

UNIDAD E

# *Seguros de Personas*

## *Año 2022*



# Contenidos

<b>Introducción</b>	<b>6</b>
<b>Unidad 1 Seguro de personas</b>	<b>7</b>
1.1 Ramas que componen los Seguros de Personas de acuerdo al riesgo.	7
Vida:	7
Accidentes personales:	7
Retiro:	8
Salud:	8
Sepelio:	8
1.2 Importancia socio-económica de los seguros de personas	9
Función social:	9
Función Económica:	9
1.3 Marco legal: Ley 12.988 y Ley 17.418	10
Ley 12.988/47	10
Ley 17.418/67	10
<b>Unidad 2 Seguros de vida</b>	<b>11</b>
2.1 Objeto del seguro de vida	12
2.2 Diferencia entre “asegurable” y “asegurado”	12
Asegurable:	12
Asegurado:	13
2.3 Interés asegurable: tomador, asegurado, terceros	13
Interés asegurable:	13
Tomador:	14
Asegurado:	14
2.4 Designación de Beneficiarios	15
<b>Unidad 3 Características legales especiales en la rama vida</b>	<b>18</b>
3.1 Reticencia	18
Reticencia no Dolosa:	18

Reticencia Dolosa:	19
3.2 Agravación del riesgo	20
3.3 Prescripción	21
3.4 Caducidad	21
3.5 Suicidio	22
3.6 Inembargabilidad de la indemnización	23
3.7 Beneficios impositivos	23
Decreto 59/2019:	23
<b>Unidad 4 Selección del riesgo. Condiciones. Requisitos médicos y la técnica facultativa</b>	<b>25</b>
<b>Unidad 5 Bases Técnicas</b>	<b>29</b>
5.1 Tablas Biométricas	30
5.2 Reserva matemática	31
5.3 Tasa de interés	31
5.4 Distintos tipos de primas	32
Prima pura, de riesgo:	32
Prima nivelada:	32
5.5 Cuenta individual	33
5.6 Seguro Saldado	34
5.7 Rescate o valores garantizados	34
5.8 Préstamo	35
5.9 Rehabilitación	35
<b>Unidad 6 Clasificación de los seguros de vida</b>	<b>36</b>
6.1 Cobertura básica	36
6.2 Coberturas adicionales optativas	36
<b>Unidad 7 Seguros individuales: características principales. Formas de contratación y comercialización</b>	<b>39</b>
7.1 Diferentes formas de contratación y comercialización en función a la prima	39
1. Por Muerte:	40

2. Dotales:	41
3. Vida Universal:	42
4. Planes “Senior”:	43
5. Planes de Aceptación Garantizada:	43
6. Seguros de Varias Cabezas:	43
<b>Unidad 8 Póliza: condiciones generales y particulares en los seguros de vida individual</b>	<b>45</b>
8.1 Estructura de una póliza de vida individual	45
8.2 Cláusulas Generales	46
8.3 Cláusulas Particulares	47
<b>Unidad 9 Seguros de vida colectivos: optativos y obligatorios. Características principales</b>	<b>49</b>
9.1 Seguros de vida colectivos Optativos:	49
Características principales:	50
Vigencia:	51
Período de Carencia:	51
Cálculo de la prima:	51
Forma de pago:	51
Edad de ingreso y permanencia:	51
Grupos asegurables:	51
Criterios para la determinación de la suma asegurada en colectivos optativos:	52
Beneficiarios:	53
9.2 Seguros de vida colectivos Obligatorios:	53
Decreto N°1567/74 (Obligatorio):	54
Ley N°16.600/64 (Obligatorio):	57
Convenio Mercantil: CCT130/75 (Obligatorio):	58
Otros convenios colectivos obligatorios:	60
9.3 Seguros colectivos de contratación no Obligatoria:	60
Seguro de Saldo Deudor:	61

Ley de contrato de trabajo (Ley 20.744/76 y sus modificatorias):	63
<b>Unidad 10 Seguro de accidentes personales</b>	<b>65</b>
10.1 Características Generales	66
Personas asegurables:	68
Definición de Accidente:	68
Exclusiones básicas de cobertura:	69
10.2 Coberturas básicas	70
10.3 Coberturas adicionales optativas	71
10.4 Modalidades de contratación	72
10.5 Ámbito de la cobertura	73
10.6 Designación de beneficiarios:	74
10.7 Cálculo de la prima	74
10.8 Seguro escolar	75
<b>Unidad 11 Seguros de retiro</b>	<b>77</b>
11.1 Características principales	78
Cobertura básica:	78
Coberturas adicionales:	78
Fechas de Retiro:	79
Ajustes:	80
Primas:	80
Información al asegurado:	80
Reservas Matemáticas:	81
11.2 Tipos de renta	81
11.3 Rescate. Préstamos. Carencia	82
Préstamos:	82
Carencia:	83
Beneficios impositivos:	83
11.4 Seguros de Retiro. Planes colectivos:	83
<b>Unidad 12 Seguros de Salud</b>	<b>86</b>

12.1 Seguros de Salud. Normativa vigente	86
12.2 Tipos de pólizas y características generales	87
Personas Asegurables:	87
Requisito de asegurabilidad:	88
Primas:	88
12.3 Diferentes opciones de Coberturas de Salud	88
Enfermedades críticas:	88
Reembolso de Gastos Quirúrgicos y hospitalización:	89
Cobertura de Gastos por Internación:	90
Trasplante de Órganos:	90
Prótesis/órtesis:	91
Otras Coberturas:	91
12.4 Coberturas en Pólizas Colectivas	91
Certificados individuales – Pólizas colectivas:	92
Establecimiento Asistencial:	93
<b>Unidad 13 Seguros de sepelio</b>	<b>94</b>
13.1 Condiciones Contractuales	94
13.2 Tipos de Coberturas	95
Prestacional:	95
Por reintegro de gastos:	95
13.3 Exclusiones de la Cobertura	96
<b>Unidad 14 Impacto COVID-19</b>	<b>97</b>
14.1 Tendencias mundiales post pandemia	97
<b>Bibliografía (lectura obligatoria)</b>	<b>105</b>

# Introducción

En el valor de la vida, dentro de los riesgos y sus efectos económicos, los seguros de personas tienen como finalidad la garantía de la continuidad de ingresos, siendo la persona física el objeto del seguro. Las pólizas deben ser nominativas, es decir, deben tener siempre todos los datos del asegurado.

Los seguros de personas nacen como respuesta a la necesidad del ser humano de reducir la incertidumbre financiera que se origina en contingencias naturales, tales como el fallecimiento prematuro, la incapacidad, la enfermedad y la vejez.

Los seguros sobre las personas comprenden las coberturas de los riesgos económicamente valiables relacionados con la duración de la vida humana y su integridad física, incluyendo su capacidad laboral, teniendo en cuenta los gastos médicos en los que incurra.

Tienen un papel importante en la protección y seguridad. Conocer su funcionalidad es de orden primario a la hora de alcanzar la visión estratégica, operativa y técnica del negocio de seguros de personas.





# Unidad 1

## Seguro de personas

### 1.1 Ramas que componen los Seguros de Personas de acuerdo al riesgo.



#### Vida:

Es la respuesta económica inmediata para que una familia pueda seguir adelante ante la muerte, incapacidad permanente o enfermedad de la persona o sostén familiar, que en total o en mayor medida aporta con su trabajo para la vida familiar. Cumple una función social y económica muy importante para la sociedad. También es importante ante el beneficio de la continuidad de una empresa como persona jurídica. Desarrollaremos este tema en profundidad a partir de la Unidad 2 hasta la Unidad 9 inclusive.

#### Accidentes personales:

Un seguro de accidentes es aquel que cubre los riesgos de integridad física del asegurado cuando su origen es un accidente, es decir, cubre las lesiones corporales derivada de una causa violenta, súbita y externa en la que no haya intencionalidad por parte del asegurado, y que dé lugar a invalidez (temporal o permanente) o fallecimiento. Será desarrollado en profundidad en la Unidad 10.



### **Retiro:**

El seguro de retiro es un contrato de seguro que permite a los asegurados realizar aportes durante su vida activa los que, sumados a los intereses que los mismos producen, permiten la constitución de un fondo que puede ser posteriormente retirado en la etapa pasiva del asegurado, o bien cuando lo acuerde con la Aseguradora, mediante una renta vitalicia. Lo veremos en la Unidad 11 con más detalle.

### **Salud:**

El seguro de salud es un instrumento mediante el cual una compañía de seguros se compromete a cubrir gastos en salud del asegurado a cambio del pago de una prima. Estos gastos pueden ser médicos, clínicos, farmacéuticos o de hospitalización, y tienen que estar indicados en la póliza. Para realizar el reembolso o el cobro de la indemnización, el asegurado debe completar el formulario de la compañía de seguros, el cual será llenado por el médico o prestador de los servicios médicos. Lo veremos en la Unidad 12 con más detalle.

y con capitales indemnizatorios pactados en pólizas que prevén múltiples alternativas. Al ser indemnizatorio, cuenta con la ventaja de poder disponer libremente su destino. Funciona independientemente de las prestaciones médicas. Para acceder a la indemnización se requiere presentar la documentación médica tal como resultados de diagnósticos, historias clínicas y/o protocolos quirúrgicos (no se requiere comprobante de gastos o facturas).

Está destinado a amortiguar el costo por el mantenimiento de la salud y bienestar de las personas. En la Argentina, los beneficios de una póliza de salud usualmente complementan y suplementan los otorgados por una Obra Social, Mutual o Prepaga. Pueden ser de contratación individual, incluyendo el grupo familiar, o bien de contratación colectiva o grupal.

### **Sepelio:**

Modalidad de seguro en virtud de la cual, en caso de fallecimiento del asegurado, se abona por cuenta del beneficiario de la póliza o, en su defecto, por cuenta de los herederos legales, el importe resultante del servicio de sepelio hasta el monto contratado (suma asegurada) a quien lo prestase, o bien es realizado por la misma compañía. Este tipo de seguros actualmente puede ser prestacional o indemnizatorio. Lo veremos en la Unidad 13 con más detalle.

Las indemnizaciones responden a cifras pactadas y sobre coberturas específicas

## 1.2 Importancia socio-económica de los seguros de personas

Los seguros de personas cumplen una doble función: una social y otra económica. Ambas son complementarias y esenciales en el desarrollo del negocio asegurador.

### Función social:

Protegen económicamente no sólo al asegurado, sino también a aquellos seres afectivamente más allegados, como su propia familia, garantizando, a través de una indemnización o beneficio, la continuidad del ingreso cuando esta se ve afectada por riesgos o hechos accidentales dañinos, como la muerte, invalidez total o parcial y enfermedades contempladas en cada contrato, tanto en seguros de vida, de salud o de sepelio.



El **Productor Asesor de Seguros (P.A.S.)** cumple un rol social fundamental en la actualidad. No sólo debe asesorar a cada uno de los asegurados y asegurables, sino también brindar tranquilidad y demostrar que es un verdadero profesional. Se cree que todos los seguros de personas son caros y es función del P.A.S. revertir ese paradigma y evitar una incertidumbre financiera futura.

### Función Económica:

Tienen varias funciones entre las que podemos mencionar:

- Fuente de trabajo para los que se dediquen a la actividad Aseguradora en sus distintas profesiones y actores que proveen servicios a alguno de los eslabones de la cadena de la mencionada actividad.

- Importante formador del **Producto Bruto Interno** y de la economía en general del país por las inversiones que realizan las aseguradoras en función de la Ley 20.091, como así también por la Resolución 38708/2014 y sus modificatorias.



## 1.3 Marco legal: Ley 12.988 y Ley 17.418

### Ley 12.988/47

Vigente en la actualidad, expresa en su **artículo 2º**: *“Queda prohibido asegurar en el extranjero a personas, bienes o cualquier interés asegurable de jurisdicción nacional. En caso de infracción ésta será reprimida con una pena impuesta al asegurado e intermediario por el Poder Ejecutivo, de hasta veinticinco veces el importe de la prima. La resolución del Poder Ejecutivo será apelable ante la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil, Comercial y Penal Especial y Contencioso Administrativo de la Capital Federal.”*

### Ley 17.418/67

Todo contrato de seguro se rige por esta ley y su reglamentación.

De esta manera, en el **Capítulo III** se legisla sobre el **Seguro de Personas** que está integrado por 3 secciones:

- Sección I: Seguro sobre la vida. Artículos 128º al 148º.
- Sección II: Seguro de accidentes personales. Artículos 149º al 152º.
- Sección III: Seguro colectivo. Artículos 153º al 156º.

# Unidad 2

## Seguros de vida



El Seguro de Vida es el contrato de seguro que está destinado a cubrir un evento incierto que se produzca sobre la duración de la vida, la integridad física o salud del asegurado o de un tercero cuya vida se contrate.

El propósito básico es otorgar una **indemnización** preestablecida a los beneficiarios o herederos legales, en caso de fallecimiento del asegurado.

Su objetivo es reducir la **incertidumbre económica** ante situaciones previstas en el contrato como incapacidad, enfermedad, accidente o pérdida de la vida que interrumpen la continuidad de ingresos, permitiendo la estabilidad financiera futura de la familia, de personas que dependan económicamente del asegurado o la continuidad de una empresa, negocio o sociedad. También permite reducir la incertidumbre financiera en la vejez.

Es un instrumento de protección y un beneficio al que todos pueden acceder, ya que existen planes a medida de las necesidades y posibilidades de cada persona. Al momento de contratar una póliza de seguro de vida, la compañía puede ofrecer al asegurado ciertos beneficios, suplementarios o adicionales.

La incorporación de un beneficio o cobertura adicional implica un costo extra, por encima de la prima del seguro principal, siendo las más comunes las de doble indemnización por accidente, invalidez parcial o total y enfermedades graves, tema que desarrollaremos más adelante.

La naturaleza de este tipo de contratos de seguros es de **PREVISION**, a través de una suma asegurada convenida antes de la muerte del asegurado; mientras que la

del contrato de seguro de riesgos patrimoniales es indemnizatoria, de acuerdo al daño efectivamente sufrido por el bien del asegurado.

A los efectos de una mejor comprensión del tema es fundamental tener en cuenta, en primer lugar, las particularidades de los elementos de un contrato de seguro de vida.

## 2.1 Objeto del seguro de vida

El objeto del seguro de vida es una persona física, siendo la cobertura básica cubrir el riesgo de muerte por cualquier causa (enfermedad o accidente) o la supervivencia de una persona (el asegurado). También, como ya veremos más adelante, es posible cubrir ambos eventos en una sola póliza. Cubre a una persona por una suma determinada o capital asegurado, conforme al “interés asegurable” de cada persona y/o asegurado y, ante su fallecimiento, dicho capital es abonado al/los beneficiario/s designado/s por el asegurado. En el caso de supervivencia del asegurado, la contraprestación del asegurador consiste en el pago de un capital o de una renta establecida al contratar el seguro.

## 2.2 Diferencia entre “asegurable” y “asegurado”

### Asegurable:

Es aquella persona que reúne las características predeterminadas para poder ser objeto de la cobertura del seguro.

Toda persona física puede ser asegurable a partir de los 14 años y hasta los 65 años (salvo excepciones).

No son asegurables los [interdictos](#) y [menores de 14 años](#).

Puede ser **interdicto** el mayor de catorce años que, por enfermedad, debilidad o insuficiencia de sus facultades psíquicas, pueda poner en peligro su persona o sus daños a terceros.

En la comercialización de seguros de vida es fundamental el asesoramiento del P.A.S. para poder realizar un verdadero análisis de necesidades de cada persona, teniendo en cuenta cuál es la situación particular y si son capaces de satisfacer los parámetros de aceptabilidad de cada plan de una Aseguradora.

Básicamente, consiste en conocer a nuestro futuro cliente: la edad, enfermedades que posee, su estado civil, dónde trabaja, si es independiente o está en relación de dependencia, cómo se compone su familia, si es único sostén familiar, si tiene hijos, cuáles son sus edades, etc.

Se le pueden realizar muchas preguntas a nuestro asegurable, por ejemplo: en cuanto a su estilo de vida, ¿ha pensado alguna vez cómo quedaría su familia si usted falleciera o se incapacitara?; en relación a la educación de sus hijos, ¿cuán importante es para usted la educación de sus hijos?, ¿qué tiene pensado para el momento de su jubilación?

Y en función a esto detectar la situación deseada por el asegurable:

- Protección ante fallecimiento.
- Protección ante una enfermedad o incapacidad.
- Protección de ahorro para la etapa de retiro.

### **Asegurado:**

Es la persona titular del interés sobre cuyo riesgo se toma el seguro. En el sentido estricto, es la persona sobre la cual **recae la cobertura de seguro**.

## **2.3 Interés asegurable: tomador, asegurado, terceros**

El artículo 128 de la Ley 17.418 establece: “*El seguro se puede celebrar sobre la vida del contratante o de un tercero*”. En el caso de un tercero, veremos que es necesario tener “interés asegurable” como otro elemento esencial dentro del contrato de seguro. Tanto el interés asegurable como el tomador/asegurado son elementos de cualquier contrato de seguro. En los seguros de vida adquieren características especiales y aparece la figura del “beneficiario” que, aunque no es un elemento general ni específico, toma una importancia fundamental en esta rama.

### **Interés asegurable:**

Está definido por la **relación lícita** entre una persona asegurable y el “valor económico” que esta posea. Cuando esta relación se encuentra amenazada por un riesgo, se dice que hay interés asegurable. Determina el grado de interés lícito que podría tener alguien para asegurarse o asegurar.



Cuando se trata de la vida de un tercero, rigen lógicamente todos los caracteres del contrato definidos en la Ley 17.418 y, en particular, demostrar que hay un **OBJETO LICITO**.

### **Tomador:**

Es la persona física y jurídica que suscribe el contrato y el obligado a abonar las primas.

La persona física, mayor de 18 años, puede ser asegurada y tomadora cuando contrata por cuenta propia.

Según lo refiere el artículo 128 de la Ley 17.418, cuando el tomador difiere del asegurado se requiere del consentimiento por escrito del asegurado, salvo en los casos de existencia de interés asegurable por parte de terceros respondiendo a obligaciones patronales.

En los saldos deudores es obligatorio que el asegurado preste su consentimiento.

En los seguros de vida, cuando el tomador deja de abonar las primas, la Aseguradora lo intima para evitar rescindir el contrato por falta de pago y perjudicar al asegurado. El tercero beneficiario a título oneroso está facultado a abonar las primas.

El tomador es el dueño del valor de rescate de póliza en los seguros de vida individual con reserva matemática.

### **Asegurado:**

Es la persona cuya vida está expuesta al riesgo, por lo tanto, la vida de la persona sobre la cual recae la cobertura de seguro. Es el titular del interés asegurado. En los seguros de vida individual, generalmente coincide la figura del tomador con la del asegurado.





## 2.4 Designación de Beneficiarios



Serán beneficiario/s del contrato de seguro de vida la/s persona/s que designe el asegurado para percibir el capital de la póliza (suma asegurada) en caso de ocurrir el fallecimiento.

Aclaración: el asegurado reviste la calidad de beneficiario en las coberturas adicionales.

El beneficiario puede ser a título gratuito u oneroso. En este último caso, la designación es irrevocable mientras perdure la relación obligacional que le sirve de causa, salvo expreso consentimiento del beneficiario. Aquí el tomador es diferente al asegurado.

La designación es de **libre elección** del asegurado y puede ser modificada cuantas veces quiera durante el contrato. Para tal efecto, debe realizarse la comunicación **por ESCRITO** a la Aseguradora. Pueden designarse por afinidad o parentesco, y no necesariamente se convierten en herederos legales.

