



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2021 - Año de Homenaje al Premio Nobel de Medicina Dr. César Milstein

Resolución

Número: RESOL-2021-850-APN-SSN#MEC

CIUDAD DE BUENOS AIRES

Jueves 9 de Diciembre de 2021

Referencia: EX-2017-33685288-APN-GA#SSN - MODIFICACIÓN DEL PUNTO 23 DEL RGAA Y NORMAS COMPLEMENTARIAS

VISTO el Expediente EX-2017-33685288-APN-GA#SSN, los Artículos 23, 24 y 25 de la Ley N° 20.091, el Reglamento General de la Actividad Aseguradora (t.o. Resolución SSN N° 38.708 de fecha 6 de noviembre de 2014, y sus modificatorias y complementarias), y

CONSIDERANDO:

Que el Artículo 23 de la Ley N° 20.091 establece que los planes de seguro, así como sus elementos técnicos y contractuales, deben ser aprobados por esta SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN antes de su aplicación.

Que es función de este Organismo intervenir en la reglamentación de los procesos de autorización para operar en las diferentes ramas y planes.

Que habiéndose analizado los elementos solicitados para la presentación de planes, se advirtió la necesidad de realizar modificaciones en los distintos esquemas y modalidades actualmente previstas.

Que, asimismo, el Punto 23.3.3.1. del Reglamento General de la Actividad Aseguradora (t.o. Resolución SSN N° 38.708 de fecha 6 de noviembre de 2014, y sus modificatorias y complementarias) prevé que con la autorización para la utilización de planes bajo el “Sistema de Pautas Mínimas”, caducarán todas las autorizaciones que posea la entidad respecto de la misma rama.

Que dicha previsión desalienta la utilización de aquél mecanismo de aprobación de planes y coberturas.

Que, por otra parte, mediante el dictado de la Resolución RESOL-2018-222-APN-SSN#MF, de fecha 7 de marzo, se aprobaron las “Pautas Mínimas aplicables a las Condiciones Contractuales de los Seguros Colectivos de Vida”.

Que a la luz de la experiencia recabada, se considera oportuno dictar condiciones generales de aplicación obligatoria en los “Seguros Colectivos de Vida” presentados bajo la modalidad de Pautas Mínimas.

Que en línea con las modificaciones precedentemente expuestas, resulta igualmente oportuno contemplar el dictado de cláusulas homogéneas de uso habitual pasibles de ser incorporadas en los distintos planes de seguros.

Que las modificaciones propuestas tienen por objetivo simplificar las presentaciones relativas a la autorización de planes, así como también potenciar la utilización del “Sistema de Pautas Mínimas”, todo lo cual redundará en una mejora del sistema de aprobación de planes y elementos contractuales en su conjunto.

Que la Gerencia Técnica y Normativa ha tomado debida intervención.

Que la Gerencia de Asuntos Jurídicos ha dictaminado en el marco de su competencia.

Que la presente se dicta en uso de las facultades previstas en el Artículo 67 de la Ley N° 20.091.

Por ello,

LA SUPERINTENDENTA DE SEGUROS DE LA NACIÓN

RESUELVE:

ARTÍCULO 1°.- Sustitúyase el Punto 23.1.1. del Reglamento General de la Actividad Aseguradora (t.o. Resolución SSN N° 38.708 de fecha 6 de noviembre de 2014, y sus modificatorias y complementarias), por el siguiente:

“23.1.1. Requisitos de Admisibilidad

Los elementos Técnico-Contractuales deben ajustarse a las normas constitucionales, legales y reglamentarias vigentes; considerando las Leyes N° 17.418, N° 20.091 y demás legislación general aplicable; normas concordantes, modificatorias y reglamentarias.

En caso de existir observaciones a las presentaciones correspondientes a los puntos 23.2.1., 23.2.2., 23.3., 23.4. y 23.8. del presente Reglamento, se comunicarán mediante notificación fehaciente, y deberán responderse considerando los siguientes requisitos:

a. Referir al número del expediente en el cual se inició la solicitud (expediente madre), al número del acto administrativo que se responde, a la rama y a la denominación del plan. Tratándose de modificaciones a un plan siempre se debe hacer referencia al expediente madre.

b. Deberá responder en forma íntegra a todas las observaciones que surjan del acto administrativo.

c. En caso de modificar condiciones contractuales, abstenerse de presentar la totalidad de las mismas, debiendo acompañar únicamente las que fueran modificadas en respuesta al acto administrativo notificado.”.

ARTÍCULO 2°.- Sustitúyanse los incisos b. y f. de los Puntos 23.2.1.2., 23.2.2.2. y 23.3.2. del Reglamento General de la Actividad Aseguradora (t.o. Resolución SSN N° 38.708 de fecha 6 de noviembre de 2014, y sus modificatorias y complementarias), por los siguientes textos:

“b. Copia del Acta del Órgano de Administración o decisión del representante legal inscripto en caso de sucursales extranjeras.”.

“f. Opinión Actuarial que avale la suficiencia técnica de primas y que las mismas no sean ni abusivas ni

discriminatorias, sólo para las coberturas de Personas. La misma deberá ser elaborada por un profesional que no posea relación de dependencia con la Aseguradora e inscripto en el “Registro de Actuarios” de la SSN. Asimismo debe contener los siguientes datos: nombre y apellido, N° de orden otorgado por SSN, teléfono de contacto, correo electrónico, N° Matrícula (tomo y folio), institución otorgante.”.

ARTÍCULO 3°.- Elimínense los incisos h. de los Puntos 23.2.1.2. y 23.3.2. y g. del Punto 23.2.2.2. del Reglamento General de la Actividad Aseguradora (t.o. Resolución SSN N° 38.708 de fecha 6 de noviembre de 2014, y sus modificatorias y complementarias).

ARTÍCULO 4°.- Sustitúyanse los Puntos 23.3. y 23.3.1. del Reglamento General de la Actividad Aseguradora (t.o. Resolución SSN N° 38.708 de fecha 6 de noviembre de 2014, y sus modificatorias y complementarias), por los siguientes:

“23.3. Aprobaciones de Carácter Particular conforme al Sistema de Pautas Mínimas

Previo a depositar ante este Organismo nuevas Condiciones Contractuales de carácter particular, y en su caso Tarifarias, mediante este sistema de autorización, deberá encontrarse vigente la Resolución que contenga las Pautas Mínimas para la Rama y/o Cobertura cuya aprobación se pretenda. La inexistencia de una Resolución de tales características inhabilita a las entidades a utilizar el procedimiento de autorización del presente punto.

Se excluyen de este sistema de aprobación: los Seguros Obligatorios, los Seguros del Ramo Caución y los que posean Condiciones Contractuales Uniformes de uso obligatorio aprobadas por este Organismo de Control conforme al punto 23.6. del presente Reglamento.

23.3.1. Plazos

Realizada la presentación correspondiente y bajo la condición de que la misma posea las formalidades indicadas en el punto 23.3.2., la entidad Aseguradora quedará automáticamente autorizada para la inmediata utilización de las Condiciones Contractuales, y en su caso tarifarias.

La SSN, una vez formulado su análisis, podrá exigir la modificación de las Condiciones Contractuales, y en su caso tarifarias, de considerarlo necesario. Asimismo, podrá retirar la autorización si de tal análisis surgiera un apartamiento material a las Pautas Mínimas aprobadas para cada Rama y/o Cobertura, a la Ley N° 17.418 o a lo estipulado en el presente Reglamento, sin perjuicio de las sanciones a las que hubiera lugar.”.

ARTÍCULO 5°.- Sustitúyase el inciso g. del Punto 23.3.2. del Reglamento General de la Actividad Aseguradora (t.o. Resolución SSN N° 38.708 de fecha 6 de noviembre de 2014, y sus modificatorias y complementarias), por el siguiente texto:

“g. Opinión Letrada de la cual surja que las Condiciones Contractuales del Seguro propuesto se ajustan a las disposiciones de las leyes vigentes en materia de seguros. La misma deberá ser elaborada por un profesional que no posea relación de dependencia con la Aseguradora y contener los siguientes datos: nombre y apellido, teléfono de contacto, correo electrónico, N° Matrícula (tomo y folio), institución otorgante.”.

ARTÍCULO 6°.- Deróguense las Resoluciones SSN N° 13.664, de fecha 30 de diciembre de 1976, y RESOL-2018-222-APN-SSN#MF, de fecha 7 de marzo.

