



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
AÑO DE LA DEFENSA DE LA VIDA, LA LIBERTAD Y LA PROPIEDAD

Resolución

Número: RESOL-2024-392-APN-SSN#MEC

CIUDAD DE BUENOS AIRES

Viernes 16 de Agosto de 2024

Referencia: EX-2017-33685288-APN-GA#SSN - MODIFICACIÓN PUNTO 23 R.G.A.A.

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

CONSIDERANDO:

Que esta SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN, en consonancia con las múltiples medidas y políticas implementadas por el Gobierno Nacional, trabaja en un proceso orientado a reducir la burocracia y simplificar normas y procedimientos administrativos, en procura de facilitar la interacción entre ciudadanos y aseguradoras con las instituciones públicas, con miras a brindar respuestas rápidas y propiciar un control eficiente.

Que la referida desburocratización, a más de otorgar mayor libertad al mercado y mayor seguridad a los asegurados y asegurables, propende asimismo a favorecer el acceso a la normativa por parte de la ciudadanía, de modo que cualquier persona pueda comprender las normas sin mayores dificultades, en tanto ello redunde en transparencia, eficiencia y desarrollo económico.

Que la Resolución RESOL-2024-197-APN-SSN#MEC, de fecha 18 de abril, modificó el mecanismo de presentación de planes de seguro mediante la creación del Sistema de Depósito de Planes.

Que en virtud de dicho sistema las aseguradoras quedan automáticamente autorizadas en orden a la utilización inmediata de condiciones contractuales y, en su caso, tarifarias, en tanto se cumplan los lineamientos establecidos al efecto por esta SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN.

Que, sobre la base de los parámetros reseñados precedentemente, resulta menester efectuar una actualización y ordenamiento de los referidos lineamientos a efectos de consolidar la aludida simplificación normativa.

Que por otra parte, y a partir de la evaluación de la oportunidad, mérito y conveniencia de la normativa vigente, se advierte que los requisitos de emisión mínima por Rama restringen la libertad de diversificación en materia de comercialización.

Que consecuentemente, y a fines de optimizar la función de contralor del Organismo, corresponde promover la supervisión trimestral de la emisión total de las aseguradoras, en detrimento del exceso de controles relativos a la operatoria de cada Rama.

Que asimismo, toda vez que el ejercicio del control de la actividad aseguradora lleva ínsito el deber de optimizar los recursos disponibles, resulta necesario afianzar la importancia del pago de las tasas vigentes por parte de las entidades.

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 el marco de los artículos 23, 24 y 25 y en ejercicio de las facultades previstas en el artículo 67 de la Ley N° 20.091.

Por ello,

EL SUPERINTENDENTE DE SEGUROS DE LA NACIÓN

RESUELVE:

ARTÍCULO 1°.- Sustitúyanse los puntos 23.1., 23.2. y 23.4. del Reglamento General de la Actividad Aseguradora (t.o. Resolución SSN N° 38.708 de fecha 6 de noviembre de 2014), por los siguientes:

“23.1. Ramas de Seguro

23.1.1. Las aseguradoras podrán operar en las ramas de seguro en las que cuenten con la autorización expresa por parte de este Organismo.

23.1.2. Las aseguradoras no podrán operar de manera conjunta en cualquiera de las ramas comprendidas en los incisos i) y o) del punto 30.1.1.1.

23.1.3. A los efectos de mantener la autorización para operar, las aseguradoras deberán acreditar al cierre de cada estado contable trimestral una emisión total superior al CINCO POR CIENTO (5%) de su capital mínimo a acreditar, calculado según lo dispuesto en el punto 30.1.1.1.

La emisión a considerar deberá estar expresada en moneda homogénea y se corresponderá a los últimos DOCE (12) meses anteriores al cierre del período en cuestión. En el caso de no acreditarse el supuesto previsto, la entidad quedará incurso en el inciso a) del artículo 48 de la Ley N° 20.091.

Lo dispuesto no será de aplicación para las mutuales que operan en forma exclusiva en el seguro de Responsabilidad Civil de Vehículos Automotores destinados al Transporte Público de Pasajeros y las entidades que operan en Seguros de Retiro y Riesgos del Trabajo.

23.1.4. Para las aseguradoras que inician sus operaciones, a los fines de verificar la relación entre primas emitidas y capital mínimo a acreditar, se considerará el primer cierre anual en el cual se completen VEINTICUATRO (24) meses desde el estado contable en el cual registre emisión. Todo ello sin perjuicio de lo estipulado en el inciso a) del artículo 48 de la Ley N° 20.091.

23.1.5. En caso de revocación de la autorización de la rama, la aseguradora deberá mantener el capital mínimo requerido hasta tanto la SSN preste conformidad y se expida respecto a la desafectación de dicho capital.

23.2. Depósito de Planes

Los planes de seguro especificados en el “Anexo del punto 23.2.” del presente Reglamento deberán presentarse bajo la modalidad de “Depósito de Planes”, de conformidad con los lineamientos o resoluciones de carácter general autorizadas por esta SSN.

Realizado el depósito del plan y bajo la condición de que posea las formalidades indicadas en el punto 23.2.1., la aseguradora quedará automáticamente autorizada para la inmediata utilización de las condiciones contractuales y, en su caso, tarifarias. Si surgiera un apartamiento de lo establecido en los lineamientos específicos, la SSN podrá requerir su adecuación.

23.2.1. Presentación

Al realizar el depósito del plan, la aseguradora deberá presentar:

- a. Nota firmada por el representante legal de la entidad manifestando la voluntad de operar con el plan;
- b. Condiciones contractuales y formularios de denuncia de siniestro y, de corresponder, de declaración de salud. En caso de utilizar resoluciones de carácter general, se deberá remitir texto ordenado de las condiciones contractuales;
- c. Nota técnica contemplando todo elemento que deba ser detallado en las condiciones particulares y cuyo valor no se encuentre específicamente establecido en las condiciones contractuales del plan. Para las coberturas de personas, deberán remitirse los cálculos de las tarifas mediante hoja de cálculo;
- d. Política de suscripción y retención de riesgos conforme lo estipulado en el punto 24.1. del presente Reglamento;
- e. Opinión actuarial que avale la suficiencia técnica de primas y que no sean abusivas ni discriminatorias, sólo para las coberturas de personas, firmada por un profesional independiente inscripto en el “Registro de Actuarios” de la SSN;
- f. Opinión letrada de la cual surja que las condiciones contractuales del plan propuesto se ajustan a las disposiciones de las leyes vigentes en materia de seguros, firmada por un abogado independiente indicando número de matrícula e institución otorgante.

Cuando se efectúen modificaciones sobre un plan existente deberá acompañarse la documentación

detallada en los incisos precedentes, incluyendo el texto correspondiente a las modificaciones pretendidas, pudiendo prescindirse de aquella que no corresponda atento las particularidades de la modificación.

Deberán encontrarse a disposición de la SSN el acta del órgano de administración en la que conste la voluntad societaria de operar con un nuevo plan de seguros, o modificar un plan existente, y el texto ordenado de las condiciones contractuales y nota técnica.

23.4. Ingresado alguno de los trámites comprendidos en el punto 23, y previo a su sustanciación, se constatará la existencia de deuda por Tasa Uniforme. En caso de que la aseguradora contase con saldo deudor, el trámite se tendrá por no presentado y se procederá a su archivo."

ARTÍCULO 2°.- Apruébanse, como "Anexo del punto 23.2. inc. a)", los lineamientos para las condiciones contractuales y la nota técnica de los planes de seguro obrantes en IF-2024-83491243-APN-GTYN#SSN, parte integrante de la presente.

ARTÍCULO 3°.- Sustitúyese el "Anexo del punto 23.2." por el obrante en IF-2024-83495097-APN-GTYN#SSN, parte integrante de la presente.

