



CENTRO FEDERAL
DE CAPACITACIÓN

Principios Técnicos Del Seguro Año 2022



Contenidos

Unidad 1	6
Tipos y clasificación de los riesgos	7
1.-Según su asegurabilidad:	7
2.-Según el objeto sobre el que recae	7
3.- Según su regularidad estadística	7
4.- Según su proximidad física respecto a otros riesgos.....	8
5.- Según su comportamiento con el paso del tiempo.....	8
Riesgo y seguro. Naturaleza probabilística del riesgo. Frecuencia e intensidad.	
Riesgos asegurables. Requisitos desde el punto de vista del asegurado y del	
asegurador	9
Alea y azar	9
Características esenciales del riesgo, para ser objeto del seguro:	10
Riesgo asegurable.....	11
Métodos de tratamiento de los riesgos.....	16
Análisis y Selección del riesgo	17
Evaluación	18
Compensación.....	18
Distribución	18
Unidad 2.....	19
2.1. Diferentes tipos de primas. El cálculo del premio.	21
Prima Pura.....	21
Prima de Tarifa	21
Prima de Póliza	21
Prima Comercial	22
Premio	22
Unidad 3.....	23
Suma Asegurada: Concepto. Determinación de la indemnización	23

3.1.	Principio Indemnizatorio.....	24
3.2.	¿Qué puede estipularse sobre la Suma Asegurada de una póliza? Importancia al momento de liquidar el siniestro.....	24
3.3.	El proceso de liquidación del siniestro.	26
	Infraseguro.....	27
	Sobraseguro.....	28
	Seguro Pleno.....	28
3.4.	El denominado “Ajuste Automático de la suma asegurada”	28
3.5	Medidas de la Prestación.....	28
	Primer Riesgo Absoluto	29
	A Prorrata.....	30
	A Primer Riesgo Relativo.....	33
3.6	Franquicias y Descubiertos. Diferencias entre deducibles y no deducibles. 40	
	Franquicia Simple	40
	Franquicia o Deducible.....	40
	Ejemplos	40
	Descubierto Obligatorio	41
	Ejemplo de Deducible + Descubierta Obligatorio	41
3.7	Valor Tasado y Valor de Reposición. Cláusulas de ajuste y de Reposición a nuevo.	42
	Concepto de Valor tasado	42
	Concepto Valor de reposición y valor a nuevo.....	43
Unidad 4.....		44
La Ley 20.091 “De Entidades de Seguros y Su Control”		44
4.1	Entidades autorizables: La empresa de seguros, tipos legales admitidos y sus características	45
	Condiciones de la autorización para operar	45
	Autorización Previa.....	45
	Control exclusivo y excluyente de SSN	47
	Requisitos para su autorización	47

Aprobación de planes y elementos técnicos contractuales. Concepto de “Retención” de una aseguradora. Pautas Mínimas	49
Política de Suscripción y Retención de Riesgos (art.24 Ley 20.091)	49
Modalidades de Autorizaciones	50
Pautas Mínimas	52
Unidad 5.....	54
El Capital y sus funciones	54
Capital Mínimo	55
Estado de Cobertura.....	56
Plan de Regularización y Saneamiento: motivos y mecanismos autorizados	57
Sanciones a las aseguradoras	59
Revocación de la autorización para operar. Liquidación del asegurador	60
Liquidación voluntaria (art.50)	61
Liquidación forzosa (art.51).....	62
Aplicación supletoria de los concursos comerciales (art.52)	62
Privilegios (art.54).....	63
Unidad 6.....	64
Régimen de Reservas	64
Reserva Legal	64
Reservas Técnicas	65
Unidad 7	68
Situación económica- financiera de las aseguradoras	68
Concepto de Indicador.....	68
Diferentes indicadores: de tipo General, Patrimonial, de Solvencia y de Gestión. Concepto y explicación de su resultado.	70
Índices Generales.....	70
Índices Patrimoniales.....	72
Índices de Solvencia.....	73
Índices de Gestión.....	76
Unidad 8.....	79

Reaseguros: concepto	79
Objetivos y funciones del Reaseguro	79
Objetivos	79
Función del Reaseguro	80
Aspectos legales. Naturaleza jurídica del contrato de Reaseguro	81
Elementos del contrato de Reaseguro	82
Partes	82
Elementos	82
Formas operativas y modalidades de contratación	83
Reaseguro Obligatorio o Contrato General o Automático	83
Reaseguro Facultativo	83
Reaseguro Facultativo Obligatorio	83
Modalidades de Contratación	84
Retrocesión	88
Corredores o Intermediarios de Reaseguro	88
Actual Marco Regulatorio	89

Unidad 1

"Teoría del Riesgo": concepto y alcances

El riesgo es la causa formal del contrato de seguro y consiste en la posibilidad de ocurrencia de un hecho incierto, ajeno a la voluntad deliberada del afectado, susceptible de causarle un daño económicamente evaluable. Vale decir, entonces, que el riesgo es la medida del peligro que existe respecto de la ocurrencia de determinado hecho dañoso previsto y es condición necesaria del contrato.

Podríamos definir al riesgo como el espacio que media entre la certeza y la imposibilidad de que se produzca un daño o perjuicio económico.

El riesgo debe consistir en un hecho posible pero incierto -lícito respecto del asegurado o beneficiario-, potencialmente dañoso y cuyas consecuencias pueden ser estimativamente calculadas por anticipado. A partir de identificar un hecho como posible, la incertidumbre consiste en desconocer si realmente se producirá o no, o bien cuándo puede ocurrir si se trata de un hecho de ocurrencia necesaria, como la muerte.

Entramos así en el concepto de probabilidad que, a partir de un hecho posible, evalúa en el tiempo y el espacio, el grado de factibilidad de su ocurrencia y magnitud. En consecuencia, la posibilidad es condición necesaria de la probabilidad.

Tipos y clasificación de los riesgos

La clasificación de los riesgos es muy minuciosa según el punto de vista con el que se aborde el tema.

1.-Según su asegurabilidad:

- Riesgo asegurable: aquel que, por su naturaleza, es susceptible de ser asegurado.
- Riesgo no asegurable: aquel que carece de algunos de los elementos o características del riesgo que hemos indicado recién y que, en consecuencia, impide su aseguramiento.

2.-Según el objeto sobre el que recae:

- Riesgo patrimonial: aquel que implica una pérdida, total o parcial, del patrimonio del asegurado como consecuencia de un posible siniestro.
- Riesgo de persona: aquel que afecta a circunstancias de la persona, tales como su salud, integridad física o mental, capacidad para el trabajo, vejez o supervivencia.

3. - Según su regularidad estadística:

- Riesgo ordinario: aquel cuya ocurrencia es susceptible de medición estadística y responde a las pautas normales de contratación en el mercado de seguros. Si concurriera en él alguna circunstancia que lo convirtiera en atípico, podría ser asumido por el asegurador mediante la aplicación de cualquier medida correctora como sobreprima, recargo, franquicia, etc.
- Riesgos extraordinarios: aquel que por ser de irregular ocurrencia estadística, o por la magnitud de sus efectos, excede de la posibilidad de cobertura de un seguro normal y es necesario arbitrar fórmulas especiales para su aseguramiento. Se incluyen aquí riesgos de carácter excepcional como fenómenos meteorológicos especialmente graves, movimientos sísmicos, etc.

4.- Según su proximidad física respecto a otros riesgos:

- Riesgo distinto: aquel que no tiene relación ni conexión con ningún otro. Así, en el seguro de incendio recibe este nombre el edificio separado de otro por un espacio libre y descubierto de más de cinco metros de anchura.
- Riesgo común: dos o varios bienes u objetos constituyen un riesgo común cuando su naturaleza o proximidad obliga a considerarlos como un riesgo único, puesto que la ocurrencia de un siniestro en uno afectaría inexorablemente a los restantes; personas que viajan en un mismo avión, viviendas que constituyen un mismo inmueble, etc.
- Riesgo contiguo: aquel que, aún siendo independiente, está en contacto con otro, por lo que el siniestro que afecte a uno de ellos puede transmitirse al otro. Es un aspecto importante en la tarificación porque, por ejemplo, en el caso de incendio, la peligrosidad de una vivienda puede agravarse si en el edificio contiguo está instalada una fábrica de productos inflamables.
- Riesgo próximo (o inmediato): aquel que, aún separado de otro, está a una distancia lo suficientemente pequeña como para que el siniestro de uno de ellos pueda afectar al otro. Por ejemplo, en el caso de incendio, el edificio separado de otro por un espacio libre y descubierto inferior a cinco metros de anchura.

5.- Según su comportamiento con el paso del tiempo:

- Riesgo progresivo: aquel que va aumentando con el transcurso del tiempo. Por ejemplo, el riesgo de muerte de una persona.
- Riesgo regresivo: aquel que va disminuyendo con el paso del tiempo. Por ejemplo, el riesgo de no cobrar un crédito pendiente a medida que el deudor va pagando las cuotas.

Riesgo y seguro. Naturaleza probabilística del riesgo. Frecuencia e intensidad. Riesgos asegurables. Requisitos desde el punto de vista del asegurado y del asegurador.

El riesgo, como peligro de sufrir daños patrimoniales, puede referirse a un daño material o pérdida de la posesión de un bien, a la aparición de una deuda involuntaria, a la desaparición o disminución de ingresos. A éstos se suman los relacionados con la duración de la vida humana y los gastos incurridos para su conservación, en caso de enfermedad o accidente.

Para ser legalmente asegurable, el riesgo debe ser futuro, incierto y ajeno a la voluntad deliberada del asegurado de la indemnización.

La incertidumbre puede consistir sólo en cuándo se puede producir la eventualidad, a pesar de existir certidumbre de que se producirá alguna vez, como es el caso de la muerte, accidente o enfermedad en los seguros de personas.

Para entender la función de los aseguradores, es necesario tener un conocimiento objetivo de lo que es la incertidumbre y el riesgo, y los medios con que este último puede ser tratado.

Alea y azar

La palabra “alea” es una voz latina sinónimo de azar, de ahí que en seguro tengamos que hablar de “caso fortuito o riesgo natural”, que es el suceso que no ha podido preverse o que, previsto, no ha podido evitarse. Los casos fortuitos, lo mismo que los de “fuerza mayor”, pueden ser producidos por la naturaleza o por el hecho del hombre. Para algunos autores, no existe diferencia teórica ni práctica entre el caso fortuito y la fuerza mayor, ya que esta última también es consecuencia de un hecho imprevisible.