ARTÍCULO 7°.- Apruébense las condiciones contractuales que como ANEXO I (IF-2021-111076025-APN-

GTYN#SSN) integran la presente Resolución, las cuales resultan de aplicación obligatoria en los Seguros Colectivos de Vida presentados bajo el Sistema de Pautas Mínimas.

Respecto de las Condiciones Generales Comunes, sólo se presentarán para su análisis los artículos de Exclusiones y Obligaciones del Tomador, los cuales deberán confeccionarse siguiendo los lineamientos del ANEXO II de la presente Resolución (IF-2021-111076835-APN-GTYN#SSN).

Asimismo, se podrán utilizar las cláusulas adicionales autorizadas con carácter general para los "Seguros Colectivos de Vida" obrantes en el Punto 23.4. Reglamento General de la Actividad Aseguradora (t.o. Resolución SSN N° 38.708 de fecha 6 de noviembre de 2014, y sus modificatorias y complementarias), sin necesidad de su presentación o adhesión.

ARTÍCULO 8°.- Apruébense las "Pautas Mínimas a aplicar para las Condiciones Contractuales de los Seguros Colectivos de Vida" que como ANEXO II (IF-2021-111076835-APN-GTYN#SSN) integran la presente Resolución, que deberán ser observadas conforme al "Sistema de Pautas Mínimas" del Punto 23.3. del Reglamento General de la Actividad Aseguradora (t.o. Resolución SSN N° 38.708 de fecha 6 de noviembre de 2014, y sus modificatorias y complementarias).

ARTÍCULO 9°.- Apruébense las "Pautas Mínimas para la Nota Técnica de los Seguros Colectivos de Vida" que como ANEXO III (IF-2021-111077351-APN-GTYN#SSN) integran la presente Resolución, que deberán ser observadas conforme al "Sistema de Pautas Mínimas" del Punto 23.3. del Reglamento General de la Actividad Aseguradora (t.o. Resolución SSN N° 38.708 de fecha 6 de noviembre de 2014, y sus modificatorias y complementarias).

ARTÍCULO 10.- Establécese que las Pautas Mínimas aprobadas en los Artículos 8° y 9° de la presente Resolución no resultarán de aplicación a los "Seguros de Vida Colectivos sobre Saldo Deudor", "Seguros de Vida con Ahorro" ni a los "Seguros Colectivos de Vida Obligatorios" (conf. Decreto N° 1567/74, Leyes Nros. 13.003, 16.517, 16.600, 19.628 y sus modificatorias y complementarias).

ARTÍCULO 11.- Apruébese con carácter general y de aplicación uniforme la cláusula denominada "Medios Habilitados de Pago de Premios" que como ANEXO IV (IF-2021-111079426-APN-GTYN#SSN) integra la presente Resolución.

ARTÍCULO 12.- Apruébese con carácter general y de aplicación uniforme la cláusula denominada "Cláusula de Interpretación" que como ANEXO V (IF-2021-111080257-APN-GTYN#SSN) integra la presente Resolución.

ARTÍCULO 13.- Apruébense con carácter general y de aplicación uniforme las cláusulas denominadas "Cláusula Adicional de Incremento Automático de Capitales Asegurados en Base a un Porcentaje Fijo - Modalidad Colectiva" que como ANEXO VI (IF-2021-111080530-APN-GTYN#SSN) integran la presente Resolución, las cuales no resultarán de aplicación para los "Seguros de Vida Colectivos sobre Saldo Deudor", "Seguros Colectivos de Vida Obligatorios" (conf. Decreto N° 1567/74, Leyes Nros. 13.003, 16.517, 16.600, 19.628 y sus modificatorias y complementarias), Sepelio ni ningún Seguro de Personas cuya Suma Asegurada esté expresada en función del Salario Mínimo Vital y Móvil (SMVM) o como múltiplo de sueldos del asegurado, ni a los seguros patrimoniales.

ARTÍCULO 14.- Establécese que las cláusulas aprobadas en los Artículos 11, 12 y 13 podrán ser utilizadas sin autorización previa en los planes de seguro sometidos a aprobación o aprobados por esta SUPERINTENDENCIA

DE SEGUROS DE LA NACIÓN, cuyo inicio de vigencia sea posterior a la presente Resolución.

ARTÍCULO 15.- Deróguense los Artículos 4° de las Resoluciones RESOL-2018-367-APN-SSN#MF, de fecha 17 de abril, RESOL-2018-611-APN-SSN#MF, de fecha 28 de junio, RESOL-2019-552-APN-SSN#MHA, de fecha 18 de junio, RESOL-2019-570-APN-SSN#MHA, de fecha 21 junio, RESOL-2019-824-APN-SSN#MHA, de fecha 10 de septiembre, 5° de las Resoluciones RESOL-2018-145-APN-SSN#MF, de fecha 22 de febrero, RESOL-2018-206-APN-SSN#MF, de fecha 5 de marzo, RESOL-2018-209-APN-SSN#MF, de fecha 5 de marzo, RESOL-2018-247-APN-SSN#MF, de fecha 12 de marzo, RESOL-2018-585-APN-SSN#MF, de fecha 15 de junio, 1° de la Resolución RESOL-2018-705-APN-SSN#MHA, de fecha 26 de julio, y 9° de la Resolución RESOL-2019-813-APN-SSN#MHA, de fecha 10 de septiembre.

ARTÍCULO 16.- Comuníquese, publíquese, dése a la DIRECCIÓN NACIONAL DEL REGISTRO OFICIAL, y archívese.

Digitally signed by GUIDA Mirta Adriana
Date: 2021.12.09 10:23:56 ART
Location: Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Mirta Adriana Guida
Superintendente
Superintendencia de Seguros de la Nación



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2021 - Año de Homenaje al Premio Nobel de Medicina Dr. César Milstein

Informe

Número: IF-2021-111076025-APN-GTYN#SSN

CIUDAD DE BUENOS AIRES
Martes 16 de Noviembre de 2021

Referencia: ANEXO I - Condiciones Contractuales de aplicación Obligatoria - Seguros Colectivos de Vida presentados bajo el Sistema de Pautas Mínimas

ANEXO I

Condiciones Generales Comunes – Seguro de Vida Colectivo

Artículo 1° - Disposiciones Fundamentales

Preeminencia normativa: Esta póliza se integra con estas Condiciones Generales Comunes, Condiciones Generales Específicas, Cláusulas Adicionales y Condiciones Particulares.

El contrato se establece bajo el siguiente orden de prelación:

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

Artículo 2° - Riesgo Cubierto: Cobertura Básica de Fallecimiento

El presente seguro cubre el riesgo de fallecimiento de cada Asegurado durante la vigencia del respectivo Certificado Individual.

Artículo 3° - Limitaciones y Exclusiones

ESTE ARTÍCULO DEBERÁ SER REMITIDO POR CADA ENTIDAD ASEGURADORA PARA SU ANÁLISIS.

Artículo 4° - Reticencia

Esta póliza y los respectivos Certificados Individuales han sido extendidos por la Aseguradora sobre la base de las declaraciones suscriptas por el Tomador en su solicitud y de las declaraciones suscriptas por los Asegurados en sus solicitudes individuales.

Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Tomador o por los Asegurados, aún hecha de buena fe, que a juicio de peritos hubiere impedido el contrato o la aceptación de los Certificados Individuales, o hubiere modificado las condiciones de los mismos, si el Asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato y/o los Certificados Individuales.

Cuando la reticencia o falsedad sólo fuere imputable a parte del grupo asegurado, serán nulos únicamente los respectivos Certificados Individuales, excepto que, a juicio de peritos dicha reticencia hubiese impedido la cobertura de la totalidad del grupo asegurado.

La Aseguradora cuenta con un plazo de TRES (3) meses, contado desde que tomó conocimiento de la reticencia, para impugnar el contrato de nulidad o proceder a su reajuste.

Transcurridos TRES (3) años desde la celebración del contrato y/o de la emisión del Certificado Individual, lo que sea posterior, la Aseguradora no puede invocar la reticencia, excepto cuando fuere dolosa.

La Aseguradora no invocará como reticencia o falsa declaración la omisión de hechos o circunstancias cuya pregunta no conste expresa y claramente en la solicitud del seguro, en las solicitudes individuales y/o declaraciones personales de salud.

