsable en caso de que no haya entregado la notificación a su destinatario en un plazo de tres (3) días hábiles, contados a partir de su recepción.

CLÁUSULA. DOMICILIO ESPECIAL

Para todos los efectos y consecuencias derivadas o que puedan derivarse de este contrato, las partes eligen como domicilio especial, único y excluyente de cualquier otro, el lugar donde se celebró el contrato, a cuya Jurisdicción declaran someterse las partes.

Del contenido mínimo de las Condiciones Particulares

Artículo 3. El contenido mínimo de las condiciones particulares de los contratos de seguro de salud se transcribe en los términos que se muestran a continuación:

CLÁUSULA. INTERPRETACIÓN DE TÉRMINOS

A los efectos de este contrato, los términos que se señalan a continuación tendrán el siguiente significado:

- 1. ACCIDENTE:** Suceso violento, súbito, externo y ajeno a la intencionalidad del Asegurado, que le cause a este último lesiones corporales;
- 2. EMERGENCIA MÉDICA:** Condición que compromete la vida o la integridad física del Asegurado, cuya atención no puede ser diferida y su diagnóstico ha sido hecho por un médico calificado de la institución hospitalaria prestadora de los servicios de salud;
- 3. ENFERMEDAD:** Alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo, que origine reducción de su capacidad funcional y que requiera de tratamiento médico o intervención quirúrgica;
- 4. ENFERMEDAD PREEXISTENTE:** Enfermedad o lesión que pueda comprobarse ha sido adquirida con anterioridad a la fecha de inicio de la vigencia del contrato o de la inclusión del Asegurado en el seguro, y sea conocida por el Tomador o el Asegurado al momento de la suscripción del contrato o de la inclusión del Asegurado en el mismo;
- 5. INSTITUCIÓN HOSPITALARIA:** Establecimiento permanente con permiso sanitario vigente para suministrar asistencia médica, autorizado por el organismo público competente. No serán consideradas instituciones hospitalarias para los efectos de este contrato de seguro, lugares de descanso, geriátricos, spas, hidroclínicas y cualquier institución que suministre tratamientos similares, centros exclusivos para tratamiento de farmacodependientes, de dipsómanos (alcohólicos), enfermos mentales o desórdenes de conducta, ni lugares donde proporcionen tratamientos naturistas, terapias alternativas, y acupuntura;
- 6. MÉDICO:** Persona natural acreditada conforme a la ley para ejercer la profesión médica en el país donde presta sus servicios, en cualquiera de sus modalidades y especialidades;
- 7. PROCEDIMIENTO EXPERIMENTAL O INVESTIGATIVO:** Tratamiento médico, intervención quirúrgica, suministro, medicamento, procedimiento médico u hospitalario que:

- 7.1. No haya sido aceptado como seguro, efectivo y apropiado para el tratamiento médico de enfermedades por el consenso de las organizaciones profesionales que están reconocidas por la comunidad médica internacional; o
- 7.2. Su uso este restringido a objetivos clínicos disciplinados que posean valor o beneficio para propósitos clínicos de la disciplina y estudios científicos; o
- 7.3. No se haya probado de manera objetiva que posea valor o beneficio terapéutico; o
- 7.4. Esté bajo estudio, investigación, en un período de prueba o en cualquier fase de un experimento o ensayo clínico.

8. TRATAMIENTO MÉDICO: Conjunto de medidas realizadas u ordenadas por un médico que se ponen en práctica para la curación o alivio de una enfermedad o lesión, incluyendo medicamentos prescritos, insumos o prótesis;

9. ATENCIÓN AMBULATORIA: Atención médica suministrada a un Asegurado cuando su permanencia en la Institución Hospitalaria sea menor de 24 horas;

10. COSTO RAZONABLE: Promedio calculado por el Asegurador de los gastos cubiertos por tratamientos médicos o intervenciones quirúrgicas de instituciones hospitalarias ubicadas en una misma área geográfica, que sean de la misma categoría o equivalente a aquella donde fue atendido el Asegurado, los cuales correspondan a una intervención quirúrgica o tratamiento médico igual o similar, libre de complicaciones y que de acuerdo a las condiciones de este contrato de seguro se encuentran cubiertos.

Este promedio será calculado sobre la base de las estadísticas que tenga el Asegurador de los gastos facturados en el mes calendario inmediatamente anterior a la fecha en que el Asegurado incurrió en los gastos, incrementado según el Índice Nacional de Precios al Consumidor (I.N.P.C) del Banco Central de Venezuela registrado en el mismo mes. Cuando este promedio no pueda ser obtenido, el costo razonable será el monto facturado.