Características esenciales del riesgo, para ser objeto del seguro:

- a) Incierto y aleatorio: debe haber una relativa incertidumbre, pues el conocimiento de su existencia real haría desaparecer la aleatoriedad, principio básico del seguro. En algunos casos, se conoce con certeza que ocurrirá pero se ignora cuándo, como en la cobertura de los seguros de vida. Esto nos permite afirmar que, inclusive en dicho tipo de seguros, la aleatoriedad existe.
- b) Posible: ha de existir posibilidad de riesgo. Tal posibilidad tiene dos limitaciones extremas: de un lado, la frecuencia y, del otro, la imposibilidad. La excesiva reiteración del riesgo y su materialización en siniestro atenta contra la aleatoriedad del suceso cubierto. Así, una gran frecuencia en la sección automóviles, aparte de resultar antieconómico para la empresa, exigirá que las primas de seguros necesariamente tengan un incremento. Del mismo modo, la imposibilidad de que el riesgo se manifieste en siniestro situaría a la empresa aseguradora en una posición de presentar una cobertura absurda que haría inviable la comercialización del producto, como ofrecer una cobertura de daños por nevadas en un país tropical.
- c) Concreto: el riesgo debe ser analizado y valorado en sus dos aspectos, cualitativo y cuantitativo, antes de proceder a asumirlo. Solo de esta forma la entidad podrá decidir sobre la factibilidad de la cobertura y, luego, fijar la prima adecuada para la misma.
- d) Lícito: el riesgo que se asegure no debe estar en contra de las reglas morales, del orden público ni en perjuicio de terceros, pues conforme a la legislación, la póliza será nula automáticamente. Esta regla tiene dos excepciones: en los seguros de vida, la cobertura del riesgo de suicidio, pasados los tres años de cobertura; y los seguros de responsabilidad civil, donde pueden garantizarse los daños causados a terceros cometidos por imprudencia.
- e) Fortuito: el riesgo debe provenir de un acto o acontecimiento ajeno a

la voluntad humana de producirlo. No obstante, es indemnizable el siniestro producido a consecuencia de actos realizados por un tercero, ajeno al vínculo contractual que une a la aseguradora con el asegurado, aunque en tal caso la entidad aseguradora se reserva el derecho de ejercitar las acciones pertinentes contra el responsable del daño (principio de subrogación), como también es indemnizable el siniestro causado intencionadamente por el asegurado, siempre que los daños se hayan producido con ocasión de fuerza mayor o para evitar otros graves.

- f) Contenido económico: la realización del riesgo ha de producir una necesidad tasable en valores económicos que se satisface con la indemnización correspondiente. Cuando un evento ocurre, se convierte en siniestro. En ese momento, la aseguradora cumple con su promesa de protección.

Riesgo asegurable

Riesgo asegurable es la posibilidad de sufrir una pérdida o un daño. Es una eventualidad, algo que tiene la posibilidad de suceder, un acontecimiento incierto que de ocurrir traerá como consecuencia un desequilibrio económico para la persona que lo sufra.

Para que un riesgo sea asegurable es necesario que reúna las seis características que vimos anteriormente: incierto, posible, concreto, lícito, fortuito, contenido económico.

TIPOS DE RIESGOS ASEGURABLES:

1 – Los que afectan a las personas:	2 – Los que afectan a los bienes:	3 – Los que afectan a terceros:
<p>Muerte</p> <p>Incapacidad o Invalidez</p> <p>Vejez sin recursos económicos</p>	<p>Fenómenos de la Naturaleza</p> <p>Actos derivados de hechos sociales</p>	<p>Actos derivados de ordenamientos como Responsabilidad Civil o Familiar</p> <p>Derivados de los daños directos a los bienes</p>

Es necesario aclarar que, en muchos casos en los que existen desequilibrios en la composición de las carteras por el alto valor individual o características especiales de algunos de los bienes que la integran, se cuenta con medios técnicos para homogeneizar las responsabilidades asumidas en cada póliza, dividiendo la magnitud de la protección otorgada por medio del coaseguro y el reaseguro, que explicaremos más adelante.

Los bienes, para ser asegurables, deben permitir la estimación anticipada de la frecuencia e intensidad de los daños probables, sobre la base de la experiencia estadística pasada, que permite esperar su reproducción futura si no varían en los hechos a suceder y las condiciones que han rodeado el comportamiento de los hechos observados. Esta evaluación de la potencialidad riesgosa constituye la determinación del riesgo objetivo.

Desde el punto de vista técnico, podemos afirmar que, en relación con el tipo y magnitud del posible daño a cubrir, la asegurabilidad de un riesgo se mide en razón inversa de su probabilidad y el costo de su cobertura en razón directa.

Dicho en otras palabras, esto significa que un riesgo es más asegurable cuanto menor sea la probabilidad de sufrir determinado daño y que el costo de una cobertura es directamente proporcional al grado de probabilidad y magnitud del daño al que está expuesto el respectivo bien.

Cuanto más probable y de mayor magnitud sea el posible daño a sufrir, más alta será la tasa de prima.

Debemos tener en cuenta que, según la naturaleza de los bienes cubiertos y los tipos de riesgos que pueden afectarlos, las pólizas contienen la enumeración de los riesgos y tipos de daños cubiertos, enunciando simultáneamente los riesgos excluidos de la cobertura, así como los tipos de daños también excluidos, ya sean producidos por tales riesgos o por cualquier otro.

Hecho este análisis de naturaleza técnica y económica sobre los riesgos y su asegurabilidad, podemos ratificar que el carácter de Asegurado, en riesgos patrimoniales, puede adquirirlo todo aquél que pueda sufrir un daño económicamente evaluable como consecuencia de un hecho eventual en sí mismo, o cuándo ha de suceder y cuyo origen sea ajeno a la voluntad deliberada del mismo.

En los seguros sobre la vida humana, la situación varía en la mayoría de los casos, cuando exista un beneficiario al cual el siniestro (muerte del asegurado) puede no producirle necesariamente un daño económico.

En la evaluación del riesgo, la prima a cobrar estará calculada sobre la base de la experiencia estadística de comportamiento siniestral de cada tipo de bienes o personas cubiertos, que depende de diversos factores, por ejemplo, en el caso de seguros patrimoniales:

- su propensión al daño respectivo.
- ubicación física.
- la causa o clase de daño.
- los elementos preventivos con que cuente.

En los seguros de personas:

- la edad alcanzada.
- las enfermedades padecidas.
- las incapacidades preexistentes.
- la actividad laboral.

El conjunto de factores técnicos y legales de asegurabilidad, y el comportamiento siniestral registrado históricamente en cada ramo del seguro y cada tipo de riesgo protegido permitirá fijar el valor de la prima correspondiente a cada bien o persona asegurable, esto es, el aporte individual al Fondo de Primas.

Contar con un Fondo de Primas suficiente permitirá a la aseguradora un correcto resultado económico de dicho ramo.

Para evaluar el comportamiento de hechos dañosos, tenemos que tener en cuenta su frecuencia y la intensidad de los daños. Por lo tanto, tenemos que tener bien en claro que:

La frecuencia es la relación entre cantidad de siniestros acontecidos y la cantidad de siniestros posibles. En otros términos, casos de ocurrencia sobre casos posibles.

La intensidad siniestral es la magnitud de los daños.

Las fórmulas respectivas serían:

Frecuencia = Cantidad de casos ocurridos / cantidad total de casos expuestos

Intensidad = Valor total de los daños / Valor total de los bienes dañados

Prima Pura = Frecuencia x Intensidad

A esto debe agregarse, también, el análisis de factores como su extensión en el espacio y duración en el tiempo. Ello constituye una condición

necesaria para poder utilizar los recursos técnicos que el sistema asegurador dispone para neutralizar las acumulaciones catastróficas a través del reaseguro y estimar su costo, para calcular acertadamente el valor de la prima a cobrar en la respectiva cobertura del riesgo.

El concepto de probabilidad tiene dos límites precisos: uno, está constituido por hechos de ocurrencia necesaria, como la muerte, que se representa por el 1, y otro, los de ocurrencia imposible simbolizada por el 0.

Se trata de certeza en un extremo, y de imposibilidad en el otro. Entre ambos transcurre la probabilidad que se expresa a través de una fracción, cuyo numerador representa el número de casos producidos, y el denominador el de casos posibles.

Introduciéndonos en el tema, debemos considerar, en primer lugar, que existen dos medios de estimación de las probabilidades: la matemática y la estadística.

La probabilidad matemática está constituida por la relación existente entre el número de casos producidos frente al número de casos posibles, siempre que el número de casos posibles sea conocido y fijo.

Así tenemos que la máxima incertidumbre sería la correspondiente a una moneda arrojada al aire que sólo puede caer de dos maneras posibles, cara o ceca, cuya representación sería el valor que representa máxima incertidumbre, porque es igual la probabilidad de ocurrencia favorable que de adversa.

La probabilidad estadística, en cambio, es una estimación empírica del comportamiento de determinado hecho, basada en la medición de los casos producidos respecto del número de casos observados.

Las observaciones practicadas sobre un gran número de hechos semejantes demuestran que estos están sujetos a una frecuencia e intensidad constantes y, que cuanto mayor sea el número de casos observados, menor será la posibilidad de desvíos entre lo previsto y lo

que ocurra realmente.

De todas las comprobaciones que se pueden hacer no pueden obtenerse conclusiones de certeza absoluta. Los promedios pueden alterarse, favorable o adversamente, en determinados períodos por diversas causas relacionadas tanto con hechos de la naturaleza, como con el comportamiento humano o con la evolución tecnológica.

