



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

Anexo

Número:

Referencia: ANEXO I - Pautas Mínimas a aplicar para las Condiciones Contractuales de los Seguros Colectivos de Vida

ANEXO I

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

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;
- c. Inicio de Vigencia de Cobertura de cada Certificado de Incorporación Individual;
- d. Suma asegurada;
- e. Prima y Premio;
- f. Plazo de Gracia para el Pago del Premio, detallando adecuadamente su funcionamiento;
- g. Plazo para el Pago del Premio. Consecuencias de la Falta de Pago Oportuno;
- h. Agravación del Riesgo;
- i. Denuncia del Siniestro;
- j. Pago de la Indemnización;
- k. Rescisión de la Póliza;
- l. Cantidad Mínima de Asegurados y Porcentaje Mínimo de Adhesión;
- m. Nómina de Asegurados;

- n. Designación y Cambio de Beneficiarios, especificando claramente el derecho del Asegurado a designarlos;
- o. Valuación por Peritos;
- p. Finalización de Vigencia de Cobertura de cada Certificado de Incorporación Individual, donde únicamente pueden preverse las causas detalladas a continuación:

- Renuncia del Asegurado a continuar con su cobertura.
- Fallecimiento del Asegurado.
- No pertenencia del Asegurado al grupo regido por el Tomador (excepto lo dispuesto en la cláusula de “Opción para Jubilados”- Resolución N° 30.167).
- 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 los Certificados de Incorporación Individual operará al término del mes por el cual se hubieren descontado primas, y se devolverá la prima no ganada, si la hubiere, correspondiente a los Certificados de Incorporación Individual rescindidos.

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

1.3. Obligaciones del Tomador: deberán detallarse específicamente las obligaciones que tendrá el Tomador con la Aseguradora y con los Asegurados, teniendo en cuenta que esta cláusula deberá establecer siempre una efectiva protección al ejercicio de los derechos de estos últimos.

1.4. 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, previa comunicación fehaciente de ello al Tomador con un preaviso de TREINTA (30) días.

1.5. 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 del respectivo Certificado de Incorporación Individual.

2.2. Condiciones Generales Específicas

A través de Cláusulas Generales Específicas se indicará la modalidad de cobertura contemplando sus respectivas características, como ser:

- a. Grupo Abierto
- b. Empleado-Empleador

- c. Ley de Contrato de Trabajo
- d. Convenio Colectivo de Trabajo

2.3. 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 Carencia;
- e. Plazos de Espera;
- f. Plazos de Comprobación;
- g. Denuncia del Siniestro;
- h. 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 y de cada Certificado de Incorporación Individual.
- 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. Carencias, Enfermedades Preexistentes y Plazos de Espera:

- 4.1. En caso de contemplar la aplicación de enfermedades preexistentes, deberá definirse como toda enfermedad que padeciera el asegurado durante los primeros meses de vigencia del Certificado de Incorporación Individual, diagnosticada con anterioridad a su incorporación al seguro, y que fuera la causa directa del siniestro cubierto por la cobertura en cuestión. Este plazo no podrá exceder de DOCE (12) meses.
- 4.2. En caso de solicitarse requisitos de asegurabilidad, no podrán aplicarse carencias de ningún tipo.
- 4.3. No podrán establecerse carencias en forma conjunta con enfermedades preexistentes.
- 4.4. No podrán establecerse plazos de carencia para siniestros provocados por accidentes.

A continuación, se expresan los plazos de carencia y períodos de espera máximos pasibles de aplicación:

| Coberturas | Carencia (en días) | Espera (en días) |
|---------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Fallecimiento | 30 | N/A |
| Hijo Póstumo | 30 | N/A |
| Sepelio | 30 | N/A |
| Invalidez Total y Permanente | 30 | 90 |
| Invalidez Temporaria | 60 | 60 |
| Trasplante de Órganos | 120 | N/A |
| Diagnóstico de Cáncer | 60 | N/A |
| Enfermedades Graves y Terminales | 60 | N/A |
| Renta Diaria por Internación | 90 | 5 |
| Cuidados Prolongados | 90 | 30 |
| Intervenciones Quirúrgicas | 90 | N/A |
| Prótesis y Ortesis | 90 | N/A |
| Radiología y Diagnóstico por Imágenes | 60 | N/A |
| Alta Complejidad Médica | 90 | N/A |

N/A: No Aplica

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 de 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. 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.