No obstante, si el Asegurador hubiere acordado con algún proveedor un baremo, deberá efectuar la indemnización de los servicios prestados por este proveedor de acuerdo con el referido baremo.

De ser el caso, el costo razonable de los gastos cubiertos debe ajustarse a los baremos o la estructura de precios que el Estado haya fijado en el área de prestación de servicios de salud.

Este concepto es aplicable a toda adquisición de insumos, suministros, instrumentos especiales, equipos médicos o a cualquier otro gasto médico amparado e incurrido con motivo de la asistencia;

11. MÉDICAMENTE NECESARIO: Conjunto de medidas o procedimientos ordenados y suministrados por un médico o institución hospitalaria, que se ponen en práctica para el tratamiento, curación o alivio de una enfermedad o lesión, bajo las siguientes características:

1. Que sea apropiado para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad o lesión del Asegurado;
2. Que sea congruente con las normas profesionales aceptadas en la práctica de la medicina en la República Bolivariana de Venezuela y por la Federación Médica Venezolana o por la comunidad médica del país donde se presta el servicio o tratamiento;
3. Que el nivel de servicio o suministro sea idóneo y pueda ser proporcionado sin riesgo para el Asegurado;
4. Que no sea primordialmente para el confort o la conveniencia personal del Asegurado, de su familia o de su médico.

(El Asegurador podrá incluir o excluir definiciones de acuerdo con las características del producto de seguro que pretenda comercializar).

CLÁUSULA. PROCEDIMIENTO EN CASO DE ACTIVACIÓN DE LA COBERTURA

1. El Tomador, Asegurado o Beneficiario podrá solicitar el reembolso de los gastos incurridos. El Asegurador pagará la indemnización al Asegurado Titular con base en los documentos originales de: las certificaciones médicas, informaciones del proveedor del servicio, facturas, récipes con indicación médica concernientes a los productos o servicios expresamente cubiertos por este contrato y dispensados al Asegurado, que cumplan con las exigencias legales. Si otra empresa de la actividad Aseguradora hubiere pagado parte de los gastos incurridos por el Asegurado, deben entregarse al Asegurador el finiquito y las facturas originales indemnizadas, con el sello correspondiente;

El Tomador, Asegurado o Beneficiario deberá notificar el siniestro, dentro del plazo máximo de **(indicar plazo, mínimo cinco (05) días hábiles)** hábiles siguientes de haber recibido los productos o servicios o a su egreso de la institución hospitalaria, según sea el caso, utilizando los formularios usuales del Asegurador, y consignar los recaudos antes señalados, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes de haber efectuado la notificación; Asimismo, el Tomador, Asegurado o Beneficiario se comprometen a suministrar al Asegurador, en especial en los casos de tratamiento continuado o prolongado, mensualmente, en original, las facturas de los productos o servicios recibidos y amparados por este contrato. Cuando el Asegurado reciba los servicios fuera de la República Bolivariana de Venezuela, las facturas deberán ser traducidas al idioma castellano, si fuere el caso, y estar legalizadas o apostilladas, según sea el caso. La indemnización se efectuará al costo razonable que tengan los servicios en **(debe indicarse si son los de la República Bolivariana de Venezuela o el país donde se recibieron los servicios)**, en la moneda establecida

en el Cuadro Póliza Recibo o en la moneda nacional al tipo de cambio oficial de venta vigente, establecida por el Banco Central de Venezuela, para la fecha en que el Asegurador efectúe el pago, siempre que la reclamación resulte válida según las condiciones de este contrato;

El Asegurador podrá solicitar, sólo en una (1) oportunidad, en función de la información suministrada por el Tomador, Asegurado o Beneficiario, nuevos recaudos para la evaluación del siniestro y la determinación del pago que pudiera corresponder, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la entrega de los recaudos inicialmente solicitados. El Tomador, Asegurado o Beneficiario tendrá un lapso de treinta (30) días hábiles, contados desde la fecha de recepción de la solicitud, para entregar los nuevos recaudos solicitados, salvo por causa extraña no imputable al Tomador, Asegurado o Beneficiario. En caso de que el Asegurado Titular quede incapacitado o hubiere fallecido antes de recibir el pago de la indemnización, el reembolso corresponderá a sus Beneficiarios, y en su defecto, a sus causahabientes;