Estos desvíos son de tres tipos:

- Los desvíos fortuitos, que se originan en causas inherentes al mismo bien asegurado (un cortocircuito o una explosión, por ejemplo), a hechos de la naturaleza o en errores involuntarios de la conducta humana normal.
- Las desviaciones cíclicas, se originan en causas físicas, técnicas o económicas. Las de orden físico pueden provenir de fenómenos meteorológicos o telúricos; las técnicas, de fallas de materiales, de funcionamiento de equipos o maquinarias y de nuevos procesos industriales; las económicas surgen particularmente de la incidencia de las variaciones de los ciclos económicos de prosperidad y crisis donde irrumpe el problema del riesgo moral, esto es, la conducta humana.
- Por último, las desviaciones extraordinarias o seculares son provocadas por la acumulación de siniestros, en número y magnitud, como catástrofes, inundaciones, terremotos, incendios generalizados (Londres 1666) o las Torres Gemelas (Nueva York 2001).

Métodos de tratamiento de los riesgos

Antes de asumir la cobertura de un riesgo, la aseguradora debe poner en práctica una serie de técnicas que le permitan establecer las características de ese riesgo y los límites de su aceptación.

Esas técnicas se proyectan hacia cuatro apartados:

- Análisis y Selección del riesgo
- Evaluación
- Compensación
- Distribución

Ahora vamos a analizar cada una de estos ítems para poder entender el proceder de una aseguradora cuando toma cada uno de los riesgos.

Análisis y Selección del riesgo

Constituye el conjunto de medidas, generalmente de carácter técnico, adoptadas por una entidad aseguradora en virtud de las cuales la aceptación de riesgos está orientada hacia aquellos que presumiblemente no van a originar resultados negativos por no ser peores que el promedio de categoría para lograr el adecuado equilibrio en sus resultados. Se concreta fundamentalmente en los siguientes aspectos:

- a) Ponderación o clasificación de riesgos: subsiguiente a la selección inicial mediante la cual se efectúa la correcta tarificación del riesgo asumido, aplicándole la prima adecuada y creando grupos homogéneos en función de la probabilidad de siniestros e intensidad de los mismos.
- b) Prevención de riesgos: mediante la cual se procura la adopción de las medidas precautorias adecuadas, especialmente en riesgos de naturaleza industrial para evitar la producción de siniestros.
- c) Control de resultados: mediante el cual se aplican fórmulas de carácter excepcional cuando, tras el análisis de los resultados obtenidos, se aprecie que son las únicas adecuadas para conseguir el necesario equilibrio técnico. Pueden ser: franquicias discriminadas, anulación de pólizas deficitarias, delimitación de las garantías, etc.

Evaluación

Es el proceso por el cual se establece, en un período determinado, la probabilidad de que ocurran daños personales o pérdidas materiales, así como su cuantificación.

Compensación

Es el conjunto de medidas conducentes a lograr el adecuado equilibrio de resultados entre los riesgos que componen una cartera de pólizas. Teniendo en cuenta que, teóricamente, cada riesgo está sometido a índices de frecuencia e intensidad distintos, por la compensación se pretende que los resultados antieconómicos que pueden derivarse de los riesgos de peor calidad sean contrarrestados por otros que originen menor siniestralidad. Así en una aseguradora aquellos riesgos con mayor probabilidad de alta siniestralidad (ej. Automotores), pueden compensarse con otras pólizas de ramas de menor pronóstico negativo (ej. Seguro de incendio de viviendas particulares).

Distribución

Consiste en un conjunto de técnicas para el reparto o dispersión de riesgos que la actividad aseguradora precisa para obtener una compensación estadística, igualando los riesgos que componen su cartera de bienes asegurados. Esta distribución pretende conseguir la homogeneidad cuantitativa de los riesgos y puede llevarse a cabo de dos modos principales, el coaseguro y el reaseguro. Así, el coaseguro es la concurrencia de dos o más entidades aseguradoras en la cobertura de un mismo riesgo. Aquí una de las aseguradoras emitirá la póliza y en ella se adjuntará un detalle con el porcentaje de participación de la o las restantes entidades. El asegurado conocerá por tanto, cuáles aseguradoras coparticipan en la toma del riesgo asegurado. Mientras que el reaseguro consiste en que el asegurador directo cede parte de los riesgos a otras entidades, aunque jurídicamente responde por todo el riesgo, lo que no ocurre en el coaseguro. Generalmente, el asegurado no conoce quien es el reasegurador y nunca tiene acción directa contra el mismo.

Unidad 2

“La Teoría del Premio”

En esta unidad desarrollaremos el costo del seguro, cómo se llega al premio, que es lo que realmente abona el tomador o contratante del seguro. Recordemos que dicha figura en la póliza puede coincidir o no con el carácter de asegurado, sea que los seguros se contraten por cuenta propia o por cuenta ajena. El ejemplo sería una póliza de vida colectiva contratada por un club para sus asociados, donde los asegurados serían éstos últimos, y el tomador o contratante, el club.

A partir de los principios estadísticos, la técnica consiste en seleccionar y agrupar cada uno de los tipos de bienes o personas asegurables, de características y condiciones de comportamiento semejantes frente al riesgo asegurado respectivo, y fijarles la tasa que resulte de la experiencia siniestral acumulada en cada caso. Se trata, en definitiva, de establecer el valor actual del riesgo futuro por correr, ponderando la frecuencia e intensidad con que se produce determinado hecho dañoso, en determinado período.

Teóricamente, esta es la técnica de confección de las tarifas aunque, en realidad, en la práctica de los seguros de daños patrimoniales las primas puras se fijan en forma empírica, a partir de tarifas históricas que se van ajustando en función de la experiencia actualizada de su comportamiento. Este procedimiento de corrección ajuste, de prueba y error, es consecuencia necesaria de la evolución tanto de la tecnología como de las condiciones ambientales y de la conducta humana, situaciones cambiantes que van generando modificaciones en el comportamiento siniestral, gravando en unos casos y mejorando en otros

la experiencia histórica.

En los casos de seguros de personas, la tarificación es científica y parte de las tablas de mortalidad, de morbilidad u otras estadísticas demográficas, médicas y accidentológicas aplicables, requiriéndose también una actualización permanente a causa del mejoramiento de la esperanza de vida y de la morbilidad, consecuente con el progreso de la ciencia y tecnología médica.

Estas primas integran las tarifas aplicadas en cada ramo de seguro y reflejan, en general, la experiencia del comportamiento de un determinado riesgo (incendio, robo, accidente, etc.) en cuanto a su frecuencia e intensidad, encuadrado dentro de ciertas condiciones de forma, tiempo y lugar, así como respecto de las personas o bienes afectados, tipo de daños provocados, protecciones de seguridad y medida de la prestación a cargo del asegurador.

Llegados a este punto, es necesario advertir también que el término prima (“lo primero”) resulta de alcance un tanto equívoco si no se le adiciona un calificativo que defina y limite su comprensión.

En primer lugar, tenemos la prima de riesgo (o pura) que constituye el valor actual del posible daño futuro, calculado en forma científica o empírica sobre la base de la probabilidad de acaecimiento del evento dañoso previsto, que surge de la experiencia estadística. Dicho en otras palabras, podríamos definirla como el equivalente económico del riesgo transferido al asegurador, medido en función de la frecuencia e intensidad de los daños observados sobre bienes o personas de igual naturaleza y condiciones, producidos durante un determinado período.

Su suficiencia depende de que se mantengan, constantes en el tiempo, los factores que posibilitaron su cálculo, esto es que se repitan en el futuro la experiencia estadística pasada en cuanto a tres factores: frecuencia, intensidad y período.

En este punto, es necesario hacer una aclaración. La experiencia estadística pasada va perdiendo valor en la medida en que la realidad va

modificando el medio en el cual se producían los hechos observados. La evolución tecnológica, el progreso científico y hasta la misma conducta humana generan cambios en el comportamiento siniestral, a veces, mejorándolo y, otras, agravándolo. La comprobación de estos hechos determina la necesidad de ajustes permanentes a las tarifas aplicadas históricamente.

El comportamiento de la frecuencia e intensidad siniestral lo hemos visto en el punto anterior, cuando analizamos el riesgo.

La prima pura o “de riesgo” es el resultado de multiplicar la tasa de frecuencia por la tasa de intensidad en un período, por ejemplo, anual.

2.1. Diferentes tipos de primas. El cálculo del premio.

Prima Pura

Tasa que expresa la frecuencia e intensidad esperada para el comportamiento siniestral de cada tipo de bienes y riesgos asegurables durante un período determinado (llamada, también, “prima de riesgo”, prima neta o estadística).

Prima de Tarifa

Tasa que representa el costo técnico de la cobertura de un riesgo. Está integrada por la prima pura más los gastos de administración o explotación, gastos de producción (comisiones correspondientes a los productores de seguros) y margen de utilidad y de seguridad.

Prima de Póliza

Es el importe que resulta de multiplicar la tasa de prima de tarifa, más las extra primas que correspondan por coberturas adicionales, menos las rebajas técnicas aplicables, por la suma asegurada. Recordemos que la prima adicional es la extra prima que se cobra por la adición de un riesgo o de bienes no incluidos en la cobertura básica. Por ejemplo, en el seguro de incendio, el riesgo de huracán, ciclón, vendaval o tornado no se encuentra comprendido dentro de la cobertura básica y su inclusión (a elección del asegurado) admitida por la tarifa de incendio, determinará el

cobro por parte de la aseguradora de una tasa adicional que llamamos extraprima.

Prima Comercial

Es el importe de la prima de póliza más el adicional financiero que se cobre en caso de pago diferido del premio y el eventual derecho de emisión de la aseguradora.

Premio

Es la prima comercial más los impuestos, tasas y otras contribuciones que legalmente graven la operación. Constituye el costo real del seguro para el asegurado. Por eso, la cuenta que expone las deudas de los asegurados por el costo del seguro se denomina “Deudores por Premios”.