**Artículo 146:** “La designación de beneficiario se hará por escrito sin formalidad determinada, aun cuando la póliza indique o exija una forma especial. Es válida aunque se notifique al asegurador después del evento previsto”.

El asegurado puede nombrar un **beneficiario adicional** (secundario) en caso que el beneficiario primario muera antes que él. En caso de que uno de los beneficiarios falleciera al mismo tiempo que el asegurado, la cuota que le hubiere correspondido será distribuida entre los beneficiarios sobrevivientes.

La ley contempla distintas situaciones sobre la forma de designar el beneficiario y a quién corresponde el beneficio. En caso de duda: (**art. 145** de la Ley 17.418)

- Designadas varias personas sin determinar porcentaje, se entiende que el beneficio es por **partes iguales**.
- Cuando se designan los hijos como beneficiarios, se entienden los concebidos y sobrevivientes al momento del siniestro.
- Cuando se designa como beneficiarios a los herederos, se entiende los que por ley suceden al asegurado. Deberá realizarse la **Declaratoria de Herederos** y distribuirse conforme a las cuotas hereditarias.
- Si se hubiese otorgado testamento, se tendrá por designados a los herederos instituidos. Si no se designa cuota parte, el beneficio se distribuirá conforme a las cuotas hereditarias
- Cuando el contratante no designe beneficiario, o por cualquier causa la designación se haga ineficaz o quede sin efecto, se entiende que **designó a los herederos**.

Este beneficio no integra el haber sucesorio y, por lo tanto, aunque se designe a otra persona que no sea un heredero forzoso y necesario, lo único que los herederos forzosos y necesarios pueden requerirle al beneficiario es que les devuelva las primas que en vida pagó el asegurado por la cobertura (esto se llama jurídicamente “**colación de primas**”, **art.144°** de la Ley N° 17418), pues estas sí salieron del patrimonio que el asegurado tenía y, se supone, hubieran sido recibidas por los herederos.

La Superintendencia de Seguros de la Nación ha determinado la obligación de incorporar en todos los seguros de personas el siguiente párrafo en el frente de póliza:



*“Señor Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del*

*beneficio. Asimismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad.”*

### **Quiebra o concurso civil**

**Artículo 147:** “La quiebra o el concurso civil del asegurado, no afecta al contrato de seguro. Los acreedores solo pueden hacer valer sus acciones sobre el crédito por rescate ejercido por el fallido o concursado o sobre el capital que deba percibir si se produjo el evento previsto”.

## Unidad 3

# Características legales especiales en la rama vida



A los efectos de poder comprender tanto una solicitud de seguro de vida como sus condiciones y cláusulas de póliza, es fundamental tener en cuenta la relevancia de conceptos en la rama vida referidos en la Ley 17.418 y lo que provocan en un contrato.

### 3.1 Reticencia

*“Toda **declaración falsa** o toda reticencia de circunstancias conocidas por el asegurado, aun hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones, si el asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, **hace nulo el contrato**” (...) “El asegurador debe impugnar el contrato dentro de los tres meses de haber conocido la reticencia o falsedad”. (art.5° de la Ley 17.418)*

#### Reticencia no Dolosa:

*“Cuando la **reticencia no dolosa** es alegada en el plazo del artículo 5°, el asegurador, a su exclusivo juicio, puede anular el contrato restituyendo la prima percibida con deducción de los gastos, o reajustarla con la conformidad del*

*asegurado al verdadero estado del riesgo. En los seguros de vida el reajuste puede ser impuesto al asegurador cuando la nulidad fuere perjudicial para el asegurado, si el contrato fuere reajutable a juicio de peritos y se hubiera celebrado de acuerdo a la práctica comercial del asegurador”. (art.6° de la Ley 17.418)*

El mejor ejemplo en este caso es lo que la ley contempla en su artículo 131 como la denuncia inexacta de la edad: el asegurado deberá probar su edad mediante documentación fehaciente. En caso de inexactitud de la edad del asegurado, se procederá a ajustar la prima, el saldo de la cuenta individual y de las primas futuras a las condiciones reales. Sólo cuando la verdadera edad exceda los límites establecidos en su práctica comercial para asumir el riesgo, el asegurador está autorizado a rescindir.

### **Reticencia Dolosa:**

Artículo 8° de la Ley 17.418: “*Si la **reticencia fuese dolosa** o de mala fe, el asegurador tiene derecho a las primas de los períodos transcurridos y del período en cuyo transcurso invoque la reticencia o falsa declaración*”.

Existe falsa declaración cuando el asegurado con discernimiento, intención, libertad y conocimiento no expresa la verdad de un hecho que conoce, revistiendo las características de dolo y **haciendo NULO el contrato**.

Cuando la reticencia es **DOLOSA**, el asegurador no tiene plazos y la puede invocar en cualquier momento.

En este tema es muy importante la función del P.A.S, su profesionalismo y su ética. Como dijimos anteriormente, como parte integrante de una solicitud de seguro de vida, la declaración jurada exigible resultará más compleja a partir de distintos parámetros, tales como la suma asegurada solicitada, la edad del asegurable, el tipo de plan a tomar, el eventual examen médico a efectuar o todo otro requisito que la Aseguradora estime necesaria.

Por lo que el asesoramiento del P.A.S y su rol es fundamental para que el asegurado conozca el riesgo de omitir o falsear datos que puedan incurrir en reticencia y perder el sentido real del contrato de seguro: la indemnización ante su muerte o una enfermedad.

En los seguros de vida individual, la Aseguradora analiza rigurosamente el riesgo de muerte de cada asegurado y, luego, emite la póliza. Una vez emitida, no hay período de carencia en caso de fallecimiento, salvo excepciones como el suicidio voluntario.

En los seguros de vida colectivos, la Aseguradora hace un promedio del grupo de riesgo y puede determinar período de carencia en coberturas adicionales, pero no así en la cobertura básica, solicitando una declaración de salud más breve, aunque tampoco se puede descartar un examen médico.

### Siniestro en el plazo para impugnar:

*“En todos los casos, si el siniestro ocurre durante el plazo para impugnar, el asegurador no adeuda prestación alguna, salvo el valor de rescate que corresponda en los seguros de vida.”* (art. 9 de la Ley 17.418). Y, como ya vimos anteriormente, el contrato es nulo.

## 3.2 Agravación del riesgo

**Artículo 132:** sólo se debe denunciar la **agravación del riesgo** que obedezca a motivos específicamente previstos en el contrato.

**Artículo 133:** *“Los cambios de profesión o de actividad del asegurado autorizan la rescisión cuando agravan el riesgo de modo tal que de existir a la celebración, el asegurador no habría concluido el contrato.*

*Si de haber existido ese cambio al tiempo de la celebración el asegurador hubiera concluido el contrato por una prima mayor, la suma asegurada se reducirá en proporción a la prima pagada.”*

No se considera agravación una enfermedad que surja posterior a la vigencia del contrato, ya que se supone que el propósito o fin del seguro de vida es la protección del asegurado.

Las condiciones contractuales generales enumeran las clásicas situaciones por cambio de desempeño paralelo de profesión, ocupación, actividad o hábito, enunciándose los casos previstos a tal efecto, figurando en las exclusiones de cada póliza y plan.

De este modo, se puede ejemplificar lo dicho con el caso de un ingeniero que trabaja en una oficina y cambia de trabajo para ir a controlar una mina de carbón.

Generalmente, se encuentran dentro de las exclusiones, por ejemplo, todas aquellas actividades o profesiones donde la persona porta armas de fuego.

A esto también se debe la importancia y el rol del P.A.S. para hacerle conocer al asegurado las profesiones, ocupaciones o actividades que estarán excluidas y no serán cubiertas, en caso de siniestro, de acuerdo al plan con el que trabaje la Aseguradora.

En el caso particular del seguro de vida individual, el declarar en la solicitud de seguro ser fumador ya se considera un agravante del riesgo por sí mismo, por el cual ya está establecido un mayor costo. Salvo que comience a fumar con posterioridad a la vigencia, lo que determina un cambio de hábito por sí mismo, y el asegurador puede realizar el reajuste de la prima por la agravación del riesgo. En caso de no denunciarlo al momento del siniestro, la Aseguradora disminuirá la indemnización según la prima por dicha agravación no abonada.

### 3.3 Prescripción

El plazo de prescripción en los seguros de vida es de **1 año** para los beneficiarios, pero debe considerarse que el cómputo de dicho año comienza cuando se conoce la existencia del beneficio, que en ningún caso puede exceder los **3 años** de acontecido el siniestro (art. 58 de la Ley 17.418).

En los seguros de vida, el pago se debe realizar dentro de los 15 días de notificado el siniestro.

Desde el año 2017, hay una discusión sobre si este plazo no debiera considerarse de 5 años en función de los artículos 1094 y 2560 del Nuevo Código Civil y Comercial, aunque al día de hoy se mantiene lo establecido en la Ley 17.418.

### 3.4 Caducidad

Debemos recordar la importancia de la caducidad ya que forma parte de la carga que, en caso de fallecimiento del asegurado, recae en los seguros de vida en el beneficiario el artículo 36 b: *“Si la carga u obligación debe ejecutarse después del siniestro, el asegurador se libera por el incumplimiento si el mismo influyó en*



*la extensión de la obligación asumida, y le corresponde la prima por el período en curso al tiempo en que conoció el incumplimiento de la obligación o carga”.*

En el caso de los seguros de personas, es fundamental tener en cuenta que es obligación o carga del asegurado o de sus beneficiarios presentar toda la documentación que la Aseguradora requiera. A modo de ejemplo, se puede hacer mención a la presentación de una biopsia ante un cáncer para solicitar la cobertura adicional de enfermedades graves, o la historia clínica del asegurado ante su muerte para determinar si hubo o no reticencia.

En los seguros de vida, el pago, como ya lo expresamos, se debe realizar dentro de los **15 días** de notificado el siniestro. En el caso de que la Aseguradora requiera información adicional a título de prueba (por ejemplo: estudios médicos, historia clínica, etc.), debe realizar el pedido comunicándose fehacientemente a los beneficiarios, y el plazo de 15 días se corre a partir de cumplimentada dicha requisitoria.

### **3.5 Suicidio**

La Ley 17.418, en su artículo 135, considera el suicidio en los seguros de vida y expresa: *“El suicidio voluntario de la persona cuya vida se asegura, libera al asegurador, salvo que el contrato haya estado en vigor ininterrumpidamente por 3 (tres) años”*. Es decir, excluye la cobertura de suicidio porque libera al asegurador (así se expresan las exclusiones en la ley), salvo que hayan transcurridos tres años de vigencia ininterrumpida de contrato. Si un asegurado se suicida, la compañía debe abonar la indemnización por considerar que es una enfermedad mental adquirida posterior a la contratación.

Por otra parte, cualquier modificación a favor del asegurado por parte de la Aseguradora y aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación (S.S.N.) puede determinar el pago del beneficio en un plazo menor a los tres años.

**La excepción en cuanto a este plazo existe en el seguro colectivo de vida obligatorio (Decreto 1567/74), al contemplar el pago de un suicidio con un mes de vigencia.**

### 3.6 Inembargabilidad de la indemnización

El artículo 147 establece que la indemnización es inembargable en caso de fallecimiento del asegurado, y dice: *“La quiebra o el concurso civil del asegurado no afecta al contrato de seguro. Los acreedores solo pueden hacer valer sus acciones sobre el crédito por rescate ejercido por el fallido o concursado o sobre el capital que deba percibir si se produjo el evento previsto”*.

### 3.7 Beneficios impositivos



Actualmente, las primas abonadas de un seguro de vida por el tomador son deducibles de la base del impuesto a las ganancias hasta una determinada suma.

Las deducciones impositivas tienen por objeto incentivar la oferta y el desarrollo de los seguros de vida para que más argentinos puedan acceder a estos productos que, como ya vimos, tienen un sustento social muy importante.

A través del **Decreto 59/2019**, el Poder Ejecutivo Nacional modifica los **montos máximos deducibles** para las ganancias derivadas de seguros para casos de muerte, seguros mixtos y aportes correspondientes a los planes de seguro de retiro privados administrados por entidades sujetas al control de la S.S.N.

#### **Decreto 59/2019:**

Artículo 1: Establecerse que el monto máximo a deducir por los conceptos indicados en los incisos b) y j) del artículo 81 de la Ley de Impuesto a las Ganancias, texto ordenado en 1997 y sus modificaciones, para cada uno de los periodos fiscales que se detallan a continuación es el siguiente:

- a) El periodo fiscal 2019, un monto máximo de **\$12.000.**
- b) El periodo fiscal 2020, un monto máximo de **\$18.000.**
- c) El periodo fiscal 2021, un monto máximo de **\$24.000.**

El monto dispuesto para el período fiscal 2021 se ajustará según lo que se establezca en la ley en función de lo previsto en el artículo 303 de la Ley 27.430 y sus modificaciones.



La indemnización cobrada está exenta del impuesto a las ganancias, pero no así el rescate anticipado.

Cabe aclarar que estos límites se aplican para cada tipo de seguro.

Quien podrá deducir el monto de la prima es el **pagador del seguro**. Es decir, si tenéis contratado un seguro de vida para otra persona, **también podés deducirlo de tu base imponible**.

# Unidad 4

## Selección del riesgo. Condiciones. Requisitos médicos y la técnica facultativa



La lógica del seguro es simple: la Aseguradora cubre un riesgo a cambio de la prima que paga el asegurado. La prima es la medida económica del riesgo cubierto y se basa en una mayor o menor probabilidad de siniestro, por lo que la Aseguradora debe efectuar una evaluación y delimitación del riesgo.

Es importante destacar, en este caso, la característica de aleatoriedad del contrato de seguro.

La muerte siempre sucede, pero ni el asegurado ni la Aseguradora saben cuándo va a suceder. Depende del azar, futuro e incierto, ajeno a la voluntad de las partes.

La decisión de la compañía de asegurar la vida de un asegurable se basa en la solicitud que este presenta, acompañada normalmente de una declaración jurada de salud (que forma parte de la propuesta), el examen médico (si es requerido), declaraciones del médico de la persona y cuestionarios de salud especiales.

Si una Aseguradora determina que el asegurable tiene un riesgo de muerte superior a lo normal, su cobertura se considera un riesgo más alto, lo que significa que la prima será mayor que la de una prima estándar.

Que una compañía exija someterse a un chequeo médico es un requisito que no es desproporcionado ni escapa de la lógica y el sentido común. Lo veremos con un ejemplo: imaginemos que el asegurado declara alguna enfermedad en la que se podría o no prever una muerte temprana (hipertensión, diabetes, alguna afección cardíaca, etc.). Si esta persona deseara contratar un seguro de vida en este momento, es lógico que la compañía necesite conocer la situación exacta de salud en la que se encuentra. Además, si existen antecedentes familiares para desarrollar determinadas enfermedades, debe ser contemplado. En este sentido, los chequeos médicos son para las compañías un instrumento que les permite evaluar el riesgo que asumen. Es evidente que no se puede prever un accidente repentino, pero los chequeos les permiten determinar la cuantía a pagar por el asegurado que estará relacionada con el riesgo que cubrirá la compañía.

Es por esto que, en los seguros de vida, es fundamental para la Aseguradora evaluar mediante una declaración jurada de salud del asegurado su estado de salud, de acuerdo al plan técnico de cada una, estableciendo las exclusiones de póliza, ya sean de carácter general o específico para un asegurado.

Tanto es así que ya se establecen índices especiales preestablecidos en situaciones como el sexo, ser fumador (prima más alta que la estándar), la relación entre altura y peso (existencia o no de obesidad), etc. En síntesis, cualquier problema de salud preexistente que pueda llevar al asegurado a contraer ciertas enfermedades o a una muerte temprana.

La **auditoría médica** realizada por médicos especialistas es de suma importancia en la suscripción de los asegurables. El estudio estadístico comparativo entre la mortalidad registrada y la mortalidad esperada en grandes masas de asegurados da origen al “método de valuación” de los riesgos asegurables y las bases técnicas para determinar el costo de la prima, ya sea de un individuo o de un grupo.

La valoración médica no permite determinar qué individuo ha de morir antes, sino que ubica cada caso del conjunto que ofrece esa probabilidad de muerte.

La clasificación del riesgo se hace valorando con puntos cada uno de los factores que inciden sobre el asegurable: contextura física, historia familiar, antecedentes personales patológicos, hábitos o cualquier otro dato que implique afecciones actuales o secuelas.

La revisión médica en el seguro de vida no solamente determina las personas asegurables sobre la base del estado de su salud, sino que permite acordar los beneficios de la póliza, sin perjuicio para el asegurador.

Para contratar una póliza de un seguro de vida, el asegurado debe completar un formulario denominado "**Solicitud del Seguro**" que requiere información personal y médica: declaración jurada de salud, el tipo de póliza y el monto del capital asegurado que se quiere contratar. La compañía utiliza esta información para determinar si emitirá la póliza, por lo tanto, es importante que se contesten todas las preguntas de manera completa y veraz; de lo contrario, la cobertura podría ser afectada. La solicitud forma parte de la póliza cuando esta es emitida. Cualquier información errónea que se haya dado puede resultar una disminución del capital asegurado, de la cobertura y la rescisión o nulidad de la póliza.

Técnicamente, las primas de las personas consideradas “fuera de rango” sufren un recargo compensatorio denominado “extraprima”. Los métodos de valuación y clasificación, fundados en estadística y estudiados con criterio médico, han permitido el progreso de los seguros de vida y una valoración correcta que permite dar estabilidad y solvencia.

Si para demostrar requisitos de asegurabilidad el Asegurador exigiera determinados estudios, todos los costos serán a su cargo y el asegurable solo tendrá que disponer de su tiempo para completarlos. Luego, las prácticas comerciales harán que esos estudios se hagan con facultativos ya contratados por el Asegurador, o por los elegidos por el asegurable, en la medida en que le facturen al Asegurador los honorarios y costos convenidos.

Una vez hechos y aceptados estos estudios, serán a favor del asegurable y para su tranquilidad y la de sus beneficiarios, ya que sobre estos aspectos no se podrá invocar reticencia.

Por último, cuando de la evaluación por parte del Asegurador surgiera la propuesta de que el riesgo no es normal, pero el asegurable podría ser cubierto con una extraprima ya sea por sus condiciones de salud como por la actividad, esta extraprima no es un castigo, sino el beneficio de poder tener la cobertura que desea con un pequeño costo (en general) respecto de una situación que el asegurable debe saber que implica un mayor riesgo.

Las auditorías médicas también colaboran a la hora de abonar un siniestro para determinar si hubo reticencia dolosa o culposa.





# Unidad 5

## Bases Técnicas



Si bien la muerte o la supervivencia de una persona no pueden establecerse de antemano, es posible preverla mediante el cálculo de probabilidades cuando se toma un conjunto de personas.

Las técnicas actuariales en los seguros de vida requieren para su formación de dos aspectos: una base demográfica y una base financiera o tasa de interés.

Dentro de un grupo considerable de individuos, se observa que el fenómeno de la mortalidad no depende del azar sino que ofrece determinados caracteres de frecuencia y uniformidad que representan cálculos de probabilidades. Un ejemplo simple de comprobar son las estadísticas sobre el Día Mundial del A.C.V, cifras que son realmente alarmantes en Argentina.