ARTÍCULO 4°.- Deróguense las Resoluciones SSN N° 21.302 de fecha 12 de julio de 1991, N° 21.600 de fecha 3 de marzo de 1992, N° 30.167 de fecha 5 de octubre de 2004, N° 32.727 de fecha 25 de enero de 2008, N° 35.467 de fecha 30 de noviembre de 2010, N° 37.270 de fecha 23 de noviembre de 2012, N° 37.275 de fecha 29 de noviembre de 2012, N° 35.678 de fecha 22 de marzo de 2011, 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-2018-298-APN-SSN#MF de fecha 22 de marzo, RESOL-2018-367-APN-SSN#MF de fecha 17 de abril, RESOL-2018-585-APN-SSN#MF de fecha 15 de junio, RESOL-2018-611-APN-SSN#MF de fecha 28 de junio, RESOL-2018-642-APN-SSN#MF de fecha 6 de julio, RESOL-2018-697-APN-SSN#MHA de fecha 24 de julio, RESOL-2018-705-APN-SSN#MHA de fecha 26 de julio, RESOL-2019-475-APN-SSN#MHA de fecha 16 de mayo, RESOL-2019-552-APN-SSN#MHA de fecha 18 de junio, RESOL-2019-570-APN-SSN#MHA de fecha 21 de junio, RESOL-2019-813-APN-SSN#MHA de fecha 10 de septiembre, RESOL-2019-824-APN-SSN#MHA de fecha 10 de septiembre y RESOL-2021-850-APN-SSN#MEC de fecha 9 de diciembre.

ARTÍCULO 5°.- Deróguense las Circulares SSN N° 2.663 de fecha 31 de marzo de 1992 y las obrantes en IF-2018-63948682-APN-GTYN#SSN de fecha 7 de diciembre e IF-2018-37089018-APN-GTYN#SSN de fecha 2 de agosto.

ARTÍCULO 6°.- Comuníquese, publíquese, dése a la DIRECCIÓN NACIONAL DEL REGISTRO OFICIAL y archívese.

Digitally signed by PLATE Guillermo Pedro
Date: 2024.08.16 10:38:01 ART
Location: Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Guillermo Plate
Superintendente
Superintendencia de Seguros de la Nación

Los requerimientos del presente anexo resultan aplicables a todas las coberturas integrantes de los planes de seguro detallados a continuación, aún cuando se las defina como riesgos adicionales en otros planes de seguro:

- **Responsabilidad civil, excepto responsabilidad civil ambiental;**
- **Aeronavegación;**
- **Incendio;**
- **Todo riesgo operativo;**
- **Combinado familiar e integrales;**
- **Ganado;**
- **Robo y riesgos similares;**
- **Transporte de mercaderías, únicamente dentro del ámbito nacional;**
- **Seguro técnico;**
- **Seguros de la rama otros riesgos de daños patrimoniales;**
- **Vida;**
- **Accidentes Personales; y**
- **Salud.**

A - LINEAMIENTOS PARA LAS CONDICIONES CONTRACTUALES DE LOS PLANES DE SEGURO

1. Preeminencia normativa

Se establece como preeminencia normativa el siguiente orden de prelación:

- a) Leyes N° 17.418 y 20.091 y Código Civil y Comercial de la Nación;
- b) Condiciones Particulares;
- c) Cláusulas Adicionales / Condiciones Específicas;
- d) Condiciones Generales Específicas;
- e) Condiciones Generales Comunes.

2. Definiciones contractuales

2.1. Las condiciones contractuales deben estar codificadas y agrupadas por tipo de cobertura. Deben incluirse todas las definiciones que hagan autosuficiente el contrato.

2.2. Las Condiciones Generales Comunes deben contemplar al menos los siguientes puntos, en la medida en que resulten aplicables:

- a) Riesgo cubierto. Si el plan contempla una cobertura básica, ésta debe indicarse en las Condiciones Generales Comunes, especificando claramente los bienes, responsabilidades y/o personas cubiertas con sus respectivas definiciones;
- b) Exclusiones;
- c) Franquicias, plazos de espera, carencias y enfermedades preexistentes;
- d) Reticencia;

- e) Vigencia de la póliza;
- f) Suma asegurada;
- g) Prima y premio;
- h) Pluralidad de seguros;
- i) Agravación del riesgo. Deben especificarse puntualmente cada una de las causales consideradas como agravaciones del riesgo. En los seguros de personas no pueden calificarse como tales el envejecimiento ni la aparición de enfermedades con posterioridad al inicio de vigencia de la cobertura;
- j) Cambio del titular del interés;
- k) Cambio de la cosa dañada;
- l) Obligación de salvamento;
- m) Designación y cambio de beneficiarios, especificando claramente el derecho del asegurado a designarlos;
- n) Denuncia del siniestro;
- o) Comprobación y plazos de pago de la indemnización;
- p) Rescisión. En los seguros de personas, excepto para la rama accidentes personales, la aseguradora no puede rescindir sin causa el contrato vigente pero puede no renovarlo- en la medida en que resulte aplicable- previa comunicación fehaciente de ello al tomador/asegurado con un preaviso de TREINTA (30) días.
- q) Caducidad por incumplimiento de obligaciones y cargas;
- r) Finalización de vigencia de la cobertura;
- s) Valuación por peritos;
- t) Prescripción; y
- u) Jurisdicción. Debe darse la opción al asegurado de comparecer ante los jueces competentes del domicilio del asegurado o del lugar de ocurrencia del siniestro, siempre que sea dentro de los límites del país.

2.2.1. En los seguros colectivos deben incluirse los siguientes artículos, en la medida en que resulten aplicables:

- a) Personas asegurables;
- b) Cantidad mínima de asegurados y porcentaje mínimo de adhesión;
- c) Nómina de asegurados;
- d) Forma y plazo para solicitar la cobertura individual/Certificado de Incorporación Individual; y
- e) Fecha de inicio y finalización de vigencia de cobertura de cada Certificado de Incorporación Individual.

2.3. Para todos los riesgos específicos y adicionales se deben contemplar al menos las definiciones de los siguientes términos, en la medida en que resulten aplicables:

- a) Riesgo cubierto, especificando claramente los bienes, responsabilidades y/o personas cubiertas con sus respectivas definiciones;
- b) Carácter del beneficio;
- c) Modalidad de pago del beneficio;
- d) Exclusiones específicas;
- e) Franquicias, plazos de espera, carencias y enfermedades preexistentes;
- f) Denuncia del siniestro; y
- g) Plazos de comprobación.

2.4. A través de cláusulas adicionales/condiciones específicas se puede otorgar cobertura para otros riesgos a los que se encuentre expuesto el asegurado que tengan relación con la cobertura básica o al objeto del seguro.

2.5. Por cláusula adicional/condiciones específicas no se pueden limitar o excluir coberturas brindadas en condiciones más amplias conforme la preeminencia normativa de la póliza.

2.6. No pueden comercializarse en forma conjunta coberturas patrimoniales y de personas, salvo expresa autorización de esta SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN. Sin perjuicio de ello, en los seguros patrimoniales, pueden incluirse coberturas de accidentes personales siempre que se encuentren relacionadas con el objeto principal del plan de seguro.

3. Exclusiones de cobertura

3.1 Todas las exclusiones deben guardar relación con el riesgo cubierto y establecerse taxativamente junto con sus respectivas definiciones, no pudiendo utilizar los términos "similares", "análogos", "otros", "etc." y demás expresiones similares, ni referenciar sólo a ejemplos. No resulta admisible la enunciación de exclusiones generales, indeterminadas o poco precisas.

3.2. No pueden establecerse como exclusiones de cobertura las cargas que se impongan al asegurado conforme la política de suscripción de la aseguradora, las que deben figurar bajo el título de "Cargas al Asegurado (Artículo 36 - Ley N° 17.418)".

3.3. Salvo para el caso de acaecimiento del siniestro por hechos de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, sedición o motín y terrorismo, queda prohibida la inversión de la carga de la prueba a favor de la aseguradora.

3.4. No pueden 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.

3.5. No pueden incorporarse exclusiones de cobertura relativas a infecciones que resulten consecuencia directa o indirecta del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).

3.6. No pueden definirse como personas no asegurables a quienes padezcan cualquier tipo de discapacidad.

4. Cláusula de cobranza del premio

4.1. Esta cláusula no resulta aplicable en los seguros de vida ni de salud.

4.2. Debe especificarse el plazo para el pago del premio y que ante la falta de pago la cobertura queda automáticamente suspendida por el plazo que establezca la cláusula, el cual no puede superar los SESENTA (60) días a contar desde el día del vencimiento impago. Debe informarse claramente cómo se rehabilitará la cobertura una vez abonado el monto adeudado, indicando que vencido el plazo de suspensión sin abonarse la prima adeudada, la póliza queda rescindida.