Artículo 5° - Vigencia

Esta póliza entra en vigencia desde las CERO (00) horas del día fijado en Condiciones Particulares como comienzo de su vigencia. La cobertura será de **vigencia anual renovable** automáticamente.

No obstante ello, cualquiera de las partes (Tomador o Aseguradora) deberá notificar por escrito y con una anticipación no menor a TREINTA (30) días corridos al vencimiento de la vigencia de la póliza, **su decisión de no renovar**.

Artículo 6° - Fecha de Entrada en Vigor de cada Certificado Individual de Cobertura

Los asegurables que hubieran solicitado su incorporación a esta póliza quedarán comprendidos en la póliza a partir del día primero del mes siguiente a la aceptación de la respectiva solicitud de cobertura, por parte de la Aseguradora, salvo que se indique otra fecha en el Certificado Individual.

Artículo 7° - Capitales Asegurados

La suma asegurada con que está cubierto cada Asegurado es la determinada en el respectivo Certificado Individual.

Artículo 8° - Prima y Premio

Las tasas de prima insertas en las Condiciones Particulares de esta póliza regirán durante el primer año de vigencia del seguro. Dichas tasas de prima podrán ser ajustadas en cada aniversario de la póliza por la Aseguradora, la cual comunicará por escrito al Tomador las nuevas tasas de prima resultantes, con una anticipación mínima de TREINTA (30) días corridos a la fecha de aniversario en que comiencen a regir las mismas.

Las primas individuales a abonar por cada Asegurado resultarán de aplicar la tasa de prima sobre el monto de su capital asegurado.

El premio surge de adicionar a la prima los impuestos, tasas, contribuciones y sellados que pudieran corresponder.

Artículo 9º - Pago de los Premios

Opción 1- Pagos efectuados por el Tomador

Los premios deberán ser pagados por intermedio del Tomador a través de los medios de pago autorizados. En caso que los Asegurados contribuyan al pago del premio, en las Condiciones Particulares se indicará la proporción en que el Tomador y los Asegurados asumen la obligación de pago.

La periodicidad y vencimientos serán los establecidos en las Condiciones Particulares de esta póliza y en los respectivos Certificados Individuales.

Opción 2- Pago Directo por el Asegurado

Los premios deberán ser pagados por cada Asegurado Individual directamente a la entidad aseguradora, a través de los medios de pago autorizados.

La periodicidad y vencimientos serán los establecidos en los respectivos Certificados Individuales.

Artículo 10 - Plazo de Gracia

Opción 1- Pagos efectuados por el Tomador

La Aseguradora concede un **plazo de gracia de TREINTA (30) días corridos para el pago de los premios vencidos impagos, sin recargo de intereses.** Durante ese plazo, esta póliza continuará en **pleno vigor.** Si dentro de este plazo se produjera un siniestro amparado por la presente póliza, se deducirá de la suma a abonarse el premio o fracción de premio impago vencido, correspondiente al Asegurado en cuestión.

Para el pago del primer premio, el plazo de gracia se contará desde la fecha de inicio de vigencia de esta póliza. Para el pago de los premios siguientes, dicho plazo de gracia correrá a partir de las CERO (00) horas del día en que venza cada uno.

Los derechos que esta póliza acuerda al Tomador nacen el mismo día y hora en que comienzan las obligaciones a su cargo establecidas precedentemente.

Opción 2- Pago Directo por el Asegurado

La Aseguradora concede un **plazo de gracia de TREINTA (30) días corridos para el pago de los premios**

vencidos impagos, sin recargo de intereses. Durante ese plazo, el Certificado Individual continuará en **pleno vigor**. Si dentro de este plazo se produjera un siniestro amparado por el Certificado Individual, se deducirá de la suma a abonarse el premio o fracción de premio impago vencido.

Para el pago del primer premio, el plazo de gracia se contará desde la fecha de inicio de vigencia del Certificado Individual. Para el pago de los premios siguientes, dicho plazo de gracia correrá a partir de las CERO (00) horas del día en que venza cada uno.

Los derechos que esta póliza acuerda al Tomador nacen el mismo día y hora en que comienzan las obligaciones a su cargo establecidas precedentemente.

Artículo 11 - Falta de Pago de los Premios

Opción 1- Pagos efectuados por el Tomador

La falta de pago del premio en el plazo de gracia genera la rescisión automática de la póliza. El Tomador adeudará a la Aseguradora el premio correspondiente al período impago (premio vencido más premio del plazo de gracia). Si el tomador hubiera solicitado la rescisión durante el período de gracia, adeudará el premio calculado a prorrata por los días transcurridos desde el vencimiento del premio impago hasta la fecha de envío de tal solicitud.

Opción 2- Pago Directo por el Asegurado

La falta de pago del premio en el plazo de gracia genera la rescisión automática del Certificado Individual. El Asegurado adeudará a la Aseguradora el premio correspondiente al período impago (premio vencido más premio del plazo de gracia). Si el Asegurado hubiera solicitado la rescisión durante el período de gracia, adeudará el premio calculado a prorrata por los días transcurridos desde el vencimiento del premio impago hasta la fecha de envío de tal solicitud.

Artículo 12 - Cantidad Mínima de Asegurados y Porcentaje Mínimo de Adhesión

Es condición expresa para que este seguro entre en vigor y mantenga su vigencia en las condiciones pactadas en materia de capitales y primas, que tanto la cantidad de Asegurados como el porcentaje de adhesión (cantidad de asegurados en relación con cantidad de integrantes del grupo) alcancen los mínimos indicados en las Condiciones Particulares.

Si en un determinado momento no se reunieran los requisitos mínimos antes mencionados, la Aseguradora podrá reducir las sumas aseguradas o modificar la tasa de prima aplicada. Asimismo, si se produjere una variación superior al porcentaje establecido en las Condiciones Particulares en la cantidad de asegurados y/o sumatoria de capitales asegurados individuales, se podrá realizar un nuevo cálculo de tasa de prima promedio, la que regirá hasta el vencimiento de la anualidad en curso.

Cualquier decisión de modificación deberá ser notificada por escrito al Tomador, con una anticipación mínima de TREINTA (30) días corridos a la fecha de aplicación de la modificación en cuestión.

Artículo 13 - Nómina de Asegurados

La Aseguradora entregará al Tomador, al momento de emitir la póliza, una nómina completa de los asegurados con las respectivas sumas aseguradas y, asimismo, entregará listas de actualización por ingresos, egresos y

variaciones de los capitales asegurados a medida que se produzcan. **Dicho listado constituirá prueba de la totalidad de los Asegurados, debiendo el Tomador notificar a la Aseguradora cualquier modificación a la misma.**

Artículo 14 - Designación y Cambio de Beneficiarios

Cada Asegurado designará en su Solicitud Individual, en oportunidad de incorporarse al seguro, el o los beneficiarios del mismo.

Cualquier Asegurado podrá cambiar, en todo momento, el beneficiario o los beneficiarios por él designados salvo que la designación sea a título oneroso. El cambio de beneficiario surtirá efecto frente a la Aseguradora en cuanto el Asegurado realice la correspondiente comunicación por escrito.

La Aseguradora quedará liberada en caso de pagar el capital asegurado a los beneficiarios debidamente designados con anterioridad a la recepción de cualquier comunicación modificatoria de esa designación.

Perderá todo derecho el beneficiario que provoca deliberadamente la muerte del Asegurado con un acto ilícito.

Artículo 15 - Denuncia del Siniestro - Liquidación por Fallecimiento

Los beneficiarios o derechohabientes del Asegurado y/o el Tomador, según el caso, deberán comunicar el acaecimiento del fallecimiento del Asegurado conforme el plazo definido en Condiciones Particulares y Certificado Individual, el cual nunca será inferior a los TRES (3) días, contados desde la ocurrencia del mismo o desde que el denunciante conozca la existencia del beneficio, lo que fuere posterior, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

La Aseguradora abonará a los beneficiarios la suma asegurada estipulada en el Certificado Individual, dentro de los QUINCE (15) días de recibida la copia de la partida de defunción y la restante documentación que solicitara a los beneficiarios en los términos del Artículo 46 segundo párrafo de la Ley de Seguros.

La Aseguradora no deducirá de la indemnización ninguna fracción o fracciones de premio no vencidos que faltasen para completar la anualidad al momento de cualquier liquidación que provenga de la póliza.