En las estadísticas referentes al número de fallecimientos de diferentes edades se deducen las tablas de mortalidad que constituyen uno de los pilares para la determinación de las primas en el seguro de vida. Permiten conocer la frecuencia de hechos pasados teniendo en cuenta la experiencia, por lo que existe la

probabilidad de que un hecho se reproduzca de manera semejante. Cuando hablamos de elementos básicos necesarios para el cálculo actuarial, debemos considerar que el seguro se sustenta en dos principios fundamentales:

a) **La Ley de los grandes números**: a un mayor número de unidades homogéneas de exposición, la determinación de su posible pérdida e indemnización se convierte en un evento más predecible.

b) **La Ley de probabilidades**: los modelos estadísticos permiten conocer con qué frecuencia sucedieron determinados hechos en el pasado. En función de esta experiencia, se podrán conocer las probabilidades de que sucedan en el futuro.

Tomando en cuenta esto, debemos listar los elementos básicos del cálculo actuarial que desarrollaremos a continuación.

## 5.1 Tablas Biométricas

Las tablas biométricas (del griego *bio* = **vida**, *metrón* = **medida**, esto es, medida de la vida) se utilizan para calcular situaciones de mortalidad, morbilidad e invalidez de los seres humanos.

El seguro de vida se fundamenta en principios técnicos que permiten medir el riesgo que debe afrontarse, determinando el monto que cada asegurado debe aportar para la formación de los capitales necesarios.

Las primas se elaboran en base a:

- **Tablas de mortalidad**: tablas estadísticas que reflejan la probabilidad de fallecimiento de las personas en función de sus edades y sexo.
- **Tablas de morbilidad**: tablas estadísticas que reflejan la incidencia de enfermedades en un determinado grupo de personas, en un lugar, durante un período determinado, en relación con la población total de ese lugar. Ejemplos: fumadores, predisposición familiar al cáncer, hipertensión, diabetes.
- **Tablas de invalidez**: son estadísticas que apuntan a situaciones de deficiencias físicas o mentales que hayan dejado secuelas irreversibles.

Deben considerarse dentro de las tablas de mortalidad y de invalidez otras causas de fallecimiento o incapacidad parcial o total no provenientes de enfermedades, como ocurre lamentablemente en nuestro país con las derivadas de accidentes viales.

## 5.2 Reserva matemática

La reserva matemática es una reserva especial que debe constituir el Asegurador para garantizar sus compromisos con los asegurados, permitiendo afrontar debidamente el pago de las indemnizaciones comprometidas en los contratos.

El importe y alcance de las reservas matemáticas surgirán de los planes técnicos y del tiempo de vigencia transcurrido del contrato.

En aquellos contratos que se paguen **prima nivelada** podrán existir reservas matemáticas que, además de asegurar el pago de las indemnizaciones, pueden permitir el cobro de un **rescate** por parte de los asegurados, en caso de cancelación anticipada del contrato. El cálculo siempre lo hará el Asegurador según las bases técnicas, y esos cálculos quedan a disposición de la S.S.N. para su auditoría, de manera que no son importes negociables.

## 5.3 Tasa de interés

Es un elemento financiero cargado a la reserva matemática. La inversión de esta reserva está reglamentada por disposiciones legales o resoluciones de la S.S.N.

Actualmente, las compañías presentan en la mayoría de sus planes un interés asegurado anual o garantizado, el cual será aprobado y controlado por la S.S.N., y un "proyectado", lo que significa que aspiran llegar a esas rentabilidades mediante las inversiones que realice a mediano y largo plazo.



## 5.4 Distintos tipos de primas

### Prima pura, de riesgo:

Es la que surge de las tablas biométricas. Fundamentalmente, de las tablas de mortalidad, las que, por razones de aumento cronológico de la edad, irán variando en la medida en que la edad también avance. Vale decir que, a mayor edad, mayor será el costo. Este tipo de prima **se aplica en los seguros de vida temporarios individuales sin reserva matemática.**

Un asegurado que ingresa tempranamente al seguro de vida, vale decir, con baja edad, abonaría, de acuerdo a la prima de riesgo (pura o natural), un importe reducido al comienzo de la cobertura, pero dicho costo se iría incrementando progresivamente cada año, lo que le haría más difícil de abonar la prima cuando llegara a una edad avanzada, hablando siempre de la misma suma asegurada.

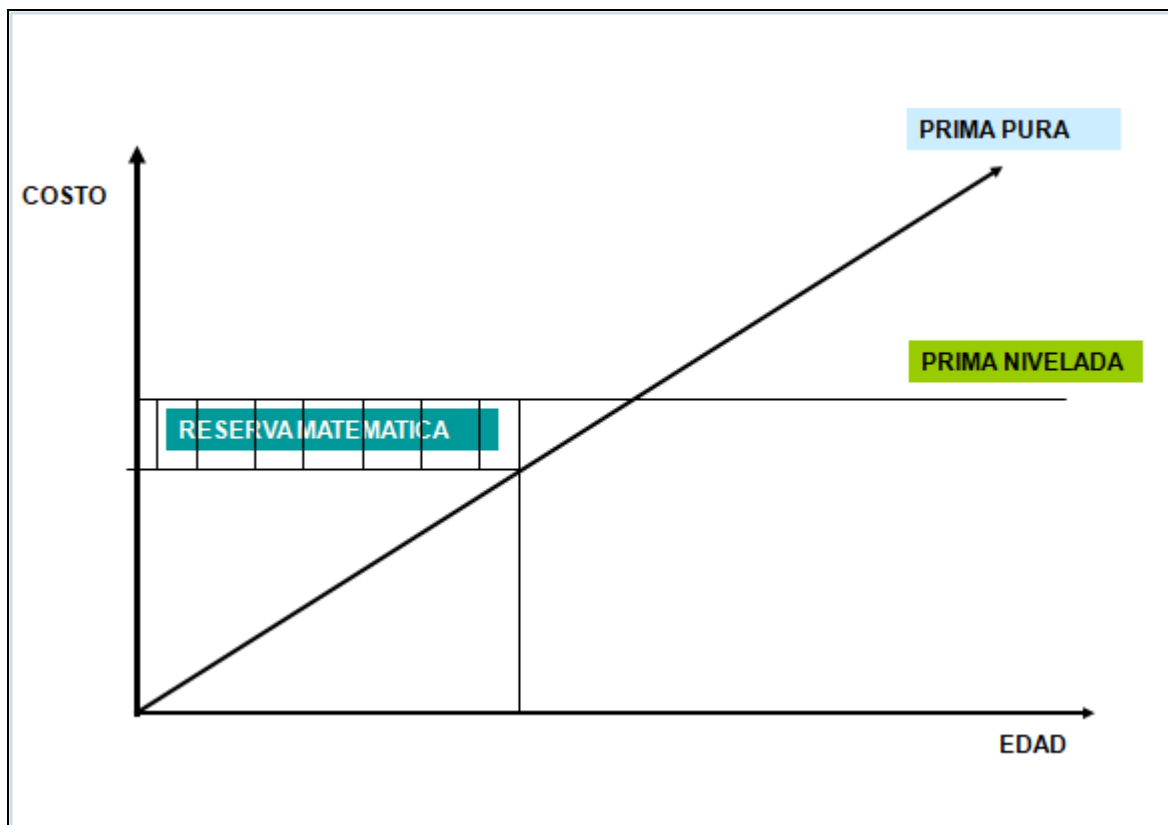
### Prima nivelada:

Permite una distribución uniforme, por lo que el asegurado paga primas mayores a las que corresponden a su edad en los primeros años, de manera de pagar primas menores a las que corresponderían a su edad en los últimos años.

Es fija y constante, es decir, que el asegurado abona siempre la misma prima durante toda la vigencia del contrato (en algunos casos, hasta su muerte) ya que **se aplica en los seguros de vida mixtos y genera reserva matemática.**

El caso de la prima nivelada tiene la ventaja para el asegurado que, aunque al inicio de vigencia de póliza abona mayor prima, como esta es fija y constante durante todo el contrato, termina abonando mucho menos que si tuviese una prima natural. Se aplican únicamente en seguros de vida individual y, al generar reserva matemática, el asegurado tiene opciones muy interesantes que veremos a continuación.

Veamos en el siguiente **gráfico** las distintas primas definidas:



## 5.5 Cuenta individual

El asegurado recibe, generalmente una vez al año, un informe en el que estará representado el saldo de la cuenta a la fecha de inicio de vigencia, menos la deducción del primer período de pago y, a partir de allí, se incrementará por toda prima neta, menos la deducción del costo del seguro (prima natural), más los intereses devengados.

Existen modalidades de contratación que permiten realizar aportes adicionales a la prima que le corresponde, lo que aumenta la cuenta individual, o bien realizar rescates parciales.

En las pólizas de seguros individuales, los valores garantizados surgen de la acumulación de la reserva matemática, más la inversión rentable de la Aseguradora. El asegurado, transcurridos tres años desde la celebración del contrato y hallándose al día en el pago de las primas, puede en cualquier momento exigir, de acuerdo con los planes técnicos aprobados por la autoridad de contralor que se insertarán en la póliza por **seguro saldado**, el **valor de rescate** o **préstamo**.

## 5.6 Seguro Saldado

**Artículo 138 de la Ley 17.418** establece: “Transcurridos **tres años** desde la celebración del contrato y hallándose el asegurado al día en el pago de las primas, podrá en cualquier momento exigir, de acuerdo con los planes técnicos aprobados por la autoridad de contralor que se insertarán en la póliza:

### **Seguro Saldado.**

a) La conversión del seguro en otro saldado por una suma reducida o de plazo menor

### **Rescate.**

b) La rescisión, con el pago de una suma determinada”.

En lo dispuesto en una parte del artículo 138 de la Ley 17.418, el asegurado deja de abonar las primas y opta por:

- Continuar el contrato por un capital menor al original, o;
- Continuar el contrato por el mismo capital contratado, pero por menor tiempo. Este seguro saldado se aplicará en función a lo que el asegurado tenga en su reserva matemática.

Cuando el **tomador** interrumpa el pago de las primas, la compañía Aseguradora interpelará al asegurado para que siga abonándolas. Al mes de no haberse manifestado, el contrato se convertirá automáticamente en un seguro saldado por una suma asegurada menor, siempre en función a la reserva matemática acumulada hasta ese momento (**art. 139°**).

En ambos casos, automáticamente se produce un endoso en la póliza ya que cambian las condiciones: sigue asegurado por un tiempo menor o menor suma asegurada, y deja de abonar las primas.

## 5.7 Rescate o valores garantizados

En lo dispuesto en una parte del artículo 138 de la **Ley 17.418**, se establece el derecho que tiene el **tomador** en seguros con reserva matemática, tras la vigencia ininterrumpida por tres años, de **RESCINDIR** anticipadamente el contrato y cobrar lo que le correspondiese de la cuenta individual, menos el cargo por

rescisión, si correspondiese, en concepto de gastos de administración o quitas por rescate anticipado establecidos en póliza.

Recordemos que el **valor de rescate** es embargable y que, en caso de reticencia dolosa, el asegurado tiene el derecho a percibir el valor de rescate que le corresponda, si fuese nulo el contrato.

## 5.8 Préstamo

Según lo establecido en el **artículo 141** de la **Ley 17.418**, el asegurado tiene la opción de solicitar un **PRÉSTAMO** cuyo monto resultará de la reserva matemática que tenga acumulada en su póliza. Se otorgará de acuerdo al plan técnico aprobado por S.S.N., en donde se fijarán las condiciones de su devolución.

### Préstamo automático:

Se puede pactar que el préstamo se acordará automáticamente para el pago de las primas no abonadas en término.

## 5.9 Rehabilitación

Según lo establecido en el **artículo 142** de la **Ley 17.418**, no obstante lo establecido en los artículos 138 y 139, el asegurado puede en cualquier momento restituir el contrato en sus términos originarios, con el pago de las primas correspondientes, al plazo en el que rigió la reducción, con sus intereses, al tipo aprobado por la autoridad de contralor de acuerdo a la naturaleza técnica del plan y en las condiciones que determine.



# Unidad 6

## Clasificación de los seguros de vida

### CLASIFICACION DE LOS SEGUROS DE VIDA



**INDIVIDUALES**

**COLECTIVOS**



### 6.1 Cobertura básica

La cobertura básica, en todos los tipos de seguro, **es muerte por cualquier causa** (enfermedad o accidente). Lo que varía es la modalidad de contratación: por cuánto tiempo, la suma asegurada, el costo, tipo de prima y quién puede ser el tomador y asegurado/s. La excepción, en este caso, es el Seguro Ley de Contrato de Trabajo, en el que profundizaremos más adelante.

Una vez emitida la póliza, esta cobertura no tiene período de carencia, salvo en caso de suicidio, como ya hemos mencionado.

### 6.2 Coberturas adicionales optativas

Es fundamental no desconocer, por parte del asegurado, hasta qué edad se brindan estas coberturas y el costo de las mismas, y si se adecuan a sus necesidades. En la mayoría de los planes, estas coberturas adicionales cubren hasta los 65 años, son optativas y se incluyen en las condiciones particulares.

Suelen ser capitales adicionales a la cobertura principal de muerte, o bien, parte de la suma asegurada o capital asegurado por muerte.

Por eso, es fundamental que el P.A.S. siempre se informe en profundidad sobre las características de los productos que va a comercializar, para luego poder brindar un buen asesoramiento al asegurable.

Son **OPTATIVAS** en la contratación y, como toda cobertura adicional, tiene un costo adicional.

Importante: cada Aseguradora determina en sus planes, previamente autorizados y aprobados por S.S.N., las coberturas adicionales que desea brindar al asegurado, y justifica los costos y los cuestionarios de salud solicitados al/los asegurado/s. También, en estos casos, puede establecer períodos de carencia estipulados en la póliza.

A continuación, algunas de las **coberturas adicionales** más comunes dentro de los planes de las aseguradoras:

- **Indemnización por muerte accidental:** en caso de muerte accidental, la compañía abonará a los beneficiarios una suma asegurada adicional a la establecida en póliza por muerte.
- **Indemnizaciones parciales por accidente:** en caso de que un accidente ocurrido al asegurado le produjera pérdidas o inhabilitación de miembros u órganos, la compañía le abonará un porcentaje determinado sobre el capital asegurado, dependiendo la lesión sufrida y regido por una escala que figura en la cláusula respectiva (igual a la A.R.T.).
- **Invalidez total y permanente por enfermedad o por accidente:** mediante esta cláusula el asegurador se obliga a indemnizar cuando el asegurado sufra de una incapacidad total y permanente, entendiéndose por tal aquella lesión o enfermedad que no sea por negligencia propia y que, como consecuencia de la cual, lo incapacite totalmente para continuar con la ocupación habitual que tenía antes de producirse o de ejercer cualquier trabajo u ocupación que le permita generar ingresos. Se abonará al asegurado titular (si estuviese en condiciones de recibirlo).
- **Exención del pago de primas por invalidez total y permanente:** mediante esta cláusula el asegurador le exime del pago de las primas al asegurado y sigue vigente la póliza hasta su finalización.

- **De hijo póstumo:** en caso de fallecimiento del asegurado y que su cónyuge dé a luz a su hijo dentro de los doscientos sesenta días de fallecido, el asegurador abonará un capital adicional.
- **Diagnóstico de enfermedades críticas:** mediante este beneficio el asegurado recibe un capital adicional o porcentaje de la suma asegurada cuando se le diagnostica alguna de las enfermedades durante la vigencia del contrato, y luego de transcurrido el período de carencia indicado, si lo hubiese. Como ejemplo, se detallan a continuación: cáncer, infarto de miocardio, accidente cerebro vascular, insuficiencia renal crónica, esclerosis múltiple, cirugía arterio-coronaria, etc.
- **Enfermedades terminales:** consiste en el pago de un porcentaje de la suma asegurada contratada en la cobertura principal (adelanto) cuando al asegurado se le diagnostique alguna enfermedad terminal por la cual no tenga una sobrevida mayor a seis o doce meses, según los casos.
- **Trasplantes:** en el caso de trasplantes, el beneficio está dado por el pago de un capital asegurado estipulado para cada uno de los órganos (corazón, pulmón, riñón, hígado, páncreas, córneas). Es igual en el caso de intervenciones quirúrgicas.



## Unidad 7

# Seguros individuales: características principales. Formas de contratación y comercialización



En este tipo de coberturas **sólo se cubre a un solo asegurado**, que es el único que figura en la póliza como tal. Puede diferir de la figura del tomador, aunque generalmente coinciden. Recordemos que es requisito indispensable el otorgamiento por escrito de la voluntad por parte del asegurado, en los casos en que difiere de la figura del tomador. Son los seguros que **voluntaria e individualmente** contrata un asegurable, luego “asegurado”, en función de su propio interés asegurable.

### 7.1 Diferentes formas de contratación y comercialización en función a la prima

Existen diferentes formas de contratación en función a: la vigencia o duración del seguro de vida individual, la flexibilidad de la prima o al riesgo.

Permiten la contratación de coberturas adicionales, de acuerdo al plan de cada Aseguradora.

En función de lo expuesto, podemos hablar de las siguientes formas de contratación y comercialización:

## 1. Por Muerte:

### Temporarios:

Se calcula el costo **en función a la prima pura o de riesgo**. Aumenta cada año según las tablas biométricas, especialmente las tablas de mortalidad.

Este tipo de seguro tiene la desventaja de que, usualmente, no se otorga cobertura a edades avanzadas. Normalmente, la edad límite de contratación son los 64 años, aunque siempre hay excepciones autorizadas por S.S.N.

Son seguros con vigencia limitada. Si el plan de la Aseguradora no contempla la renovación automática, se presenta un gran inconveniente para el asegurado dado que, no solo no puede seguir amparado en esa entidad Aseguradora sino que, de encontrarse enfermo, tampoco podrá contratar otro seguro en otra compañía. Por ejemplo, suelen ofrecerse a personas de bajos ingresos con obligaciones familiares ya que el costo de este tipo de plan es más económico.

El capital asegurado se abona ante la **muerte del asegurado** si ésta ocurre dentro del plazo convenido para la vigencia del seguro. Si la persona sobrevive al final del contrato, queda cancelado el seguro y, a favor del asegurador, las primas pagadas. Funciona de forma similar a los seguros patrimoniales.

Estos, a su vez, pueden ser:

- **SEGURO TEMPORARIO RENOVABLE ANUALMENTE**: la prima aumenta anualmente en función de la edad alcanzada por el asegurado. Se cubre el riesgo de fallecimiento de año en año, hasta una fecha tope que establece el asegurador.
- **SEGURO TEMPORARIO POR UN NUMERO DETERMINADO DE AÑOS**: se cubre el riesgo de fallecimiento por el período estipulado por el asegurado.
- **SEGURO TEMPORARIO DECRECIENTE**: el capital asegurado disminuye anualmente. Estas pólizas se comercializan con frecuencia como protección para saldos deudores, disminuyendo el capital asegurado a medida que se reduce la deuda.
- **SEGURO TEMPORARIO CRECIENTE**: el capital asegurado aumenta anualmente, al igual que la prima, ya no sólo por la edad sino también por el aumento de la suma asegurada. El interés de esta modalidad reside en

mantener el poder adquisitivo del capital asegurado con el paso de los años.

### **Vida Entera: (Mixtos con ahorro)**

Es un seguro que cubre la **muerte** del asegurado **durante toda la vida**.

Se paga una prima nivelada durante toda la vida, generando una **reserva matemática**.

Permite una cobertura permanente a un costo moderado, combinando un sistema de ahorro y habilitando la posibilidad de un rescate después de un tiempo determinado.

Los artículos 138 al 141 de la Ley 17.418 (ya vistos anteriormente) son de aplicación en estos planes: seguro saldado, rescate, préstamo.

Este tipo de seguros pueden otorgar beneficios adicionales que no implican el pago de una prima extra por parte del asegurado. Los principales son: participación de utilidades y de intereses excedentes.