2. El Tomador, el Asegurado o el Beneficiario podrá solicitar Carta Aval al Asegurador. En este supuesto, deberá suministrar el presupuesto detallado de los gastos médicos por los productos y los servicios a ser prestados por el proveedor, así como los resultados de los exámenes preoperatorios y el informe médico donde se señale el diagnóstico, el tratamiento médico o la intervención quirúrgica a efectuarse. El Tomador, el Asegurado o el Beneficiario deberá remitir estos documentos, como mínimo, con diez (10) días hábiles de anticipación a la fecha en que deba realizarse el tratamiento médico o la intervención quirúrgica;

El Asegurador podrá solicitar, a su costo, una segunda evaluación médica o documentos adicionales a los descritos anteriormente, en una sola oportunidad. La solicitud debe efectuarse como máximo dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a la fecha en que se entregó el último de los documentos requeridos en el párrafo anterior; En este caso, se establece un plazo de cinco (5) días hábiles para que el Asegurado se someta a la segunda evaluación médica o para que sean consignados los nuevos recaudos solicitados por el Asegurador, según sea el caso, contados a partir de la fecha de solicitud, salvo causa extraña no imputable al Tomador, al Asegurado o al Beneficiario. El Asegurador está obligado a ofrecer un listado de por lo menos tres (3) médicos especialistas, con la finalidad de que el Asegurado escoja quién efectuará la evaluación médica;

El Asegurador se compromete a entregar la Carta Aval al Asegurado dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha en que fueron consignados los documentos antes mencionados y se hubiere concluido la evaluación médica, si fuere el caso;

3. En los supuestos de emergencia médica, a solicitud de la Institución Hospitalaria, el Asegurador debe informar de forma inmediata, a través de cualquier mecanismo previsto para ello, que el Asegurado se encuentra amparado por este contrato;

4. El Asegurador utilizará todos los mecanismos necesarios para procurar que el Asegurado reciba atención inmediata;

5. El Asegurado tiene el derecho a escoger libremente el proveedor que le prestará los servicios o suministros garantizados por este contrato, salvo aquellas coberturas que por su naturaleza deban ser garantizadas exclusivamente por un proveedor específico, conforme con las Condiciones Particulares o Anexos de este Contrato. El Asegurador podrá suscribir contratos con proveedores que aseguren la prestación de estos servicios o suministros. En este supuesto, indicará trimestralmente, mediante avisos colocados en cada una de sus oficinas de atención al público y en los medios de información electrónicos, los referidos proveedores;

6. Cualquiera sea el caso, la indemnización estará sujeta a un análisis previo realizado por el Asegurador, a fin de que éste pueda determinar que la lesión o enfermedad que originó la solicitud está cubierta por el contrato;

7. El Asegurado autoriza al médico tratante y a la Institución Hospitalaria para dar información acerca de su estado físico, historia clínica y demás circunstancias que originaron la reclamación, relevándolos de guardar el secreto médico;

8. Si después de haberse hecho efectivo el pago, resultare que los gastos incurridos por el Asegurado y pagados por el Asegurador, fueren originados o relacionados con algunas de las exclusiones o limitaciones de este contrato, el Asegurador procederá a recuperar del Asegurado Titular o de la persona que haya recibido la indemnización, el monto que haya sido pagado indebidamente.

De la adaptación del contenido mínimo

Artículo 5. El contenido mínimo al que se refiere estas normas podrá adaptarse a las particularidades de los seguros o coberturas de salud que puedan comercializarse conforme con la ley, previa aprobación de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

De las tarifas

Artículo 6. Las tarifas remitidas por las empresas de seguros para su aprobación, deben incluir primas sin limitación alguna por edad.

Del recargo comercial por utilidad

Artículo 7. Para efectos de la determinación de las tarifas del seguro de salud, el recargo comercial por utilidad esperada no podrá ser superior a cinco por ciento (5%) de la prima comercial.

Del uso de los documentos que estuvieron aprobados con carácter general y uniforme

Artículo 8. Las empresas de seguros podrán seguir utilizando las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares y el Anexo de Cobertura de Maternidad de la Póliza de Seguro de Salud Individual, prevista en la Providencia N° 003856 de fecha 18 de noviembre de 2013, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 40.316 de fecha 16 de diciembre del mismo año, siempre que estén ajustadas al ordenamiento jurídico vigente, previa aprobación de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, sin perjuicio de su aplicación para los contratos en curso.