Artículo 16 - Obligaciones del Tomador

ESTE ARTÍCULO DEBERÁ SER REMITIDO POR CADA ENTIDAD ASEGURADORA PARA SU ANÁLISIS.

Artículo 17 - Finalización de las Coberturas Individuales

La cobertura individual de cada Asegurado finalizará en los siguientes casos:

- a) Por renuncia del Asegurado a continuar con el seguro.
- b) Por fallecimiento del Asegurado.
- c) Por dejar de pertenecer el Asegurado al grupo regido por el Tomador.
- d) Por caducidad o rescisión de la póliza, por parte del Tomador.

e) Por falta de pago de premios de acuerdo con lo establecido en el Artículo 11 de estas Condiciones Generales Comunes.

f) Cuando el Asegurado cumpla 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.

g) Por ocurrir 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, siempre que el capital asegurado de dicha cobertura sea igual al de fallecimiento.

Tanto la renuncia a que se refiere el punto a), como el retiro del grupo previsto en el punto c), deberán ser comunicados por medio fehaciente a la Aseguradora por intermedio del Tomador, dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjeran dichos eventos.

En todos los casos, la rescisión de los Certificados Individuales 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 Individuales rescindidos.

En cualquier caso de rescisión o caducidad de esta póliza caducarán simultáneamente todos los Certificados Individuales cubiertos por ella, salvo las obligaciones pendientes a cargo de la Aseguradora.

Artículo 18 - Rescisión de esta Póliza

Sin perjuicio de las demás causales de rescisión y caducidad ya previstas, esta póliza podrá ser rescindida por el Tomador en cualquier momento después del primer año de vigencia del seguro, previo aviso por escrito con una anticipación no menor a TREINTA (30) días.

Por su parte, la Aseguradora podrá optar por no renovar la póliza al vencimiento de cada aniversario, mediante aviso por escrito con una anticipación no menor a TREINTA (30) días, conforme lo estipulado en el Artículo 5° de estas Condiciones Generales Comunes.

Artículo 19 - Duplicado de Póliza y de Certificados

Si en caso de robo, pérdida, destrucción o cualquier otra causa esta póliza dejara de hallarse en poder del Tomador, o cualquier Certificado Individual en poder del Asegurado, los interesados podrán obtener un duplicado en sustitución del original. Las modificaciones o suplementos que se incluyan en el duplicado, a pedido del Tomador o del Asegurado, serán los únicos válidos.

El Tomador y los Asegurados tienen derecho a que se les entregue copia de las declaraciones efectuadas con motivo de este contrato y de la póliza y/o de los Certificados Individuales sin costo alguno.

Artículo 20 - Impuestos, Tasas y Contribuciones

Los impuestos, tasas y contribuciones de cualquier índole y jurisdicción que se crearen en lo sucesivo, o los aumentos eventuales de los existentes, estarán a cargo del Tomador, o de los Asegurados, según el caso, salvo cuando la Ley los declare expresamente a cargo exclusivo de la Aseguradora.

Artículo 21 - Facultades del Productor o Agente

El productor o agente de seguros, cualquiera sea su vinculación con la Aseguradora, autorizado por ésta para la intermediación, sólo está facultado con respecto a las operaciones en las cuales interviene para:

- Recibir propuestas de celebración y modificación de contratos de seguros;
- Entregar los instrumentos emitidos por la Aseguradora, referentes a contratos o sus prórrogas.

Artículo 22 - Prescripción

Las acciones fundadas en el presente contrato prescriben en el plazo de un año, computado desde que la correspondiente obligación es exigible. El plazo de prescripción para el beneficiario se computa desde que conoce la existencia del beneficio, pero en ningún caso excederá de tres años desde el siniestro.

Los actos del procedimiento establecido por la ley o el contrato para la liquidación del daño interrumpen la prescripción para el cobro de la prima y de la indemnización.

Artículo 23 - Jurisdicción

Toda controversia judicial que se plantee con relación al presente contrato, será dirimida ante los Tribunales ordinarios competentes de la jurisdicción del lugar de emisión de la póliza o del domicilio del Asegurado en los casos en que la póliza y/o el Certificado Individual hayan sido emitidos en una jurisdicción distinta a la de su domicilio.

Artículo 24 - Domicilio

El domicilio en el que las partes deben efectuar las denuncias y declaraciones previstas en la Ley de Seguros o en el presente contrato es el último declarado.

(La entidad podrá especificar en este artículo los canales de remisión de información, tales como correos electrónicos, página web, etc, habilitados para efectuar cualquier declaración prevista en la póliza.)

Cláusula Adicional - Agravación del Riesgo

Se entiende por agravación del riesgo asumido, cualquier cambio de circunstancia con posterioridad a la celebración del contrato que si hubiese existido al tiempo de la celebración, a juicio de peritos hubiera impedido este contrato o modificado sus condiciones. Se consideran agravaciones del riesgo únicamente aquellas que provengan del cambio de la profesión o de la actividad declaradas.

Cada Asegurado deberá denunciar a la Aseguradora las agravaciones del riesgo asumido, causadas por un hecho suyo antes de que se produzcan; y las debidas a un hecho ajeno, inmediatamente después de conocerlas.

Cuando la agravación se deba a un hecho del Asegurado, la cobertura queda suspendida. La Aseguradora en el término de SIETE (7) días deberá notificar su decisión de rescindir

Cuando la agravación resulte de un hecho ajeno al Asegurado, la Aseguradora deberá notificarle su decisión de

rescindir dentro del término de UN (1) mes y con un preaviso de SIETE (7) días. Pero si el riesgo no se hubiera asumido según las prácticas comerciales de la Aseguradora, la cobertura queda suspendida y la Aseguradora en el término de SIETE (7) días deberá notificar su decisión de rescindir.

Si la Aseguradora hubiera otorgado la cobertura por un costo mayor, el mismo se ajustará según el verdadero riesgo asumido.

NOTA SUSCRIPCIÓN: La presente cláusula únicamente podrá ser aplicada en caso de que la entidad requiera la notificación de agravaciones del riesgo que provengan de la modificación de la profesión o de la actividad declaradas.

Digitally signed by Gestion Documental Electronica
Date: 2021.11.16 10:57:18 -03:00

Valeria Hirschhorn
Gerenta
Gerencia Técnica y Normativa
Superintendencia de Seguros de la Nación

Digitally signed by Gestion Documental
Electronica
Date: 2021.11.16 10:57:19 -03:00



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2021 - Año de Homenaje al Premio Nobel de Medicina Dr. César Milstein

Informe

Número: IF-2021-111076835-APN-GTYN#SSN

CIUDAD DE BUENOS AIRES
Martes 16 de Noviembre de 2021

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

ANEXO II

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

1. Condiciones Generales Comunes:

1.1. 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.

1.2. Obligaciones de la Entidad Aseguradora: toda información que requiera la entidad que pueda ser verificado por la misma para la suscripción del riesgo, es de exclusiva responsabilidad de la entidad aseguradora. Es así por ejemplo que, el dato correspondiente a la edad del asegurable deberá ser verificado al momento de la suscripción. La aceptación de pago de prima aun cuando la persona no fuera asegurable conforme su política de suscripción (edades de ingreso), será considerada como aceptación del riesgo y en consecuencia la entidad deberá afrontar el pago del beneficio en caso de siniestro. Igual tratamiento se dará en los casos en que una persona se encuentre asegurada, como titular o adicional, en distintas pólizas suscriptas por una misma entidad.

2. Cobertura:

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

2.1. 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

2.2. Cláusulas Adicionales

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

- a. Riesgo Cubierto
- b. Ámbito de Cobertura
- c. Carácter del Beneficio
- d. Modalidad de Pago del Beneficio
- e. Exclusiones Específicas
- f. Plazos de Carencia
- g. Plazos de Espera
- h. Denuncia del Siniestro
- i. Plazos de Comprobación
- j. Valuación por Peritos

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 exclusión 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 pruebas de asegurabilidad (declaración de salud o exámenes médicos), 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 Temporal | 60 | 60 |
| Trasplante de Organos | 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) vigente al momento del siniestro, 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 periodo de espera aplicable.

7. Coberturas de Sepelio:

Deberán comercializarse conforme lo estipulado en la Resolución SSN N° 37.072 y sus modificatorias y/o complementarias.