### **Vida entera en pagos limitados:**

Es un seguro de muerte de vida entera. La diferencia radica en que el asegurado paga primas hasta un determinado lapso (por número de primas o hasta determinada edad) y sigue asegurado toda su vida. También genera aún más reserva matemática en un principio, y tiene las mismas características y ventajas que el anterior, sólo que difiere el plazo de pago de la prima nivelada.

## **2. Dotales:**

Son seguros de vida que contemplan la **supervivencia** del asegurado dentro del contrato, a diferencia de los anteriores que la cobertura básica es por muerte. Trabajan con una prima nivelada alta y generan reserva matemática. Esto es así porque prevén el pago de una suma asegurada a los beneficiarios, en caso de fallecimiento dentro del período cubierto por la póliza. Pero también, cuando el asegurado alcance con vida el fin del período de cobertura, puede establecerse en la póliza que perciba un capital determinado o bien una renta vitalicia. Por eso, encontramos:



- **Dotal puro a capital diferido:** se establece en póliza que el asegurador abonará un capital igual o menor a la suma asegurada si el asegurado llega con vida al fin del período de cobertura.
- **Dotal en rentas vitalicias:** la diferencia con el dotal puro es que, en lugar de recibir un capital en caso de que el asegurado sobreviva, recibe un importe o renta vitalicia hasta su muerte o por un período preestablecido.

Como se puede observar, el seguro de vida individual presenta una mezcla de operaciones de riesgo y de ahorro de alta complejidad, al amparo de un sustento técnico aprobado y controlado por la S.S.N.

### 3. Vida Universal:

Está orientado no sólo a la protección sino también al ahorro. En general, se comercializa proponiendo al asegurable disponer de un ahorro a una determinada edad preestablecida en el contrato.

Este tipo de seguros también trabaja con **reserva matemática** y con una **prima nivelada**, y se maneja a través de una cuenta individual donde se acreditan las primas y los intereses, y se debitan el costo del seguro y los gastos.

En general, las compañías garantizan que cobrarán, como máximo, ciertas tasas de mortalidad y ciertos gastos.

La ventaja esencial de este tipo de seguros es la **flexibilidad**. En base al capital asegurado y al plazo de cobertura (puede ser de por vida o por una cantidad de años), la compañía calcula una prima planeada a cobrar, pero el asegurado puede pagar por encima o por debajo de esta, y hasta puede no pagar siempre que el saldo de su cuenta individual lo permita.

El asegurado también puede cambiar la indemnización estipulada por muerte con mayor facilidad que en los seguros temporarios o de vida entera. La póliza normalmente le da opción de seleccionar dos tipos de beneficios por muerte. Bajo una opción, los beneficiarios reciben sólo el capital asegurado y, por la otra, reciben el capital asegurado más el saldo de la cuenta individual al momento del fallecimiento. La primera opción es más económica que la segunda.

Además, mientras la cuenta individual permita sostener la póliza vigente, en algunos planes el asegurado puede efectuar retiros parciales de su cuenta individual.

La prima planeada, calculada por la compañía, está diseñada para mantener la póliza en vigencia por el plazo de cobertura estipulado y acumular el ahorro previsto. **Es una prima que se calcula teniendo en cuenta las tasas de mortalidad, los gastos y el interés a acreditar.**

Es importante que las suposiciones con respecto a los intereses sean realistas porque, de no serlo, es posible que el asegurado deba pagar más para evitar que la póliza caduque. Los cálculos actuariales para mantener la póliza en vigor por el plazo estipulado se hacen en función solamente del interés garantizado.

También, se debe tener en cuenta que, si el asegurado paga por debajo de la prima mínima muchas veces o hace varios retiros parciales, puede verse privado de cobertura antes de lo previsto.

Aquí también los artículos 138 al 141 de la Ley 17.418 (ya vistos anteriormente) son de aplicación en estos planes por ser seguros con **reserva matemática**: seguro saldado, rescate y préstamo.

#### **4. Planes “Senior”:**

Ofrecen cobertura por muerte a personas mayores de 60 o 65 años. Habitualmente, son cobertura de Accidentes Personales, pero en la actualidad algunas compañías han comenzado a aceptar asegurados mayores para una cobertura solo de muerte. Este tipo de modificación en la comercialización de seguros se basa en la mejora en la expectativa de vida media del ser humano.

#### **5. Planes de Aceptación Garantizada:**

Son planes que otorgan la misma cobertura que los planes de vida entera, excepto durante los primeros años (generalmente, los dos primeros) en los cuales se cubre únicamente la muerte por accidente. Son comercializados a través de la venta masiva, en la mayoría de los casos, sin efectuarse una declaración jurada de salud por parte del asegurado.

#### **6. Seguros de Varias Cabezas:**

Estos seguros se ofrecen para matrimonios o para socios de una empresa. La cobertura consiste en el pago de capital asegurado cuando fallece el primero o el último de los asegurados. Cuando el seguro cubre a los socios de una empresa, se

busca que el capital del asegurado que fallece pueda ser utilizado para comprar, por los socios sobrevivientes, su parte del paquete accionario a los herederos legales del socio fallecido. Este seguro también suele ser comercializado para matrimonios con ingreso individual en los cuales la muerte de cualquiera de los cónyuges puede significar una pérdida importante de los ingresos familiares.

# Unidad 8

## Póliza: condiciones generales y particulares en los seguros de vida individual



### 8.1 Estructura de una póliza de vida individual

Para poder avanzar en el tema de una póliza de seguro de vida, debemos tener en cuenta ciertas especificaciones de vida que determina la Ley 20.091/73, su reglamentación y modificatorias vigentes. Dentro de ellas encontramos:

El **artículo 24** establece que los planes para operar en seguros de la rama vida contendrán, además:

- El texto de los cuestionarios a utilizarse.
- Los principios y las bases técnicas para el cálculo de las primas y de las reservas puras, debiendo indicarse, cuando se trate de seguros con participación en las utilidades de la rama o con fondos de acumulación, los derechos que se concedan a los asegurados, los justificativos del plan y el procedimiento a utilizarse en la formación de dicho fondo.
- Las bases para el cálculo de los valores de rescate, de los seguros reducidos en su monto o plazo (seguros saldados) y de los préstamos a los asegurados.

## Planes prohibidos

- 1) Los planes denominados **tontinarios**, de **derrama** y los que incluyen sorteo.
- 2) La cobertura de riesgos provenientes de operaciones de crédito financiero puro.

**Derrama:** es el reparto de un gasto eventual, o contribución de carácter extraordinario, entre los vecinos de una comunidad o población, o bien entre los mutualistas.

**Tontinarios:** una tontina es una operación de lucro mediante la cual un fondo económico aportado por varias personas es repartido en una fecha fijada de antemano (por ejemplo, ante la muerte de unos de los integrantes) entre los sobrevivientes.

Cada participante paga una suma y, cuando muere alguno de ellos, se reparte entre los sobrevivientes, hasta que quede uno solo que se lleva todo el capital.

En el modelo original, el dinero que no fuera empleado se destina, en última instancia, al Estado para realizar obras públicas.

Recibe su nombre del banquero napolitano Lorenzo Tonti, quien diseñó este sistema para la obtención de préstamos.

La tontina terminó prohibiéndose en la mayoría de los países por los asesinatos que se daban entre sus participantes.

## 8.2 Cláusulas Generales

Se denominan cláusulas generales en el contrato de seguros de vida a aquellas que son un reflejo de las disposiciones de la Ley de Seguros respecto de derechos y obligaciones, remarcándose esencialmente los aspectos de riesgos cubiertos y excluidos.

Dentro de los **riesgos excluidos**, podemos mencionar algunos generales en todos los contratos:

- Participación como conductor o integrante de equipo de competencias de pericia o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en justas hípicas (salto de vallas, carreras con obstáculos).

- Práctica o utilización de la aviación, salvo como pasajero en servicios de transporte aéreo regular.
- Intervención en otras ascensiones aéreas.
- Operaciones o viajes submarinos.
- Intervención en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica.
- Guerra que no comprenda a la Nación Argentina. En caso de comprenderla, las obligaciones del asegurado, así como las de la Compañía, se regirán por las normas que, en tal emergencia, dictaren las autoridades competentes.
- Suicidio voluntario, salvo que el seguro haya estado en vigor ininterrumpidamente por un período mínimo de 3 años.
- Acto ilícito provocado deliberadamente por el contratante, si el seguro no hubiera sido contratado directamente por el asegurado.
- Si el asegurado participa y muere en alguna empresa criminal, la Aseguradora se libera de abonar la indemnización a los beneficiarios (art.137°). Todo acto ilícito del asegurado exime a la Aseguradora.
- Acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica.
- Si el/los beneficiario/s provocan deliberadamente en un acto ilícito la muerte del asegurado pierden el derecho a la indemnización.

## 8.3 Cláusulas Particulares

Se llaman cláusulas particulares a aquellas que hacen referencia exclusivamente a una póliza en particular. Estas cláusulas modifican a las generales y **prevalecen** sobre ellas. También se denominan “frente de póliza” y deben contener:

- Lugar y fecha de emisión.
- Nombre y apellido del asegurado y del tomador. En caso de diferir con el asegurado: CUIT, CUIL o DNI y domicilios de las partes contratantes.
- El interés o la persona asegurada: datos del asegurado.
- Riesgos asumidos con mención de las sumas aseguradas en cada riesgo, sea cobertura principal o coberturas adicionales optativas elegidas por el asegurado.
- Período de carencia para coberturas adicionales, en caso de corresponder.
- Fechas de inicio y fin de vigencia de la cobertura.
- Beneficiarios designados.

- Cuadro de liquidación del premio, detallando la prima y los restantes conceptos que lo componen. Los períodos de las pólizas de vida son anuales, aunque se pueda pactar abonar el premio de manera mensual, semestral o anual.
- Proyección de valores garantizados o cuenta individual en los casos de seguros de vida con reserva matemática.

Además, suelen incluirse **cláusulas particulares específicas** (también denominadas especiales). Son aquellas que incluyen o excluyen alguna condición en particular y prevalecen o modifican en ese punto a las cláusulas particulares.

Es importante mencionar que ante la situación inédita de pandemia por el **COVID-19** en el mundo, y en particular en Argentina, no fue contemplada en lo particular en los contratos de seguros en la mayoría del mercado y, si no está excluida expresamente de la cobertura, se encuentra cubierto.



## Unidad 9

# Seguros de vida colectivos: optativos y obligatorios. Características principales



En primer lugar, es importante destacar que se rige por Ley 17.418 como todo contrato de seguro, y que las especificaciones generales de la rama vida rigen también para los seguros colectivos. Sólo hace mención especial en los artículos **153 al 156**.

Existen seguros de vida colectivos de contratación **optativa** y de contratación **obligatoria** para los empleadores y, por otro lado, seguros colectivos que cubren obligaciones patronales, como es Contrato de Trabajo para cubrir las obligaciones derivadas de la Ley 20.744.

### 9.1 Seguros de vida colectivos Optativos:

Son aquellos que protegen a un grupo de personas asegurables con un interés afín previo al interés de asegurarse. Incluso, el artículo 155 la Ley 17.418 establece que quienes dejan de pertenecer definitivamente al grupo asegurado quedan excluidos del seguro desde ese momento, salvo pacto en contrario.

## **Características principales:**

En los seguros de vida colectivos optativos, deben existir en el grupo a asegurar tres características fundamentales:

- **Interés**: los integrantes deben estar vinculados por un interés definido anterior a la contratación de la póliza.
- **Tamaño**: cuanto más grande sea el grupo asegurable, más cerca se estará de la tasa media de mortalidad al combinar sus integrantes y esto mejora al momento de cotizar el costo del seguro. Se determina un porcentaje de adhesión tomando como base el total de los asegurables.
- **Dinámico**: el ingreso y egreso de asegurables y asegurados puede ir variando y es importante la actualización de los listados correspondientes a la compañía. Es el contrato en sí mismo quien determina y fija las condiciones para la incorporación al grupo de nuevos asegurados.

Existe siempre la figura de un **TOMADOR** quien está obligado al pago de las primas y quien fija las condiciones y alcances de la póliza y sus coberturas con el asegurador. Los asegurados son solo adherentes y no pueden modificar nada de lo que está acordado.

Se emite **una sola póliza** y **certificados para cada uno de los asegurados**. Se le otorga a cada asegurado un certificado individual de cobertura, mientras que la póliza es entregada al tomador/contratante.

La contratación de seguros **colectivos optativos** tiene algunas ventajas y diferencias respecto a los seguros de vida individual, por ejemplo:

- Generalmente, son sumas aseguradas bajas. Esto determina primas accesibles ya que, al ser un solo contrato, los gastos administrativos y los costos de intermediación son también económicos.
- Sin examen médico en la mayoría de los casos, pero, en los seguros de vida colectivos optativos, se requiere una declaración de salud de cada asegurable. Se pueden otorgar coberturas adicionales y, en algunos casos, puede existir un período de carencia para estas.
- Las primas son inferiores a las que se pueden contratar individualmente, ya que son promedio de edades y en función a la cantidad de personas.
- Las limitaciones de edad son más flexibles para ingresar o permanecer cubierto, y esto es beneficioso para las personas mayores.

### **Vigencia:**

Anual, de renovación automática. Pueden tener o no límite de vigencia. La edad puede excluir a un asegurado cuando supere la estipulada como máxima en el plan técnico de la Aseguradora aprobado por S.S.N.

### **Período de Carencia:**

Es el plazo durante el cual el asegurado no tendrá cobertura por enfermedad, pero sí estará amparado por muerte accidental.

### **Cálculo de la prima:**

Se calcula en función de las edades de los asegurados, su ocupación, el capital asegurado y la cantidad de personas que componen el grupo. Se tiene en cuenta para el costo la prima pura o de riesgo. **En los seguros colectivos, no existe la prima nivelada ni la reserva matemática.**

### **Forma de pago:**

Las primas deberán ser pagadas por adelantado por el contratante o tomador. No obstante, la compañía concede un plazo de gracia de 30 días para el pago de las primas. Durante este plazo, la póliza continuará en vigencia y, si durante dicho lapso se produjera un siniestro, deberán ingresarse las primas correspondientes tanto a los asegurados fallecidos como a los sobrevivientes. Vencido el plazo de gracia, y no abonada la prima, caducarán los derechos emergentes de la póliza.

### **Edad de ingreso y permanencia:**

Los asegurables deben cumplir con requisitos de edad, siendo la edad mínima para el ingreso la de **14 años**, de acuerdo a lo dispuesto por la Ley de Seguros.

La edad máxima para el ingreso es establecida por los planes de cada Aseguradora y está relacionada con el riesgo a asumir y, en el caso de que un asegurado supere la edad máxima establecida o deje de pertenecer al grupo, la cobertura se rescinde para ese caso particular.

### **Grupos asegurables:**

- Integrantes de grupos abiertos.
- Personal de empresas (empleador – empleado).
- Asociados a otras instituciones (mutuales, clubes, sindicatos, colegios, medicina pre-paga, asociaciones profesionales, etc.).

- Clientes de entidades financieras y Planes de Ahorro (seguros de saldos deudores).
- Seguros de Obligaciones Patronales.

## **NORMATIVA DEL SEGURO COLECTIVO: Ley 17.418**

### **Tercero beneficiario:**

Artículo 153: *“En el caso de contratación de seguro colectivo sobre la vida o de accidentes personales en interés exclusivo de los integrantes del grupo, éstos o sus beneficiarios tienen un derecho propio contra el asegurador desde que ocurre el evento previsto”.*

### **Comienzo del derecho eventual:**

Artículo 154: *“El contrato fijará las condiciones de incorporación al grupo asegurado que se producirá cuando aquellas se cumplan”.*

*“Si se exige examen médico previo, la incorporación queda supeditada a esa revisión. Esta se efectuará por el asegurador dentro de los quince días de la respectiva comunicación”.*

### **Pérdida del derecho eventual por separación:**

Artículo 155: *“Quienes dejan de pertenecer definitivamente al grupo asegurado, quedan excluidos del seguro desde ese momento, salvo pacto en contrario”.*

## **Criterios para la determinación de la suma asegurada en colectivos optativos:**

- **Múltiplo de sueldos:** exclusivo para el personal en relación de dependencia. El capital se actualiza automáticamente en función de la variación de sueldos.
- **Uniformes:** un mismo capital para todos los asegurados. Puede actualizarse en forma automática, uniformemente.
- **Variables por edad:** se establecen grupos de edades. A cada grupo se le asigna un capital distinto, siendo mayor para los más jóvenes.
- **Saldos Deudores:** el capital se ajusta al saldo actualizado de la deuda de la persona asegurada por préstamos personales, hipotecarios, prendarios, consumos de tarjetas de crédito, de compra, etc.
- **Múltiplo fijo:** el capital es equivalente a un múltiplo fijo de aranceles, cuotas sociales, expensas, etc.

## **Beneficiarios:**

La designación del/de los beneficiario/s la hará cada asegurado por escrito en su solicitud individual. En el caso de las pólizas con cobertura de fallecimiento del cónyuge, si ocurriese dicho acontecimiento se liquidará la indemnización al asegurado titular.

En algunos casos, se podrá designar como beneficiario al contratante o tomador cuando tiene un **interés económico lícito** respecto de la vida de los integrantes del grupo. Por ejemplo, **el seguro de vida por saldo deudor**.

## **9.2 Seguros de vida colectivos Obligatorios:**

Responde al 100% de adhesión por ser **obligaciones patronales** establecidas por el Estado. Evita la antiselección ya que, al no mediar requisitos médicos, se compensa el riesgo de aquellas personas interesadas en incorporarse por problemas de salud, edad avanzada, etc., con aquellas otras de menor riesgo.



## **Decreto N°1567/74 (Obligatorio):**

Este seguro es de **contratación obligatoria** para todos los empleadores.

El resarcimiento es un derecho del dependiente. Si no se contrata la póliza y ocurre el siniestro, el empleador deberá afrontar el pago de la suma asegurada.

### **Cobertura:**

- Muerte, por cualquier causa, durante las 24 horas, los 365 días del año (inclusive suicidio).
- La prestación es independiente de cualquier otro beneficio social, seguro o indemnización de cualquier especie que se fije o haya sido fijada por ley, convención colectiva de trabajo o disposiciones de seguridad social.

**Exclusiones:** Quedan excluidos de esta cobertura:

- a) Los trabajadores rurales permanentes amparados por la Ley 16.600.
- b) Los trabajadores contratados por un término menor a un mes.

Las pólizas de Seguro Colectivo de Vida Obligatorio, Decreto N°1567/74, serán tomadas por los empleadores en cualquier Entidad Aseguradora, pública o privada, que se encuentre inscripta en el Registro Especial de carácter público que lleva la S.S.N.

La **Resolución 39766/16** de S.S.N., en sus artículos 4 y 5, dispone que las pólizas serán tomadas por los empleadores en cualquier Entidad Aseguradora autorizada por S.S.N, estando **el costo del seguro a cargo del empleador.**

La suma asegurada será equivalente a la de 5,5 **Salarios Mínimos Vitales y Móviles (S.M.V.M.)**. Dicha suma se ajustará anualmente conforme al último salario mínimo vital y móvil, publicado en el mes de diciembre de cada año. La suma asegurada que resulte de la actualización anual entrará en vigencia a partir del 1° de marzo del año siguiente.



# Actualización de los montos del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio

Se informan los valores correspondientes al año 2022.

Compartir en  
redes sociales



Publicado el miércoles 26 de enero de 2022

A través de la Circular 3906165/22, la Superintendencia de Seguros de la Nación informó a las entidades y personas sujetas a su supervisión, al universo de empleadores y al público en general, los nuevos valores del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio (SCVO) correspondientes a la suma asegurada y al costo mensual por cada trabajador o trabajadora declarada.