4.3. Cuando la prima quede sujeta a la liquidación definitiva sobre la base de las declaraciones que deba efectuar el asegurado, el premio adicional debe ser abonado dentro de los DOS (2) meses desde el vencimiento del contrato.

4.4. En caso de que el pago del premio se convenga en cuotas, el primer pago, el cual da comienzo a la cobertura, debe contener además el equivalente al total del Impuesto al Valor Agregado (IVA) correspondiente al contrato.

4.5. En la rama accidentes personales debe contemplarse un plazo de gracia de UN (1) mes (no inferior a TREINTA (30) días corridos) para el pago del premio sin recargo de intereses, indicando claramente su funcionamiento, pudiendo luego establecerse un período de suspensión de DOS (2) meses como máximo.

A.1. Lineamientos específicos para los seguros patrimoniales

1. Cobertura

1.1. En pólizas con vigencias menores a UN (1) año, prorrogables a través de endosos hasta su anualidad, no puede establecerse una cantidad máxima de siniestros cubiertos por año.

1.2. En las pólizas de vigencia mensual, bimestral o trimestral, prorrogables automáticamente mediante endosos, no puede aplicarse plazo de carencia alguno.

1.3. En caso de limitarse el ámbito de cobertura, se debe indicar la ubicación o ubicaciones de los riesgos cubiertos, lo cual debe constar asimismo en las Condiciones Particulares.

1.4. Toda incorporación de cláusulas basadas en coberturas o requerimientos internacionales, debe ser acorde a las condiciones contractuales del plan y redactarse en función de la normativa vigente.

2. Medida de la prestación

2.1. Debe establecerse la medida de la prestación de cada una de las coberturas otorgadas.

2.2. En caso de disponerse la liquidación de siniestros conforme "valor a nuevo", "valor tasado" y/o "valor limitado", deben definirse dichos conceptos.

2.3. La aseguradora puede sustituir, previo consentimiento del asegurado, el pago en efectivo por el reemplazo del bien o su reparación, siempre que sea equivalente y tenga iguales o mejores características al siniestrado.

2.4. En caso de establecerse un plazo para llevar a cabo la reconstrucción, reparación y/o reposición, éste debe quedar claramente definido en las Condiciones Particulares. En caso de que no hubiese repuestos para reparar el bien siniestrado, la aseguradora debe proceder al pago de la indemnización.

2.5. Tratándose de bienes usados y que no se encuentren amparados por su "valor tasado", debe contemplarse su valor al momento del siniestro.

3. Franquicias o Descubiertos

3.1. En los casos en los que la aseguradora proceda a abonar la indemnización por no poder reemplazar o reparar el bien, no pueden aplicarse franquicias.

4. Suscripción

4.1. De incluirse cláusulas que supediten la cobertura en función de las características de los bienes o de sus medidas de seguridad, la aseguradora debe analizarlas al momento de la suscripción y determinar su aceptación en base a ello. Caso contrario, debe afrontar el pago en caso de siniestro.

4.2. En igual sentido, si el pago de la indemnización se encuentra condicionado a la tenencia de la factura o ticket de compra por parte del asegurado, al momento de la suscripción debe indicarse claramente la documentación requerida.

A.1.1 - Responsabilidad civil

1. Debe informarse que la indemnidad comprometida tiene como límite la suma asegurada establecida en las Condiciones Particulares.

2. Debe indicarse claramente la carga del asegurado de comunicar el hecho que origina su eventual responsabilidad o el reclamo del tercero y/o acción penal en su contra, detallando plazos, documentación y efectos del incumplimiento de esta obligación, entendiéndose que

la aseguradora asume la defensa siempre que no la declinara fehacientemente dentro de los DOS (2) días hábiles de recibida la documentación.

3. La cobertura debe incluir el pago de los gastos y costas judiciales y extrajudiciales para resistir la pretensión del tercero, indicando que la aseguradora sólo se liberará de esta obligación cuando deposite en pago la suma asegurada y el importe de los gastos y costas devengados hasta ese momento, dejando al asegurado la dirección exclusiva de la causa, lo cual debe ser comunicado fehacientemente.

4. Para los seguros de responsabilidad civil base reclamos (claims made), deben advertirse en forma destacada las condiciones de esta modalidad en las condiciones contractuales, formulario de solicitud de seguro y condiciones particulares, incluyendo en estas últimas una nota explicativa con los alcances y funcionamiento de la cobertura. Se debe otorgar en forma automática un período extendido de denuncias de TRES (3) años sin requerir pago de prima adicional.

5. Para los seguros de responsabilidad civil profesional médica, se debe definir una suma asegurada por año, evento y profesional cubierto.

A.1.2 - Aeronavegación

1. En el diseño de las condiciones contractuales deben contemplarse las estipulaciones del Código Aeronáutico de la Nación (Ley N° 17.285) y normas complementarias.

2. En caso de coberturas internacionales, sólo pueden utilizarse aquellas elaboradas y certificadas por asociaciones reconocidas, y siempre que sean acordes a las condiciones contractuales del plan. El texto debe ser transcrito al español adecuando la redacción en función de la normativa vigente. Se debe tener presente que la jurisdicción a aplicar será siempre la República Argentina.

3. Las indemnizaciones a cargo de la aseguradora no implican la disminución de las sumas aseguradas durante la vigencia de la póliza, salvo que se trate de daño o pérdida que se considere total.

A.1.3 - Todo riesgo operativo

1. Se debe otorgar cobertura para los bienes de la entidad asegurada contra todos aquellos eventos que no se encuentren expresamente excluidos.

2. Sin perjuicio de lo anterior, no puede brindarse cobertura de transporte de mercaderías ni responsabilidad civil automotores toda vez que existe normativa específica para dichos riesgos.

A.1.4 - Combinado familiar e integrales

1. La cobertura de responsabilidad civil no puede reemplazar al régimen establecido en la Ley N° 26.844 para el personal doméstico y, en consecuencia, para esa profesión resulta aplicable lo establecido por las Leyes N° 24.557 y sus modificatorias y complementarias.

A.1.5 - Robo y riesgos similares

1. En caso de asegurar bienes que por sus características puedan ser transportados para ser utilizados fuera del hogar, debe quedar claramente establecido el ámbito de cobertura.

2. Para aquellos bienes cuyo uso profesional o comercial no afecte la probabilidad de ocurrencia del riesgo, no puede limitarse su ámbito de cobertura.

3. Para las coberturas de robo en cajeros automáticos y/o físicos y coberturas similares, debe establecerse un radio de cobertura y un lapso de tiempo desde el lugar y momento de extracción del dinero, respectivamente.

A.1.6 - Transporte nacional de mercaderías

1. Se debe especificar con precisión el comienzo y fin de la cobertura, indicando claramente si el contratante es el dueño o el transportista.
2. Cuando en el curso ordinario del transporte se produzca una interrupción por circunstancias fuera del control del asegurado o del transportista, se debe mantener la cobertura durante cada interrupción, siempre que ésta no supere los CINCO (5) días corridos contados desde su inicio. No obstante, el asegurador debe indemnizar el daño producido después de ese plazo si la prolongación del viaje o del transporte obedece a un siniestro cubierto por la póliza.
3. En los casos en que el dueño de la mercadería realice el transporte con un medio propio, no se pueden ofrecer coberturas de falta de entrega, desaparición y riesgos similares.

A.1.7 - Otros riesgos de daños patrimoniales

1. Las coberturas de garantía extendida y reparaciones mecánicas no pueden formar parte de un mismo plan de seguro.
2. En los seguros de reparaciones mecánicas no pueden establecerse exclusiones referidas a fallas en la provisión de energía o fallas como consecuencias de golpes de alta o baja tensión.
3. En los seguros de garantía extendida sólo resultan de aplicación las exclusiones establecidas por el fabricante en la garantía original.
4. No pueden incluirse cláusulas referentes a precios garantizados siendo que no reúnen las características requeridas para constituir un contrato de seguro.
5. La cobertura de protección por pérdida de ingreso por desempleo involuntario o invalidez total y temporaria para tomadores de préstamos y/o servicios financieros sólo puede comercializarse respetando las definiciones y limitaciones definidas para los seguros de saldo deudor en el punto 2 del apartado "A.2.1.1 - Vida colectivo". Esta cobertura puede comercializarse tanto bajo una modalidad individual como colectiva.