En lo que concierne a la extensión de estas coberturas a los integrantes del grupo familiar del asegurado titular, las entidades deberán atenerse a lo expuesto en el “*Punto 10. Grupo Familiar*” del presente Anexo.

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. Dicha opinión médica deberá contener firma, aclaración, número de matrícula del médico especializado e institución otorgante.

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. Coberturas de Reintegro de Gastos Médicos:

9.1. 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.

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

9.3. 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.

10. 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.

Los hijos menores de CATORCE (14) años sólo podrán ser asegurados bajo la cobertura de sepelio.

En aquellas pólizas que ofrezcan la posibilidad de continuidad en el seguro para los asegurados familiares ante el fallecimiento del asegurado titular, dicha continuidad deberá responder a uno de los siguientes esquemas:

- a) en caso de que el cónyuge supérstite tuviera una relación previa con el Tomador, se mantendrá la cobertura grupal original asumiendo el cónyuge supérstite la figura de asegurado titular;
- b) en caso de no existir la relación mencionada en el inciso anterior, se convertirá la cobertura a un seguro individual sin exigirse el cumplimiento de ningún requisito de asegurabilidad.

11. Continuidad de Estudios:

11.1. Bajo esta modalidad de pago del beneficio, se comercializará exclusivamente la cobertura básica de fallecimiento, con la única posibilidad de incorporar, a opción del tomador, la cobertura de invalidez total y permanente (beneficio sustitutivo del capital asegurado por fallecimiento).

11.2. 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 pactado.

11.3. El beneficiario de esta cláusula será el Tomador, es decir, el establecimiento educativo al que el alumno asista. Si el beneficio se abonara en un único pago, el alumno deberá tener garantizado el pago de las cuotas

mensuales y matrículas anuales del tiempo que resta hasta la finalización de los estudios o del nivel de estudio pactado con el Tomador en Condiciones Particulares.

12. Ley de Contrato de Trabajo:

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

12.2. 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.

12.3. Deberá 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.

13. Otras Cláusulas Adicionales:

13.1. Cláusula de Opción para Jubilados:

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

13.2. 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.

14. Condiciones Particulares y Certificado de Incorporación Individual:

14.1. 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).

14.2. 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.

14.3. 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.

14.4. 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) y demás componentes incluidos en la Nota Técnica para la obtención del Premio, según corresponda.

14.5. A fin de cumplimentar lo estipulado en el Inciso 1) 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 NACION por Resolución de Pautas Mínimas del Ramo "Vida Colectivo" N° / N° de Expediente Electrónico (informar el acto administrativo/ número de Expediente Electrónico)".

15. 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.

Digitally signed by Gestion Documental Electronica
Date: 2021.11.16 10:58:27 -03:00

Valeria Hirschhorn
Gerenta
Gerencia Técnica y Normativa
Superintendencia de Seguros de la Nación

Digitally signed by Gestion Documental
Electronica
Date: 2021.11.16 10:58:28 -03:00



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2021 - Año de Homenaje al Premio Nobel de Medicina Dr. César Milstein

Informe

Número: IF-2021-111077351-APN-GTYN#SSN

CIUDAD DE BUENOS AIRES
Martes 16 de Noviembre de 2021

Referencia: ANEXO III - Pautas Mínimas para la Nota Técnica de los Seguros Colectivos de Vida

ANEXO III

Pautas Mínimas para la Nota Técnica de los Seguros Colectivos de Vida

Las entidades Aseguradoras deberán elaborar las tarifas de acuerdo a los lineamientos planteados en el presente Anexo.

La Nota Técnica deberá especificar lo siguiente:

- a. Características del producto: Ramo, cobertura, modalidad de contratación, tipo de moneda/s de comercialización, entre otras cuestiones que definan e identifiquen al producto.
- b. Riesgos cubiertos: cobertura básica, coberturas adicionales, sumas aseguradas, carencias, y todo otro elemento que sea determinante de la prima pura.
- c. Tasa Técnica: No podrá exceder el CUATRO POR CIENTO (4%) efectivo anual para las pólizas emitidas en moneda de curso legal y el DOS POR CIENTO (2%) efectivo anual para las pólizas emitidas en dólares estadounidenses o euros.
- d. Tabla de Mortalidad: Se deberá definir una tabla que, para todas las edades detalladas, se encuentre dentro de los rangos de vidas medias indicadas a continuación:

| Edad | Mínima | Máxima |
|------|--------|--------|
| 15 | 56,8 | 67,9 |

| | | |
|----|------|------|
| 25 | 47,3 | 58,2 |
| 35 | 38,1 | 48,4 |
| 45 | 29,2 | 38,9 |
| 55 | 21,0 | 29,7 |
| 65 | 13,9 | 21,0 |

La vida media se obtendrá con la siguiente fórmula:

$$e(x) = \frac{T(x)}{l(x)}$$

Siendo:

$$l(x+1) = l(x) \times (1 - q(x))$$

$$d(x) = l(x) - l(x+1)$$

$$L(x) = l(x) - \frac{d(x)}{2}$$

$$T(x) = \sum L(x)$$

$$e(x) = \frac{T(x)}{l(x)}$$

e. Ajuste de la tabla por suscripción: Se podrá establecer un ajuste equidistante sobre el porcentual de tabla definido (porcentaje base, único para todas las edades), el cual no podrá superar una variación del VEINTICINCO POR CIENTO (25%) sobre dicho porcentaje base. Los límites inferior y superior del rango así determinado deberán siempre recaer dentro de las cotas de vida media establecidas precedentemente. La utilización de este rango sustituye la aplicación del Punto 26.1.10 del Reglamento General de la Actividad

Aseguradora.

f. Máximos Gastos de Adquisición (producción) y Administración (explotación): Deberán definirse individualmente. Cada uno de ellos no podrá superar el TREINTA POR CIENTO (30%) de la prima de tarifa y la suma de ambos el CINCUENTA POR CIENTO (50%) de la misma.

g. Recargo de Seguridad: La Aseguradora podrá incorporar un recargo de seguridad para desvíos en la tabla de mortalidad o en las tasas de frecuencias de las cláusulas adicionales. Dicho recargo no puede superar el VEINTE POR CIENTO (20%) y deberá establecerse en forma puntual.

h. Recargo por Eliminación de Exclusiones: Se deberá especificar el recargo a aplicar por la eliminación de algunas de las exclusiones, en caso de corresponder, debiendo estar indicado dicho recargo en el Certificado de Incorporación Individual del Asegurado al que se aplique.

i. Recargo por Agravación del Riesgo: Se admitirá una extraprima aplicable a un riesgo particular, debiendo estar indicado dicho recargo en el Certificado de Incorporación Individual del Asegurado al que se aplique. El recargo máximo pasible de autorización será del TRESCIENTOS POR CIENTO (300%) sobre la tasa de riesgo. En caso de presentar recargos aplicables sobre la suma asegurada, éstos no podrán superar el CINCO POR MIL (5%) de dicha suma.

j. La aplicación en forma conjunta de los recargos por eliminación de exclusiones y agravación del riesgo antedicho, como así también cualquier otro que la entidad aplique, no podrá superar el TRESCIENTOS POR CIENTO (300%) sobre la tasa de riesgo.

k. Recargo por Fraccionamiento: La Aseguradora podrá aplicar un recargo por el fraccionamiento de las primas, el cual no podrá exceder el TRES POR CIENTO (3%) de tasa directa anual para el fraccionamiento mensual. Este recargo deberá establecerse en forma puntual para cada periodicidad contemplada.

l. Cláusulas Adicionales: Se deberán justificar las tasas propuestas con bases técnicas y en base a estudios estadísticos debidamente actualizados, o contar con el aval del reasegurador que participe en el riesgo. En todas aquellas cláusulas que, conforme el riesgo cubierto, se utilicen tablas de mortalidad como base para el cálculo de la tarifa, deberá emplearse la misma tabla, y con igual ajuste, que la utilizada para el riesgo básico de muerte.

Cuando se presenten bases técnicas, deberán informarse todos los links y/o rutas de acceso de las páginas web de donde se extrajeran los datos estadísticos a los fines de su verificación. Asimismo, deberán remitirse los cálculos de las tarifas mediante hoja de cálculo (planilla Excel), conteniendo todas las fórmulas utilizadas, en caso de corresponder.

m. Reservas: Deberán quedar establecidas las reservas que constituirá la entidad, especificando que estarán confeccionadas en un todo de acuerdo a la Resolución General SSN N° 38.708 y sus modificatorias.

n. Política de Suscripción y Retención de Riesgos contemplada en el Punto 24.1 del Reglamento General de la Actividad Aseguradora. Deberá discriminarse para cada una de las coberturas del plan y en cada una de las monedas en que será comercializado el mismo.