A fin de cumplimentar con el Reglamento del SCVO, tal como surge en el Artículo 5º de la Resolución SSN 40.629/2017, es que se fija el último monto publicado por el Consejo Nacional de Empleo, Productividad y Salario Mínimo, Vital y Móvil (Resolución 11/2021 de fecha 27/09/2021) de \$ 33.000,00 para el cálculo de los nuevos valores a aplicar.

Los trabajadores en relación de dependencia que presten servicios para más de un empleador, sólo tendrán derecho a la prestación del seguro una sola vez. La contratación del seguro queda a cargo del empleador ante quien el trabajador cumpla la mayor jornada mensual laboral y, en caso de igualdad, quedará a opción del trabajador.

Para el año 2022, los valores serán:

**\$181.500,00**

Suma Asegurada

**\$37,21**

Prima Individual

Asimismo, se mantienen los valores por el derecho de emisión:

- Hasta VEINTICINCO (25) asegurados PESOS DOCE (\$12).
- Entre VEINTISEIS (26) y CINCUENTA (50) asegurados PESOS DIECISIETE (\$17).
- Más de CINCUENTA (50) asegurados PESOS VEINTICINCO (\$25)

Por otro parte, el artículo 11º del Anexo de la citada resolución dispone que el premio sea declarado e ingresado directamente con las mismas modalidades, plazos y condiciones establecidos para el pago de los aportes y contribuciones, con destino a la Seguridad Social, en función de la nómina del mes que se declara.



Es **A.F.I.P.** quien recauda el pago, junto con los aportes de las contribuciones sociales y de las A.R.T., a través del Formulario 931. El empleador que declare y abone el monto del premio sin haber contratado una póliza con una Aseguradora, no contará con cobertura automática en el seguro.

### **Condiciones Generales: DECLARACION DE BENEFICIARIOS**

**ARTÍCULO 8:** DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS: todo el personal asegurado tiene el derecho a designar beneficiarios. La Aseguradora deberá exigir al tomador que efectúe la comunicación a los asegurados en orden al derecho de designar beneficiarios, para lo cual, dentro de los 15 (quince) días de contratada la cobertura o de denunciada la incorporación del nuevo empleado, según corresponda, la Aseguradora deberá proveer al tomador del seguro, por cada asegurado, el "Formulario de Designación de Beneficiarios" que forma parte de la Resolución 30729/2005. En el "**Formulario de Designación de Beneficiarios**" que le proporcionará el empleador, el asegurado consignará el lugar y la fecha e instituirá a las personas beneficiarias del seguro determinando, en su caso, la cuota parte que le asigna a cada uno de los beneficiarios designados, además del domicilio, tipo y número de Documento de Identidad y firma del asegurado. En caso de no efectuarse designación de beneficiario/s, o si por cualquier causa la designación se tornara ineficaz o quede sin efecto, se considerará lo reglado por los Artículos 53 y 54 de la Ley 24.241.

A efectos de acreditarse tales extremos, se tomará en consideración la declaración de derechohabientes expedida por ANSES, o similar emitida por la caja provisional, respecto de la cual resultare aportante el fallecido.

El comprobante de incorporación al seguro y de designación de Beneficiarios debe ser debidamente completado por el Tomador y el Asegurado. El Original y Duplicado quedarán en poder del tomador, quien presentará el Original a la Aseguradora cuando reclame el pago del beneficio y el Triplicado será entregado por el tomador al empleado asegurado. El asegurador que pague conforme a lo establecido en el presente artículo, queda liberado de toda responsabilidad frente al siniestro.

Anexo II)

**FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS**

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Dec. Nro. 1567/74				Nro. Legajo, registro, ficha, etc.			
COMPANIA ASEGURADORA:							
Nombre y Apellido:							
Documento:		Tipo:		Nro.:			
Expedido por:							
FECHA DE NACIMIENTO			CAPITAL ASEGURADO		Fecha de ingreso al empleo		
DIA	MES	AÑO			DIA	MES	AÑO
Domicilio Particular							
Calle		Nro.		Piso		Dto. Pcia.	
Localidad							
Empleador							
Calle		Nro.		Piso		Dto. Pcia.	
Localidad							
<b>BENEFICIARIOS</b>							
Nombre y Apellido		Parentesco		Domicilio		Documento	
Todo el personal asegurado tiene derecho designar beneficiarios ( El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad.)							
Lugar y Fecha				Firma del asegurado (o Impresión digital)			

La presente constancia deberá ser remitida por el Empleador a la Aseguradora en caso de reclamo del pago del beneficio

## Ley N°16.600/64 (Obligatorio):

El seguro obligatorio para trabajadores rurales es el que establece la Ley 16.600/64 y sus modificatorias la cual obliga a los empleadores de la actividad rural a amparar a sus trabajadores permanentes, que presten tareas en el ámbito rural, con un seguro de vida.

Siendo, por ende, este seguro diferente al que se abona a través del aplicativo de Seguridad Social de la A.F.I.P., Formulario 931, al cual no se encuentran obligados a contratar los empleadores del ámbito rural, sino que deben contratar solamente el seguro de vida de la Ley N°16.600. **Se contrata y abona en forma directa con la compañía de seguros que elija el empleador**, no abonándose a través de los aplicativos de A.F.I.P., sino mediante el procedimiento que acuerde con su compañía de seguros.

En el caso de que el empleador agrario omitiera la contratación de este seguro, deberá hacerse cargo del pago del monto de la suma asegurada a los derechohabientes del trabajador si ocurriese un siniestro.

Por Resolución 224-E/2017, al igual que con el seguro colectivo obligatorio, Decreto 1567/74, se establece que la suma asegurada será equivalente a la de 5,5 S.M.V.M. Dicha suma se ajustará anualmente conforme al último S.M.V.M. publicado en el mes de diciembre de cada año. La suma asegurada que resulte de la actualización anual entrará en vigencia a partir del 1° de marzo del año siguiente. De esta manera, se igualan los valores de suma asegurada de esta cobertura con los vigentes para el seguro colectivo de vida obligatorio de las restantes actividades.

En consecuencia, el nuevo valor de la suma asegurada, a partir del mes de marzo de 2022, se incrementa a **\$181.500.**

**Cobertura:** Muerte e incapacidad total y permanente.

**Declaración de beneficiarios:** el trabajador asegurado podrá designar libremente al beneficiario del seguro, no pudiendo constituirse la empresa como beneficiaria de este seguro. Cuando no lo hubiera hecho o cuando el designado falleciese antes que el asegurado, el importe del seguro se abonará a los herederos legales del asegurado en el orden y proporción que establece el Código Civil y Comercial de la Nación.

El asegurador deberá entregar a cada asegurado un certificado en el que conste su adhesión al seguro instituido por Ley N°16.600, a fin de tener certeza de su cobertura.

**Pluriempleo:** En el caso de aquellos empleados que se encuentren en relación de dependencia con dos o más empleadores, este seguro deberá ser contratado por el **empleador con el cual registre mayor antigüedad.**

### **Convenio Mercantil: CCT130/75 (Obligatorio):**

Es de contratación obligatoria, por parte del empleador. Este seguro se contrata para cumplir con lo establecido en la Convención Colectiva de Trabajo para **Empleados de Comercio, N°130/75.**

Los asegurados son el personal en relación de dependencia con el comerciante/tomador/empleador, siempre que no superen los 65 años de edad al inicio de la vigencia del seguro. Asimismo, la edad límite de permanencia en el seguro es hasta los 70 años.

### **Cobertura:**

- Fallecimiento por enfermedad o accidente (inclusive suicidio).
- Incapacidad total y permanente o accidente hasta los 65 años de edad.

**Capital asegurado:** 12 sueldos básicos de una categoría administrativa de convenio.

### **¿Quién lo abona?**

El Convenio Mercantil CCT130/75 estipula:

- Las dos terceras partes de las primas estarán a cargo del **empleador**.
- El tercio restante a cargo del **empleado**.

Los **beneficiarios** son designados libremente por cada asegurado.



## Seguro de Vida Obligatorio Convenio Colectivo de Trabajo para Empleados Mercantiles N.º 130/75

Twitter

Compartir

Compartir

Este seguro rige con carácter obligatorio para todos los trabajadores comprendidos en el convenio mercantil. Es independiente de cualquier otro Seguro de Vida o beneficio.

### **Riesgos Cubiertos**

- Muerte (inclusive suicidio).
- Incapacidad Total y Permanente.
- Indemnizaciones Adicionales por Accidente.

### **Capital Asegurado**

El Instituto Asegurador Mercantil reconocerá, a partir del 1 de junio de 2022 la suma asegurada de \$ 1.248.005.-

### **Prima**

Las dos terceras partes de la prima mensual están a cargo del empleador y el tercio restante a cargo del empleado.

Por aplicación del Convenio Mercantil, los Empleadores deben contratar un seguro que proteja a sus empleados en los casos de muerte e invalidez total y permanente, por cualquier causa, accidente o enfermedad.

## Otros convenios colectivos obligatorios:

Algunos convenios colectivos de trabajo exigen al empleador contratar ciertos seguros de forma obligatoria:

- Personal de Estaciones de Servicio (Conv. Col. 322/2000).
- Personal de Lavadero de Autos y Afines (Conv. Col. 91/75).
- Sindicato Único de Publicidad.
- Agencias de publicidad y publicidad en vía pública (Conv. Col. 57/89 y 122/90).
- Personal de investigación de mercado (Conv. Col. 107/90).
- Sindicato de papeleros.
- Envases y cartón (Conv. Col. 376/04).
- Corrugados (Conv. Col. 377/04).
- Recorteros (Conv. Col. 384/04).
- Depósito de papel, conversión, bolleros y libritos de papel para armado de cigarrillos (Conv. Col. 404/05).
- Fabricación de celulosa y papel (Conv. Col. 412/05).
- Sindicato de locutores de radio y TV (Conv. Col. 215/75 y 214/75).
- Convenio de personal vitivinícola, obreros y empleados (Conv. Col. 8/75).
- Convenio de personal gráfico (Conv. Col. 275/96).
- Convenio UTEDyC (Unión de Trabajadores de Entidades Deportivas y Civiles) (Conv. Col. 160/75).

## 9.3 Seguros colectivos de contratación no Obligatoria:

El **TOMADOR** es quien abona las primas y puede ser beneficiario también (“beneficiario a título oneroso”) cuando tiene un interés económico lícito respecto de la vida o salud de los integrantes de grupo, en la medida del perjuicio concreto.

*“Cuando se trata de un seguro colectivo de personas y el contratante toma a su exclusivo cargo el pago de la prima, se puede convenir que el seguro cubre en primer término su responsabilidad civil respecto de los integrantes del grupo y que el saldo corresponde al beneficiario designado” (art. 120).*

## Seguro de Saldo Deudor:



Está destinado a cubrir entidades financieras, bancos, concesionarios, fideicomisos, planes y programas de construcción de viviendas, cajas de asociaciones profesionales, planes de ahorro, mutuales, los cuales tienen la necesidad de protegerse ante el fallecimiento o invalidez de los deudores.

Es un beneficio para ambas partes ya que, en caso de fallecer el asegurado, la entidad se garantiza el abono total de la deuda y, a la vez, su familia queda liberada del pago de la misma. Es un seguro de fácil contratación: lo solicita la entidad y, en la misma póliza, puede incluir a todos sus clientes.

**La suma asegurada** se ajusta al saldo de deuda actualizado de la persona asegurada por préstamos personales, hipotecarios y prendarios.

**Cobertura básica:** muerte e incapacidad total y permanente del asegurado deudor.

Así, en el nuevo Código Civil y Comercial de la Nación, en su artículo 1099, se determina lo siguiente:

*“Libertad de contratar. Están prohibidas las prácticas que limitan la libertad de contratar del consumidor, en especial, las que subordinan la provisión de productos o servicios a la adquisición simultánea de otros, y otras similares que persigan el mismo objetivo”.*

El objetivo final de la norma citada trata de preservar la voluntad del consumidor en cuanto pueda interiorizarse de las características de los productos ofrecidos y elegir aquellos que resulten útiles a sus circunstancias de hecho, sin condicionamientos realizados por la parte fuerte de la relación contractual que pretende colocar una pluralidad de productos o servicios por sobre aquellos requeridos efectivamente por el consumidor particular.



Posteriormente, el Banco Central en la Comunicación “A” 5928, y en el marco de la batería de medidas adoptadas para “profundizar la bancarización y transparencia financiera”, el 21/3/16 emitió dicha Comunicación por cual se modificaron diferentes textos ordenados, entre ellos, el correspondiente a la “Protección de los usuarios de servicios financieros”.

Entre otros puntos, se reglamentó la gratuidad de todas las cajas de ahorro, incluyendo el uso de su correspondiente tarjeta de débito.

El punto a destacar para el mercado asegurador está relacionado con las disposiciones sobre seguros, tanto “Seguros como contratación accesoria a un servicio financiero” (punto 2.3.11 de dichas normas), que comprenden específicamente aquellos seguros que se contraten “a los efectos de disminuir los riesgos asociados a las financiaciones que otorgue el sujeto obligado” (entidad financiera), como a los «Seguros de contratación no accesoria a un servicio financiero» (punto 2.3.12). Se separan “Seguros de vida sobre saldo deudor” de “Otros seguros”:

- En el primer caso, entre otros aspectos, los bancos no podrán cobrar ningún tipo de comisión y/o cargo por estos seguros, y deberán contratar un seguro sobre saldo deudor con cobertura de fallecimiento e invalidez total permanente respecto de aquellas financiaciones otorgadas a personas. Se habilita la posibilidad del autoseguro por parte de las entidades financieras.
- Para el caso de “Otros Seguros”, se mantiene tal como lo preveía la Circular “A” 5891, estableciendo al menos tres compañías aseguradoras no vinculadas entre sí como opciones, que el cargo no sea superior al que la compañía de seguros elegida perciba por operaciones con particulares y que los sujetos obligados no puedan registrar retribuciones ni utilidades por los seguros que sus usuarios contraten con carácter accesorio a un servicio financiero. Pero se añade que, a los fines de la comparación entre al menos las tres aseguradoras, las entidades financieras deberán informarle al usuario la cobertura mínima que debe prever el seguro en cuestión y este podrá contratarlo en forma directa, en caso que consiga un seguro más económico, pero únicamente con algunas de las tres compañías ofrecidas por la entidad.

Las entidades de Defensa del Consumidor han manifestado que el consumidor puede exigir la eliminación del ítem “seguro de vida de saldo deudor” que cobran todavía algunas entidades crediticias, financieras o de algunos comercios, a pesar



de que el Banco Central lo dejó sin efecto en 2016. “Si el usuario observa que ese ítem le está siendo cobrado o debitado, puede exigir la eliminación mediante notificación por duplicado al banco, telefónicamente, por correo electrónico o fax y conservar todo tipo de evidencia de esa gestión”.

Es importante destacar que, sobre todo en este tema, ha sido de suma importancia e injerencia la Ley de Defensa del Consumidor 24.240 y Defensa del Asegurado de S.S.N.

Por Resolución 298/18, la S.S.N. permite la contratación optativa, además de Protección por pérdida de ingreso por desempleo involuntario o invalidez total y temporaria, respetando las definiciones y limitaciones establecidas en la Resolución S.S.N N°35.678.

**Como conclusión:** si bien es aconsejable contratar un seguro de saldo deudor sobre todo hipotecario, por ley no es obligatorio. Aunque en la práctica, la mayoría de las entidades financieras sí lo exigen como requisito indispensable para conceder el préstamo.

### **Ley de contrato de trabajo (Ley 20.744/76 y sus modificatorias):**



Este tipo de seguro **no es de contratación obligatoria**. Sin embargo, el empleador deberá cumplir con las obligaciones indemnizatorias emergentes de la Ley 21.297 y 24.013.

**Personas asegurables:** todo personal en relación de dependencia al servicio del contratante/tomador/empleador. El límite de edad para la cobertura son los 65 años

.

La cobertura es:

- Fallecimiento por enfermedad o accidente.
- Incapacidad total y permanente por enfermedad o accidente.

**Sumas Aseguradas:** las sumas aseguradas son administradas por el contratante de acuerdo a lo indicado en los artículos 248 y 254 de la Ley 20.744 de Contrato de Trabajo. Se tienen en cuenta los convenios colectivos de trabajo para fijar límites máximos.

- En caso de **muerte**: se computa **medio sueldo** por año de antigüedad, tomando como base la mejor remuneración mensual, normal y habitual.
- Para el riesgo de **invalidéz**: se computa **un sueldo** por año de antigüedad.

Cuando la fracción de servicios prestados es mayor a 3 meses, se computa como un año completo.

En este caso, el **contratante o tomador**, el cual tiene a su cargo el pago de las primas, también es el **beneficiario** y recibe como indemnización hasta la suma por la cual deba responder, en su carácter de empleador, con sus obligaciones laborales.

Es importante destacar que el P.A.S. encuentra en este seguro un gran argumento comercial, El empleador no podrá escapar a la obligación de estas indemnizaciones, generando en algunas situaciones problemas financieros importantes, y que, abonando una prima baja, quedaría cubierto.

Algo importante que se debe aclarar: el límite de la obligación que surge para el empleador es el que surge de la ley, que podrá coincidir con la suma asegurada contratada, si esta está actualizada, en tiempos de paritarias. El P.A.S. deberá requerir listados actualizados de sueldos, así como permanentemente se debe mantener actualizada la nómina de personal con las altas y bajas porque, como no existe actualización automática, se corre el riesgo de que haya personas aseguradas que ya no trabajan con ese empleador, que falten incorporar personas o que las remuneraciones no estén actualizadas

**El límite no es la obligación patronal sino la suma asegurada.**

# Unidad 10

## Seguro de accidentes personales



El seguro de accidentes personales se rige de acuerdo a la Ley de Seguros 17.418, específicamente en los artículos 149 a 152.

La diferencia fundamental, como su nombre lo indica, radica en que el seguro de vida permite amparar la muerte o la incapacidad por enfermedad o accidente, mientras que el seguro de accidentes personales **protege al individuo sólo a consecuencia de accidentes.**

El asegurador se compromete al pago de las prestaciones estipuladas en la póliza en el caso de que el asegurado sufra, durante la vigencia del seguro, un **accidente** que fuere la causa de su muerte o invalidez, total o parcial, permanente o temporaria.

La prescripción en **accidentes personales** establece que se abonará la indemnización cuando el asegurado sufra durante la vigencia del contrato un accidente, aunque las consecuencias del mismo se manifiesten, a más tardar, dentro de **un año** a contar desde la fecha del siniestro.

Se pueden incluir coberturas adicionales.

## 10.1 Características Generales



- **No son obligatorios:** estos productos se toman por decisión voluntaria de cada persona que comprende la importancia de lograr la protección adecuada. Estos seguros cubren muerte e invalidez total y parcial, permanente y temporal, como consecuencia de accidentes.
- **Son respuestas económicas:** el seguro de accidentes personales indemniza económicamente al titular o a sus beneficiarios por los diferentes riesgos cubiertos, de acuerdo a los montos estipulados. Estos permiten hacer frente a cada situación de manera adecuada y tal como se previó al momento de contratar el seguro correspondiente.
- **Pueden ser individuales o colectivos:** son productos flexibles que pueden ser contratados por una sola persona, o bien, por grupos de afinidad que van desde una familia a compañeros de estudio o trabajo. La elección en grupo permite que se pueda obtener un producto de excelente calidad a un precio sensiblemente inferior a que si se contratara de manera individual.
- **No requiere examen de salud:** la contratación es fácil y sencilla, esto significa, entre otras cosas, que no requieren exámenes previos, pero si una declaración jurada de salud en la mayoría de las aseguradoras, aunque no en todas.