En julio del año 2008 entró en vigencia la Resolución N° 32080 de la SSN por la cual se impuso a las compañías aseguradoras la obligación de suprimir en la factura de la póliza, y consignar solamente prima, impuestos y premio. Esto se hizo a los fines de simplificar la lectura de la factura de póliza y permitir el entendimiento por parte del asegurado, y así saber qué es lo que está pagando concretamente. Asimismo, por resolución de la SSN nro. 38.708 del 06/11/2014 (T.O. por Resolución de la S.S.N. nro. 407-2019 del 03/05/2019) “Reglamento General de la Actividad Aseguradora, Resolución Reglamentaria de la Ley nro. 20.091”, se dispuso en el punto 26.1.6 que: “Las tarifas elaboradas, conforme con los procedimientos previstos en la presente reglamentación, deben contemplar las primas puras y los gastos. Para la conformación del premio final deben adicionarse impuestos, otras cargas previstas en la legislación vigente, eventualmente cargos por financiamiento uniformes y las cuotas sociales que perciban las entidades cooperativas y mutuales. En el frente de póliza debe exponerse la prima de tarifa y desagregados los restantes componentes del premio. En la conformación del premio de Seguros de Vida Individual y Retiro debe discriminarse la prima de riesgo separada de los restantes componentes del mismo. De incluirse cargos uniformes por financiamiento debe aclararse específicamente, a continuación del importe respectivo, el porcentaje que represente en términos de tasa efectiva anual.”

Unidad 3

Suma Asegurada: Concepto. Determinación de la indemnización

La suma asegurada es el monto fijado en cada contrato de seguro, que constituye el límite máximo de la indemnización a pagar por la aseguradora, en caso de siniestro. Es fundamental para el asegurado conocer y valorar correctamente el valor de lo que vaya a asegurar. Para esto, resulta de vital importancia el asesoramiento del Productor Asesor de Seguros (PAS).

Mientras, como vimos anteriormente en Métodos de Tratamiento del Riesgo, la aseguradora también debe conocer y evaluar correctamente el riesgo a tomar.

Así lo explica el artículo 1 de la Ley 17.418: “Hay contrato de seguro cuando el asegurador se obliga, mediante una prima o cotización, a resarcir un daño o cumplir la prestación convenida si ocurre el evento previsto”.

El Art 52 de la ley nro. 17.418, expresa, entre varios conceptos, que “cuando el siniestro solo causa un daño parcial (...) el Asegurador solo responderá en el futuro por el remanente de la suma asegurada, salvo estipulación en contrario”. Ello significa que, cuando el seguro siga vigente luego de un siniestro parcial y ninguna de las partes haya rescindido el contrato de seguros, el asegurador responderá solamente por el remanente de la suma asegurada.

Otro concepto a tener en cuenta es el Principio Indemnizatorio, que desarrollaremos a continuación.

3.1. Principio Indemnizatorio.

Es la regla básica en materia de seguros por la cual el valor de la indemnización tendrá su límite en el monto del daño causado, no pudiendo transformarse en objeto de lucro o ganancia para el asegurado.

Ello implica algunos aspectos a considerar, especialmente por el PAS, al momento de asesorar al asegurado:

1. La importancia de determinar un valor lo más cercano a lo real como suma asegurada.
2. El valor de suma asegurada será el límite máximo de la indemnización que abonará la Aseguradora, en caso de siniestro.
3. La suma asegurada incide directamente en el premio que el asegurado deberá pagar, conforme el desarrollo que hemos visto al analizar la teoría del premio.
4. Ante un siniestro parcial la suma asegurada se consume quedando un remanente como respaldo, **salvo estipulación en contrario**.

3.2. ¿Qué puede estipularse sobre la Suma Asegurada de una póliza? Importancia al momento de liquidar el siniestro.

Dependiendo del ramo de seguro, la póliza puede establecer que no se repone la suma asegurada sino con el pago de un premio proporcional a la vigencia que reste de la póliza.

Es decir, existen diversas ramas de seguros en las cuales, si el Asegurado sufrió un daño y recibió su indemnización, en el caso de que desee volver a tener el respaldo que inicialmente tenía, debe pagar nuevamente.

Por ejemplo, en una póliza de la rama Cristales con una suma asegurada de \$100.000 en la que ocurriera un siniestro por el cual la Aseguradora ha debido abonar una indemnización de \$40.000, la suma asegurada remanente que quedaría sería de \$60.000. Es decir que, en caso de un siniestro total, el asegurado sólo percibiría esa suma. A fin de que ello no

ocurra, la Aseguradora o el PAS podrán proponer al Asegurado una reposición automática de ese importe correspondiente al siniestro para que la suma asegurada vuelva a ser la originalmente pactada en consonancia con el valor del bien a asegurar. En ese caso, el Asegurado deberá abonar una prima proporcional al monto nuevamente incorporado (en el ejemplo que venimos viendo, los \$40.000) calculados en forma proporcional por la cantidad de días que aún resten transcurrir para completar el año de vigencia del seguro.

Hay posibilidad de que la póliza establezca directamente que la suma asegurada no se disminuye durante la vigencia de la póliza por siniestro, y en tal caso, el Asegurador hará frente a tantas indemnizaciones como siniestros con el mismo límite máximo. Esto es una Reposición Automática de Suma Asegurada sin costo adicional.

Otra posibilidad es que la póliza establezca una cantidad de veces que se repone la suma asegurada automáticamente. El texto aclarará cuántas veces (una, dos, tres reposiciones, por ejemplo). Ello implica que la Aseguradora está asumiendo pagar siniestros por un monto equivalente tres veces a la Suma Asegurada en distintos acontecimientos a lo largo de la vigencia de la póliza, pero nunca indemnizará por cada uno de esos acontecimientos, lógicamente, una suma mayor que el límite máximo establecido en la póliza como suma asegurada. Si ocurrieran más de tres siniestros durante la vigencia anual, estos ya no tendrían cobertura, salvo que la Aseguradora y el Asegurado puedan llegar a pactar, en ese momento (en base a las condiciones contractuales pactadas), una nueva reposición de la misma con los costos correspondientes.

Un ejemplo para interpretación de éste caso, suponiendo una póliza con una suma asegurada de \$1.000.000 por acontecimiento y una reposición automática, implicaría una cobertura durante la vigencia anual total de \$2.000.000. Luego, en caso de producirse un siniestro parcial de \$200.000, quedaría un remanente de \$1.800.000. Un segundo acontecimiento con un siniestro de \$500.000, llevaría a un remanente de \$1.300.000. Si luego de ello se produjera un tercer siniestro de \$1.200.000, y dado que el límite máximo por siniestro es de \$1.000.000, como dijimos más arriba,

determinará que la aseguradora abonará ese importe y el asegurado la diferencia, esto es, \$200.000. Quedará un remanente de \$300.000. Si ocurriera un cuarto siniestro de \$500.000, la aseguradora indemnizará \$300.000 y aquí la póliza se habrá consumido.

3.3. El proceso de liquidación del siniestro.

Denunciado el siniestro dentro del plazo fijado por el artículo 46, primer párrafo de la ley 17.418, o bien una vez recibida la información complementaria prevista en los párrafos segundo y tercero del citado artículo, el asegurador debe pronunciarse acerca del derecho del asegurado dentro de los treinta días de recibida esa información. La omisión (silencio del asegurador) implica aceptación.

De acuerdo a la importancia, la liquidación del siniestro puede ser hecha por administración (a través de un empleado en relación de dependencia del área de siniestros), o bien a través de la actuación de un liquidador independiente (en este caso, para siniestros de mayor importancia).

Resulta importante, en todos los casos, que el asegurador le solicite al asegurado, de manera completa, la documentación o información que debe presentar. Como cada requerimiento del asegurador interrumpe el citado plazo para expedirse sobre el siniestro, si se efectuara en forma parcial el pedido de documentación, dicho término estará continuamente interrumpido, volviéndose una práctica abusiva en perjuicio del asegurado.

Asimismo, cuando ante un siniestro el asegurador duda sobre la procedencia del mismo o tiene razones para rechazarlo, interrumpe esta obligación mediante el envío de un telegrama o carta documento.

La indemnización es el hecho previsto en el contrato que provoca daño comprendido en la cobertura otorgada por el mismo, generando el derecho a la indemnización que corresponda según las condiciones

establecidas en dicho contrato.

Para que un hecho dañoso pueda constituir un siniestro en términos aseguradores, resulta necesario que el asegurado pruebe que:

- El mismo está comprendido en la cobertura otorgada.
- Que se produjo durante la vigencia de la póliza respectiva o de los plazos establecidos en la misma.
- Que afectó al interés asegurado.
- Que fue ajeno a la voluntad deliberada del asegurado.

A partir de estos datos, la aseguradora procederá a liquidar el siniestro “por administración”, o bien designará un liquidador de siniestros para determinar la medida monetaria del cumplimiento de la promesa contractual de indemnizar el daño cubierto. Se cumple así lo que dice el contrato, dado que, frente a la obligación del asegurado de pagar la prima, corresponde la obligación del asegurador de indemnizar los daños provocados por un siniestro comprendido en la cobertura.

Algo muy importante a tener en cuenta al momento de la liquidación de un siniestro es si hay infra o sobreseguro.

Infraseguro

Significa asegurar un bien por debajo de su valor real. Si la medida de la prestación contratada en la póliza es “a prorrata”, se indemnizará el daño en la proporción que resulte entre la suma asegurada y el valor asegurable. Ejemplo: el contenido de un negocio asegurado contra incendio y con medida de la prestación “a prorrata”, cuyo valor asegurable (es decir, correspondiente al total real) es de \$10.000.000 y con una suma asegurada en la póliza de \$5.000.000 (vale decir, un infraseguro del 50%), en caso de cualquier siniestro parcial (ej., un incendio que afecta parte del contenido con daños por \$100.000) se liquidará un total de \$50.000 a raíz del infraseguro existente.

Sobreseguro

Si al tiempo del siniestro la suma asegurada excede el valor asegurable, el asegurador sólo está obligado a resarcir el perjuicio efectivamente sufrido. No obstante, tiene derecho a percibir la totalidad de la prima. Es decir, el Asegurado nunca percibirá un importe superior al daño efectivamente acontecido, pero la Aseguradora no tiene obligación de devolver la prima abonada en exceso. En otras palabras, el asegurado habrá pagado “de más”.

Seguro Pleno

Se denomina seguro pleno cuando la suma asegurada coincide con el valor real al momento del siniestro.

3.4. El denominado “Ajuste Automático de la suma asegurada”

El contexto inflacionario de la economía de nuestro país hace conveniente la aplicación de una cláusula que pacte una determinada actualización automática del valor de la suma asegurada. Esto permite que no se caiga en infraseguro, a pesar de haber analizado con el asegurado el monto de la suma asegurada a establecer en la póliza ya que, al cabo de pocos meses, puede haber una diferencia de 15% por ejemplo.