De la derogatoria

Artículo 9. Se derogan los actos administrativos contenidos en la Providencia N° FSAA-2-0160 de fecha 30 de noviembre de 2021, mediante el cual se dictó el Contenido Mínimo de las Condiciones Generales de los Contratos de Seguro de Salud y el Contenido Mínimo de la Cláusula de Interpretación de Términos de las Condiciones Particulares de los Contratos de Seguros de Salud, y en la Providencia N° 003856 de fecha 18 de noviembre de 2013, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 40.316 de fecha 16 de diciembre de 2013, mediante el cual se aprobaron con carácter general y uniforme las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, el Anexo de Cobertura de Maternidad y la Tarifa de la Póliza de Seguro de Salud Individual. Las demás normativas prudenciales y actos administrativos conexos a la actividad aseguradora, que coliden con las presentes normas no serán aplicables.

De la publicidad

Artículo 10. Se ordena la publicación de las presentes normas en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, con el fin de coadyuvar con la divulgación de su contenido a todos los interesados y público en general, sin menoscabo de su publicación en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela.

De la vigencia

Artículo 11. Las presentes normas entrarán en vigencia a partir de su publicación en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela.

Comuníquese y publíquese

OMAR OROZCO COLMENARES
Superintendente de la Actividad Aseguradora (E)

Resolución N° 003-2021 de fecha 18 de enero de 2021, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 42.049 de la misma fecha.

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
MINISTERIO DEL PODER POPULAR DE ECONOMÍA,
FINANZAS Y COMERCIO EXTERIOR
SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD
ASEGURADORA

Caracas, a los veintinueve (29) días del mes de agosto de 2024

AÑOS 214°, 165° y 25°

PROVIDENCIA ADMINISTRATIVA
N° SAA-01-0508-2024

De conformidad con las previsiones normativas contenidas en los artículos 6 numeral 1; 8 numerales 1, 3 y 18 de la Ley de la Actividad Aseguradora, que le atribuyen al Superintendente de la Actividad Aseguradora (E), **OMAR OROZCO COLMENARES**, designado mediante Resolución N° 003 de fecha 18 de enero de 2021, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 42.049 de la misma fecha, la competencia para establecer y dictar sus manuales de normas y procedimientos que regulan la actividad aseguradora.

POR CUANTO

De conformidad con lo estatuido en la Ley de la Actividad Aseguradora, los aranceles de comisiones, bonos y planes de estímulos, deben ser aprobados previamente por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

POR CUANTO

Es competencia de esta Superintendencia de la Actividad Aseguradora verificar y garantizar que los sujetos regulados cumplan con las disposiciones contenidas en la Ley de la Actividad Aseguradora.

En virtud de lo anterior, acuerda dictar las siguientes:

NORMAS SOBRE LOS PLANES DE INCENTIVOS PARA RETRIBUIR LAS GESTIONES DE LOS INTERMEDIARIOS DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

Del objeto

Artículo 1. Las presentes normas tienen por objeto establecer los parámetros por los cuales se regirán las empresas de seguros, de medicina prepagada y sociedades de corretaje de seguros, para elaborar el arancel de comisiones, los bonos de producción y de persistencia para el ramo de vida, el bono de producción para ramos generales, el bono de cobranza y los planes de estímulos, que pretendan utilizar para retribuir a los intermediarios de la actividad aseguradora que dispensan su mediación en la celebración de contratos de seguros, de medicina prepagada y en las otras operaciones señaladas en estas normas, así como fijar los requisitos que deben cumplir para la obtención de la aprobación.

Del arancel de comisiones

Artículo 2. El arancel de comisiones contempla el porcentaje de la prima que será otorgado a los intermediarios de la actividad aseguradora por la mediación en la celebración de contratos de seguros, de medicina prepagada y en las otras operaciones señaladas en estas normas.

A. RAMOS GENERALES: Las empresas de seguros, de medicina prepagada y sociedades de corretaje de seguros, destinarán para el pago de comisiones un porcentaje de la prima, de acuerdo con la siguiente tabla:

PORCENTAJE MÁXIMO DE COMISIONES

RAMOS GENERALES	PORCENTAJE MÁXIMO
PERSONAS NO VIDA	
Accidentes personales	
Individual	25,00%
Colectivo	20,00%
Escolares	20,00%
Salud	
Individual	12,50%
Colectivo	10,00%
Funerarios Servicios	
Individual	25,00%
Colectivo	20,00%
Combinados de Personas	
Individual	(*)
Colectivo	(*)
Pago de Capital por Enfermedades Graves o Críticas	
Individual	20,00%
Colectivo	15,00%
Otros Seguros de Personas	
Individual	20,00%
Colectivo	15,00%
PATRIMONIALES	
Incendio	30,00%
Terremoto	30,00%
Sustracción Ilegítima	20,00%
Transporte	
Casco	15,00%
Mercancía y Valores	17,00%
Ramos Técnicos	20,00%
Petroleros	20,00%
Combinados	(*)
Lucro Cesante	30,00%
Automóvil	
Casco	15,00%
Responsabilidad Civil de Vehículos	10,00%
Accidentes Personales Ocupantes de Vehículos	
Individual	25,00%
Colectivo o Flota	20,00%
Aeronaves	
Casco	15,00%
Responsabilidad Civil	15,00%
Accidentes Personales	15,00%
Naves	
Casco	15,00%
Responsabilidad Civil	15,00%
Accidentes Personales	15,00%
Agrícola	20,00%
Pecuario	20,00%
Bancario	20,00%
Joyería	20,00%
Diversos	20,00%

