



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2018 - Año del Centenario de la Reforma Universitaria

Anexo

Número:

Referencia: ANEXO I - Pautas Mínimas Vida Individual

ANEXO I

Pautas Mínimas a aplicar para las Condiciones Contractuales de los Seguros de Vida Individual

1. Condiciones Generales Comunes:

1.1. Preeminencia Normativa

Se tendrá como preeminencia normativa el siguiente orden de prelación:

- a. Normas de orden público de las Leyes N° 17.418 y N° 20.091;
- b. Condiciones Particulares;
- c. Cláusulas Adicionales;
- d. Condiciones Generales Específicas;
- e. Condiciones Generales Comunes.

1.2. Definiciones Contractuales

La póliza hará referencia invariablemente a los siguientes puntos. En los casos de las normas de orden público de la Ley N° 17.418, se deberán reproducir con precisión los mecanismos de funcionamiento de las mismas:

- a. Reticencia;
- b. Vigencia de la Póliza, Posibilidad de Renovación Automática y Plazo de Preaviso para Descartar la Renovación Automática, en la medida que resulten aplicables;
- c. Suma Asegurada;
- d. Prima y Premio;
- e. Plazo de Gracia para el Pago del Premio, detallando adecuadamente su funcionamiento;
- f. Plazo para el Pago del Premio. Consecuencias de la Falta de Pago Oportuno;
- g. Agravación del Riesgo;
- h. Denuncia del Siniestro;
- i. Pago de la Indemnización;
- j. Rescisión de la Póliza;
- k. Designación y Cambio de Beneficiarios, especificando claramente el derecho del Asegurado

a designarlos;
l. Valuación por Peritos;
m. Rescate;
n. Seguro Saldado;
o. Prèstamos;
p. Rehabilitación;
q. Finalización de Vigencia de la Cobertura, donde únicamente pueden preverse las causas detalladas a continuación:

- Renuncia del Asegurado a continuar con su cobertura.
- Fallecimiento del Asegurado.
- Falta de pago del premio de acuerdo con lo establecido en la cláusula correspondiente de las Condiciones Generales Comunes.
- Arribo del Asegurado a la edad máxima de permanencia establecida en las Condiciones Particulares. La continuidad de cobro de prima correspondiente a ese Asegurado, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por dicha prima.
- Ocurrencia de un siniestro amparado por una cláusula adicional de la póliza, en caso de haberla contratado, que otorgue una cobertura sustitutiva de la cobertura básica de fallecimiento.
Se preverá que la rescisión de las Condiciones Particulares operará al término del mes por el cual se hubieren descontado primas, y se devolverá la prima no ganada, si la hubiere.

q. Prescripción;
r. Jurisdicción;
s. Domicilio.

1.3. Rescisión sin causa del contrato de seguro instrumentado por la póliza: sólo podrá contemplarse la rescisión sin causa decidida por el Tomador. El Asegurador no podrá rescindir sin causa el contrato vigente. Sin perjuicio de ello, podrá no renovarlo -en la medida que resulte aplicable- previa comunicación fehaciente de ello al Tomador con un preaviso de TREINTA (30) días.

1.4. Agravación del Riesgo: deberán especificarse puntualmente cada una de las causales que la póliza considerará como “agravaciones del riesgo”, en caso de corresponder. No podrán ser calificadas como tales: a) el envejecimiento; b) la aparición de enfermedades con posterioridad al inicio de vigencia de la cobertura.

2. Cobertura:

Las condiciones contractuales deberán estar codificadas y agrupadas por tipo de cobertura.

2.1. Cobertura Básica

Deberá indicarse que el seguro cubre el riesgo de fallecimiento de cada Asegurado durante la vigencia de las respectivas Condiciones Particulares.

En aquellas pólizas con pago de beneficios en caso de supervivencia deberán especificarse las características particulares de la cobertura.

2.2. Cláusulas Adicionales

Deberán contener en sus condiciones contractuales las definiciones de los siguientes términos, en la medida que resulten aplicables:

a. Riesgo Cubierto;

- b. Carácter del Beneficio;
- c. Exclusiones Específicas;
- d. Plazos de Espera;
- e. Plazos de Comprobación;
- f. Denuncia del Siniestro;
- g. Modalidad de Pago del Beneficio.

3. Exclusiones de Cobertura:

3.1. Conforme lo establecido en el Reglamento General de la Actividad Aseguradora, las exclusiones de cobertura deberán encontrarse detalladas en el ANEXO I de la Póliza, como así también dentro de las Condiciones Contractuales.

3.2. Todas las exclusiones deberán estar relacionadas con el riesgo cubierto de la cláusula en cuestión. Asimismo, deberán guardar relación con las bases técnicas que respalden sus tarifas.

3.3. Deberán quedar taxativamente establecidas las prácticas/actividades/deportes/actos/fenómenos excluidos, no pudiendo utilizar los términos “similares”, “análogos”, “otros”, “etc.” y demás expresiones similares ni referenciar sólo a ejemplos. No se admitirá la enunciación de exclusiones generales, indeterminadas o poco precisas.

3.4. Conforme lo dispuesto por las Resoluciones N° 37.270 y N° 37.275, no se admitirán exclusiones de cobertura relativas a infecciones que resulten consecuencia directa o indirecta del SIDA ni ninguna exclusión discriminatoria en los términos de la Ley Nacional contra la Discriminación N° 23.592.

3.5. No podrán establecerse exclusiones de cobertura relacionadas con la declaración del Asegurado en la solicitud de cobertura correspondiente, toda vez que la Aseguradora pudo aceptar o rechazar el riesgo al momento de suscribirlo.