Hay cláusulas especiales para ramo Automotor, para ramo Incendio y otros. Al contratar, se determina un porcentaje pagando una prima adicional. Por ejemplo, se puede pactar un ajuste automático del 50% que permitirá eludir la desvalorización de la suma asegurada por el citado contexto de la inflación

3.5 Medidas de la Prestación

La Medida de la Prestación de los seguros es la forma establecida ya predeterminada en que va a indemnizar la Aseguradora en cada una de las ramas a los asegurados, en Seguros Patrimoniales, cuando se produzca un siniestro.

En la Argentina, tenemos tres medidas de la prestación:

- Primer Riesgo Absoluto.
- Prorrata.
- Primer Riesgo Relativo.

Primer Riesgo Absoluto

No se tiene en cuenta si está infra o sobreasegurado. El principio general en primer riesgo absoluto es: se indemniza hasta el daño realmente sufrido (valor a riesgo o valor real al momento del siniestro) y, como máximo, hasta la suma asegurada.

Si hay deducible se aplica sobre el siniestro o daño realmente sufrido (valor a riesgo o valor real al momento del siniestro), es decir, se aplica sobre la indemnización.

Si el daño es total (se considera el valor a riesgo al momento del siniestro), se indemniza como máximo la suma asegurada.

Ejemplos:

1.- Un asegurado contrata una póliza de robo para su negocio de venta ropa y calzado por una suma asegurada de \$100.000.

El valor real de la mercadería es de \$120.000. (Infraseguro)

El monto de lo robado asciende a la suma de \$60.000.

Suma asegurada= \$100.000 Daño = \$60.000

La aseguradora indemnizará \$60.000 (hasta el valor real de lo robado), sin considerar el infraseguro existente.

2.- Ese mismo asegurado contrata una póliza de robo para su negocio de venta ropa y calzado por una suma asegurada de \$100.000. El monto de lo robado asciende a la suma de \$100.000.

SA= \$100.000 D = \$100.000

La aseguradora indemnizará \$100.000 (hasta el valor real de lo robado, como máximo, la suma asegurada).

3.- Ese mismo asegurado contrata una póliza de robo para su negocio de venta ropa y calzado por una suma asegurada de \$100.000. El monto de lo robado asciende a la suma de \$120.000.

SA = \$100.000 D = \$120.000

La aseguradora indemnizará \$100.000 (como máximo, la suma asegurada).

A Prorrata

El término “prorrata” significa “regla proporcional” y surge del Art. 65 de la Ley 17.418. Cuando el seguro se contrata bajo esta modalidad, la indemnización del siniestro surgirá de la relación existente entre el valor asegurado o suma asegurada y el valor a riesgo o valor asegurable, entendiéndose por este último el valor real de los bienes amparados al momento del siniestro.

Primero hay que diferenciar si hay infraseguro o sobreseguro:

Si hay sobreseguro (la suma asegurada es mayor que el valor a riesgo o valor real al momento del siniestro): se indemniza hasta el daño realmente sufrido (valor a riesgo o valor real al momento del siniestro), el asegurado ha pagado “de más”. Si el daño es total (se considera el valor a riesgo al momento del siniestro), se indemniza como máximo la suma asegurada.

Si hay infraseguro (la suma asegurada es menor que el valor a riesgo o valor real al momento del siniestro), se aplica la relación:

Suma Asegurada x Daño

VR (valor real al momento del siniestro)

Si hay deducible, se aplica sobre monto a indemnizar que siempre será menor que el daño sufrido.

Ejemplos:

1.- El asegurado contrata una póliza de incendio para su vivienda particular por una suma asegurada de \$150.000, cuando en realidad el valor asegurable (el valor real) es de \$200.000. Sucede un siniestro amparado por la cobertura del contrato de seguro, y se determina que el monto de los daños es de \$80.000.

Resultado:

$$I = \frac{SA \times D}{VR} = \frac{\$150.000}{\$200.000} \times \$80.000 = \$60.000$$

En el caso de que las opciones fuesen múltiple choice:

- a) 200.000: No se indemniza el valor real sino el daño.
- b) 150.000: No se indemniza la suma asegurada sino el daño.
- c) 80.000: No se indemniza el daño porque hay infraseguro.
- d) 60.000: Monto de la indemnización aplicando la relación, la cual siempre es menor que el daño realmente sufrido (esta es la opción correcta)

Hay infraseguro: se indemniza aplicando la relación, la cual siempre es menor que el daño realmente sufrido.

2.- El asegurado contrata una póliza de incendio para su vivienda particular por una suma asegurada de \$200.000, cuando en realidad el valor asegurable (o sea el valor real) es de \$150.000. Sucede un siniestro amparado por la cobertura del contrato de seguro, y se determina que el monto de los daños es de \$70.000 (nunca se va a indemnizar un valor superior a los daños efectivamente sufridos por el asegurado).

Resultado:

$$I = \frac{SA}{VR} \times D = \frac{200.000}{150.000} \times 70.000 = \$ 93.333,33 \text{ (nunca se indemniza más que el más que el valor de los daños, esto es, \$70.000)}$$

En el caso de que las opciones fuesen múltiple choice:

- a) 200.000 No se indemniza el valor real sino el daño.
- b) 150.000 No se indemniza la suma asegurada sino el daño.
- c) 70.000 Monto de la indemnización: el daño sufrido realmente sufrido.
- d) 60.000 No corresponde porque se indemniza el daño realmente sufrido.

Hay sobreseguro: se indemniza el daño efectivamente sufrido.

3.- El asegurado contrata una póliza de incendio para su vivienda particular por una suma asegurada de \$200.000, cuando en realidad el valor asegurable (o sea el valor real) es de \$150.000 Sucede un siniestro amparado por la cobertura del contrato de seguro, y se determina que el monto de los daños es total.

En el caso de que las opciones fuesen múltiple choice:

- a) 200.000: No se indemniza el valor real porque supera la suma asegurada.
- b) 150.000: Monto de la indemnización: como máximo la suma asegurada.
- c) 70.000: No corresponde porque se indemniza como máximo la SA.
- d) 60.000: No corresponde porque se indemniza como máximo la SA.

Hay sobreseguro: se indemniza el daño y, como máximo, la SA.

A Primer Riesgo Relativo

Esta medida de la prestación se observa concretamente en la rama de Seguros de Robo.

Permite que en algunos casos especialmente considerados como por ejemplo una concesionaria de autos, el asegurado no abone un costo del seguro por el total del valor asegurable, sino por aquél que podría constituir el monto del daño en un siniestro.

Así, dicho negocio que tuviera en su interior veinte autos por un valor promedio de \$1.500.000 c/u determinaría un valor asegurable de \$300.000.000.

Ahora bien, en caso de siniestro sería poco probable que le robaran todos los vehículos. De tal forma se podría establecer una suma asegurada de \$150.000.000 por ejemplo, con una cláusula de primer riesgo relativo 1/2. No existiría infraseguro puesto que la aseguradora estaría aceptando que dentro del riesgo existe un valor asegurable de \$300.000.000 si bien la suma máxima asegurada en la póliza es de \$150.000.000 y ese es el límite que la aseguradora deberá abonar en caso de siniestro total.

Por lo tanto, además de la suma asegurada, esto nos permite determinar el importe que el asegurado declara tener como existencia real denominado valor asegurable declarado o valor declarado en póliza.

Entre ambos valores (suma asegurada y valor asegurable) existe una relación de múltiplos pares que se identifica con fracciones: $\frac{1}{2}$ (como en el ejemplo que hemos dado) o también se puede establecer $\frac{1}{4}$; $\frac{1}{6}$; $\frac{1}{8}$; ... $\frac{1}{20}$.

Otro ejemplo:

El asegurado contrata una póliza de robo para las mercaderías de su negocio que es una concesionaria de venta de autos (la mercadería son autos nuevos, usados, y/o repuestos).

El asesor le solicita que, en base a su experiencia y conocimiento de su negocio, le informe cuánto es lo máximo que le pueden robar en un solo evento, a lo que el asegurado responde que esta suma puede estar en \$10.000.000 (esto recibe el nombre de suma asegurada).

La siguiente pregunta del asesor es que le indique cuánto es el total que tiene en stock actual, considerando toda la mercadería (autos nuevos, usados y/o repuestos), informando el asegurado que de acuerdo a su inventario el total es de \$80.000.000. Esta suma recibe el nombre de valor asegurable declarado o valor declarado en póliza.

A partir de estos dos datos, el asesor le indica que se confeccionará una póliza de robo de mercaderías a primer riesgo relativo, con una suma asegurada de \$10.000.000, en una relación aseguradora de 1/8 (asegura una parte de ocho veces más que es el total del stock).

Como se puede observar, el valor declarado NO está en la póliza, pero surge de multiplicar la suma asegurada por la relación aseguradora.

Sucedido el siniestro, se presenta el liquidador quien solicita toda la información pertinente para determinar cuál era el stock real al momento del siniestro.

Aquí pueden presentarse dos situaciones diferentes que determinarán cómo se indemnizará al asegurado (primer riesgo absoluto o prorrata).

Lo primero que debemos ver es si está la relación entre la Suma Asegurada (S.A.) y el Valor Declarado en Póliza (V.D.P.), ya que lo que se compara es:

$$\frac{VDP}{VR} \times \text{Daño}$$

- 1) Si en esa relación el VDP es igual o mayor que el valor real, se indemniza a PR Absoluto, es decir, le indemnizarán todo lo robado.

En el ejemplo visto y con un siniestro de \$5.000.000, si el Valor real no supera los \$80.000.000, se indemniza el total robado (\$5.000.000).

- 2) Si en esa relación el VDP es menor al valor real al momento del siniestro, se indemniza a Prorrata.

En el ejemplo visto y con un siniestro de \$5.000.000, pero si el Valor real fuera de \$90.000.000, excedería los \$80.000.000 (VDP) admitidos. Esa misma relación se aplicaría a prorrata sobre el monto del siniestro, por lo cual correspondería indemnizar \$4.444.000.

- 3) En caso de existir deducible, se aplica el mismo criterio si es PRA o a Prorrata. siempre teniendo en cuenta que el máximo a indemnizar es el daño o la suma asegurada. Nunca el VDP.