Para las Cláusulas Adicionales de Sepelio deberá tenerse en cuenta que la Suma Asegurada no podrá superar el

valor de 5,5 Salarios Mínimos Vitales y Móviles (SMVM), conforme el último SMVM publicado al mes de diciembre del año anterior.

Las Sumas Aseguradas de cada una de las coberturas adicionales no podrán superar a la Suma Asegurada de la cobertura de fallecimiento, excepto en la modalidad Ley de Contrato de Trabajo y Convenios Colectivos de Trabajo, cuando la normativa o el convenio así lo disponga.

o. Cálculo de las Primas:

- i. *Método de Tasa de Prima Individual*: Las primas individuales por cada Asegurado resultarán de aplicar la tasa de prima correspondiente a la edad alcanzada por el mismo sobre su respectivo Capital Asegurado.
- ii. *Método de Tasa de Prima Colectiva*: La tasa de prima media resultará de dividir la suma de las tasas de primas individuales correspondientes a cada Asegurado aplicadas sobre los respectivos Capitales Asegurados, por la suma de los Capitales Asegurados. Las primas individuales a abonar por cada Asegurado resultarán de aplicar la tasa de prima media sobre el monto de su Capital Asegurado.
- iii. *Método de Tasa de Prima por Grupos de Edades*: La tasa de prima media para cada rango de edad resultará de dividir la suma de las tasas de primas individuales correspondientes a cada Asegurado perteneciente al rango aplicadas sobre los respectivos Capitales Asegurados, por la suma de los Capitales Asegurados del grupo. Los rangos de edades deberán ser equidistantes, pudiendo los extremos tener una amplitud diferente a la de los restantes rangos, siempre y cuando no superen los DIEZ (10) años ni el doble de la amplitud de los mismos. Las primas individuales a abonar por cada Asegurado resultarán de aplicar la tasa de prima media del grupo de edad al cual pertenecen, sobre el monto de su Capital Asegurado

p. Grupo Familiar: Tratándose de un seguro nominativo, la entidad cuenta con la información necesaria para calcular la prima correspondiente a cada integrante del grupo familiar, por lo que no podrá utilizarse una prima uniforme con independencia del número de integrantes que lo compongan. Deberá cobrarse a cada Asegurado la prima correspondiente.

En caso de aplicarse el método de cálculo de tasa promedio, los asegurados familiares no podrán formar parte del grupo del Asegurado titular. Deberá calcularse una tasa promedio específica para cónyuge/conviviente y una tasa específica para hijos. Sin perjuicio de ello, podrá incorporarse al cónyuge/conviviente en el cálculo de la tasa promedio de los asegurados titulares siempre que se justifique técnicamente su inclusión y ello no distorsione la homogeneidad del grupo de titulares.

q. Incremento Automático de los Capitales Asegurados: Deberá contemplarse la fórmula de cálculo del coeficiente de incremento.

Esta cláusula no podrá utilizarse cuando el seguro se comercialice en moneda extranjera. Toda la información concerniente a la misma deberá quedar especificada en Condiciones Particulares y Certificado de Incorporación Individual.

r. Participación en Utilidades: Deberá contemplarse la fórmula de cálculo y los porcentajes mínimo y máximo de participación, cuyo rango plausible de autorización obrará en el orden del CINCO POR CIENTO (5%) al NOVENTA POR CIENTO (90%). Podrán aplicarse diferentes porcentuales de participación a cada una de las coberturas del plan.

La liquidación y el pago de la participación en las utilidades deberán efectuarse en un plazo máximo de

NOVENTA (90) días desde la finalización del período considerado.

A los fines de efectuar el cálculo, deberán contemplarse las primas del seguro, los gastos, los siniestros y la reserva para siniestros pendientes de pago. Deberá utilizarse un criterio de cálculo homogéneo entre ingresos y egresos, es decir, si se consideran las primas devengadas, deberán contemplarse los siniestros devengados. Igual tratamiento se dará en el caso de utilizar los conceptos pagados o diferenciar entre primas y siniestros brutos o netos de reaseguro.

La participación en utilidades podrá calcularse para algunas o todas las coberturas de plan, ya sea en forma global o cobertura por cobertura. El método de cálculo deberá quedar claramente establecido en Condiciones Particulares y Certificado de Incorporación Individual. En caso de que el cálculo se realice cobertura por cobertura, y se obtenga un saldo negativo de cualquiera de ellas, éste no podrá ser compensado con el saldo de otra cobertura y deberá acumularse para la siguiente vigencia, respetando el plazo máximo de CINCO (5) años de arrastre de pérdidas.

Digitally signed by Gestion Documental Electronica
Date: 2021.11.16 10:59:11 -03:00

Valeria Hirschhorn
Gerenta
Gerencia Técnica y Normativa
Superintendencia de Seguros de la Nación

Digitally signed by Gestion Documental
Electronica
Date: 2021.11.16 10:59:12 -03:00



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2021 - Año de Homenaje al Premio Nobel de Medicina Dr. César Milstein

Informe

Número: IF-2021-111079426-APN-GTYN#SSN

CIUDAD DE BUENOS AIRES
Martes 16 de Noviembre de 2021

Referencia: ANEXO IV - Medios Habilitados de Pago de Premios

ANEXO IV

Medios Habilitados de Pago de Premios

Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes:

- a. Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION.
- b. Entidades financieras sometidas al régimen de la Ley N° 21.526.
- c. Tarjetas de crédito, débito o compras emitidas en el marco de la Ley N° 25.065. Cheques de terceros, los que deberán ser indefectiblemente endosados por el Asegurado o Tomador de la póliza.
- d. Efectivo en moneda de curso legal, mediante la utilización de un Controlador Fiscal homologado por la ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS y registrado ante la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION, únicamente hasta la suma máxima establecida en la normativa vigente.
- e. Cuando la percepción de premios se materialice a través del SISTEMA UNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el presente artículo.

Valeria Hirschhorn
Gerenta
Gerencia Técnica y Normativa
Superintendencia de Seguros de la Nación



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2021 - Año de Homenaje al Premio Nobel de Medicina Dr. César Milstein

Informe

Número: IF-2021-111080257-APN-GTYN#SSN

CIUDAD DE BUENOS AIRES
Martes 16 de Noviembre de 2021

Referencia: ANEXO V - Cláusula de Interpretación

ANEXO V

Cláusula de Interpretación

A los efectos de la presente póliza, déjense expresamente convenidas las siguientes reglas de interpretación, asignándose a los vocablos utilizados los significados y equivalencias que se consignan:

I. Definiciones:

1. Guerra Internacional: Es: i) la guerra declarada oficialmente o no, entre dos o más países, con la intervención de fuerzas regulares o irregulares organizadas militarmente, participen o no civiles en ellas, o ii) la invasión a un país por las fuerzas regulares o irregulares organizadas militarmente de otro país, y aunque en ellas participen civiles de este último o iii) las operaciones bélicas o de naturaleza similar llevadas a cabo por uno o más país(es) en contra de otro(s) país(es).
2. Guerra Civil: Es un estado de lucha armada entre los habitantes de un país o entre los habitantes y las fuerzas armadas regulares de dicho país, caracterizado por la organización militar de los contendientes, aunque sea rudimentaria, cualquiera fuese su extensión geográfica, intensidad o duración, participen o no civiles en ella, y cuyo objeto sea derrocar al gobierno del país o a alguno o todos los poderes constituidos, o lograr la secesión de una parte de su territorio.
3. Guerrilla: Es un acto(s) de violencia, fuerza, hostigamiento, amenaza, agresión o de naturaleza equivalente o similar llevado(s) a cabo contra cualquier autoridad pública de un país o contra su población en general o contra algún sector de ella o contra bienes ubicados en el mismo, por un grupo(s) armado(s), civiles o militarizados, y organizados a tal efecto -aunque lo sea en forma rudimentaria- y que i) tiene(n) por objeto provocar el caos, o atemorizar a la población, o derrocar al gobierno de dicho país, o lograr la secesión de una parte de su territorio, o ii) en el caso que no se pueda probar tal objeto, produzca(n), de todas maneras, alguna de tales consecuencias.