A.2 - Lineamientos específicos para los seguros de personas

1. Cobertura

1.1. En las condiciones generales comunes debe contemplarse el plazo para el pago del premio, incluyendo el plazo de gracia de UN (1) mes (no inferior a TREINTA (30) días corridos) para el pago del premio sin recargo de intereses, indicando su funcionamiento y las consecuencias de la falta de pago oportuno. El presente punto no es aplicable en la rama accidentes personales.

1.2. Mediante condiciones generales específicas se pueden detallar las distintas modalidades de cobertura y sus características, estableciendo claramente todas las estipulaciones que complementen o modifiquen las condiciones generales comunes.

2. Carencias, enfermedades preexistentes y plazos de espera

IF-2024-83491243-APN-GTYN#SSN

2.1. En los seguros individuales no pueden aplicarse carencias ni exclusiones por enfermedades preexistentes, debiendo la entidad realizar el análisis de suscripción correspondiente y en consecuencia aceptar o no el riesgo.

2.2. En lo seguros colectivos, deben cumplirse las siguientes pautas:

a) Las enfermedades preexistentes deben 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 amparado por la cobertura en cuestión.

b) El plazo de exclusión por enfermedades preexistentes no puede exceder de DOCE (12) meses desde el inicio de vigencia del Certificado de Incorporación Individual.

c) No pueden establecerse carencias en forma conjunta con enfermedades preexistentes.

d) En caso de solicitarse pruebas de asegurabilidad (declaración de salud o exámenes médicos) no pueden aplicarse carencias de ningún tipo.

e) No pueden considerarse carencias ni exclusiones por enfermedades preexistentes en los siniestros provocados por accidentes.

2.3. Cuando se aplique un plazo de espera, debe quedar claramente especificado el carácter del beneficio (retroactivo o no retroactivo).

2.4. Los plazos de carencia y períodos de espera máximos pasibles de utilización son:

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
Desempleo Involuntario	60	60

3. Modalidad de pago del beneficio

3.1. Los beneficios a indemnizar no pueden liquidarse en forma de renta vitalicia pero puede brindarse la opción al asegurado de cobrarlos en un único pago o en forma de renta cierta, debiendo reconocerse intereses superiores a la tasa técnica en este último caso. El asegurado y el beneficiario deben tener la opción de modificar la modalidad de pago.

4. Coberturas de invalidez

4.1. El plazo máximo que puede establecer la aseguradora a los fines de verificar el estado de invalidez total y permanente no puede superar los SEIS (6) meses, incluyendo el período de espera aplicable. En las coberturas de invalidez temporaria dicho plazo no puede superar los SESENTA (60) días.

5. Coberturas adicionales de sepelio

5.1. Sólo pueden comercializarse bajo las modalidades de reintegro de gastos o prestación del servicio de sepelio, adecuando los textos de carácter general, uniforme y obligatorios establecidos para los seguros de la rama sepelio en el anexo del punto 23.6 inc. B) apartados I) y II) del Reglamento General de la Actividad Aseguradora conforme las características del plan de seguro en cuestión. En caso de extender estas cláusulas adicionales a los integrantes del grupo familiar del asegurado titular, las aseguradoras deben atenerse a lo especificado respecto al grupo familiar para cada rama de seguro.

6. Coberturas de salud

6.1. En las cláusulas en que corresponda, conforme las características del riesgo, las aseguradoras deben incluir opinión médica certificando la existencia de riesgo considerando en forma conjunta las definiciones de las enfermedades cubiertas y las exclusiones establecidas. Dicha opinión médica debe ser elaborada por un profesional que no posea relación de dependencia con la aseguradora conteniendo firma, aclaración, número de matrícula e institución otorgante.

6.2. La entidad puede solicitar al asegurado hasta DOS (2) exámenes médicos para la comprobación del siniestro.

6.3. Deben entregarse los listados de beneficios para aquellas cláusulas en las que resulten de aplicación, contemplando únicamente las prácticas o intervenciones contratadas por el asegurado junto con las respectivas sumas aseguradas y límites de sumas por siniestro y/o vigencia de la cobertura.

6.4. Las cláusulas de trasplantes de órganos que cubran su realización no pueden darse de baja hasta realizada la intervención, en los casos en que el asegurado fuera diagnosticado durante la vigencia de la cobertura. Debe especificarse el tratamiento a dar

a la suma asegurada y al pago de primas con posterioridad al diagnóstico. En caso de que no se realicen ajustes de suma asegurada una vez diagnosticado el trasplante, esto debe quedar claramente detallado en la solicitud del seguro para conocimiento del asegurado al momento de la suscripción.

6.5. En las coberturas de reintegro de gastos médicos, deben considerarse los siguientes puntos:

a) No se pueden comercializar a trabajadores en relación de dependencia, en forma de seguros colectivos, en los que el tomador sea el propio empleador o una entidad con representación gremial, aquellas coberturas de salud que también se encuentren cubiertas por las respectivas Obras Sociales dentro del mínimo de prestaciones establecidas en el Plan Médico Obligatorio (PMO).

b) El derecho al cobro del beneficio no puede supeditarse a la obligación de reclamar el reintegro en primera instancia a la obra social y/o empresa de medicina prepaga.

c) El pago debe efectuarse a la persona que acredite fehacientemente haber abonado los gastos.

7. Otras cláusulas

7.1. *Traspaso de cartera*: En caso de cambio de aseguradora debe haber continuidad de cobertura, no pudiéndose aplicar nuevas carencias o nuevos plazos para las exclusiones por enfermedades preexistentes o por suicidio ni restringirse coberturas o modificarse condiciones contractuales en perjuicio del asegurado. Ello no incluye los aspectos concernientes a las condiciones tarifarias del nuevo contrato.

7.2. *Opción de continuidad para jubilados/retirados (únicamente en los seguros colectivos bajo la modalidad empleado-empleador)*: La cláusula debe responder a uno de los siguientes esquemas:

a) Conversión de la cobertura a un seguro individual sin requisitos de asegurabilidad; o

b) Prolongación de la cobertura en la póliza originaria hasta una edad máxima de permanencia que no podrá superar los OCHENTA (80) años, y cuya prima media se calculará teniendo en cuenta tanto a los asegurados activos como pasivos sin discriminación por rangos de edades heterogéneos.

7.3. *Cláusula de participación en utilidades (únicamente aplicable en pólizas colectivas)*: Es responsabilidad exclusiva de la entidad aseguradora arbitrar los medios necesarios para asegurar que el pago sea recibido por la persona que soporte 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, puede 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 deben determinar y pagar anualmente en un plazo máximo de NOVENTA (90) días desde la finalización del período considerado. No se pueden otorgar utilidades negativas, pudiendo la entidad arrastrar la pérdida por un máximo de CINCO (5) años para la determinación de la utilidad.

8. Grupo familiar

8.1. Las coberturas contratadas por el asegurado titular pueden extenderse únicamente a su cónyuge/conviviente e hijos respetando las limitaciones especificadas para cada rama de seguro en los puntos subsiguientes. En ningún caso los familiares pueden contar con más coberturas o con una cobertura más amplia que la del asegurado titular.

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

a) En caso de que el cónyuge supérstite tuviera una relación previa con el tomador, se puede mantener 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 debe convertir la cobertura a un seguro individual.

8.2.1. En pólizas individuales, la continuidad sólo puede realizarse asumiendo el cónyuge supérstite la figura de asegurado titular.

8.2.2. Tratándose de la continuidad de la cobertura vigente, en ningún caso se puede exigir el cumplimiento de requisitos de asegurabilidad ni aplicar carencia alguna.

9. Declaración de salud

9.1. Los cuestionarios de salud a utilizar deben estar relacionados con el riesgo cubierto de la cláusula a contratar. No puede existir ambigüedad en las preguntas o terminologías. No pueden utilizarse los términos “similares”, “análogos”, “otros”, “etc.” y demás expresiones similares ni referenciar sólo a ejemplos o a afecciones “no mencionadas anteriormente”.