Ejemplos a Primer Riesgo Relativo:

1.-Un asegurado contrata una póliza de robo de mercadería a primer riesgo relativo por una suma asegurada de \$1.000.000 con una relación de 1/8. Se produce un siniestro por \$800.000 y el perito liquidador establece que el valor real al momento del siniestro es de \$7.950.000.

¿Cuál es el monto que debe indemnizar la aseguradora?

$$SA = \$ 1.000.000 \text{ relación } 1/8 = VDP = 8.000.000$$

$$I = \frac{VDP}{VR} \times D = \frac{8.000.000}{7.950.000} \times 800.000 = \$ 800.000 \text{ (total robado)}$$

En el caso de que las opciones fuesen múltiple choice:

- a. 8.000.000. Nunca se indemniza el valor declarado en póliza.
- b. 7.950.000. No corresponde porque es el valor real al momento del siniestro.

c. 800.000 Monto de la indemnización: el daño sufrido.

d. No se puede calcular: Sí se puede calcular, porque están todos los datos.

En dicho caso, hay sobreseguro. VDP mayor que VR: se indemniza a primer riesgo absoluto hasta el daño.

2.- Un asegurado contrata una póliza de robo de mercadería a primer riesgo relativo por una suma asegurada de \$1.000.000 con una relación de 1/8. Se produce un siniestro por \$1.000.00 y el perito liquidador establece que el valor real al momento del siniestro es de \$7.950.000.
¿Cuál es el monto que debe indemnizar la aseguradora?

$$SA = \$ 1.000.000 \text{ relación } 1/8 = VDP = 8.000.000$$

$$I = \frac{VDP}{VR} \times D = \frac{8.000.000}{7.950.000} \times 1.000.000 = \$ 1.000.000$$

En el caso de que las opciones fuesen múltiple choice:

- a) 8.000.000 Nunca se indemniza el valor declarado en póliza.
- b) 7.950.000 No corresponde porque es el valor real al momento del siniestro.
- c) 800.000: No corresponde porque hay sobreseguro: se indemniza el daño.
- d) 1.000.000 Monto de la indemnización: daño sufrido como máximo la Suma Asegurada.

Hay sobreseguro. VDP mayor que VR: se indemniza a primer riesgo absoluto como máximo la SA.

3.-Un asegurado contrata una póliza de robo de mercadería a primer riesgo relativo por una suma asegurada de \$1.000.000 con una relación de 1/8. Se produce un siniestro por \$1.500.000 y el perito liquidador establece que el valor real al momento del siniestro es de \$7.950.000.

¿Cuál es el monto que debe indemnizar la aseguradora?

$$SA = \$ 1.000.000 \text{ relación } 1/8 = VDP = 8.000.000$$

$$I = \frac{VDP}{VR} \times D = \frac{8.000.000}{7.950.000} \times 1.500.000 = \$ 1.500.000$$

En el caso de que las opciones fuesen múltiple choice:

- a) 8.000.000 Nunca se indemniza el valor declarado en póliza
- b) 7.950.000 No corresponde porque es el valor real al momento del siniestro.
- c) 1.000.000 *Monto de la indemnización: como máximo la SA.*
- d) 1.500.000 No corresponde indemnizar porque supera la SA.

Hay sobreseguro. VDP mayor que VR: se indemniza a primer riesgo absoluto, pero como máximo la SA.

4.-Un asegurado contrata una póliza de robo de mercadería a primer riesgo relativo por una suma asegurada de \$ 1.000.000 con una relación de 1/8. Se produce un siniestro por \$ 800.000 y el perito liquidador establece que el valor real al momento del siniestro es de \$ 10.000.000.

¿Cuál es el monto que debe indemnizar la aseguradora?

$$SA = \$ 1.000.000 \text{ relación } 1/8 = VDP = 8.000.000$$

$$I = \frac{VDP}{VR} \times D = \frac{8.000.000}{10.000.000} \times 800.000 = \$ 640.000$$

En el caso de que las opciones fuesen múltiple choice:

- a) 10.000.000 Nunca se indemniza el valor declarado en póliza.
- b) 8.000.000 No corresponde porque es el valor real al momento del siniestro.
- c) 800.000 No corresponde indemnizar el daño sufrido porque hay infraseguro.
- d) 640.000 Monto de la indemnización.

5.-Un asegurado contrata una póliza de robo de mercadería a primer riesgo relativo por una suma asegurada de \$ 1.000.000 con una relación de 1/8. Se produce un siniestro por \$ 1.000.000 y el perito liquidador establece que el valor real al momento del siniestro es de \$ 10.000.000.
¿Cuál es el monto que debe indemnizar la aseguradora?

$$SA = \$ 1.000.000 \text{ relación } 1/8 = VDP = 8.000.000$$

$$I = \frac{VDP}{VR} \times D = \frac{8.000.000}{10.000.000} \times 1.000.000 = \$ 800.000$$

En el caso de que las opciones fuesen múltiple choice:

- a) 10.000.000 Nunca se indemniza el Valor Declarado en Póliza.
- b) 8.000.000 No corresponde porque es el Valor real al momento del

siniestro.

c) 800.000 Monto de la indemnización: porque hay infraseguro.

d) 1.000.000 No corresponde indemnizar la SA porque hay infraseguro.

Hay infraseguro: se indemniza a prorrata. El VDP es menor que el VR.

6.-Un asegurado contrata una póliza de robo de mercadería a primer riesgo relativo por una suma asegurada de \$1.000.000 con una relación de 1/8. Se produce un siniestro por \$1.500.000 y el perito liquidador establece que el valor real al momento del siniestro es de \$10.000.000.

¿Cuál es el monto que debe indemnizar la aseguradora?

$$SA = \$ 1.000.000 \text{ relación } 1/8 = VDP = 8.000.000$$

$$I = \frac{VDP}{VR} \times D = \frac{8.000.000}{10.000.000} \times 1.500.000 = \$ 1.200.000$$

En el caso de que las opciones fuesen múltiple choice:

a) 10.000.000 Nunca se indemniza el Valor Declarado en Póliza.

b) 8.000.000 No corresponde porque es el Valor real al momento del siniestro.

c) 1.200.000 No corresponde indemnizar el daño total porque como máximo SA.

d) 1.000.000 Monto a indemnizar: la suma asegurada.

Se indemniza a Prorrata como máximo la SA.

3.6 Franquicias y Descubiertos. Diferencias entre deducibles y no deducibles.

Franquicia Simple

En la franquicia simple, condicional o no deducible (todos términos que significan lo mismo, y que además también puede denominarse “relativa”), el asegurador no indemnizará los daños que estén por debajo del monto establecido como franquicia; pero si dicho daño alcanza este monto o lo supera, el asegurador indemniza el total del daño producido.

Franquicia o Deducible

La franquicia deducible, incondicional, absoluta, o simplemente deducible es el monto del daño que queda a cargo del asegurado en todos los casos, indemnizándose en cada siniestro solamente los daños que superen el monto de la franquicia establecido en el contrato.

- Se aplican siempre sobre el monto a indemnizar.
- El importe indicado para el deducible NO es factible de ser eliminado mediante pago adicional alguno y siempre quedará a cargo del asegurado.

Ejemplos

1.-El asegurado contrata una póliza de robo de contenido a PR Absoluto, para su negocio de venta ropa y calzado por una suma asegurada de \$20.000, el monto de lo robado asciende a \$ 10.000, y tiene un deducible del 10% sobre el siniestro. ¿Cuánto indemnizará la aseguradora?

Respuesta: el daño menos el deducible = $10.000 - 1000 = \$ 9.000$

I = \$9.000

2.-Un asegurado contrata una póliza de incendio a prorrata, para su vivienda por una suma asegurada de \$150.000, cuando el valor real al momento del siniestro es de \$ 200.000. El daño producido asciende a

\$80.000. ¿Cuánto indemnizará la aseguradora, si tiene un deducible del 10% sobre el valor indemnizatorio?

$$I = \frac{SA}{VR} \times D = \frac{150.000}{200.000} \times 80.000 = \$ 60.000 - 6.000 \text{ (deducible 10\%)} \\ = \$ 54.000$$

En el caso de que las opciones fuesen múltiple choice:

- a) 150.000 No corresponde indemnizar la SA.
- b) 80.000 No se indemniza el daño porque es a prorrata y hay deducible.
- c) 60.000 No corresponde porque falta aplicar el deducible.
- d) 54.000 *Monto a indemnizar: aplicando la prorrata menos el deducible.*

Descubierto Obligatorio

Es un porcentaje de la suma asegurada y consecuentemente del daño, que el Asegurado conserva siempre a su cargo, configurando un infraseguro teórico, que se suma al que pudiera ya existir en la respectiva póliza.

La diferencia existente entre el descubierto obligatorio y la franquicia, es que en el descubierto existe un porcentaje de la suma asegurada que aplicada al daño indemnizable siempre queda a cargo del Asegurado. Mientras que la franquicia es una suma, un determinado importe, o porcentaje del siniestro, que soporta el Asegurado además del resultante del infraseguro que pueda existir en la póliza.

Ejemplo de Deducible + Descubierto Obligatorio

Hallar el monto a indemnizar por el asegurador, si la franquicia deducible es de 10% del siniestro, con un mínimo del 1% y un máximo del

5% de la suma asegurada.

Suma asegurada: \$100.000 - Daño: \$65.000.

La medida de la prestación es a primer riesgo absoluto.

Suma Asegurada: 100.000 a P.R.A

SA = mínimo \$1.000 / máximo \$5.000

Franquicia deducible del siniestro 10% = \$6.500

Daño \$65.000 – \$5.000 (máximo descub. oblig.) = Indemnización
= \$60.000

Aclaración: como el deducible está entre el mínimo y el máximo establecido como descubierto obligatorio se aplica el deducible.

- Si el deducible es menor al mínimo se aplica el mínimo del descubierto obligatorio.
- Si el deducible es mayor al máximo se aplica el máximo del descubierto obligatorio.

En definitiva, funciona el descubierto obligatorio en estos casos como límites.

3.7 Valor Tasado y Valor de Reposición. Cláusulas de ajuste y de Reposición a nuevo.

Concepto de Valor tasado

En este tipo de seguro, el importe que se conviene como suma asegurada es el que surge tras la intervención de un tasador.