RAMOS GENERALES	PORCENTAJE MÁXIMO
OBLIGACIONALES O DE RESPONSABILIDAD	
Responsabilidad Civil Patronal	20,00%
Responsabilidad Civil Empresarial	20,00%
Responsabilidad Civil General	20,00%
Responsabilidad Civil Profesional	20,00%
Fidelidad de Empleados	20,00%
Responsabilidad Civil de Productos	20,00%
Seguro de Crédito a la Exportación	20,00%

RAMO DE MEDICINA PREPAGADA	Porcentaje Máximo de Comisiones
Prestación de Servicios Médicos Asistenciales	
Individual	12,50%
Colectivo	10,00%

(*) Los combinados contemplados en la tabla anterior, son aquellos en los cuales el amparo básico incluye dos (2) o más coberturas de los ramos indicados en este punto. Los combinados de seguros patrimoniales y obligacionales o de responsabilidad no podrán contener coberturas de los ramos de seguros de personas y viceversa.

La comisión a fijar para los seguros combinados, no excederá de la menor de las comisiones máximas de los ramos que forman parte del amparo básico. Para los anexos de cobertura que generen un pago de prima adicional o complementaria, la comisión a fijar no excederá de la menor entre la comisión máxima del ramo al que pertenezca el anexo y el ramo de la póliza de la cual formará parte el mismo.

El ramo de salud comprende cualquier seguro que ampare los gastos en que incurra el asegurado por alteraciones de la salud, incluyendo las coberturas de enfermedades graves, oftalmológicas y odontológicas que tengan por objeto cubrir esos gastos.

La comisión a pagar en ningún caso será diferente al recargo por comisión previsto en las tarifas aprobadas por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora. No obstante, en el supuesto que se haya colocado el riesgo en reaseguro facultativo, la empresa de seguros acordará con el intermediario el porcentaje de comisión por la porción de riesgo cedido.

B. RAMOS DE VIDA

B.1. Plan temporal individual

Cuando se trate de seguros temporales, las empresas de seguros y sociedades de corretaje de seguros pagarán una comisión sobre las primas cobradas que no debe exceder del treinta por ciento (30,00%) en el primer año y del quince por ciento (15,00%) en los años sucesivos, la cual en ningún caso será diferente al recargo por comisión previsto en las tarifas aprobadas por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, salvo para los agentes de las sociedades de corretaje de seguros.

B.2. Otro plan de vida individual

Las empresas de seguros y las sociedades de corretaje de seguros destinarán para el pago de comisiones y bonos de producción y persistencia, un porcentaje de las primas cobradas, de acuerdo a la siguiente tabla:

PORCENTAJE MÁXIMO DE COMISIONES Y BONOS ACUMULADOS

Años de pago de Prima	Años de duración del contrato									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	18									
2	21	25								
3	24	30	35							
4	27	35	41	45						
5	30	40	48	53	55					
6	33	45	54	60	65	68				
7	36	50	61	66	71	76	81			
8	39	55	67	74	79	84	89	94		
9	42	60	74	82	87	92	97	102	107	
10	45	65	80	90	95	100	105	110	115	120

11	48	70	87	98	103	108	113	118	123	128
12	51	75	93	105	111	116	121	126	131	136
13	54	80	100	113	119	124	129	134	139	144
14	57	85	106	120	127	132	137	142	147	152
15	60	90	113	128	135	140	145	150	155	160
16	63	95	119	135	143	148	153	158	163	168
17	66	100	126	143	151	156	161	166	171	176
18	69	105	132	150	159	164	169	174	179	184
19	72	110	140	158	167	172	177	182	187	192
20 o más	75	115	145	165	175	180	185	190	195	200

Las empresas de seguros y sociedades de corretaje de seguros podrán elegir en cada ejercicio económico, las escalas de comisiones y bonos de producción y persistencia que se proponga otorgar a sus intermediarios de la actividad aseguradora, siempre y cuando la suma de ellos no exceda los límites máximos indicados anteriormente.