9.2. Todas las preguntas deben quedar supeditadas al conocimiento del asegurable y, en caso de corresponder, limitadas a un período de tiempo determinado.

A.2.1 - Vida

1. No puede comercializarse ninguna cobertura adicional de salud cuyo beneficio consista en una prestación directa de los actores de servicios de salud sujetos al control de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD o de otros prestadores de salud.

2. Se puede 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 pueden ser asegurados bajo la cobertura de sepelio. No puede otorgarse cobertura para el grupo familiar en los seguros obligatorios, seguros que cubran saldos de deuda u obligaciones derivadas de la ley de contrato de trabajo o un convenio colectivo de trabajo y los que se comercialicen bajo la modalidad de continuidad de estudios.

A.2.1.1 - Vida colectivo

1. Seguros obligatorios

Deben cumplir los requerimientos de la normativa específica de cada seguro, remitiendo en la presentación del plan únicamente aquellas condiciones que no fueran de carácter general, uniforme y obligatorio.

2. Seguros de saldo deudor

2.1. Las entidades aseguradoras deben operar con un único plan de seguro colectivo de saldo deudor.

2.2. Coberturas:

2.2.1. La cobertura básica a brindar es la de fallecimiento, con la opción del tomador de incorporar la cobertura de invalidez total y permanente por cualquier causa y con carácter sustitutivo del beneficio por fallecimiento, entendida como aquella invalidez que no le permita al asegurado desempeñar ninguna actividad remunerativa por cuenta propia o en relación de dependencia.

2.2.2. El asegurado puede optar por incluir las cláusulas adicionales de invalidez total y temporaria o desempleo involuntario, según se encuentre trabajando de manera independiente o en relación de dependencia. Se debe definir como invalidez total y temporaria la que no permita al asegurado desempeñar por cuenta propia su actividad o le impida ejercer su profesión u ocupación habitual en forma independiente. Se debe considerar como desempleo involuntario todo aquel que no sea provocado por acción u omisión, culpa o dolo, negligencia, impericia o inobservancia de las normas del empleador.

2.2.3. En caso de aplicarse carencias o exclusiones por enfermedades preexistentes en coberturas para préstamos con vencimientos menores o iguales al año, el plazo a aplicar no puede exceder a la mitad del plazo del préstamo.

2.3. Beneficios:

2.3.1. Para las coberturas de fallecimiento e invalidez total y permanente, el capital asegurado debe ser el saldo de la deuda durante la vigencia del seguro, siendo responsabilidad de la aseguradora arbitrar los medios necesarios a fin de conocer el monto al momento de la suscripción. Cualquier discrepancia sobre el saldo deudor a la fecha del siniestro debe ser dirimida entre la aseguradora, el agente institorio y el tomador de la póliza, sin perjudicar al deudor asegurado.

2.3.2. Para las coberturas de invalidez total temporaria y desempleo involuntario, el beneficio debe ser el equivalente a las cuotas periódicas de cancelación de los saldos por la deuda comprometida. En el caso particular de tarjetas de crédito y descubierto en cuenta corriente el beneficio debe ser el saldo adeudado al momento del siniestro (saldo financiado a la fecha del siniestro) contemplando, como máximo, la cantidad de cuotas cubiertas definida en Condiciones Particulares. La liquidación de dicho beneficio debe realizarse en igual cantidad de cuotas y frecuencia de pago que las acordadas a la fecha de consumo. Para cada año de renovación, se debe establecer un número mínimo de cuotas cubiertas equivalente a SEIS (6) meses o al número de cuotas mensuales pendientes hasta la cancelación de la deuda, el que sea menor.

El carácter de este beneficio debe ser recurrente y acumulativo, cubriendo todos los siniestros acaecidos dentro de cada período de renovación anual de la póliza hasta alcanzar el capital asegurado máximo cubierto. Se entiende por recurrente a la posibilidad de reiteración del evento siniestral dentro de un mismo período anual de cobertura. Se entiende por acumulativo a la sumatoria de beneficios de todos los eventos siniestros acaecidos abonados dentro de un mismo período anual de cobertura.

2.4. Exclusiones

2.4.1. Los riesgos no cubiertos para la cobertura de fallecimiento se limitan exclusivamente a los previstos en los artículos 135, 136 y 137 de la Ley N° 17.418 y los derivados de hechos de guerra que no comprenda a la Nación Argentina o actos de terrorismo cuando el asegurado sea partícipe voluntario.

2.4.2. También puede preverse que el asegurador se libere del pago si el asegurado o beneficiario provoca el evento cubierto dolosamente o por culpa grave o lo sufre en empresa criminal.

2.4.3 No resultan admisibles las exclusiones de enfermedades en las cláusulas de invalidez ni las exclusiones referentes a desempleos masivos en la cláusula de desempleo involuntario.

3 Otros seguros colectivos

3.1. Continuidad de estudios

3.1.1. La cobertura básica a brindar bajo esta modalidad es la de fallecimiento, con la opción del tomador de incorporar la cobertura de invalidez total y permanente por cualquier causa y con carácter sustitutivo del beneficio por fallecimiento y la opción del asegurado de incluir las cláusulas adicionales de adicional de pérdida de ingresos definida en el punto 3.4 del presente apartado.

3.1.2. El beneficiario de esta cláusula debe ser el tomador, es decir, el establecimiento educativo al que el alumno asista.

3.1.3. El capital asegurado debe 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. Si el beneficio se abona en un único pago, el alumno debe 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.

3.2. Ley de contrato de trabajo (LCT)

3.2.1. Bajo esta modalidad sólo pueden otorgarse las coberturas de muerte e invalidez total y permanente con carácter sustitutivo, conforme las obligaciones del empleador dispuestas en la LCT en relación a las definiciones de los riesgos y las respectivas indemnizaciones. En virtud de ello, debe informarse claramente que se instituye como beneficiario en primer término al tomador, quien tiene derecho al cobro de la indemnización una vez entregadas las constancias de haber puesto en conocimiento al asegurado o a sus derechohabientes, según corresponda, acerca del beneficio.

3.2.2. Debe quedar expresamente convenido que en ningún caso la aseguradora puede ser 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 de Incorporación Individual.

3.3. Convenio colectivo de trabajo (CCT)

3.3.1. Bajo esta modalidad sólo pueden comercializarse aquellas prestaciones previstas en el respectivo CCT susceptibles de ser aseguradas. Es decir, no pueden ofrecerse coberturas que no impliquen la existencia de un riesgo asegurable aún cuando en el CCT se estipule que el beneficio sea otorgado a través de una aseguradora.

3.4. Cláusula adicional de pérdida de ingresos

3.4.1. Esta cobertura únicamente puede comercializarse en los seguros colectivos para grupos abiertos, es decir, en todos aquellos en los cuales la relación existente entre los asegurados y el tomador de la póliza sea distinta a la de empleado-empleador, y con las condiciones de carácter general, uniforme y obligatorias contempladas en el anexo del punto 23.6 del Reglamento General de la Actividad Aseguradora.

A.2.1.2 - Vida individual

1. Cuando la vigencia del seguro sea superior a TRES (3) años, el asegurado tiene derecho a valores garantizados, debiendo contemplarse los siguientes conceptos en las condiciones generales comunes:

- a) Valor de rescate, indicando claramente plazos y condiciones para tener derecho al cobro de dicho valor;
- b) Seguro saldado por una suma reducida o de plazo menor;
- c) Préstamos, indicando claramente plazos y condiciones para su solicitud;
- d) Rehabilitación, especificando que sólo aplica en caso de conversión del seguro en otro saldado por una suma reducida o de plazo menor conforme el artículo 142 de la ley N° 17.418. Debe quedar establecido el plazo máximo para solicitar la rehabilitación de la póliza y contemplarse un plazo mínimo durante el cual no pueden aplicarse requisitos de asegurabilidad para la rehabilitación.