- **Gran variedad de pólizas:** existen muchas alternativas dentro de cada compañía y, también, las diferentes opciones respecto a las firmas de seguros que hay en el mercado nacional. Un detalle no menor es que muchos de los seguros son específicos para profesiones y actividades laborales, lo cual hace de estas propuestas soluciones confiables e integrales.
- **Libre elección de beneficiarios:** no hay ningún tipo de relación obligatoria para escoger a la/s persona/s que serán designado/s beneficiario/s, por lo que el titular de la póliza puede hacerlo de manera libre. En aquellos casos en los que no se designa a nadie, los herederos legales son los beneficiarios.
- **Permiten la toma de coberturas voluntarias:** las coberturas básicas son por muerte e invalidez, pero, de acuerdo a cada compañía Aseguradora, existe la posibilidad de contratar otras de carácter voluntarias que perfeccionan cada producto.
- **Permiten optar entre diferentes plazos:** las compañías de seguros ofrecen pólizas con diferentes duraciones para que nadie deje de tener el producto que quiere y necesita. Desde un día hasta un año, los clientes pueden encontrar el seguro acorde a sus propios requisitos.
- **No cubre enfermedades naturales:** toda muerte o invalidez que se genere por causas naturales o enfermedad no se cubre con esta póliza. Para hacerlo, es esencial que estas sean resultados de una lesión corporal comprobable por los profesionales de la salud y que sea una consecuencia no voluntaria del asegurado, por una “acción repentina y violenta de o con un agente externo”.

### **Personas asegurables:**

Son personas asegurables los mayores de **14 años y hasta los 65 años** de edad, como generalidad, aunque después desarrollaremos el “Seguro Escolar” que tiene características diferentes. Es importante destacar, sobre todo en esta rama, aunque también están incluidos los seguros de vida, que la S.S.N. mediante la Resolución SSN N° 37.270/12 señala que las entidades aseguradoras no podrán emitir o renovar contratos con cláusulas que prevean como personas no asegurables a quienes padezcan cualquier tipo de discapacidad.

### **Definición de Accidente:**

Se entiende por “**ACCIDENTE**” a todo hecho súbito, violento e imprevisto en el cual no medie la voluntad del asegurado y las lesiones corporales estén ocasionadas por un agente externo a él.



Probablemente, en sus condiciones generales, la póliza de accidentes personales sea una de las más completas en lo que a redacción se refiere. Por lo que, además de la definición antes comentada, define como ejemplos una serie de situaciones o infortunios que son considerados “accidentes”:

- La asfixia o intoxicación por vapores o gases, por inmersión y obstrucción en el aparato respiratorio (que no provenga de alguna enfermedad).
- La intoxicación o envenenamiento por ingestión de sustancias tóxicas o alimentos en mal estado consumidos en lugares públicos o adquiridos en mal estado.
- Las quemaduras (excepto por acción de temperatura del sol).
- Tétano u otras infecciones microbianas de origen traumático (ejemplo: rabia).
- Luxaciones articulares y distensiones, dilaceraciones y rupturas musculares, tendinosas y viscerales (excepto lumbalgias, varices y hernias) causadas por esfuerzos repentinos y evidentes al diagnóstico.

Se cubren los accidentes que se produzcan durante la participación en prácticas deportivas no profesionales.

### **Exclusiones básicas de cobertura:**

- Consecuencias de enfermedades de cualquier naturaleza.
- Lesiones causadas por la acción de rayos X y similares y de cualquier elemento radioactivo, u originadas en reacciones nucleares.
- Los accidentes que el asegurado o los beneficiarios, por acción u omisión, provoquen dolosamente o con culpa grave o en empresa criminal. No obstante, quedan cubiertos los actos realizados para evitar el siniestro o atenuar sus efectos o consecuencia o por un deber de humanidad.
- Accidentes causados por vértigo, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de enajenación mental (salvo cuando tales trastornos sean consecuencia de un accidente cubierto). Por estado de ebriedad o por estar el asegurado bajo la influencia de estupefacientes o alcaloides.
- Los accidentes que ocurran cuando el asegurado tome parte en carreras, ejercicios o juegos atléticos de acrobacia o que tengan por objeto pruebas de carácter excepcional, o mientras participe en viajes o excursiones a regiones o zonas inexploradas.
- Los accidentes derivados de la navegación aérea no realizados en líneas de transporte aéreo regular.
- Hechos de guerra civil o internacional.
- Hechos de guerrilla, rebelión, terrorismo, motín o tumulto popular, huelga o lock out, cuando el asegurado participe como elemento activo.
- Accidentes causados por fenómenos sísmicos, inundaciones u otros fenómenos naturales de carácter catastróficos. Los accidentes acaecidos en el lugar y en ocasión de producirse los acontecimientos enumerados, se presume que son consecuencia de los mismos, salvo prueba en contrario del asegurado.

### **Marco legal:** SECCION II del CAPITULO III – Seguro de personas Ley 17.418

El **artículo 149** establece que los artículos 132 y 133 de la Ley de Seguros 17.418 son aplicables en lo concerniente a la “**agravación del riesgo**” (cambio de profesión).

También serán aplicables los artículos 143 al 147 con relación al régimen de designación de beneficiarios.



Las disposiciones sobre **reticencia o falsa declaración y agravación del riesgo** son similares a los seguros de vida. También el contrato está regulado por la Ley 17.418 en sus características generales.

### **Reducción de consecuencias:**

La ley establece que los hechos del asegurado deberán estar dirigidos a impedir el siniestro, o bien, a atenuar sus efectos, en cuanto le sea posible (art. 150).

La **carga de la prueba** del accidente corre por cuenta del asegurado y debe corresponderse en consecuencia con la versión creíble de las circunstancias materiales que determinaron el hecho. Si bien el accidente es un hecho repentino, sus efectos pueden presentarse con posterioridad. Y, en caso de divergencia entre las partes con respecto al monto indemnizatorio, se podrán contratar médicos peritos.

### **Dolo o culpa grave del asegurado o del beneficiario:**

**Artículo 152:** el asegurador se libera del pago de la indemnización si el asegurado o el beneficiario provoca el accidente dolosamente o por culpa grave, o lo sufre en empresa criminal.

## **10.2 Coberturas básicas**

**Cobertura de muerte:** si el accidente causara la muerte, el asegurador abonará la suma asegurada para este caso. Sin embargo, el asegurador reducirá la prestación prevista para la muerte en los porcentajes tomados en conjunto, que hubiere abonado en concepto de invalidez permanente por este u otros accidentes ocurridos durante el mismo período anual de vigencia de la póliza.

**Invalidez permanente (total o parcial):** si el accidente causara una invalidez total permanente, el asegurador indemnizará al asegurado por el importe de la suma asegurada para el caso de muerte (incapacidad total y permanente). En caso de una incapacidad parcial, abonará el importe porcentual de la correspondiente tabla valorativa que figura en las condiciones generales de póliza (se aplica sobre la suma asegurada).

En caso de fallecimiento o invalidez permanente que dé lugar a la prestación de la suma total asegurada a raíz de uno o varios accidentes cubiertos por la póliza y

ocurridos durante su vigencia, las restantes coberturas quedarán automáticamente sin efecto.

## 10.3 Coberturas adicionales optativas



**1) Asistencia médica farmacéutica (A.M.F.) o invalidez temporaria:** otorga cobertura médico-asistencial hasta la suma prevista en las condiciones particulares. Si el accidente causare una incapacidad temporaria, los gastos de asistencia médica originados serán a cargo del asegurador mientras dure el tratamiento médico, hasta la suma asegurada estipulada en póliza. Estos gastos pueden incluir costos de internación, honorarios y estudios médicos. Puede ser por dos modalidades:

- **Prestacional:** ante un accidente, el asegurado debe comunicarse al 0800 de la organización sanitaria de la Aseguradora, quien va a direccionar donde atenderse y va cubrir los gastos incurridos, hasta el límite de la suma asegurada contratada.
- Por **reintegro o reembolso:** el asegurado elige libremente en qué nosocomio atenderse y luego presenta al asegurador las facturas de los gastos médicos-farmacéuticos que razonablemente haya incurrido, según lo indicado por el médico tratante, con motivo de un accidente cubierto por la póliza. La Aseguradora realizará el reintegro de los mismos hasta el límite de la suma asegurada contratada con deducción de la franquicia, en caso de poseerla.

**2) Renta diaria por internación:** es un monto diario que se paga al asegurado por los días de internación que deba pasar como consecuencia de un accidente. Para esta cobertura, la suma asegurada específica se establece en cada plan y puede tener período de carencia.

## 10.4 Modalidades de contratación

Los seguros de accidentes personales pueden contratarse en forma individual o colectiva, e **incluso con vigencia menor a un año**. Se puede contratar una póliza anual de renovación automática o por períodos cortos (días, semanas o meses).

**Contratación individual:** donde el tomador y el asegurado puede ser la misma persona o no.

- En caso de relaciones laborales, donde el trabajador es independiente (no está en relación de dependencia), la empresa o persona física (para quien está realizando su trabajo) puede contratar el seguro o puede requerir su contratación al trabajador, con el objeto de que, ante un accidente en el lugar del trabajo o en el *in itinere*, cuente con cobertura.
- Trabajador o profesional, independientemente del tipo de relación laboral (dependiente o autónomo), puede contratar una cobertura de accidentes personales de forma voluntaria para contar con cobertura durante las 24 horas, los 365 días del año, en República Argentina y países extranjeros que mantengan relaciones diplomáticas con nuestro país. Esta cobertura es independiente de la actividad que esté desarrollando al momento del accidente (Ejemplos: vacaciones, estadía temporaria o en tránsito, desarrollando su actividad/profesión, en su domicilio, etc.).

**Contratación colectiva:** se utiliza para cubrir necesidades de protección de grupos de personas que comparten actividades o intereses en común. (Ejemplos: asociaciones civiles, clubes, gimnasios, cámaras empresariales, actividades de turismo, deportivas y/o recreativas, espectáculos).

- En caso de personal en relación de dependencia, se puede contratar el seguro de accidentes personales para complementar la cobertura obligatoria de riesgo del trabajo (A.R.T.), **pero no reemplazarla**. Reiteramos, para este caso, el **artículo 120** de la Ley 17.418 que dice: “Cuando se trata de un seguro colectivo de personas y el contratante toma a

su exclusivo cargo el pago de la prima, se puede convenir que el seguro cubre en primer término su responsabilidad civil respecto de los integrantes del grupo y que el saldo corresponde al beneficiario designado”.

## 10.5 Ámbito de la cobertura



**24 horas:** otorga cobertura por accidentes las 24 horas, los 365 días del año y en el tránsito o permanencia en el extranjero (salvo países que no tengan relaciones diplomáticas con Argentina), tanto si está realizando su trabajo o profesión declarada como en cualquier otro ámbito o actividad (Ejemplos: en su domicilio, de vacaciones, realizando su actividad laboral, etc.).

**Jornada o ámbito laboral:** da cobertura a los accidentes ocurridos en el ámbito laboral, únicamente, y las personas asegurables son profesionales o autónomos que no están comprendidos por la A.R.T. Cuando está relacionada a actividades deportivas, el ámbito es durante la jornada deportiva.

**Jornada o ámbito laboral con *in itinere*:** amplía la cobertura al accidente que pueda ocurrir entre su domicilio y el lugar de trabajo. Se debe tener en cuenta el medio de transporte que utiliza, ya que en algunas aseguradoras pueden dar cobertura a un costo mayor cuando se traslada a su trabajo en moto.

### **Cobertura *In Itinere*:**

Accidente ocurrido por el hecho o, en ocasión, en el trayecto entre el lugar del trabajo y el domicilio del trabajador o viceversa.

Este podrá modificarse previa comunicación fehaciente dentro de las 72 horas a la compañía Aseguradora únicamente por las siguientes excepciones:

- Razones de estudio.

- Concurrencia a otro empleo.
- Atención de familiar directo enfermo y no conviviente.

Cuando la actividad asegurada es jornada deportiva con *in itinere*, el traslado de los deportistas amateurs debe ser realizado por transporte autorizado por la Secretaría de Transporte.

## 10.6 Designación de beneficiarios:

- Designados por el asegurado: la designación de beneficiarios se rige de la misma manera que detallamos en los seguros de vida.
- Se puede instituir como beneficiario, en primer término, al contratante o tomador de la póliza (cuando el pago de las primas está a su cargo) con preeminencia sobre los restantes beneficiarios, que conservarán su derecho sólo sobre el saldo de la prestación.

## 10.7 Cálculo de la prima

Su costo es ínfimo en comparación a los seguros de vida y está directamente relacionado con la actividad/profesión o deporte que realiza el asegurado y la suma asegurada. Para el caso de los seguros de contratación colectiva, se agregará la cantidad de personas del grupo.

### Información necesaria para contratar un seguro de accidentes personales:

- Actividad profesional: para poder determinar la categoría de riesgo según la actividad o profesión que desarrolle.
- Actividad en la vida privada: actividad, pasatiempo y/o actividad deportiva de los asegurables en sus tiempos libres, dado que pueden llegar a constituir un riesgo agravado correspondiendo a una extraprima o exclusión de cobertura. El medio de transporte que utiliza puede requerir una extraprima (Ejemplo: moto).
- Suma asegurada y coberturas adicionales, si las necesita.

## 10.8 Seguro escolar



Generalmente, se toman como cobertura adicional de las pólizas de responsabilidad civil de establecimientos educativos.

Por lo general, protege al plantel de alumnos, docentes y dependientes incluidos en sus registros.

La cobertura otorgada comprende los Riegos de Muerte e Invalidez Permanente Total o Parcial, a consecuencia de un Accidente ocurrido dentro del establecimiento o fuera de él, en ocasión de los eventos que este realice.

La indemnización comprende los Gastos de Asistencia Medica Farmacéutica y el Traslado en Ambulancia

Salvo las exclusiones, el seguro cubre:

- Todos los accidentes que ocurran dentro del establecimiento durante la enseñanza prácticas de ejercicios físicos y durante los recreos.
- Fuera de la institución, durante los actos organizados por el mismo como viajes colectivos, visita a museos, exposiciones, fábricas, torneos deportivos, etc., siempre que hayan sido organizados por el mismo y sea vigilado por el personal docente.
- En *in itinere* desde y al establecimiento educativo.



En este caso, al igual que las pólizas para actividades deportivas en clubes, se aceptan la inclusión de menores a partir de los 5 años como indemnización por gastos de sepelio ya que, por Ley 17.418, no son personas asegurables los menores de 14 años.

El beneficiario será el contratante del seguro, si es que abona las primas del mismo. En caso de ser los padres del alumno los que abonan las primas, serán los únicos beneficiarios.



# Unidad 11

## Seguros de retiro



La naturaleza jurídica de los seguros de retiro es que se constituyen como un contrato de seguro, con las características generales como tal: bilateral, oneroso, formal, comercial, consensuado, de buena fe y de adhesión.

Son **esencialmente previsionales** cuyo objeto es asegurar la contingencia de la vejez al final de la vida laboral del asegurado, o cuando este lo establezca con acuerdo de la Aseguradora.

Se encuentra contemplado como posibilidad de aseguramiento en los artículos 1 y 148 de la Ley **17.418**, y en la Resolución N°**19.106** del 24/03/87 de la S.S.N.

Además, la S.S.N emitió la Resolución N°**19.620** el 26/05/1988 que establece las pautas básicas comunes para los planes individuales y colectivos, los que son detallados en el Anexo de la citada norma.

En principio, no pudo ser incorporado como una rama más de la entidad Aseguradora, sino que se han debido crear empresas con dedicación exclusiva a este rubro, las que, además de su denominación, deben tener el aditamento de “Compañía de Seguros de Retiro”, cumpliendo los requisitos y obligaciones establecidas en la Ley 20.091, como cualquier otra Aseguradora, teniendo como objeto exclusivo el **seguro de retiro**.

Se denomina **seguro de retiro** a toda cobertura sobre la vida que establezca, para el caso de supervivencia de las personas a partir de la fecha de retiro pactada libremente por el asegurado, el pago periódico de una renta vitalicia y, para el caso de muerte del asegurado anterior a dicha fecha, el pago total del fondo de las primas a los beneficiarios indicados en la póliza o a sus derechohabientes.

## 11.1 Características principales

Los planes de seguros de retiro prevén esencialmente **dos etapas**:

- Una de **tipo activo**, en la cual el aportante o asegurado efectúa el pago de las primas periódicas para constituir un fondo que se va capitalizando hasta la edad de retiro prevista.
- Una segunda **etapa pasiva**, en la cual el asegurador comenzará a abonarle una renta mensual mientras viva, denominada **renta vitalicia**.

### Cobertura básica:

Su objetivo es formar un mecanismo de ahorro que funcione de manera eficiente y que tenga la capacidad de otorgar una cantidad para el retiro a largo plazo. Este seguro se puede complementar con los beneficios que ofrecen los seguros de vida tradicionales o la jubilación ordinaria.

### Coberturas adicionales:

Deberán estar claramente definidas y expresadas por separado, tanto en las condiciones particulares como en las generales. La denominación de las coberturas adicionales no deberá llevar a confusión con alguno de los beneficios básicos que otorga la póliza (punto 3° Anexo).

Renta por **invalidez total y permanente**: es una renta que se activa a partir que el asegurado se invalida, cuando se fija un porcentaje del sueldo vigente al momento de la invalidez.

**Seguro de vida etapa activa**: cubre el fallecimiento del asegurado en su etapa activa. Se calcula el capital como un múltiplo de sueldo. Lógicamente, el asegurable deberá demostrar condiciones de asegurabilidad.

## Fechas de Retiro:

La **edad prevista de retiro** es la edad elegida libremente por el asegurado cuando inicia la póliza, pactada con el asegurador. No tiene ninguna relación con la edad laboral, con la edad jubilatoria y, en general, no hay límite de edad máxima para permanecer en la **etapa activa** del seguro.



En el punto 5° de las Pautas comunes para planes individuales y colectivos, que compone el Anexo de la Resolución 19.620 de la S.S.N., establece en referencia a las fechas de retiro:

### **FECHA DE RETIRO:** normal, anticipada y postergada

La fecha normal de retiro será aquella que contractualmente se convenga. En caso de que la póliza prevea la posibilidad de retirarse antes o después de la fecha normal de retiro, la renta que percibirá el asegurado. Si hace uso de cualquiera de estas dos opciones, deberá calcularse en base a la reserva matemática que le corresponde.

El aporte que realiza el asegurado en la edad activa para constituir el denominado fondo de primas está compuesto por la prima abonada, menos los gastos e impuestos que correspondan, constituyendo la prima pura.

Las contrataciones, al igual que en los seguros de vida, pueden ser **individuales** o **colectivas**, siendo estas últimas contratadas en grupos homogéneos, agrupados por quien será el tomador de la póliza.

## **Ajustes:**

En el punto 7° del Anexo se establece que, independientemente del ajuste pactado que figure en el contrato de retiro, este nunca podrá ser inferior al rendimiento del conjunto, testigo de inversiones mensualmente por la S.S.N. Esta definición asegura que no exista en el mercado una diferencia muy significativa, a favor o en contra, de los clientes de las diferentes compañías que operan en el mercado.

En el contrato se fijará con qué periodicidad se acreditarán en la cuenta del asegurado el rendimiento de inversiones computables. Una vez que se haya computado ese plazo, las acreditaciones se considerarán ganadas.

## **Primas:**

En el punto 10 del Anexo, se establece la posibilidad de hacer diferentes pagos de primas. Esto quiere decir que puede pactarse el valor de los aportes y su frecuencia en la etapa activa.