Las escalas elegidas serán únicas para todos los grupos de intermediarios, es decir, agentes, corredores y sociedades de corretaje de seguros.

A partir del año once (11) las empresas de seguros y sociedades de corretaje de seguros otorgarán a sus intermediarios de la actividad aseguradora, una comisión que no debe exceder del cinco por ciento (5%) de las primas cobradas.

B.3. Funerario de vida individual

Cuando se trate de seguros funerarios de vida individual, las empresas de seguros y sociedades de corretaje de seguros pagarán una comisión sobre las primas cobradas que no debe exceder del veinticinco por ciento (25%).

B.4. Vida colectivo

Las comisiones máximas sobre la prima cobrada que se podrán pagar a los intermediarios de la actividad aseguradora, se regirán por la siguiente tabla:

Prima Anual Cobrada (TCR)		Comisión Máxima
Más de 0	Hasta 10.000	10 %
10.000	30.000	9
30.000	100.000	8
100.000	300.000	7
300.000	1.000.000	6
1.000.000	en adelante	5

El porcentaje (%) de comisión máxima será el correspondiente al intervalo en que se encuentre el total de prima anual cobrada.

Cuando se trate de seguros funerarios de vida colectivo, las empresas de seguros y sociedades de corretaje de seguros, pagarán una comisión sobre las primas cobradas que no debe exceder del veinte por ciento (20%).

C. SEGUROS INCLUSIVOS, SEGUROS MASIVOS Y MICRO SEGUROS

Las empresas destinarán para el pago de comisiones un porcentaje de la prima de los microseguros, seguros inclusivos y seguros masivos del dos coma cinco por ciento (2,5%).

D. OTRAS OPERACIONES

D.1. Fianzas

Porcentaje máximo de quince por ciento (15%) sobre la contraprestación cobrada.

D.2. Fideicomiso

Porcentaje máximo de veinticinco por ciento (25%) sobre el ingreso obtenido como remuneración por la empresa de seguros.

D.3. Otras operaciones permitidas

Porcentaje máximo de quince por ciento (15%) sobre el ingreso obtenido como remuneración por la empresa de seguros.

Del pago de las comisiones a los Intermediarios de la Actividad Aseguradora

Artículo 3. Las comisiones deberán ser pagadas dentro de los ocho (8) días continuos siguientes, a partir del momento en que el sujeto regulado reciba el pago de las primas, cuotas o contraprestaciones.

De las comisiones pagadas por las sociedades de corretaje de seguros

Artículo 4. Las sociedades de corretaje de seguros acordarán con sus agentes la comisión a pagar, que en todo caso no excederá de la comisión pagada por la empresa de seguros o de medicina prepagada.

De los bonos

Artículo 5. Los bonos son retribuciones adicionales que ofrecen las empresas de seguros, de medicina prepagada y sociedades de corretaje de seguros, a los intermediarios de la actividad aseguradora con la finalidad de motivar las gestiones de mediación en la celebración de contratos de seguros y de medicina prepagada.

A. BONO DE PRODUCCIÓN

A.1. Seguro de vida individual

Este bono consiste en una retribución, calculada sobre las primas cobradas de primer año de seguro de vida de cada intermediario de la actividad aseguradora, dentro del margen establecido para el primer año en la tabla "porcentaje máximo de comisiones y bonos" del aparte B.2., del artículo 2, de acuerdo con el programa de cada empresa de seguros y sociedad de corretaje de seguros presente a la Superintendencia de la Actividad Aseguradora para su aprobación. Las empresas de seguros y sociedades de corretaje de seguros, establecerán las condiciones para la obtención de este beneficio.

A.2. Seguro de vida colectivo

Este bono consiste en una retribución, de hasta tres por ciento (3%) de la prima cobrada correspondiente al primer (1º) año de vigencia de cualquier contrato de seguro colectivo de vida que ampare a grupos que no hayan sido asegurados en los últimos dos (2) años, ya sea en la misma o en otra empresa de seguros.

A.3. Ramos generales

Este bono consiste en una retribución, calculada sobre la utilidad de la cartera de ramos generales del intermediario de la actividad aseguradora.

La cartera del intermediario de la actividad aseguradora, está constituida por el conjunto de contratos que éste haya colocado en cada empresa de seguros o de medicina prepagada.

La utilidad de la cartera es la diferencia entre determinados ingresos y egresos. Para su cómputo se consideran ingresos las primas devengadas en el ejercicio económico y se toman como egresos las comisiones percibidas por el intermediario de la actividad aseguradora, los siniestros incurridos, quince por ciento (15%) del total de primas cobradas, deducidas las anulaciones y devoluciones, por concepto de gastos de administración (GA) y cinco por ciento (5%) del total de primas cobradas por concepto de gastos de reaseguro (GR) durante el mismo ejercicio.