A.2.1.3 - Vida con componente de ahorro

1. Además de las estipulaciones anteriores, según se trate de seguros de carácter individual o colectivo, deben contemplarse los siguientes puntos en las condiciones generales comunes:

- a) Cuentas/fondos de la póliza, describiendo claramente sus características e informando que pertenecen al tomador/asegurado y en consecuencia éste puede realizar retiros parciales o totales en cualquier momento de vigencia de la póliza, siempre conforme la normativa vigente, especificando los requisitos necesarios para dichos retiros. Se deben diferenciar los casos de cuentas/fondos garantizados de los no garantizados;
- b) Liquidación al vencimiento de la póliza, indicando el procedimiento para el cobro de los fondos acumulados en caso de supervivencia del asegurado a la fecha de finalización de la vigencia de la póliza;
- c) Respecto al pago de primas, debe contemplarse que mientras el asegurado abone en tiempo y forma la prima establecida por la aseguradora, ésta no puede rescindir la póliza durante los primeros TRES (3) años de vigencia como consecuencia de que el saldo de la cuenta/fondo no alcance a cubrir el costo de la cobertura. Posteriormente, la entidad debe informar, con una anticipación mínima de TRES (3) meses, la necesidad de modificar la prima pactada a fin de mantener la vigencia de la póliza durante el período de cobertura remanente.

2. En aquellos seguros en los cuales se contemple la posibilidad de optar entre diferentes fondos de inversión, al momento de la suscripción de la póliza las aseguradoras deben ofrecer siempre un fondo con garantía u otorgar una cuenta garantizada.

3. Al momento de la suscripción, las aseguradoras deben entregar al asegurado una proyección de la evolución del fondo o cuenta individual confeccionada a partir de la tasa de rentabilidad calculada en función de los fondos de inversión elegidos por el asegurado y considerando distintos escenarios en base a una variación equidistante del TREINTA POR CIENTO (+/- 30%), dejando claramente especificado que la rentabilidad proyectada no determina garantía alguna. En caso de corresponder, en la proyección debe discriminarse la tasa de rentabilidad mínima garantizada.

4. Las aseguradoras deben informar al asegurado, al menos cada SEIS (6) meses, el saldo de su/s cuenta/s o fondo/s, detallando las primas pagadas (discriminando el importe destinado a riesgo del que corresponde a ahorro o inversión), los gastos/cargos por cualquier concepto, los rescates efectuados y el importe de la rentabilidad obtenida durante el período. Asimismo, debe ponerse a disposición del asegurado en el sitio web de la entidad un informe que contemple la evolución de la tasa de rentabilidad bruta y neta

alcanzada por la póliza desde su inicio de vigencia, contrastada con la tasa de rentabilidad proyectada e informada al asegurado.

5. En las Condiciones Particulares y/o Certificado de Incorporación Individual debe consignarse el detalle de cada una de las cuentas/fondos seleccionados por el asegurado/tomador, indicando su composición y los gastos aplicados sobre cada uno de ellos.

6. Se debe indicar la periodicidad y forma de reconocimiento de saldo del fondo de fluctuación y su correspondiente traspaso a la cuenta individual.

A.2.2 - Accidentes personales

1. Debe definirse claramente la acepción de accidente a los fines de la cobertura. Salvo en el caso de inexistencia de herederos legales, la cobertura básica de muerte es de carácter obligatorio.

2. Los seguros de accidentes personales no pueden tener una vigencia superior a UN (1) año. En el caso de vigencias menores, se debe tarifar acorde a la tabla de período corto que utilice la aseguradora.

3. Los menores de CATORCE (14) años sólo pueden ser asegurados bajo la cobertura básica de muerte por accidente, sepelio e invalidez total y permanente (beneficio sustitutivo de la cobertura de muerte).

4. Bajo la modalidad accidentes escolares sólo puede asegurarse a los alumnos del establecimiento educativo bajo las coberturas de fallecimiento, invalidez total y permanente y gastos de asistencia médica por invalidez temporaria.

5. *Cláusula de beneficiario en primer término:* Deben definirse claramente las figuras de tomador y asegurado, como así también el porcentaje de pago de prima a cargo de cada uno. Esta cláusula no invalida el derecho de los asegurados de designar sus propios beneficiarios ya que ante un siniestro corresponde que la aseguradora cite al tomador para que en el término de TRES (3) días invoque su derecho al cobro preferente, lo cual debe quedar establecido en la cláusula. El pago del saldo de las prestaciones debe realizarse al asegurado o a los beneficiarios que justifiquen su derecho.

A.2.3 - Salud

1. Los seguros de salud deben ser de vigencia anual.

2. No puede comercializarse ninguna cobertura de salud cuyo beneficio consista en una prestación directa de los actores de servicios de salud sujetos al control de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD o de otros prestadores de salud.

3. En virtud de las características particulares de estos seguros, se puede contemplar la exclusión por enfermedades preexistentes tanto en pólizas colectivas como individuales.

B - LINEAMIENTOS PARA LA NOTA TÉCNICA DE LOS PLANES DE SEGURO

1. La nota técnica debe especificar lo siguiente:

- a) Características del producto: rama, coberturas, modalidad de contratación, moneda/s de comercialización, y demás definiciones que definan al producto.
- b) Riesgos cubiertos: cobertura básica, coberturas específicas, coberturas adicionales, sumas aseguradas, carencias, franquicias, deducibles, límites y sublímites aplicables y todo otro elemento que sea determinante de la prima pura.
- c) Variables para la determinación del premio: prima pura, gastos, tasas, impuestos, sellados.
- d) Gastos de adquisición (producción) y administración (explotación): deben definirse individualmente considerando que cada uno de ellos no puede superar el TREINTA POR CIENTO (30%) de la prima de tarifa y la suma de ambos el CINCUENTA POR CIENTO (50%) de la misma.

En el caso de los seguros que cubran saldos de deuda, la suma de ambos conceptos no puede exceder el TREINTA POR CIENTO (30%) de la prima de tarifa. El tomador debe trasladar al asegurado el premio que cobre la aseguradora sin ningún gasto o comisión adicional. Las aseguradoras y los intermediarios no pueden otorgar retribuciones, bajo ningún concepto, en forma directa o indirecta, a quienes sean tomadores y/o beneficiarios del seguro, salvo en aquellas pólizas que prevean en su articulado la cláusula de participación en utilidades. No puede actuar como agente institorio ni como productor de seguro (o sociedades de ellos) toda persona física o jurídica vinculada al acreedor, tomador, beneficiario o asegurador en virtud de la normativa vigente.

e) Reservas: deben indicarse las reservas que constituirá la entidad acorde a la reglamentación vigente.

f) Política de suscripción y retención de riesgos: debe discriminarse para cada una de las coberturas del plan y en cada una de las monedas en que será comercializado el mismo. Para las coberturas para menores de CATORCE (14) años en los seguros de accidentes personales y para las cláusulas adicionales de sepelio debe tenerse en cuenta que la suma asegurada no puede superar el valor de 5,5 Salarios Mínimos Vitales y Móviles (SMVM), conforme el SMVM vigente a la fecha de emisión de la póliza.

Para los seguros de personas la suma asegurada de cada una de las coberturas adicionales no puede superar la suma asegurada de la cobertura básica del plan.

B.1 - Lineamientos específicos para los seguros patrimoniales

1. Prima pura: para las coberturas adicionales de accidentes personales y la cobertura de pérdida de ingresos en caso de cobertura de saldo deudor, se debe proceder conforme los lineamientos del punto 2 del apartado "*B.2 - Lineamientos específicos para los seguros de personas*".

2. Las franquicias y/o descubiertos a cargo del asegurado no pueden superar el VEINTE POR CIENTO (20%) de la suma asegurada, independientemente de que se apliquen a través de montos fijos, porcentajes de suma asegurada o del monto de la indemnización, o una combinación de los anteriores. Debe indicarse el porcentaje máximo para cada cobertura de manera taxativa. En los seguros de responsabilidad civil profesional médica, la franquicia a aplicar no puede superar el CINCO POR CIENTO (5%) de la suma asegurada.

3. Cobertura de protección por pérdida de ingreso por desempleo involuntario o invalidez total y temporaria para tomadores de préstamos y/o servicios financieros: El cálculo de cada riesgo debe efectuarse por separado, no pudiendo existir solidaridad entre ambas coberturas. Las tasas de prima se deben justificar en forma separada e independiente con bases técnicas y en base a estudios estadísticos debidamente actualizados. Caso contrario, se debe contar con el aval del reasegurador que participe en el riesgo.