7. Coberturas de Salud:

7.1. 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.

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

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

8. Coberturas de Reintegro de Gastos Médicos:

8.1. En caso de comercialización a personas que trabajen bajo relación de dependencia o posean Obra Social o Medicina Prepaga, se podrá dar cobertura exclusivamente en exceso del mínimo de prestaciones establecidas en el Plan Médico Obligatorio (PMO), otorgadas por las respectivas prestadoras.

8.2. La entidad podrá brindar la opción de reintegrar el CIEN POR CIENTO (100%) de los gastos en caso de urgencia/ suspensión de las prestaciones de la Obra Social o Medicina Prepaga, debiendo quedar claramente especificado en las Condiciones Contractuales de la cobertura.

8.3. El derecho al cobro del beneficio no podrá supeditarse a la obligación de reclamar el reintegro en primera instancia a la Obra Social y/o Empresa de Medicina Prepaga.

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. Continuidad de Estudios:

El capital asegurado deberá ser acorde a las cuotas mensuales y matrículas anuales del tiempo que resta hasta la finalización de los estudios o del nivel de enseñanza pactada.

Se podrá incorporar la opción que contemple como único beneficiario al padre, madre, encargado o tutor legal.

11. Ley Contrato de Trabajo:

11.1. Se deberá dejar expresa constancia que se instituye como beneficiario en primer término al Tomador.

11.2. Pago del beneficio: Deberá quedar convenido que la Aseguradora efectuará el pago de la indemnización al Tomador, una vez recibidas las constancias de haber puesto en conocimiento al Asegurado o a sus Derechohabientes, según corresponda, acerca del beneficio.

11.3. Debe quedar expresamente convenido que en ningún caso la Aseguradora será obligada a abonar al Tomador o al Asegurado, una suma mayor al Capital Asegurado pactado para cada Asegurado en las Condiciones Particulares y en el respectivo Certificado Individual.

12. Otras Cláusulas Adicionales:

12.1. 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 consignent, siempre y cuando resulten razonablemente aplicables las exclusiones a definir en las Condiciones Técnico Contractuales a autorizar.

12.2. Cláusula de Opción para Jubilados:

Deberá adecuarse a lo dispuesto en la Resolución N° 30.167.

12.3. 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.

12.4. Participación en Utilidades:

Será responsabilidad exclusiva de la entidad aseguradora arbitrar los medios necesarios para asegurar que el pago sea recibido por la persona que soportó el pago de la prima en igual proporción que su participación en dicho pago, sin perjuicio de aquellos casos en que el Asegurado deje de pertenecer al grupo y se distribuya entre los restantes asegurados. En ningún caso, podrá eximirse de responsabilidad alegando el pago realizado al Tomador para su distribución entre los asegurados, en caso de pólizas contributivas, debiendo brindar información relativa a la participación en utilidades en los Certificados de Incorporación Individual. Las utilidades se determinarán y pagarán anualmente. A los fines de efectuar su cálculo deberán contemplarse las primas del seguro, los gastos, los siniestros y la reserva para siniestros pendientes de pago. No se podrán otorgar utilidades negativas, pudiendo la entidad arrastrar la pérdida por un máximo de CINCO (5) años para la determinación de la utilidad.

13. Condiciones Particulares y Certificado de Incorporación Individual:

13.1. 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;
- d. Forma de Cálculo de las Primas únicamente en Condiciones Particulares (Individual, Colectiva o por Grupo de Edades);
- e. Porcentaje de Participación en el Pago de la Prima (para Pólizas Contributivas).

13.2. 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 y Certificado de Incorporación Individual.

13.3. 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 y Certificado de

Incorporación Individual.

13.4. 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.

13.5. 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 Colectivo" N° / N° de Expediente Electrónico (informar el acto administrativo/número de Expediente Electrónico)".

14. 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 supeditadas al conocimiento del asegurable y limitadas a un período de tiempo determinado.