PRIMAS DEVENGADAS (PD_t): Resultado de restar al total de primas cobradas, deducidas las anulaciones y devoluciones, contabilizadas durante el ejercicio económico (PNC_t), las reservas para riesgos en curso de ese período (RRC_t), sumándole luego a esta diferencia las reservas para riesgos en curso del ejercicio económico inmediatamente anterior (RRC_{t-1}).

$$PD_t = PNC_t - RRC_t + RRC_{t-1}$$

SINIESTROS INCURRIDOS (SI_t): Resultado de sumar al total de siniestros pagados durante el ejercicio económico (SP_t), las reservas para siniestros pendientes de pago correspondientes a ese período ($RSPP_t$), menos las reservas para siniestros pendientes de pago correspondientes al ejercicio económico inmediatamente anterior ($RSPP_{t-1}$).

$$SI_t = SP_t + RSPP_t - RSPP_{t-1}$$

UTILIDAD DE LAS CARTERA (U):

$$U = \text{Ingresos} - \text{Egresos}$$

$$U = PD_t - [\text{Comisiones} + SI_t + GA + GR]$$

El bono de producción se determinará aplicando un porcentaje máximo del diez por ciento (10%) a la utilidad que se haya obtenido de acuerdo con el procedimiento anterior.

La empresa de seguros, de medicina prepagada y sociedad de corretaje de seguros establecerán las condiciones que deben cumplir sus intermediarios, así como los ramos de seguros que participarán para optar a este bono.

B. BONO DE PERSISTENCIA INDIVIDUAL

Este bono consiste en una retribución sobre las primas de renovación de los seguros de vida de cada intermediario, dentro del margen establecido en la tabla "porcentaje máximo de comisiones y bonos" del aparte B.2., del artículo 2, de acuerdo con el programa que cada empresa presente a la Superintendencia de la Actividad Aseguradora para su aprobación.

Las empresas de seguros y sociedades de corretaje de seguros, establecerán las condiciones que deben cumplir sus intermediarios para optar a este bono de persistencia.

C. BONO DE COBRANZA

Este bono consiste en una retribución calculada sobre las primas cobradas por los intermediarios e ingresadas a la caja de la empresa de seguros o de medicina prepagada, en el tiempo que ésta estipule, contado a partir de la fecha de emisión del recibo o la fecha de inicio de vigencia, según lo considere conveniente la empresa. Esta retribución, no podrá exceder del cinco por ciento (5%). Las empresas de seguros establecerán los ramos a ser bonificados.

Del cálculo de los bonos y la oportunidad para su pago

Artículo 6. Los bonos de producción y de persistencia para el ramo de vida y el bono de producción de ramos generales, se calcularán sobre las primas correspondientes a cada ejercicio económico y serán pagaderos antes del 30 de abril del ejercicio siguiente.

El bono de cobranza se calculará sobre las primas de cada ejercicio económico y será pagadero conjuntamente con las comisiones.

De la selección de porcentajes

Artículo 7. Los porcentajes máximos para comisiones y bonos contenidos en estas normas, tienen carácter referencial y corresponderá a cada empresa de seguros, de medicina prepagada y sociedad de corretaje de seguros seleccionar el porcentaje exacto a aplicar.

De los planes de estímulos

Artículo 8. Se entienden como planes de estímulos los beneficios que las empresas de seguros, de medicina prepagada y sociedades de corretaje de seguros otorguen a sus intermediarios con la finalidad de incentivar la producción, diferentes de los bonos y del arancel de comisiones pagaderos conforme con lo establecido en los puntos precedentes, tales como premios en especies.

Los planes de estímulos que las empresas de seguros, de medicina prepagada y sociedades de corretaje de seguros se propongan conceder a sus intermediarios, deberán ser previamente aprobados por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, para lo cual deberán remitirse acompañados de un estudio técnico, en el cual se especifique el costo de los planes y se demuestre la capacidad financiera de la empresa para satisfacerlo. El costo total de los planes de estímulos (PE) no podrá, en ningún caso, ser superior al cinco por ciento (5%) de la estimación anual de las primas a cobrar en el ejercicio económico, para el cual se pretenden aplicar los planes de estímulos (PC_t).

$$PE \leq PC_t \times 5\%$$

$$\frac{PE}{PC_t} \leq 5\%$$

El estudio técnico deberá contener como mínimo las siguientes especificaciones:

1. La estimación de las primas a cobrar en el ejercicio económico para el cual se establecen los planes de estímulos;
2. La estimación de los costos de los estímulos a otorgar, los cuales deberán estar debidamente soportados y justificados;
3. La estimación del número total de personas que calificarían para tales estímulos, incluyendo a los acompañantes de los intermediarios, si fuere el caso;
4. Cualquier otra que sea necesario justificar, a los efectos del estímulo propuesto.