4. Rebelión, Insurrección o Revolución: Es un alzamiento armado total o parcial de las fuerzas armadas de un país -sean éstas regulares o no y participen o no civiles en él- contra el gobierno de dicho país, con el objeto de derrocarlo o lograr la secesión de una parte de su territorio. Se entienden equivalentes a rebelión, insurrección o revolución, otros hechos que encuadren en los caracteres descriptos, como ser: sublevación, usurpación del poder, insubordinación o conspiración.

5. Conmoción Civil: Es un levantamiento popular organizado en un país, aunque lo sea en forma rudimentaria, que genera violencia o incluso muertes y daños y pérdidas a bienes, aunque no sea con el objeto definido de derrocar al gobierno de un país o lograr la secesión de una parte de su territorio.

6. Terrorismo: Es un acto(s) de violencia, fuerza, hostigamiento, amenaza, agresión o de naturaleza equivalente o similar, llevados a cabo contra cualquier autoridad pública de un país, su población en general o contra algún sector de ella, o los bienes ubicados en el mismo, o la concreción de un acto(s) peligroso para la vida humana; o que interfieran o impidan el normal funcionamiento de cualquier sistema electrónico o de comunicación, por cualquier persona(s) o grupo(s) de personas, actuando solo(s) o en representación o en conexión con cualquier organización(es) o con fuerzas militares de un país extranjero -aunque dichas fuerzas sean rudimentarias- o con el gobierno de un país extranjero; ya sea que estos actos fueran cometidos debido a razones políticas, religiosas, ideológicas o razones similares o equivalentes, y: i) que tengan por objeto: a) provocar el caos o atemorizar o intimidar a la población o a parte de ella, o b) influenciar o derrocar al gobierno de dicho país, o c) lograr la secesión de parte de su territorio, o d) perjudicar cualquier segmento de la economía; ii) que, en caso de que dicho objeto no pueda probarse, produzca, en definitiva, cualquiera de dichas consecuencias; iii) también se entenderá como terrorismo cualquier acto(s) verificado(s) o reconocido(s) como tal(es) por el gobierno argentino. No se consideran hechos de terrorismo aquellos aislados y esporádicos de simple malevolencia que no denotan algún rudimento de organización.

7. Sedición o Motín: Se entiende por tal al accionar de grupos (armados o no) que se alzan contra las autoridades constituidas del lugar, sin rebelarse contra el Gobierno Nacional o que se atribuyen los derechos del pueblo, tratando de arrancar alguna concesión favorable a su pretensión. Se entienden equivalentes a los de sedición otros hechos que encuadren en los caracteres descriptos, como ser: asonada, conjuración.

8. Tumulto Popular: Se entiende por tal a una reunión multitudinaria (organizada o no) de personas, en la que uno o más de sus participantes intervienen en desmanes o tropelías, en general sin armas, pese que algunos las emplearen. Se entienden equivalentes a los hechos de tumulto popular otros hechos que encuadren en los caracteres descriptos, como ser: alboroto, alteración del orden público, desórdenes, disturbios, revuelta.

9. Vandalismo: Se entiende por tal al accionar destructivo de turbas que actúan irracional o desordenadamente.

10. Huelga: Se entiende por tal a la abstención concertada de concurrir al lugar de trabajo o de trabajar, dispuesta por entidades gremiales de trabajadores (reconocidas o no oficialmente) o por núcleos de trabajadores al margen de aquellas. No se tomará en cuenta la finalidad gremial o extra gremial que motivó la huelga, así como tampoco su calificación de legal o ilegal.

11. Lock Out: Se entiende por tal: a) el cierre de establecimientos de trabajo dispuesto por uno o más empleadores o por entidad gremial que los agrupa (reconocida o no oficialmente), o b) el despido simultáneo de una multiplicidad de trabajadores que paralice total o parcialmente la explotación de un establecimiento. No se tomará en cuenta la finalidad gremial o extra gremial que motivó el lock out, así como tampoco su calificación de legal o ilegal.

II. Atentado, depredación, devastación, intimidación, sabotaje, saqueo u otros hechos similares, en tanto encuadren en los respectivos caracteres descritos en el apartado I, se consideran hechos de guerra internacional o guerra civil, de guerrilla, de rebelión insurrección o revolución, de conmoción civil, de terrorismo, de sedición o motín, de tumulto popular, de vandalismo, de huelga o de lock out.

III. Los hechos dañosos originados en la prevención o represión por la autoridad o fuerza pública de los hechos descritos seguirán su tratamiento en cuanto a su cobertura o exclusión del seguro.

Digitally signed by Gestion Documental Electronica
Date: 2021.11.16 11:03:04 -03:00

Valeria Hirschhorn
Gerenta
Gerencia Técnica y Normativa
Superintendencia de Seguros de la Nación

Digitally signed by Gestion Documental
Electronica
Date: 2021.11.16 11:03:04 -03:00



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2021 - Año de Homenaje al Premio Nobel de Medicina Dr. César Milstein

Informe

Número: IF-2021-111080530-APN-GTYN#SSN

CIUDAD DE BUENOS AIRES
Martes 16 de Noviembre de 2021

Referencia: ANEXO VI - Cláusula Adicional de Incremento Automático de Capitales Asegurados

ANEXO VI

Cláusula adicional de incremento automático de capitales asegurados **en base a un porcentaje fijo – Modalidad Colectiva**

Artículo 1° - Capitales Individuales Asegurados

A partir del inicio de vigencia de esta cláusula y de acuerdo a las condiciones establecidas en la misma, los capitales asegurados de la cobertura básica y de las coberturas adicionales, si hubieran sido contratadas, serán incrementados en forma automática con la periodicidad indicada en las Condiciones Particulares y el Certificado Individual. Podrá pactarse en Condiciones Particulares y en el Certificado Individual el incremento de algunas de las cláusulas adicionales contratadas, las cuales deberán estar detalladas taxativamente.

Este aumento no exigirá requisitos médicos adicionales mientras se mantenga vigente la presente cláusula, año tras año, ininterrumpidamente.

Artículo 2° - Modalidad de Ajuste

Los capitales asegurados se incrementarán automáticamente con la periodicidad pactada mediante la aplicación del porcentaje de incremento seleccionado por el Tomador/Asegurado al solicitar la presente cláusula, el cual se definirá en las Condiciones Particulares y el Certificado Individual.

Artículo 3° - Primas

La prima se calculará multiplicando la tasa de prima por el nuevo capital asegurado individual incrementado. Los impuestos y tasas que pudieran corresponder por los incrementos automáticos estarán a exclusivo cargo del Tomador y/o Asegurado, según corresponda.

Artículo 4° - Finalización de la Cláusula

No se realizará el incremento periódico de los capitales asegurados en los siguientes casos:

- a) Cuando el Tomador/Asegurado de la póliza notifique por escrito a la Aseguradora la decisión de dejar sin efecto para el futuro esta cláusula de incremento automático anual de capitales asegurados, siempre que lo manifieste con una anticipación no menor a TREINTA (30) días a la fecha del próximo ajuste.
- b) Respecto de cada Asegurado, cuando la Aseguradora hubiere abonado ha dicho Asegurado una indemnización como consecuencia de alguna de las cláusulas adicionales que constituya un anticipo del beneficio a liquidarse en caso de muerte del asegurado.
- c) Respecto de cada Asegurado, cuando el capital asegurado resultante de la aplicación del porcentaje de incremento sea mayor o igual a la suma asegurada máxima que figure en las Condiciones Particulares y el Certificado Individual.

Artículo 5° - Determinación de la Cláusula

En ningún caso se entenderá que la aplicación de la presente cláusula constituye una indexación por precios, variación de costos o repotenciación de deudas.

NOTA: El ajuste previsto en la presente cláusula únicamente podrá realizarse en forma semestral y anual.

Cláusula adicional de incremento automático de capitales asegurados **en base a un índice determinado - Modalidad Colectiva**

Artículo 1° - Capitales Individuales Asegurados

A partir del inicio de vigencia de esta cláusula y de acuerdo a las condiciones establecidas en la misma, los capitales asegurados de la cobertura básica y de las coberturas adicionales, si hubieran sido contratadas, serán incrementados en forma automática con la periodicidad indicada en Condiciones Particulares y Certificado Individual. Podrá pactarse en Condiciones Particulares y en el Certificado Individual el incremento de algunas de las cláusulas adicionales contratadas, las cuales deberán estar detalladas taxativamente.