La Ley de seguros aclara, en relación a esta valuación preventiva, que ese importe será el valor del bien, salvo que el asegurador acredite que supera notablemente al verdadero al momento del siniestro.

La carga de la prueba en este caso estará a cargo del asegurador. Es jurídicamente una presunción legal de un hecho o derecho mientras no se pruebe lo contrario. Existiendo, en consecuencia, una tasación previa, el asegurado queda relevado de demostrar el valor del bien.

Esta modalidad es muy común en los seguros de robo, en el rubro “joyas, alhajas, pieles y objetos diversos”, donde el asegurador requiere la tasación previa del bien por un especialista. Esta obligación tiene la doble función de determinar el valor y de verificar la preexistencia del objeto a asegurar.

Concepto Valor de reposición y valor a nuevo

Habitualmente, al momento de fijarse la indemnización por siniestro, se tiene en cuenta la amortización lógica por antigüedad y uso.

No obstante, para determinados rubros (maquinarias, muebles y útiles y edificios) resulta posible contratar la póliza con cláusula de valor a nuevo, permitiendo indemnizar por el valor del bien al momento del siniestro, deducido el salvataje que pudiese existir. Desde luego, esto determinará una diferencia en el costo del seguro.

Se excluyen de la posibilidad de asegurar mediante esta cláusula las mercaderías y materias primas en general, ropas y efectos de uso personal, contenidos de hoteles, pensiones y casas habitación. Normalmente no se aceptan para esta cobertura bienes que hayan sobrepasado la mitad de su vida útil.

Unidad 4

La Ley 20.091 “De Entidades de Seguros y Su Control”

A partir de este momento, vamos a comenzar a ver la Ley N°20.091, que se complementa actualmente por el Nuevo Reglamento de la Actividad Aseguradora por Resolución de SSN N°38708/2014 y sus modificatorias y complementarias.

Esta ley fue sancionada y promulgada el 11 de enero de 1973 y sustituye al régimen legal de la Superintendencia de Seguros de la Nación vigente hasta ese momento. Consta de 90 artículos distribuidos a través de dos capítulos y diferentes secciones.

Nos dedicaremos aquí al primer Capítulo I “De los aseguradores”: la empresa de seguros y sus principales disposiciones.

El Capítulo II refiere a la autoridad de control, la SSN, entidad autárquica con autonomía funcional y financiera, en jurisdicción del Ministerio de Economía.

Dicha entidad está a cargo de un funcionario con el título de Superintendente de Seguros designado por el Poder Ejecutivo Nacional; sus funciones y atribuciones.

4.1 Entidades autorizables: La empresa de seguros, tipos legales admitidos y sus características

Las entidades o entes que sólo pueden realizar operaciones de seguros son:

- a) Las sociedades anónimas, cooperativas y de seguros mutuos. Las sociedades anónimas son empresas constituidas por inversores que desarrollan la actividad con sentido mercantil, colocando su dinero con la esperanza de obtener una utilidad, percibir una renta. Su capital se divide en acciones. Deben cumplir con su legislación específica: Ley N°19.550.
- b) Las sucursales o agencias de sociedades extranjeras de los tipos mencionados anteriormente: son empresas que operan localmente, y sus dueños son las casas matrices de empresas extranjeras. Serán autorizadas a ejercer la actividad aseguradora en las condiciones establecidas por esta Ley para las sociedades anónimas constituidas en el país, si existe reciprocidad según las leyes de su domicilio. Deberán acompañar los balances de los últimos cinco ejercicios de la casa matriz.
- c) Los organismos u entes oficiales o mixtos, nacionales provinciales o municipales: son empresas que se deben organizar legalmente con autarquía funcional y financiera, con administración separada y patrimonio propio de gestión independiente.

Condiciones de la autorización para operar

Autorización Previa

Es importante destacar, que la existencia o la creación de las sociedades, sucursales o agencias, organismos o entes indicados anteriormente no los habilita para operar en seguros hasta ser autorizados por la autoridad de control: Superintendencia de Seguros de la Nación.

Las entidades que se constituyan en el territorio argentino con el objeto de operar en seguros, así como las sucursales o agencias de sociedades extranjeras que deseen operar en seguros en el país, sólo podrán hacerlo desde su inscripción en el Registro Público de Comercio de la jurisdicción de su domicilio.

Es decir, todos aquellos que quieran constituir una aseguradora, primero deberán formar una sociedad mediante un acto constitutivo según el tipo societario o forma asociativa asumida. Luego de haberla autorizado en el Registro Público indicado en el párrafo anterior, deberá obtener de la SSN la pertinente autorización para operar.

En su artículo 3 la Ley N°20.091 establece: “La autoridad de control incluirá en el régimen de esta ley a quienes realicen operaciones asimilables al seguro, cuando su naturaleza o alcance lo justifique.” Y cuando así proceda, la SSN fijará un plazo no mayor de noventa días para ajustarse al régimen de esta ley. Entretanto, no podrán realizarse nuevas operaciones. En caso de incumplimiento, la autoridad de control dispondrá la liquidación del infractor de acuerdo con el artículo 51, sin perjuicio de la pena que podrá aplicar conforme al régimen previsto en el artículo 61.

La resolución sobre la autorización para operar y su denegatoria no es revisable en ningún caso por el juez de registro del domicilio de la entidad, sino sólo recurrible en la forma establecida por esta ley.

El artículo 7.1 del actual Reglamento General de la Actividad Aseguradora, expresa: “Al considerar la solicitud de autorización, la SSN evaluará la conveniencia de la iniciativa que se vincule con el desarrollo de un proyecto productivo, en el cual se destinen recursos económicos y humanos hacia un fin claro y preciso de inversión de capitales que acompañen la evolución de la economía nacional, con fomento del empleo y reinversión de recursos generados en el ámbito del territorio nacional; las características de dicho proyecto, las condiciones generales y particulares del mercado y los antecedentes y responsabilidades de los solicitantes, como así también su experiencia en la actividad aseguradora,

debiendo estar dicha presentación, firmada por quienes reúnan la condición de futuros fundadores.”

Para el caso de sucursales o filiales extranjeras, expresa que deberán acreditar que su casa matriz: “Se encuentra constituida e inscrita en países, dominios, jurisdicciones, territorios o estados asociados, considerados "cooperadores a los fines de la transparencia fiscal", conforme lo previsto en el Decreto N° 589/2013 y reglamentación complementaria.”, considerando que no podrán ser autorizadas sucursales de empresas extranjeras radicadas en países o territorios no cooperativos en el marco de la lucha mundial contra el lavado de dinero y el financiamiento del terrorismo según los criterios definidos por el Grupo de Acción Financiera Internacional (GAFI) y/u organismos locales con competencia específica en la materia”.

Control exclusivo y excluyente de SSN

Debemos tener en cuenta que el control del funcionamiento y actuación de todas las entidades de seguros, sin excepción, corresponde a la autoridad de control organizada por esta ley, con exclusión de toda otra autoridad administrativa, nacional o provincial.

Sin embargo, la Superintendencia podrá requerir a estas últimas su opinión en las cuestiones vinculadas con el régimen societario de las entidades cuando lo estimase conveniente.

Requisitos para su autorización

Las entidades a que se refiere el artículo 2º de la Ley N°20.091 que estamos tratando, serán autorizadas a operar en seguros cuando reúnan las siguientes condiciones:

1. Constitución legal.

Están constituidos de acuerdo con las leyes generales y las disposiciones específicas de esta ley.

2. Objeto exclusivo.

Tengan por objeto exclusivo efectuar operaciones de seguro, pudiendo, en la realización de ese objeto, disponer y administrar, conforme con estaley, los bienes en que tengan invertidos su capital y las reservas.

Podrán otorgar fianzas o garantizar obligaciones de terceros cuando configuren económica y técnicamente operaciones de seguro aprobadas.

Los organismos y entes oficiales se ajustarán a lo dispuesto por el artículo 4º: se deben organizar con autarquía funcional y financiera. Si no tienen por objeto exclusivo celebrar esas operaciones, establecerán una administración separada con patrimonio propio de gestión independiente.

3. Capital mínimo.

Demuestran la integración total del capital mínimo a que se refiere el artículo 30º.

Este artículo sumamente importante, lo analizaremos en detalle en el Capital y sus funciones.

4. Sociedades extranjeras.

Acompañan los balances de los últimos cinco ejercicios de la casa matriz, cuando se trate de sociedades extranjeras.

5. Duración.

Tiene la duración mínima requerida según la naturaleza de la rama o ramas de seguro a explotarse.

6. Planes.

Se ajustan sus planes de seguro a lo establecido en el artículo 23º y subsiguientes, en cuanto a plazos, premios, propuestas, reservas técnicas,

etc.

7. Conveniencia del mercado.

Haga conveniente su actuación el mercado de seguros. Es un derecho a veto, que le permite esta Ley, a la SSN para regular el ingreso de nuevos aseguradores, de acuerdo lo amerite el mercado.

Aprobación de planes y elementos técnicos contractuales. Concepto de “Retención” de una aseguradora. Pautas Mínimas

Entendemos por planes de seguro a las diferentes propuestas que ofrece el mercado asegurador a los asegurables, estableciendo así cada aseguradora diferentes coberturas y costos para cada riesgo los cuales estarán plasmados en los contratos. Allí también se incluyen las exclusiones, esto es, lo que no cubrirá la aseguradora.

Son ejemplos de diferentes ramas: automotores, incendio, transporte, seguros de vida, sepelio, caución, etc., los cuales se desarrollarán específicamente en módulos posteriores.

Política de Suscripción y Retención de Riesgos (art.24 Ley 20.091)

A los efectos de tramitar toda solicitud de autorización de Condiciones Técnico Contractuales, la entidad debe presentar una nota donde se comunique la política de suscripción y retención de riesgos que mantendrá, la cual debe cumplir con lo dispuesto por el punto 32.1 (que refiere a la “retención”). Los planes deben contener:

- a) El texto de la propuesta de seguro y el de la póliza.
- b) Las primas y sus fundamentos técnicos.
- c) Las bases para el cálculo de las reservas técnicas, cuando no existan normas generales aplicables.