Las estimaciones deben presentar los supuestos, fórmulas, parámetros, procedimientos y métodos reconocidos para el tipo de estudio de que se trate.

Los planes de estímulos deberán indicar puntualmente los beneficios a pagar, considerando únicamente las primas del ejercicio económico en que se ejecutan. Asimismo, deben señalar las condiciones que han de cumplir los intermediarios para tener derecho a tales estímulos y las fechas en que serán pagados.

No podrán establecerse estímulos que tengan como finalidad remunerar gestiones, que pudieran enmarcarse dentro de las bonificaciones contempladas en las presentes normas.

Cuando la empresa de seguros, de medicina prepagada o sociedad de corretaje de seguros, pretenda modificar los planes de estímulos, deberá presentar un nuevo estudio técnico, en los términos antes indicados, incluyendo el acumulado de costos de los estímulos en proceso y la justificación de las modificaciones propuestas.

El estudio técnico debe estar suscrito por un actuario, inscrito en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

Condición especial para fianzas

Artículo 9. Para los contratos de fianza, las empresas de seguros y sociedades de corretaje de seguros, solo podrán remunerar a los intermediarios de la actividad aseguradora con la comisión señalada en estas normas.

Actualización

Artículo 10. Los bonos y los planes de estímulos se establecerán por año calendario y deberán ser sometidos a la aprobación de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, antes del primero (1º) de noviembre del año calendario anterior, a través de los mecanismos dispuestos para ello.

Las empresas de seguros, de medicina prepagada y sociedades de corretaje de seguro, que no sometan a la aprobación el plan de incentivos que pretendan utilizar para retribuir a los intermediarios de la actividad aseguradora, antes de la fecha indicada en el párrafo anterior, podrán someterlos a aprobación a partir del primero (1º) de enero del año calendario en que se pretenda aplicar y como máximo hasta el treinta y uno (31) de enero del mismo año.

Procedimiento

Artículo 11. Una vez efectuada la solicitud de aprobación del plan de incentivos, la Superintendencia de la Actividad Aseguradora dispondrá de cuarenta y cinco (45) días hábiles para analizar el mismo y emitir su pronunciamiento. Si hubiere omisiones u observaciones, deben ser notificadas al solicitante, quien dispondrá de un plazo máximo de cinco (05) días hábiles para efectuar las correcciones correspondientes.

La demora o falta de entrega de las correcciones en el plazo antes mencionado, son imputables al interesado; en consecuencia, quedará sin efecto la solicitud y se entenderá desistido el trámite.

Modificaciones

Artículo 12. Las empresas de seguro, medicina prepagada y sociedades de corretaje de seguros, podrán modificar el plan de incentivos, previa aprobación de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, siempre y cuando no se desmejoren los beneficios previamente autorizados.

De la derogatoria

Artículo 13. Se deroga el acto administrativo contenido en la Providencia N° FSAA-000824 de fecha 17 de marzo de 2011, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 40.049 de fecha 13 de noviembre de 2012, mediante el cual se dictaron las Normas por las Cuales se Regirán las Empresas de Seguros y Sociedades de Corretaje de Seguros para Elaborar el Arancel de Comisiones, Bonos y Planes de Estímulos para Retribuir las Gestiones de los Intermediarios de la Actividad Aseguradora. Las demás normativas prudenciales y actos administrativos conexos a la actividad aseguradora, que coliden con las presentes normas no serán aplicables.

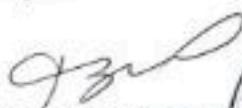
De la publicidad

Artículo 14. Se ordena la publicación de las presentes normas en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, con el fin de coadyuvar con la divulgación de su contenido a todos los interesados y público en general, sin menoscabo de su publicación en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela.

De la vigencia

Artículo 15. Las presentes normas entrarán en vigencia a partir de su publicación en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela.

Comuníquese y publíquese


OMAR OROZCO COLMENARES
Superintendente de la Actividad Aseguradora (E)
 Resolución N° 003-2021 de fecha 18 de enero de 2021, publicada en la
 Gaceta Oficial de la República Bolivariana de
 Venezuela N° 42.049 de la misma fecha.