B.2 - Lineamientos específicos para los seguros de personas

1. Tasa técnica: no debe 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 moneda extranjera.

2. Prima pura: se deben 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. Los datos estadísticos utilizados para la tarificación de un riesgo deben ser técnicamente representativos de la población objetivo. Cuando se presenten bases técnicas, se deben informar todos los links y/o rutas de acceso de las páginas web de donde surgen los datos estadísticos y remitir los cálculos de las tarifas mediante hoja de cálculo (planilla Excel) conteniendo todas las fórmulas utilizadas. Excepto en las coberturas relacionadas con pérdida de ingresos, la prima de cada una de las coberturas adicionales no debe superar a la prima de la cobertura básica.

3. Recargo de seguridad: la aseguradora puede incorporar un recargo de seguridad para desvíos en la tabla de mortalidad o en las tasas de frecuencia de las cláusulas adicionales. Dicho recargo debe establecerse en forma puntual y no puede superar el VEINTE POR CIENTO (20%) sobre la tasa de riesgo.

4. Recargo por eliminación de exclusiones: se debe especificar el recargo a aplicar por la eliminación de exclusiones.

5. Recargo por agravación del riesgo: se admite una extraprima aplicable a un riesgo particular, debiendo estar indicado dicho recargo en las Condiciones Particulares o Certificado de Incorporación Individual.

6. La aplicación en forma conjunta de todos los recargos sobre la tasa de prima y/o sobre la suma asegurada utilizados por la aseguradora no puede superar el TRESCIENTOS POR CIENTO (300%) de la tasa de riesgo.

7. Valor de Rescate, en los planes con valores garantizados: debe estarse a lo establecido en la Ley N° 17.418 y en las Resoluciones SSN N° 27.220 y 27.285.

8. Cálculos de las primas: deben establecerse las fórmulas de cálculo de la prima pura de cada cobertura y de la prima de tarifa total individual, contemplando todos los conceptos detallados anteriormente que resulten de aplicación. El premio total de cada asegurado debe ser calculado adicionando a la prima de tarifa individual los impuestos, tasas y sellados que pudieran corresponder según las coberturas contratadas.

En los seguros colectivos, puede contemplarse los siguientes métodos de cálculo de la prima pura:

a) Método de tasa de prima individual: las primas individuales por cada asegurado resultan de aplicar la tasa de prima correspondiente a la edad alcanzada por el mismo sobre su respectivo capital asegurado.

b) Método de tasa de prima colectiva: la tasa de prima media resulta 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 resultan de aplicar la tasa de prima media sobre el monto de su capital asegurado.

c) Método de tasa de prima por grupos de edades: la tasa de prima media para cada rango de edad resulta 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 deben 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 resultan de aplicar la tasa de prima media del grupo de edad al cual pertenecen, sobre el monto de su capital asegurado.

9. Grupo Familiar: tratándose de un seguro nominativo, la entidad debe disponer de la información necesaria para calcular la prima correspondiente a cada integrante del grupo familiar, por lo que no puede utilizarse una prima uniforme con independencia del número de integrantes que lo compongan. Debe cobrarse a cada asegurado la prima correspondiente. En caso de aplicarse el método de cálculo de tasa promedio en los seguros colectivos, los asegurados familiares no pueden formar parte del grupo del asegurado titular, debiendo calcularse una tasa promedio específica para los cónyuges/convivientes y una tasa específica para los hijos. Sin perjuicio de ello, puede 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.

10. Incremento automático de los capitales asegurados: deberá contemplarse la fórmula de cálculo del coeficiente de incremento y el porcentaje o tope de incremento mínimos y máximo, según corresponda. Esta cláusula no puede utilizarse cuando el seguro se comercialice en moneda extranjera ni en caso de que los capitales asegurados se definan como múltiplos de sueldos o en función del Salario Mínimo Vital y Móvil (SMVM). Toda la información concerniente a la misma debe quedar especificada en Condiciones Particulares y Certificado de Incorporación Individual.

11. Participación en utilidades: debe contemplarse la fórmula de cálculo y los porcentajes mínimo y máximo de participación, cuyo rango debe estar en el orden del CINCO POR CIENTO (5%) al NOVENTA POR CIENTO (90%). Pueden aplicarse diferentes porcentajes de participación para cada una de las coberturas del plan. A los fines de efectuar el cálculo, deben contemplarse las primas del seguro, los gastos, los siniestros y la reserva para siniestros pendientes de pago. Debe utilizarse un criterio de cálculo homogéneo entre ingresos y egresos, es decir, si se consideran las primas devengadas, deben contemplarse los siniestros devengados. Igual tratamiento se debe dar en el caso de utilizar los conceptos pagados o diferenciar entre primas y siniestros brutos o netos de reaseguro. La participación en utilidades puede calcularse para algunas o todas las coberturas de plan, ya sea en forma global o cobertura por cobertura. El método de cálculo debe 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 puede ser compensado con el saldo de otra cobertura y debe acumularse para la siguiente vigencia, respetando el plazo máximo de CINCO (5) años de arrastre de pérdidas.

B.2.1 - Seguros de Vida

1. Tabla de Mortalidad: se debe definir una tabla que, para todas las edades detalladas, se encuentre dentro de los rangos de vidas medias indicadas a continuación:

IF-2024-83491243-APN-GTYN#SSN

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 obtiene con la siguiente fórmula:

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

siendo:

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

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

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

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

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

2. Ajuste de la tabla por suscripción: se puede establecer un ajuste equidistante sobre el porcentual de tabla definido (porcentaje base), el cual no puede superar una variación del VEINTICINCO POR CIENTO (25%) sobre dicho porcentaje base de acuerdo a las características del grupo asegurado y el número de asegurados.

3. Cuando se utilicen tablas de mortalidad como base para el cálculo de la tarifa de algún riesgo adicional, como ser sepelio, debe emplearse la misma tabla y con igual ajuste que la utilizada para el riesgo básico de muerte.

4. Cobertura de protección por pérdida de ingresos por desempleo involuntario o invalidez total y temporaria:

4.1. En los seguros que cubran saldos de deuda, el cálculo de cada riesgo debe efectuarse por separado, no pudiendo existir solidaridad entre ambas coberturas. Las tasas de prima se deben justificar en forma separada e independiente con bases técnicas y en base a estudios estadísticos debidamente actualizados. Caso contrario, se debe contar con el aval del reasegurador que participe en el riesgo.

4.2. En los seguros colectivos de vida para grupos abiertos que incluyan esta cláusula, debe considerarse que sin perjuicio de que se contemplen ambos riesgos, cada asegurado estará alcanzado sólo por uno de ellos (desempleo involuntario o invalidez total temporaria), según su particular situación laboral a cada momento. En consecuencia, el capital asegurado de cada cobertura debe ser determinado de manera tal que las primas de tarifa de ambos riesgos coincidan, a efectos de que, ante la modificación de la situación laboral del asegurado durante la vigencia de la póliza, la prima no deba ser modificada y el asegurado continúe abonando el mismo costo final por su seguro. En caso de que el beneficio se abone en cuotas, para cada año de renovación se deberá establecer un número mínimo de cuotas cubiertas en concepto de beneficio, el cual no podrá ser menor a SEIS (6) meses.

B.2.1.1 - Seguros de vida con componente de ahorro

1. Rentabilidad garantizada: las entidades deben ofrecer siempre un fondo con rentabilidad garantizada, la cual debe considerarse, como mínimo, como el mayor rendimiento que surja de la comparación entre la tasa técnica y la tasa testigo publicada periódicamente por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN aplicable a los seguros de retiro, para las pólizas emitidas en moneda de curso legal. Para las pólizas emitidas en moneda extranjera, la rentabilidad garantizada debe ser igual o superior a la tasa técnica.

2. Participación sobre las rentabilidades: sin perjuicio de la tasa garantizada que resulte de los establecido en el inciso anterior, se debe participar al asegurado de la rentabilidad obtenida por encima de la misma (rentabilidad excedente), ya sea para fondos garantizados o no garantizados, en un porcentaje determinado, el cual no puede ser inferior al SETENTA POR CIENTO (70%) de la rentabilidad bruta de los mismos. A los fines de determinar el saldo de los fondos garantizados a una fecha determinada, se debe tomar el mayor saldo que surja de la aplicación del procedimiento anteriormente descripto y el obtenido de aplicar solamente la rentabilidad garantizada correspondiente.