Este aumento no exigirá requisitos médicos adicionales mientras se mantenga vigente la presente cláusula, año tras año, ininterrumpidamente.

Artículo 2° - Modalidad de Ajuste

Los capitales asegurados se incrementarán automáticamente con la periodicidad pactada mediante la aplicación de la variación verificada en el índice seleccionado por el Tomador/Asegurado al solicitar la presente cláusula, el cual se definirá en las Condiciones Particulares y el Certificado Individual.

Podrá establecerse en las Condiciones Particulares y el Certificado Individual un porcentaje mínimo de variación, de forma tal que si la variación del índice considerado no alcanzare dicho mínimo, la Compañía no procederá a realizar ajuste alguno, manteniendo los Capitales Asegurados vigentes en la póliza renovada. Asimismo, en las Condiciones Particulares y el Certificado Individual se consignará un porcentaje máximo de variación, de modo que si la variación del índice superara dicho máximo, los Capitales Asegurados serán ajustados considerando el porcentaje máximo estipulado.

En caso que el índice de ajuste seleccionado no hubiere sido publicado por el organismo competente, será de aplicación el índice que lo hubiere reemplazado.

Artículo 3° - Primas

La prima se calculará multiplicando la tasa de prima por el nuevo capital asegurado individual incrementado. Los impuestos y tasas que pudieran corresponder por los incrementos automáticos estarán a exclusivo cargo del Tomador y/o Asegurado, según corresponda.

Artículo 4° - Finalización de la Cláusula

No se realizará el incremento periódico de los capitales asegurados en los siguientes casos:

- a) Cuando el Tomador/Asegurado de la póliza notifique por escrito a la Aseguradora la decisión de dejar sin efecto para el futuro esta cláusula de incremento automático anual de capitales asegurados, siempre que lo manifieste con una anticipación no menor a TREINTA (30) días a la fecha del próximo ajuste.
- b) Respecto de cada Asegurado, cuando la Aseguradora hubiere abonado ha dicho Asegurado una indemnización como consecuencia de alguna de las cláusulas adicionales que constituya un anticipo del beneficio a liquidarse en caso de muerte del asegurado.
- c) Respecto de cada Asegurado, cuando el capital asegurado resultante de la aplicación del índice de incremento sea mayor o igual a la suma asegurada máxima que figure en las Condiciones Particulares y el Certificado Individual.

Artículo 5° - Determinación de la Cláusula

En ningún caso se entenderá que la aplicación de la presente cláusula constituye una indexación por precios, variación de costos o repotenciación de deudas.

NOTA: El ajuste previsto en la presente cláusula únicamente podrá realizarse en forma semestral y anual.

Cláusula adicional de incremento automático de capitales asegurados en base a un porcentaje fijo - Modalidad Individual

Artículo 1° - Capitales Individuales Asegurados

A partir del inicio de vigencia de esta cláusula y de acuerdo a las condiciones establecidas en la misma, los capitales asegurados de la cobertura básica y de las coberturas adicionales, si hubieran sido contratadas, serán incrementados en forma automática con la periodicidad indicada en las Condiciones Particulares. Podrá pactarse en Condiciones Particulares el incremento de algunas de las cláusulas adicionales contratadas, las cuales deberán estar detalladas taxativamente.

Este aumento no exigirá requisitos médicos adicionales mientras se mantenga vigente la presente cláusula, año tras año, ininterrumpidamente.

Artículo 2° - Modalidad de Ajuste

Los capitales asegurados se incrementarán automáticamente con la periodicidad pactada mediante la aplicación del porcentaje de incremento seleccionado por el Tomador/Asegurado al solicitar la presente cláusula, el cual se definirá en las Condiciones Particulares.

Artículo 3° - Primas

La prima se calculará multiplicando la tasa de prima por el nuevo capital asegurado incrementado. Los impuestos y tasas que pudieran corresponder por los incrementos automáticos estarán a exclusivo cargo del Tomador/Asegurado, según corresponda.

Artículo 4° - Finalización de la Cláusula

No se realizará el incremento periódico de los capitales asegurados en los siguientes casos:

- a) Cuando el Tomador/Asegurado de la póliza notifique por escrito a la Aseguradora la decisión de dejar sin efecto para el futuro esta cláusula de incremento automático anual de capitales asegurados, siempre que lo manifieste con una anticipación no menor a TREINTA (30) días a la fecha del próximo ajuste.
- b) Cuando la Aseguradora hubiere abonado una indemnización como consecuencia de alguna de las cláusulas adicionales que constituya un anticipo del beneficio a liquidarse en caso de muerte del asegurado.
- c) Cuando el capital asegurado resultante de la aplicación del porcentaje de incremento sea mayor o igual a la suma asegurada máxima que figure en las Condiciones Particulares.

Artículo 5° - Determinación de la Cláusula

En ningún caso se entenderá que la aplicación de la presente cláusula constituye una indexación por precios, variación de costos o repotenciación de deudas.

NOTA: El ajuste previsto en la presente cláusula únicamente podrá realizarse en forma semestral y anual.

Cláusula adicional de incremento automático de capitales asegurados en base a un índice determinado - Modalidad Individual

Artículo 1° - Capitales Individuales Asegurados

A partir del inicio de vigencia de esta cláusula y de acuerdo a las condiciones establecidas en la misma, los capitales asegurados de la cobertura básica y de las coberturas adicionales, si hubieran sido contratadas, serán incrementados en forma automática con la periodicidad indicada en las Condiciones Particulares. Podrá pactarse en Condiciones Particulares el incremento de algunas de las cláusulas adicionales contratadas, las cuales deberán estar detalladas taxativamente.

Este aumento no exigirá requisitos médicos adicionales mientras se mantenga vigente la presente cláusula, año tras año, ininterrumpidamente.

Artículo 2° - Modalidad de Ajuste

Los capitales asegurados se incrementarán automáticamente con la periodicidad pactada mediante la aplicación

de la variación verificada en el índice seleccionado por el Tomador al solicitar la presente cláusula, el cual se definirá en las Condiciones Particulares.

Podrá establecerse en las Condiciones Particulares un porcentaje mínimo de variación, de forma tal que si la variación del índice considerado no alcanzare dicho mínimo, la Compañía no procederá a realizar ajuste alguno, manteniendo los Capitales Asegurados vigentes en la póliza renovada. Asimismo, en las Condiciones Particulares se consignará un porcentaje máximo de variación, de modo que si la variación del índice superara dicho máximo, los Capitales Asegurados serán ajustados considerando el porcentaje máximo estipulado.

En caso que el índice de ajuste seleccionado no hubiere sido publicado por el organismo competente, será de aplicación el índice que lo hubiere reemplazado.

Artículo 3° - Primas

La prima se calculará multiplicando la tasa de prima por el nuevo capital asegurado incrementado. Los impuestos y tasas que pudieran corresponder por los incrementos automáticos estarán a exclusivo cargo del Tomador/Asegurado, según corresponda.

Artículo 4° - Finalización de la Cláusula

No se realizará el incremento periódico de los capitales asegurados en los siguientes casos:

- a) Cuando el Tomador/Asegurado de la póliza notifique por escrito a la Aseguradora la decisión de dejar sin efecto para el futuro esta cláusula de incremento automático anual de capitales asegurados, siempre que lo manifieste con una anticipación no menor a TREINTA (30) días a la fecha del próximo ajuste.
- b) Cuando la Aseguradora hubiere abonado una indemnización como consecuencia de alguna de las cláusulas adicionales que constituya un anticipo del beneficio a liquidarse en caso de muerte del asegurado.
- c) Cuando el capital asegurado resultante de la aplicación del porcentaje de incremento sea mayor o igual a la suma asegurada máxima que figure en las Condiciones Particulares.

Artículo 5° - Determinación de la Cláusula

En ningún caso se entenderá que la aplicación de la presente cláusula constituye una indexación por precios, variación de costos o repotenciación de deudas.

NOTA: El ajuste previsto en la presente cláusula únicamente podrá realizarse en forma semestral y anual.

Valeria Hirschhorn
Gerenta
Gerencia Técnica y Normativa
Superintendencia de Seguros de la Nación