Un contrato de seguro de retiro se puede realizar con una prima única, al inicio del contrato, y luego no realizar ningún aporte hasta llegar a la edad de retiro.

También, se podrían realizar pagos periódicos, mensuales o con otra frecuencia.

De estar previsto, se pueden realizar aportes periódicos extraordinarios, así como suspender el pago de aportes sin que eso implique una cancelación de la póliza, lo que seguramente generará un recalcule de la renta potencial futura.

En caso de pretender realizar aportes extraordinarios por parte del asegurado, deberá solicitar la debida autorización al asegurador.

Por lo general, la flexibilidad del sistema le permite al asegurado establecer la periodicidad con que efectuará esos aportes, pagar una prima inferior a la que corresponde al período, pagar una prima superior o primas extraordinarias, suspender el pago de primas en forma temporal o definitiva, etc. Para cada uno de esos casos, existen límites fijados por cada entidad Aseguradora.

## **Información al asegurado:**

En el punto 24, se establece pormenorizadamente la información periódica que el asegurador le debe remitir al asegurado, tanto en las pólizas individuales como en las colectivas.

El objetivo de esta información es que el asegurado tenga control de la evolución de sus fondos, de las rentas que va generando, del cumplimiento de las rentabilidades garantizadas (cuando esté previsto en el contrato) y de la renta potencial estimada que lograría si se mantienen todas las condiciones fijadas originalmente en el contrato, hasta la fecha prevista de retiro.

## **Reservas Matemáticas:**

En los puntos 13 al 15 del Anexo se establecen que las reservas matemáticas deben tener los mismos ajustes, tanto en la etapa activa como pasiva, aunque se contabilicen independientemente.

## **11.2 Tipos de renta**

Los tipos de rentas se pactarán entre asegurado y asegurador, definiendo distintos tipos de rentas. Se puede prever que, al final del contrato, el asegurado perciba la totalidad del fondo acumulado.

### **Algunas variantes:**

- **Renta vitalicia normal:** el asegurado percibirá la renta desde la fecha efectiva de su retiro pactado hasta su muerte, aunque en la práctica podrían ser por una cantidad de años determinado.
- **Renta extensiva a un tercero:** es la posibilidad, por parte del asegurado, de designar a un tercero (beneficiario) para que perciba una porción de la renta en caso de su fallecimiento. La renta a percibir por el asegurado siempre es menor al de la vitalicia normal, ya que se está asegurando la continuidad de pagos a otro beneficiario, teniéndose en cuenta la edad de este. Por ejemplo, si se conviene el 80% de renta normal del titular, el beneficiario cobrará el 70% de esa renta, esto es, el 56%.
- **Renta con garantía de pago a “x” años:** en este caso, se paga durante un período, garantizado al asegurado o a un beneficiario si el asegurado fallece en ese período. Si el asegurado sobrevive al período garantizado, continuará cobrando su renta hasta el fallecimiento.

## 11.3 Rescate. Préstamos. Carencia



Se denomina **rescate** al retiro de fondos que puede realizar el asegurado durante la etapa activa. Puede ser **total o parcial**, de acuerdo al plan de cada Aseguradora. El **rescate total** es el reintegro del fondo, menos los gastos y deducciones pactadas (quitas por rescate), rescindiendo el contrato. Será el fondo de primas, más la rentabilidad obtenida por la entidad Aseguradora en un determinado período. Se efectúan deducciones según la cantidad de años transcurridos desde el comienzo del contrato.

El **rescate parcial** suele otorgarse después del año de vigencia de la póliza, fijándose un porcentaje límite del total. En la mayoría de los casos, estos rescates parciales son utilizados en carácter de préstamos.

En general, estas quitas son decrecientes en la medida en que el contrato se haya mantenido un mayor número de años. Esas quitas no son un castigo, sino que representa la pérdida de utilidades que sufrirán las inversiones previstas, inicialmente, a largo plazo y que el asegurado decide rescatar anticipadamente.

Se designan **beneficiarios** de libre elección del asegurado quienes cobrarán, en caso de fallecimiento, el valor de rescate que corresponda en ese momento, en función al plan contratado.

### Préstamos:

El contrato deberá fijar la posibilidad de que el asegurado solicite préstamos, su cuantía y a partir de qué momento. El punto 19 determina que, ante esa posibilidad, la tasa de interés no podrá ser superior al 6.5% sobre los valores ajustados. Para el caso particular de préstamos a los asegurados pasivos, los mismos se otorgarán solamente sobre la cobertura adicional de muerte.



## Carencia:

No podrán establecerse plazos de carencia para la cobertura básica, en los casos de muerte, ni para el pago de rescate, en caso de invalidez total y permanente. En los seguros colectivos, además de los dos casos indicados, se agregarán los de falencia del contratante o rescisión por culpa de este.

## Beneficios impositivos:

Los seguros de retiro, actualmente, tienen los beneficios impositivos que poseen los seguros de vida en lo que respecta a las deducciones de ganancias, estipuladas en el **Decreto 59/2019**.



Asimismo, los fondos son **inembargables** y **exentos del impuesto de bienes personales**.

## **11.4 Seguros de Retiro. Planes colectivos:**

Es importante destacar que, a diferencia de los planes individuales, para que exista una póliza colectiva es imprescindible que exista la figura de **TOMADOR**.

El tomador tiene un rol fundamental porque no solamente es quien se obliga al pago total de los aportes periódicos del grupo de asegurado, y luego se encarga de ver cómo le cobra a cada uno de los participantes (esto ya es ajeno al contrato), sino porque es el que acuerda con el asegurador las condiciones comerciales y técnicas de cada póliza. De manera que los asegurados son adherentes a esas condiciones y no pueden cambiar nada de lo acordado entre el tomador y el asegurador.

En el **Anexo de la Resolución 19.620** están previstos en los puntos 25 al 30 inclusive



El punto 27 establece los derechos del asegurado:

- Nombrar beneficiarios y modificar las designaciones que hubiera efectuado.
- Optar por retirarse a una edad anterior o posterior a la normal de retiro, siempre que el contrato hubiera previsto la existencia de una edad anticipada o postergada de retiro.
- Optar por hacer extensiva a terceros por él designados la renta a percibir, o una parte de ella, siempre que la póliza prevea la existencia de esta posibilidad.
- Solicitar el rescate de su certificado, aun manteniendo la relación que lo vincula con el tomador/contratante.

Salvo la posibilidad de designar libremente beneficiarios y cambiarlos cuantas veces quiera, tal como indica la Ley de Seguros<sup>17.418</sup>, los restantes derechos no son aplicables a todos automáticamente, sino que lo serán en la medida en que figuren expresamente en el contrato.

El punto 28 establece los aportes del asegurado y del tomador/contratante

Los aportes de los asegurados ingresan a la cuenta individual de cada uno de ellos y rigen las mismas características, ajustes y coberturas básicas que en los contratos individuales de retiro.

Los aportes del tomador, si existieran, son los que hacen la gran diferencia entre este tipo de póliza y las individuales.

La reglamentación no define si debe haber aportes del tomador y cuál debería ser su cuantía. Por lo tanto, si esos aportes no existieran, la póliza colectiva de retiro sería solamente una suma de contratos individuales.

El hecho de dar la posibilidad de que el tomador realice aportes es, entonces, una cuestión de carácter comercial. El punto 28 solo orienta, de existir, cómo se pueden acreditar esos aportes, esto es, si van inmediatamente a cada una de las cuentas individuales o a una cuenta especial a la que le impone condiciones, tales como que no puede hacer referencia al tomador, ya que una vez que este hace un aporte, deja de ser el propietario del mismo y esos fondos solo podrán ser destinados a los asegurados según alguna de las condiciones de transferencia detalladas en el ítem 3) del citado inciso.

Si el tomador definiera que los fondos de la cuenta especial se distribuyen cada 5 años, cumplido ese período se repartirá entre los asegurados individuales que continúan con el seguro, pasando desde ese momento a ser propiedad de estos.

Si el tomador definiera que la proporción de la cuenta especial se acredita en la cuenta individual cuando el asegurado arribe a la edad jubilatoria, será en ese momento en que la proporción que le corresponda al asegurado pasará a ser de su propiedad. Si el asegurado se retirara antes de llegar a la fecha de transferencia de los fondos de la cuenta especial a la cuenta individual, perderá el derecho a esos fondos (siempre tiene derecho a los fondos de la cuenta individual). En estos casos, la normativa establece, en el punto III, que el tomador nunca puede recuperar esos fondos, los que pasarán a engrosar los beneficios futuros de quienes continúan en la póliza.

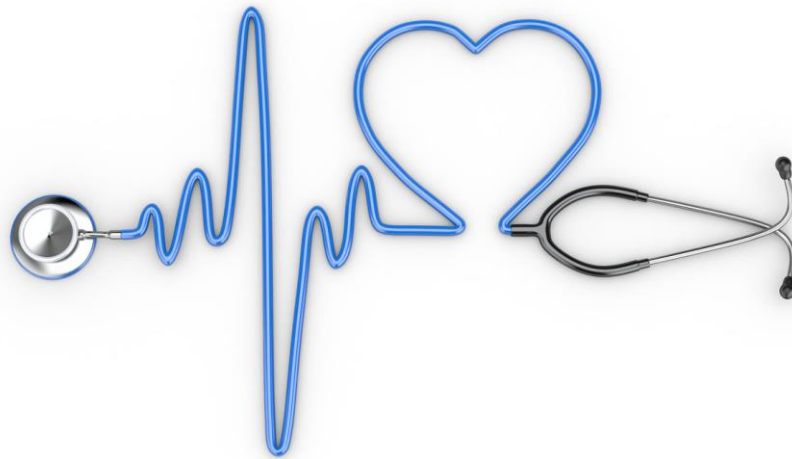
El punto 30 establece qué información deben contener los certificados individuales:

- Nombre del asegurado.
- Número de póliza.
- Número de certificado individual.
- Fecha de inicio de vigencia.
- Fecha prevista de retiro.
- Coberturas adicionales (si las hubiera).
- Designación de beneficiarios.
- Condiciones Generales de cobertura.



# Unidad 12

## Seguros de Salud



### 12.1 Seguros de Salud. Normativa vigente

Los Seguros de Salud están destinados a amortiguar el costo por el mantenimiento de la salud y bienestar de las personas. En Argentina, los beneficios de una póliza de salud usualmente complementan y suplementan los otorgados por una Obra Social o Prepaga.

Permiten proteger a toda una familia mediante una cobertura indemnizatoria que brinda dinero en efectivo para intervenciones o situaciones de salud que, habitualmente, son las más costosas.

El esquema de los seguros de salud apunta a ofrecer un respaldo ante eventos relacionados con la salud del asegurado por medio de una compensación económica, más que con asistencia o tratamiento (Obra Social o Prepaga). Usualmente, pactan el cobro de la cantidad estipulada, en el caso de que llegue a padecerse una enfermedad, más los gastos de asistencia médica y farmacéutica.

La normativa aplicada en estos tipos de seguros obedece a lo estipulado en la Ley 17.418.

## 12.2 Tipos de pólizas y características generales

Hay pólizas individuales y colectivas, y con gran variedad de criterios en lo que respecta a las edades para la contratación del seguro y para la permanencia en el mismo.

### **Personas Asegurables:**

En Seguros Colectivos:

- 1) A la fecha de emisión de esta póliza, se consideran pasibles de incorporación al seguro a todas aquellas personas integrantes del grupo regido por el contratante y su respectivo grupo familiar, siempre y cuando cumplan con los requisitos de asegurabilidad establecidos en la póliza.
- 2) Las personas que en el futuro ingresen a formar parte del grupo, serán asegurables a partir de la cero horas del día primero del mes siguiente a la fecha en que cumplan dos meses, sin interrupción, como integrantes del grupo regido por el contratante. Las personas que reingresen al grupo asegurado, podrán eximirse del plazo de espera precedentemente estipulado, siempre que presenten pruebas de asegurabilidad satisfactorias para el asegurador (declaración de salud, examen médico, etc.) y paguen los gastos necesarios para obtenerlos.
- 3) Personas físicas en forma individual o en carácter de titular de su grupo familiar, y el respectivo grupo familiar.
- 4) Los nuevos miembros de familia, por matrimonio o nacimiento, serán retroactivamente incorporados al seguro desde la fecha de enlace, en el primer caso, y desde la fecha de nacimiento, en el segundo, siempre y cuando el asegurador sea informado dentro de los cinco días de producidos estos hechos en forma fehaciente por el tomador.

Las incorporaciones por matrimonio quedarán sujetas al cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad fijados para la póliza.

Podemos encontrar coberturas que finalizan a los 65 años de edad del asegurado, y otras que los cubre de por vida.

Se suele asegurar al total del grupo familiar, ya sea en póliza individual o colectiva. En este caso, la Ley no determina una edad mínima para asegurarse.

### **Requisito de asegurabilidad:**

En forma previa a la aceptación de la cobertura que contempla esta póliza, el asegurable deberá realizar los exámenes médicos que la Aseguradora le solicite a tal efecto.

Como la característica general es **INDEMNIZATORIA**, el asegurado que posea una cobertura de Obra Social o Prepaga que cubra todos sus gastos médicos puede disponer libremente del dinero de la indemnización.

### **Primas:**

La prima, la cual deberá ser pagada por adelantado, es debida por el tomador o asegurado titular desde la celebración del contrato, pero no es exigible sino contra entrega de la póliza, salvo que se haya emitido un certificado o instrumento provisorio de cobertura. Las primas individuales podrán ser ajustadas en cada aniversario de la póliza por la compañía, previa autorización del organismo de contralor. La compañía comunicará por escrito al tomador las nuevas primas individuales, con una anticipación no inferior a treinta días contados a partir de la fecha en que comiencen a regir las mismas.

## **12.3 Diferentes opciones de Coberturas de Salud**



### **Enfermedades críticas:**

Esta cobertura permite indemnizar una cifra pactada en caso de alguna enfermedad enumerada en la póliza (cáncer, infarto al miocardio, etc.), con fijación para cada una de ellas. No existen deducibles o franquicias, y el pago del

beneficio se efectúa ante la confirmación del diagnóstico para afecciones no quirúrgicas.

### **Reembolso de Gastos Quirúrgicos y hospitalización:**

Esta cobertura es indemnizatoria. Esto significa que el asegurado puede hacer frente con dinero en efectivo ante una intervención quirúrgica, ya sea por enfermedad o accidente, o puede concurrir a la clínica u hospital que prefiera, conforme una tabla de valores prevista en la póliza. Cabe destacar que el pago de la indemnización es totalmente independiente de cualquier otra cobertura de salud que tenga el asegurado.

Las **intervenciones quirúrgicas** están debidamente listadas en la póliza con los montos de indemnización que correspondan a cada una de ellas.

La variedad de intervenciones cubiertas y sus montos varían en cada compañía, pudiendo cubrirse desde intervenciones menores (baja complejidad), como por ejemplo suturas o cualquier otra operación de bajo riesgo, hasta intervenciones de mayor complejidad, incluso las realizadas en el extranjero.

Respecto de las franquicias, estas no existen para el caso de intervenciones quirúrgicas, pero sí es común encontrar exclusiones por preexistencias o períodos de carencia.

En el caso de las preexistencias, se determina que, si por la declaración de salud o la historia clínica se pudiera probar que al momento de tomar el seguro el asegurado sufría la patología por la que luego es sometido a la intervención quirúrgica, esta quedaría excluida de la cobertura.

Cabe destacar también que hoy existen pólizas que contemplan la posibilidad de la **cesión de derechos** de la póliza a favor de la institución que realiza la intervención quirúrgica.

Esto implica que, ante una intervención, el asegurado puede ceder los derechos de indemnización que tiene sobre la póliza, solo por esa operación, a favor de la clínica que presta el servicio y, si hubiere diferencia a favor del asegurado, esta le será reintegrada por la compañía de seguros.

### **Cobertura de Gastos por Internación:**

La Aseguradora, comprobada la internación clínica, indemnizará al asegurado una **renta diaria** por cada día que hubiere permanecido en un Establecimiento Asistencial de las características descritas en las condiciones generales de la póliza y con posterioridad a la internación clínica, cuyo importe será el establecido en las condiciones particulares del contrato.

En este aspecto, puede ser que la póliza cubra solo internaciones no quirúrgicas ya que, si fuera por cirugías, se encontraría contemplado en la indemnización correspondiente.

### **Trasplante de Órganos:**

En esta cobertura se cubren los trasplantes ya realizados y acreditados por el INCUCAI, y que estén previstos en la póliza con los montos de indemnización que estipule la misma. Aquí también resulta normal encontrar exclusiones por preexistencias o períodos de carencia.

Riesgo Cubierto: La Aseguradora concederá el beneficio, el Asegurado acredite haber sido transplantado de alguno de los siguientes órganos:

1. Médula Ósea (como consecuencia de patologías primarias de la misma).
2. Corazón.
3. Corazón – Pulmón.
4. Hepático.
5. Riñón.
6. Páncreas.
7. Pulmón o bipulmón.
8. Córnea.

Se establecen períodos de carencia, por ejemplo, de ciento veinte días contados a partir del inicio de vigencia de la póliza, para cada asegurado para el caso de trasplantes por enfermedad, durante los cuales la cobertura de cada asegurado debe estar en vigencia ininterrumpidamente.

El referido período de carencia no será aplicable en los casos en que la necesidad de efectuar el trasplante se origine como consecuencia de un accidente.



### **Prótesis/órtesis:**

Se reintegran los gastos por prótesis y órtesis y, en muchos casos, se cubren también los reemplazos que fueran necesarios, es decir, que no fijan límites por eventos.

### **Definición de prótesis:**

Parte corporal artificial que reemplaza alguna parte corporal faltante, como un brazo o una pierna. También se aplica esta palabra a implantes como el de cadera.

### **Definición de órtesis:**

Diseño de fuerzas diseñado para controlar, corregir o compensar una deformación ósea o muscular, las fuerzas deformantes o la ausencia de fuerza en el cuerpo.

La órtesis a menudo requiere el uso de correctores especiales. Por ejemplo, las órtesis reciprocadores para hemiplejías, paraplejías, etc.

### **Otras Coberturas:**

- Descuento en medicamentos.
- Servicio de emergencias médicas y ambulancia.
- Servicio de asistencia al viajero.
- Segunda opinión médica nacional o internacional.

## **12.4 Coberturas en Pólizas Colectivas**



Entiéndase que las contrataciones colectivas pueden hacerse de la misma manera en que se realizan las pólizas colectivas de seguros de vida (grupos de afinidad, empresas, etc.), o también usarse por las empresas que brindan coberturas de

salud (prepagas, por ejemplo) para reasegurarse respecto de las prestaciones que brindan.

### **Certificados individuales – Pólizas colectivas:**

El Asegurador proporcionará a cada asegurado titular, por intermedio del contratante, un certificado individual en el que se establecen los derechos y obligaciones de las partes, así como también los beneficios que otorga la póliza y la fecha de entrada en vigor del correspondiente certificado individual.

A nivel colectivo, aparecen otras coberturas como, por ejemplo:

**DROGAS ONCOLÓGICAS:** prevé una suma de dinero mensual por asegurado, durante un período determinado (3 años, por ejemplo).

**DIÁLISIS:** es una suma de dinero por asegurado por un período determinado.

**VIH/SIDA:** se indemniza una suma de dinero por asegurado, y por un período determinado, para destinar a la compra de drogas para el tratamiento de la enfermedad.

**GRAN TRAUMA:** prevé la indemnización de una suma de dinero para cubrir este evento. Se entiende por “gran trauma” a pacientes con múltiples traumatismos y signos vitales inestables, o aquellos con lesiones anatómicas graves, a pesar de tener los signos vitales normales.