4. Plazos de Espera . Carencias y Enfermedades Preexistentes:

No podrán aplicarse carencias ni exclusiones por enfermedades preexistentes debiendo la entidad realizar el análisis de suscripción correspondiente y en consecuencia aceptar o no el riesgo.

A continuación, se expresan los plazos de espera máximos posibles de aplicación:

Coberturas	Espera (en días)
Invalidez Total y Permanente	90
Invalidez Temporaria	60
Renta Diaria por Internación	5
Cuidados Prolongados	30

5. Modalidad de Pago del Beneficio:

Los beneficios podrán ser abonados mediante un pago único o en forma de renta cierta. En este último caso, el plazo del pago de la renta no podrá exceder los CINCO (5) años. El importe a abonar por dicha renta deberá estipularse conforme un porcentaje -no menor al DIEZ POR CIENTO (10%)- del Salario Mínimo Vital y Móvil (SMVM), el que deberá verse incrementado conforme la periodicidad del pago, de acuerdo al siguiente cuadro:

Periodicidad del Pago	Monto del Beneficio
Mensual	1 * SMVM * %
Bimestral	2 * SMVM * %
Trimestral	3 * SMVM * %
Cuatrimestral	4 * SMVM * %
Semestral	6 * SMVM * %

Asimismo, deberán reconocerse intereses superiores a la tasa técnica.

Los beneficios a indemnizar no podrán liquidarse en forma de Renta Vitalicia.

6. Rehabilitación:

Para la rehabilitación de la póliza, conforme el Artículo 142 de la Ley N° 17.418 no podrán aplicarse requisitos de asegurabilidad.

7. Coberturas de Invalidez:

El plazo máximo que podrá establecer la Aseguradora a los fines de verificar el estado de invalidez total y permanente no podrá superar los SEIS (6) meses. El presente plazo incluye el período de espera aplicable.

8. Coberturas de Salud:

8.1. En las Cláusulas en que corresponda conforme las características del riesgo, las entidades aseguradoras deberán incluir Opinión Médica en la cual se certifique la existencia de riesgo considerando las definiciones de las enfermedades cubiertas y las exclusiones establecidas.

8.2. Para la comprobación del siniestro la entidad podrá solicitar al Asegurado hasta DOS (2) exámenes médicos.

8.3. Para el caso de la Cobertura de Trasplante de Órganos, el beneficio deberá abonarse dentro de los QUINCE (15) días de notificado el diagnóstico del mismo o de recibidas las constancias y pruebas requeridas por la Aseguradora.

9. Grupo Familiar:

Se podrá brindar la posibilidad de extender todas las coberturas contratadas por el Asegurado titular a su cónyuge/conviviente y a sus hijos mayores de CATORCE (14) años.

10. Otras Cláusulas:

10.1. Cláusula de Interpretación:

En lo que se refiere a la Cláusula de Interpretación de hechos de guerra, guerra civil, guerrilla, rebelión, insurrección o revolución, conmoción civil, terrorismo, sedición o motín, huelga o lock out y tumulto popular, deberán quedar expresamente convenidas sus respectivas definiciones y equivalencias que se consignen, siempre y cuando resulten razonablemente aplicables las exclusiones

a definir en las Condiciones Técnico Contractuales a autorizar.

10.2. Incremento Automático de los Capitales Asegurados:

Deberá quedar claramente especificada la periodicidad de ajuste del Capital Asegurado, el cual podrá ser únicamente semestral o anual.

Deberá definirse el índice de ajuste utilizado y establecer un tope o porcentaje máximo de ajuste en base al mismo, al momento de contratación de cobertura.

11. Condiciones Particulares:

11.1. Además de los requisitos establecidos en el Punto 25 del Reglamento General de la Actividad Aseguradora, se deberá indicar:

- a. Moneda del Contrato;
- b. Plazos de Espera;
- c. Edades Mínimas y Máximas de Ingreso y de Permanencia para cada una de las Coberturas.

11.2. Las cargas que se imponen al Asegurado y/o Tomador en las Condiciones Contractuales deberán ser incorporadas como advertencia en forma clara y destacada en las Condiciones Particulares.

11.3. Cuando las disposiciones de la póliza se aparten de las normas legales derogables, en un todo de acuerdo a lo expuesto en el Artículo 158 de la Ley N° 17.418, no podrán formar parte de las Condiciones Generales, y deberán incluirse en las Condiciones Particulares.

11.4. El cuadro de discriminación del premio deberá detallar los importes de la prima pura de cada cobertura y cada uno de los gastos y recargos (agravación/fraccionamiento) incluidos en la Nota Técnica para la obtención del Premio, según corresponda.

11.5. A fin de cumplimentar lo estipulado en el inciso l) del Punto 25.1.1.1 del Reglamento General de la Actividad Aseguradora, deberá consignarse la siguiente leyenda: "Esta póliza ha sido aprobada por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN por Resolución de Pautas Mínimas del Ramo "Vida Individual" N° / N° de Expediente Electrónico (informar el acto administrativo/ número de Expediente Electrónico)".

12. Declaración de Salud:

Los cuestionarios de salud a utilizar deberán estar relacionados con el riesgo cubierto de la cláusula a contratar. Debe evitarse la ambigüedad en las preguntas o terminologías. No podrán utilizarse los términos "similares", "análogos", "otros", "etc." y demás expresiones similares ni referenciar sólo a ejemplos o a afecciones "no mencionadas anteriormente".

En caso de corresponder, las preguntas deberán quedar suspendidas al conocimiento del asegurable y limitadas a un periodo de tiempo determinado.