3. Gastos de adquisición (producción) y administración (explotación): se deben limitar los porcentajes de gastos sobre las primas de riesgo destinadas a la cobertura de fallecimiento y cláusulas adicionales, no pudiendo superar la suma de ambos gastos el CINCUENTA POR CIENTO (50%) de la prima de tarifa. Para dicho cálculo se puede efectuar un promedio simple en función del horizonte de cobertura de la póliza. Sobre toda prima en exceso de la prima de riesgo (prima excedente), los gastos se deben limitar a un DIEZ POR CIENTO (10%) de la misma.

4. Gastos sobre las cuentas/fondos: deben limitarse los gastos sobre las cuentas o fondos con garantía no pudiendo ser superiores al porcentaje de rentabilidad garantizada. Respecto a la rentabilidad excedente, los gastos no pueden ser superiores al DOS POR CIENTO (2%) de la misma.

En caso de que la aplicación de los gastos contemplados en la póliza conlleve a la obtención de un saldo negativo parcial teniendo en cuenta la prima abonada, dicho resultado puede ser prorrateado en los próximos TRES (3) años de vigencia. Una vez transcurrido el período mencionado y no revertida la situación planteada, la entidad debe informar, con una anticipación mínima de TRES (3) meses, la necesidad de modificar la prima pactada a fin de mantener la vigencia de la póliza durante el período de cobertura remanente.

5. Valor de Rescate: en aquellas pólizas colectivas cuyo tomador sea el empleador y éste tome a su cargo el pago de la prima total o parcialmente, debe considerarse que, excepto en los fondos constituidos por los pagos realizados por el asegurado:

a) No pueden realizarse más de TRES (3) retiros parciales por año calendario y con una frecuencia mínima de NOVENTA (90) días entre uno y otro.

b) Ningún retiro parcial puede ser superior al SETENTA POR CIENTO (70%) del fondo acumulado.

6. Explicación del esquema de transferencia de rentabilidad y del esquema de gastos: debe detallarse el esquema de transferencia de rentabilidad de los fondos y el esquema de gastos por cualquier concepto.



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
AÑO DE LA DEFENSA DE LA VIDA, LA LIBERTAD Y LA PROPIEDAD

Hoja Adicional de Firmas
Informe gráfico

Número: IF-2024-83491243-APN-GTYN#SSN

CIUDAD DE BUENOS AIRES
Miércoles 7 de Agosto de 2024

Referencia: Anexo del punto 23.2. inc. a. - Lineamientos para las Condiciones Contractuales y la Nota Técnica de los Planes de Seguro

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 20 pagina/s.

Digitally signed by GESTION DOCUMENTAL ELECTRONICA - GDE
Date: 2024.08.07 16:17:18 -03:00

Fabiana Abbruzzese
Gerenta
Gerencia Técnica y Normativa
Superintendencia de Seguros de la Nación

Digitally signed by GESTION DOCUMENTAL
ELECTRONICA - GDE
Date: 2024.08.07 16:17:19 -03:00

Anexo del punto 23.2.			
RESOLUCIONES DE LINEAMIENTOS			
N°	Normativa	Alcance	Rama/Subrama
1	Anexo del punto 23.2. inc. a)	Lineamientos para las Condiciones Contractuales y la Nota Técnica de los Planes de Seguro	Responsabilidad Civil, Aeronavegación, Incendio, Todo Riesgo Operativo, Combinado Familiar e Integrales, Riesgos Agropecuarios y Forestales (únicamente para los Seguros de Ganado), Robo y Riesgos Similares, Transporte de Mercaderías, Seguro Técnico, Otros Riesgos de Daños Patrimoniales, Vida, Accidentes Personales y Salud
2	Circular N° 3.880 y Resolución N° 26.856	Seguro Colectivo de Vida Obligatorio para las Tripulaciones de Embarcaciones de Pesca (Ley 16.517)	Vida Obligatorio
3	Circular N° 3.880 y Resolución N° 26.739	Seguro Colectivo de Vida Obligatorio para Espectadores de Justas Deportivas (Ley 19.628)	Vida Obligatorio
4	Circular N° 3.880 y Resolución N° 26.497 / Resolución Ministerio de Finanzas 224-E/2017	Seguro Colectivo de Vida Obligatorio para Trabajadores Rurales (Ley 16.600)	Vida Obligatorio
5	Resoluciones N° 37.072 y 40.091 / RESOL-2023-51-APN-SSN#MEC	Sepelio - Pautas Mínimas para confección de Tarifas	Sepelio
6	Resoluciones N° 19.106 y 19.620 y sus modificatorias y complementarias	Seguros de Retiro	Retiro
8	Resoluciones N° 27.220 y 27.285	Reglamentación de las Quitas por Rescate Máximas a aplicar en el cálculo de los Valores Garantizados	Vida y Retiro
9	RESOL-2024-124-APN-SSN#MEC	Seguros Celebrados en Moneda Extranjera	Transversal a Distintas Ramas
RESOLUCIONES GENERALES			
N°	Normativa	Alcance	Rama/Subrama
1	RESOL-2022-8-APN-SSN#MEC	Seguro de Vida Colectivo	Vida Colectivo
2	RESOL-2022-8-APN-SSN#MEC	Seguro de Vida Individual Anual Renovable	Vida Individual
3	RESOL-2023-532-APN-SSN#MEC	Seguro para la Mujer	Vida
4	Resolución SSN N° 37.849 y N° RESOL-2018-65-APN-SSN#MF	Seguro de Responsabilidad Civil	Responsabilidad Civil
5	Resolución SSN N° 35.550 y N° 36.482	Seguro de Responsabilidad Civil por Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, en exceso a riesgos amparados por la Ley N° 24.557	Responsabilidad Civil
6	Resolución SSN N° 40.285	Seguro de Ganado	Riesgos Agropecuarios y Forestales
7	Resolución SSN N° 39.507	Condiciones Generales de la Cobertura de Índice por Deficit de Precipitaciones para el Cultivo de Maiz	Riesgos Agropecuarios y Forestales
8	RESOL-2022-334-APN-SSN#MEC	Seguro de Embarcaciones de Placer	Transporte - Cascos
9	Resolución SSN N° 39.981	Seguro de Cristales	Otros Riesgos de Daños Patrimoniales
10	Resolución SSN N° 13.760 y N° 13.841	Seguro de Caución para Garantía de Alquileres	Caución
11	Resolución SSN N° 23.083	Seguro de Caución para Garantías de Alquileres (Inmuebles)	Caución
12	RESOL-2020-376-APN-SSN#MEC	Seguro de Caución de Garantía de Locación de Bienes Inmuebles con Destino Habitacional	Caución
13	RESOL-2021-275-APN-SSN#MEC	Cláusula de Enfermedad Trasmisible	Ramas Incendio, Transportes de Mercaderías, Seguro Técnico, Caución y Responsabilidad Civil
14	RESOL-2021-275-APN-SSN#MEC	Cláusula de Limitación y Exclusión por Sanciones	Seguros Patrimoniales
15	Asimismo, los planes correspondientes a las coberturas de seguros de Caución para Garantías Aduaneras para el cumplimiento de la normativa dispuesta por la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP), deberán presentarse bajo la modalidad de "Depósito de Planes" de conformidad con las Resoluciones Generales de Carácter General autorizadas por esta SSN.		



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
AÑO DE LA DEFENSA DE LA VIDA, LA LIBERTAD Y LA PROPIEDAD

Hoja Adicional de Firmas
Informe gráfico

Número: IF-2024-83495097-APN-GTYN#SSN

CIUDAD DE BUENOS AIRES
Miércoles 7 de Agosto de 2024

Referencia: Anexo del punto 23.2. del RGAA

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 1 pagina/s.

Digitally signed by GESTION DOCUMENTAL ELECTRONICA - GDE
Date: 2024.08.07 16:23:42 -03:00

Fabiana Abbruzzese
Gerenta
Gerencia Técnica y Normativa
Superintendencia de Seguros de la Nación

Digitally signed by GESTION DOCUMENTAL
ELECTRONICA - GDE
Date: 2024.08.07 16:23:42 -03:00