**Exclusiones a las Cobertura:** para enumerar algunas, teniendo en cuenta que cada Aseguradora puede excluir cualquier riesgo que no desea cubrir:

- Tentativa de suicidio voluntario del asegurado.
- Cualquier riesgo que sea provocado deliberadamente por acto ilícito del tomador.
- Dolo o culpa grave del asegurado.
- Abuso en el consumo de alcohol, drogas, estupefacientes ilícitos.
- Tratamientos no autorizados legalmente o de carácter experimental.
- Condiciones preexistentes a la fecha de inicio de la vigencia.
- La práctica de deportes particularmente peligrosos.
- La participación en viajes o excursiones a zonas o regiones inexploradas.

**Establecimiento Asistencial:**

El asegurado deberá recurrir para el tratamiento de su enfermedad o accidente, a un Establecimiento Asistencial (Sanatorio, Hospital, Clínica, Instituto, Policlínico, etc.) que se halle habilitado legalmente para funcionar por el Organismo de Control Sanitario correspondiente, Municipal, Provincial o Nacional, y autorizado por este a dar asistencia y tratamiento clínico al tipo de enfermedad o accidente padecido por el asegurado, que posea además servicio de enfermeros durante las 24 horas del día y esté equipado para cirugía mayor. La elección de los prestadores (médicos, auxiliares, técnicos, etc.) y/o del Establecimiento Asistencial queda librada a la voluntad del asegurado. Por lo tanto, la Aseguradora se libera de la responsabilidad que pudiera corresponderle a los prestadores libremente elegidos por el mismo.

# Unidad 13

## Seguros de sepelio



### 13.1 Condiciones Contractuales

Se trata de una modalidad de seguro en virtud de la cual, en caso de fallecimiento del asegurado, se cubren los gastos de sepelio.

Actualmente, se ha normado nuevamente mediante la Comunicación de S.S.N. **3274/13**, la cual establece en sus **Anexo 1 y Anexo 2**:

**Exclusión de otros seguros:** queda expresamente estipulado que ninguna persona asegurada bajo esta póliza podrá estar incorporada o incorporarse en el futuro a otro seguro de sepelio, individual o colectivo, contratado con el asegurador u otra entidad Aseguradora.

En caso de transgresión a lo expuesto precedentemente, y en caso de producirse el evento cubierto, cada asegurador contribuirá proporcionalmente al monto de su contrato.

La suma asegurada deberá fijarse en función del servicio de sepelio/inhumación y/o cremación solicitado por el asegurado previamente.

A partir de la entrada en vigencia, las entidades autorizadas a operar en el ramo Sepelio deberán adecuar sus tarifas a las “Pautas Mínimas para las Tarifas de los Seguros de Sepelio (individual y colectivo)”.

Toda autorización particular correspondiente a los seguros de sepelio colectivo e individual, tanto en su modalidad prestacional como en la de reintegro de gastos, caducará de pleno derecho a partir de la entrada en vigencia de Resolución, debiendo adecuarse los mismos a las condiciones contractuales de carácter general que se reglamentan en los artículos 1 y 2.

Solo se podrá aplicar el Plazo de Carencia (30 días) cuando no se exijan requisitos de asegurabilidad.

Si el asegurado fallece durante el plazo de carencia en un accidente, la Aseguradora se obliga al pago del siniestro.

## 13.2 Tipos de Coberturas

La **cobertura** puede ser, considerando lo estipulado en los Anexo 1 y Anexo 2, según se trate de pólizas colectivas o individuales de la Comunicación de S.S.N 3274/13:

### **Prestacional:**

La Aseguradora se obliga a brindar el servicio de sepelio hasta la concurrencia de la Suma Asegurada Máxima Contratada, realizado en cualquier punto del país por alguna de las Empresas de Servicios Fúnebres detalladas en la nómina que forma parte integrante de la presente póliza.

### **Por reintegro de gastos:**

La Aseguradora abonará como máximo la suma individual asegurada a la persona que haya pagado el servicio de sepelio, previa presentación del formulario completo de denuncia del siniestro que la Aseguradora prevé a tal fin, copia en legal forma de la partida de defunción y la factura original correspondiente al servicio de sepelio efectuado únicamente cuando:

- a) No pudiera lograrse la prestación directa del servicio de sepelio por alguna de las empresas de servicios fúnebres que figuran en la nómina adjunta a la presente póliza o en sus actualizaciones futuras; por causas no imputables al solicitante.
- b) Cuando la inhumación se efectuase sin intervención de alguna de las empresas adheridas por ocurrir el fallecimiento en el extranjero o en lugares dentro del país

en el que no exista ninguna de ellas en un radio de 30 kilómetros. Los gastos a reintegrar nunca superarán la suma asegurada.

### 13.3 Exclusiones de la Cobertura

El asegurado está cubierto por esta póliza sin restricciones en cuanto a residencia y viajes que pueda realizar, dentro o fuera del país.

La Aseguradora, salvo indicación en contrario en condiciones particulares, no cubrirá el siniestro cuando el fallecimiento sea consecuencia de alguna de las siguientes causas:

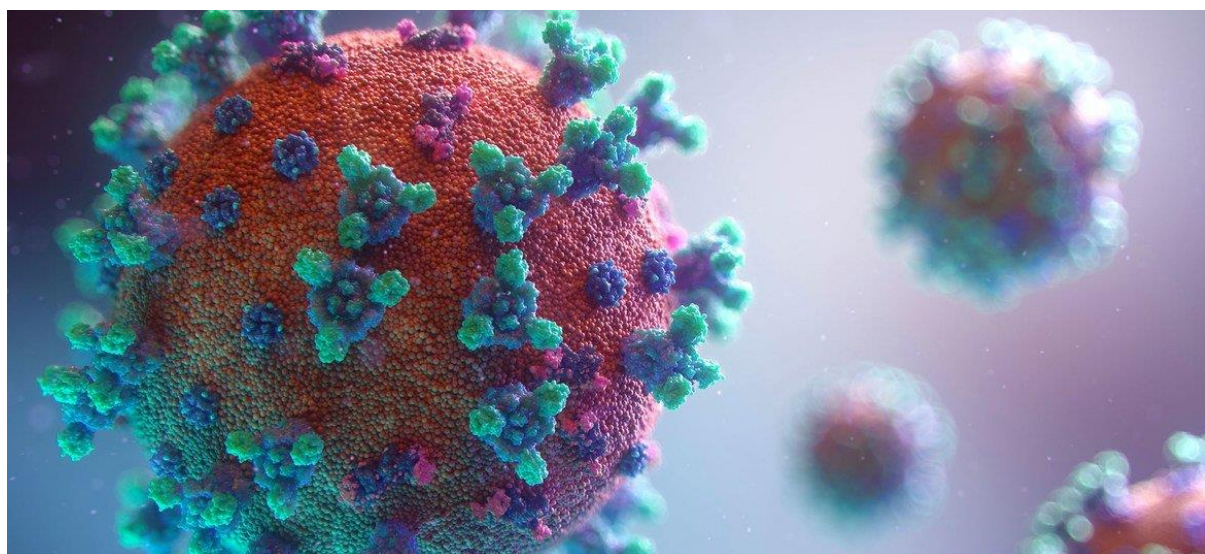
1. Suicidio voluntario, salvo que la póliza haya estado en vigor ininterrumpidamente, por lo menos, por **un año completo** contado desde la inicial de la mencionada póliza.
2. Acto ilícito provocado deliberadamente por el asegurado.
3. Participación en empresa criminal.
4. Acto de terrorismo, cuando el asegurado sea partícipe voluntario.
5. Acto de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, cuando el asegurado hubiera participado como el sujeto activo. Si la guerra comprendiera a la Nación Argentina, las obligaciones que la Aseguradora y el asegurado tuvieran se regirán por las normas que para tal emergencia dictara la autoridad competente.
6. Acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica.



# Unidad 14

## Impacto COVID-19

### 14.1 Tendencias mundiales post pandemia



Desde aquel diciembre de 2019, cuando se detectaron los primeros casos en Wuhan, y luego cuando en marzo del año 2020 la O.M.S. declaró al Covid-19 Pandemia, todo se vio afectado.

La Pandemia ha tenido consecuencias sanitarias, económicas, sociales y políticas devastadoras.

Resulta muy interesante para abordar el tema presentar parte de lo escrito en un artículo de las publicaciones virtuales de *The Conversation*

**THE CONVERSATION**

Rigor académico, oficio periodístico





## Coronavirus: la sociedad frente al espejo

Publicado: 13 marzo 2020 13:29 CET

Lo primero que puede hacer la sociología es ayudar a visibilizar algunos aspectos de la vida social que a veces pasan inadvertidos, pero que el coronavirus está haciendo dolorosamente patentes.

- La centralidad social del **trabajo invisible de cuidados** y cómo este se encuentra desigualmente distribuido por género, edad, etnicidad y otras categorías sociales.
- El efecto de la **desigualdad social** y las diferencias de clase y de capital (económico, pero también social, educativo, etc.), que van a generar consecuencias extremadamente dispares, no solo en tanto que son determinantes sociales de la salud, sino en las formas de enfrentarse a medidas como el cierre de escuelas o el fomento del teletrabajo y el *e-learning*.

El coronavirus demostró ser un “**hecho social total**”, un concepto acuñado por el sociólogo y antropólogo francés Marcel Mauss para referirse a aquellos fenómenos que ponen en juego la totalidad de las dimensiones de lo social.

Otras cuestiones sociológicas que el coronavirus moviliza van desde las **transformaciones digitales** del tejido productivo hasta las muestras de racismo experimentadas por ciudadanos.

Si algo nos enseña la historia social de las epidemias, y también todos los estudios culturales sobre epidemiología, inmunología y enfermedades infecciosas, es que aquí se juega un problema fundamental de la sociología: cómo (sobre)vivir juntos. Qué es lo que nos une y qué lo que nos separa.

Uno de los efectos más inmediatos en cualquier brote epidémico es la exacerbación –material y simbólica– de la diferenciación social y la multiplicación de las líneas divisorias entre “nosotros” y “los otros” (entre sanos y enfermos, entre quienes están bien y quienes tienen “patologías previas” o pertenecen a “grupos de riesgo”, entre quienes tienen recursos y apoyos y quienes no los tienen, entre “los de aquí” y “los de fuera”, etc.).

**Estas diferencias se deslizan muy fácilmente en el discurso social hacia una distinción entre “inocentes” y “culpables”, tal como muestran todos los ejemplos históricos, desde la peste bubónica al VIH/sida.**

El motivo de presentar este análisis sociológico es que esto ocurrió y aún sigue existiendo en la sociedad en la cual vivimos, no solo a nivel nacional, sino también a nivel mundial. Los seres humanos, su esencia y reacción frente a esta Pandemia, han derribado fronteras físicas, culturales, sociales, étnicas, entre otras.

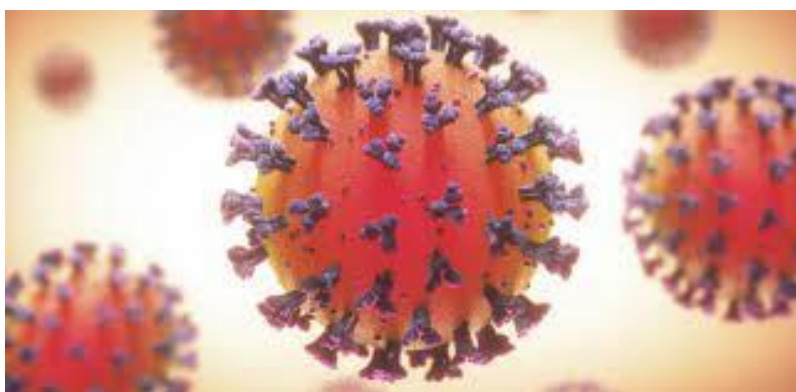


El COVID-19 ha afectado a la industria de seguros de diversas maneras, desde problemas de continuidad del negocio, atención a los clientes, impacto en la siniestralidad y la valuación de las reservas y temas de gastos, repercutiendo en los estados financieros y el flujo de efectivo.

Las aseguradoras se enfrentan a la nueva realidad en la que la pandemia de COVID-19 es una **disrupción para sus clientes**, empleados, inversores y proveedores. El alcance, la duración y la gravedad de la crisis aún se desconocen.

Si bien es cierto que el contexto actual nos enfrenta a desafíos nunca vistos, también abre las puertas, para aquellos que puedan aprovecharlas, a nuevas oportunidades de transformación y crecimiento del negocio.

Lo recomendable es que las aseguradoras generen estrategias que les permitan definir o redefinir sus productos, incluyendo su costo y cobertura; ofrecer productos que sean adecuados bajo la nueva situación económica, incluyendo un análisis de los productos de vida de largo plazo, que sean atractivos, considerando las tasas de interés actuales y esperadas en el mercado.



Dada la naturaleza incierta de las condiciones comerciales durante, y quizás mucho después de la pandemia, los asegurados encuestados indicaron que las revisiones anuales y los ajustes únicos de cobertura ya no son un modelo factible. Casi dos tercios sienten que deberían poder modificar la cobertura y los cargos de las primas a lo largo del año a medida que cambian las condiciones. Sin embargo, las principales razones para buscar tal flexibilidad no se centraron en los costos, ya que solo uno de cada cinco dijo que simplemente buscaba “pagar menos”. En cambio, los encuestados estaban más interesados en optimizar su cobertura.

La encuesta de *Deloitte Global* indica que muchos encuestados están interesados en complementar las pólizas con servicios de valor agregado. Esto debería crear oportunidades para diferenciarse al ofrecer enfoques de gestión de riesgos holísticos y personalizados, en lugar de políticas de transferencia de riesgos básicas y mercantilizadas.

Los resultados de la encuesta muestran que las consecuencias económicas del virus aumentaron la conciencia sobre la inseguridad financiera y alteraron los sentimientos de ahorro de muchos consumidores, mientras que otras tendencias

cambiantes también están afectando la planificación de la jubilación. Estos impulsores incluyen cambios en los niveles de ahorro.

Hablemos ahora de los Productores Asesores de Seguros y el análisis del panorama en el que desarrollaran su actividad.



En un escenario anterior a la Pandemia, sucedía que la comercialización de Seguros de Personas era un desafío para los P.A.S. abordar ciertos temas que consideraban de cierta carga emocional, como la muerte, enfermedades, discapacidad, entre otros.

El advenimiento del COVID-19 evidenció en todos los medios de comunicación, cotidianamente, una gran cantidad de palabras que pasaron a ser de uso corriente: cantidad de infectados, número de muertes, franjas etarias más vulnerables, enfermedades preexistentes, comorbilidades, terapias, rehabilitación, sistema inmune y, probablemente, puso en relieve la idea de la FINITUD.

Lo antedicho ha facilitado el dialogo en cualquier entrevista de las varias que requiere la comercialización de esta rama tan especial de seguros. Será un desafío importantísimo para los P.A.S internalizar esta lingüística, hacerla propia, perderles el miedo a poner de manifiesto las mencionadas palabras y, de esa manera, humanizar aún más estos seguros, sin recurrir a un slogan pre establecido y muchas veces vacío de emocionalidad.

Asimismo, es el deseo de la mayoría de los asegurados de pequeñas empresas encuestadas, tratar con una persona “en vivo” en lugar de un *chatbot* o algún otro encuentro automatizado. Tres cuartas partes de los encuestados preferirían el contacto en persona o por teléfono, al menos cuando se trata de ventas de seguros. Aquí hay que aprovechar esto; frente a la mirada de automatizar todo y



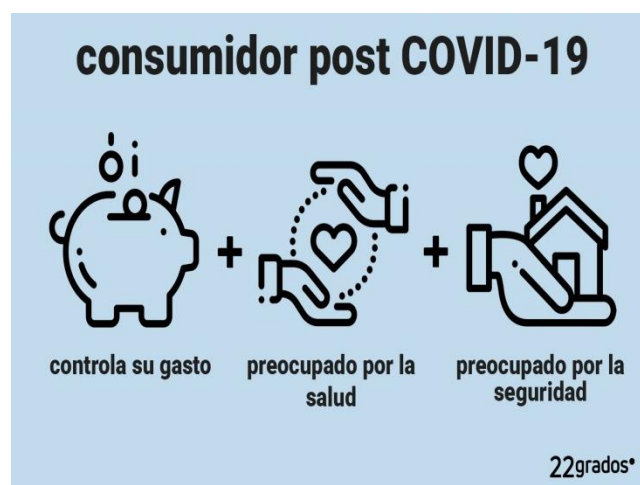
usar la inteligencia artificial, la contracara resulta que los futuros asegurados demandarán la atención humana, convirtiéndose de vital importancia desarrollar habilidades como la empatía humana y la conversación.

Además, frente a la escala trágica de pérdidas humanas provocadas por la Pandemia y la inseguridad social que ha provocado, también ha aumentado la conciencia de los consumidores sobre las brechas de ahorro y la necesidad de tomar medidas para asegurar la estabilidad financiera, tanto a corto como a largo plazo.

Hablemos del consumidor post Covid-19...



El **nuevo consumidor** busca cada vez más una mayor personalización, entre otras preferencias. Esta es una gran oportunidad para desarrollar estrategias de mayor contacto humano.





Si los P.A.S. siguen aplicando las mismas estrategias de venta y contacto con sus asegurados actuales y los futuros que utilizaban antes de la Pandemia, evidente o sigilosamente estos se irán hacia aquellos profesionales que entendieron los cambios de estos nuevos consumidores, desde la esfera racional, social y emocional.

Hay un cambio de paradigma importante y hay que adecuarse a él, desarrollando las habilidades humanas que serán apreciadas por los consumidores y que crearán fidelidad con ellos.



Frente a la necesidad de satisfacer las expectativas evolutivas del cliente, las Aseguradoras trabajan fuertemente en la transformación digital. A su vez, este escenario también se presenta en la actividad desarrollada por los P.A.S. Por esto, es de vital importancia fijar como principal objetivo de la actividad aseguradora el fortalecimiento del cliente visto como el producto del seguro del futuro.

Algunos desafíos serán:

- Personalizar cada aspecto de la experiencia del cliente.
- Desarrollar soluciones de productos flexibles adecuadas para un ambiente cambiante.
- Reinventar habilidades y capacidades.
- Prescribir y prevenir.



La persistencia del efecto Covid-19 puede producir un gran daño a la economía mundial, suponiendo un verdadero freno al desarrollo, pero la historia nos demuestra que los momentos de crisis se pueden aprovechar. La situación excepcional que estamos viviendo puede servirnos para comenzar a transformar el mundo, impulsando los objetivos de desarrollo sostenible (ODS). El fin de la pobreza, educación de calidad, energía asequible y no contaminante, trabajo decente y crecimiento económico, reducción de las desigualdades, ciudades sostenibles, producción y consumo responsables y acción por el clima son algunos de ellos.



# Bibliografía (lectura obligatoria)

- Ley 17.418/74 actualizada.
- Ley 12.988/47 actualizada.
- Ley 20.091/73 actualizada.
- Ley de Impuestos a las Ganancias
- Decreto 59/2019. Impuesto a las Ganancias
- Ley 20.744/ 76 de Contrato de trabajo actualizada.
- Nuevo Reglamento General de la Actividad Aseguradora, Resolución 38.708/2014 y sus actualizaciones.
- Resolución 19.106 Seguros de Retiro
- Resolución 19.620 Seguro de Retiro y su Anexo
- Comunicación SSN 3274/13 y sus Anexos. Seguros de Sepelio
- <https://www.argentina.gob.ar/superintendencia-de-seguros>
- <http://www.fapasa.org.ar/>