Para ello, es fundamental comprender el término “retención”:

Se entiende por retención al monto hasta el cual el asegurador está en

condiciones de hacer frente a los siniestros que se produzcan, sin afectar el equilibrio económico y financiero de la cartera de su compañía.

Los aseguradores establecerán libremente sus tablas de retención, sin perjuicio de las observaciones que pudiera efectuar la autoridad de control y del régimen legal de reaseguro en vigencia.

La retención debe evaluarse sobre la base de la pérdida máxima probable del riesgo en cuestión según el estudio que efectúe la aseguradora, sin perjuicio de las observaciones que efectúe esta SSN. Asimismo, deberá considerarse para el cálculo los porcentajes no colocados en el reaseguro y/o los excedentes no reasegurados hasta la suma asegurada a riesgo.

Especificando:

- a) Suma asegurada máxima a suscribir por póliza.
- b) Retención Máxima a asumir por riesgo y evento.
- c) Política de reaseguro que mantendrá para los montos que surgen entre a) y b)”.

Parámetros de Retención

La retención por riesgo y/o evento no deberá superar el 40% del superávit que registre el Estado de Cobertura de Compromisos Exigibles y Siniestros Liquidados a Pagar, o al 15% del Capital Computable determinado conforme el punto 30.2. El Estado de Cobertura de Compromisos Exigibles y Siniestros Liquidados a Pagar y el Capital Computable referidos, son los que surgen de las cifras consignadas en los últimos estados contables presentados por la aseguradora.

Modalidades de Autorizaciones

Las entidades aseguradoras únicamente pueden utilizar los planes y los elementos técnicos contractuales que hayan sido autorizados por alguna de las siguientes modalidades:

- a) Aprobaciones de carácter particular: los elementos técnico- contractuales de carácter particular solamente pueden ser utilizados por las aseguradoras, mediando previa aprobación expresa de SSN. A tal

fin, la SSN debe evaluar si tales elementos técnico-contractuales se ajustan a las normas constitucionales, legales y reglamentarias vigentes. Especialmente, debe considerarse la adecuación de tales elementos con las disposiciones de las Leyes Nos. 17.418, 20.091, 24.240 (ley de Defensa del Consumidor) y demás legislación general aplicable (normas concordantes, modificatorias y reglamentarias).

b) Aprobaciones de carácter particular conforme al “Sistema de Pautas Mínimas”: después de publicadas las Resoluciones de Carácter General que defina las “Pautas Mínimas” por Ramo y/o Cobertura, todas las entidades aseguradoras autorizadas a operar en cada ramo podrán depositar ante esta SSN nuevas condiciones contractuales y, en su caso, condiciones tarifarias que observen específicamente las “Pautas Mínimas” aprobadas. También podrán depositar condiciones contractuales y/o tarifarias que modifiquen o constituyan agregados a las condiciones por ramo ya depositadas, incluyendo estas últimas y destacando en la presentación la cláusula y/o tarifa que se pretende modificar.

c) Adhesión a aprobaciones de carácter particular (no aplicable a los casos del inciso b) de este punto): transcurridos noventa días corridos de la aprobación por SSN de elementos técnico-contractuales de carácter particular, cualquier asegurador autorizado a operar, en la rama de que se trate, puede utilizarlos solicitando previamente autorización a esta SSN.

d) Aprobaciones de carácter general: las entidades aseguradoras pueden utilizar libremente los planes, cláusulas y demás elementos técnico-contractuales que obran en el sitio web de la SSN (www.ssn.gob.ar), cuando estos hayan sido aprobados con carácter general por esta SSN, sin necesidad de solicitar autorización particular o adhesión. A tal efecto, la aseguradora debe estar autorizada a operar en el ramo respectivo.

e) Grandes riesgos: se consideran a los efectos de la utilización inmediata de condiciones contractuales sin autorización previa a aquellos que conjuntamente presenten las siguientes características:

Posean sumas aseguradas mayores a \$250.000.000, o su equivalente en otras monedas (este importe es actualizable); las condiciones contractuales no se encuentren previamente autorizadas por esta SSN; no involucren seguros de personas; la entidad aseguradora se encuentre habilitada a operar en el ramo por el cual se emitirá la póliza.

f) Aprobación de microseguros: el microseguro es un mecanismo para proteger a las personas contra riesgos (por ejemplo: accidentes, enfermedades, muerte en la familia, desastres naturales, etc.), a cambio del pago de un premio que se fija analizando principalmente el nivel de ingresos de los tomadores, así como las necesidades y nivel de riesgo de los mismos. Es un producto dirigido, especialmente, a trabajadores de bajos ingresos y aquellos de la economía informal que tienden a estar sub- atendidos por esquemas de seguros sociales y/o comerciales convencionales.

Pautas Mínimas

La SSN estableció las condiciones técnico-contractuales para las compañías de seguros con carácter particular para pólizas específicas y condiciones generales para todos los ramos, de acuerdo a un sistema de pautas mínimas que busca establecer distintos lineamientos estratégicos para lograr una mayor eficiencia en el desarrollo de la actividad aseguradora de todo el país.

En ese marco, se emite una Resolución General por ramo y/o cobertura para ser comercializada por las compañías de seguros en el nuevo sistema de autorización.

Las Pautas Mínimas en los seguros buscan alcanzar principios de buena fe y la equidad de los derechos y obligaciones entre los agentes del mercado. Promueven la libertad de las condiciones contractuales que tengan en cuenta los perfiles de los asegurados y fomentan el uso de

procedimientos modernos, ágiles y transparentes.

Unidad 5

El Capital y sus funciones

Inicialmente, el capital está destinado a procurar a la empresa los medios necesarios para la realización de su actividad.

En el caso de las entidades aseguradoras, cumplirá con el fin de servir de garantía subsidiaria de los compromisos asumidos. Esta garantía se hará efectiva en la medida en que el ingreso o fondo de primas acumulado bajo la forma de Disponibilidades en Caja y Bancos y en Inversiones líquidas y sus rentas no resulten suficientes para hacer frente a los compromisos siniestrosales y gastos incurridos en el desenvolvimiento de su objeto exclusivo.

Es evidente que si la aseguradora no logra un volumen, calidad y distribución de operaciones que le permita obtener, en la masa de riesgos cubiertos, la reproducción de la siniestralidad prevista al calcular las primas respectivas, o si no ha homogeneizado su cartera en base una correcta selección de riesgos y a una prudente política de retenciones y fraccionamiento a través del coaseguro y el reaseguro, sufrirá pérdidas técnicas que sólo podrá compensar con el rendimiento de sus inversiones o con el uso de su capital. También se pueden originar pérdidas en un exceso de gastos de administración, superando el margen admitido por las primas netas del resultado técnico o también por resultados negativos de las inversiones. En síntesis, podemos decir que las funciones de este capital radican en:

- Permitir al asegurador contar con los recursos necesarios para el correcto desempeño de su actividad.
- Servir de garantía cuando el fondo de primas constituido por los

aportes de los asegurados no resulte suficiente.

- Poder financiar a los asegurados el pago de las primas de los seguros contratados.

Capital Mínimo

Es el capital que la aseguradora deberá satisfacer para poder operar en el mercado argentino.

La SSN establece, con criterios uniformes y generales para todas las compañías aseguradoras sin excepción, el monto y las normas sobre capitales mínimos a los que deberán ajustarse los aseguradores, ya sean los que están autorizados o los que ha de autorizar. Las sucursales o agencias de sociedades extranjeras deberán tener y radicar en el país fondos equivalentes a los capitales mínimos exigidos a los aseguradores constituidos en él.

La SSN determina específicamente cuáles son los rubros dentro del Patrimonio Neto, tanto en capitales, inmuebles e inversiones, ya sea en acciones, títulos públicos, etc., que se tendrán en cuenta para el capital mínimo computable.

Debemos destacar que el artículo 30 de la Ley N°20091 ha sido reglamentado por Resolución de SSN N°38708/2014 y sus modificatorias, disponiéndose que, a partir de los estados contables que comiencen el 1 de julio de 2012, las entidades de seguros deberán acreditar un capital mínimo que surgirá del mayor de los TRES parámetros que se determinan a continuación:

- Monto por ramas en las que opera.
- Monto en función a las primas y recargos: se determina para cada ramo en los que opere la entidad en función a tablas que establece y actualiza SSN.
- Monto en función de los siniestros: se determina para cada ramo

en los que opere la entidad, como la suma correspondiente al resultado individual de un algoritmo que establece y actualiza SSN.

Para las entidades que inician actividades, el monto del capital mínimo a acreditar será el regulado por SSN en ese momento, en cada rama que desee operar.

Estado de Cobertura

Se entiende por Estado de Cobertura a la diferencia entre disponibilidades e inversiones menos compromisos exigibles.

Las entidades y personas sujetas a la supervisión de esta SSN deben presentar el cálculo de la cobertura establecida en el artículo 35 de la Ley N° 20091, conjuntamente con los estados contables anuales y los de período intermedio.

Déficit de Cobertura: cuando la insolvencia o insuficiencia del activo no alcanza para hacer frente a pasivos exigibles.

SSN publica este informe trimestralmente como Estado de Cobertura en:

<https://www.argentina.gob.ar/superintendencia-de-seguros/estadísticas>.

Las aseguradoras deben cubrir en su totalidad los importes consignados en sus estados contables en concepto de “Deudas con Asegurados”, “Deudas con Reaseguradores” y “Compromisos Técnicos”, deducidas las disponibilidades líquidas constituidas en el país y los depósitos de reservas en garantía retenidos por los reaseguradores, con las inversiones admitidas por el Reglamento General de la Actividad Aseguradora.

En el caso de verificarse déficit en el cálculo de cobertura, la entidad debe presentar conjuntamente con el estado contable en que éste se verifique:

- a) Un informe detallado sobre los motivos que provocaron el déficit;
- b) Un plan de acción que llevará a cabo a los efectos de regularizar la situación deficitaria al cierre del próximo estado contable;
- c) Copia certificada por escribano público del Acta de Directorio en la que conste la aprobación del informe y del Plan de Acción mencionados en los puntos a) y b) precedentes.

Si a la fecha de cierre de los estados contables correspondientes al período inmediato siguiente persiste el déficit, se considerará que la entidad se encuentra en estado de insuficiencia económica-financiera, por lo que, conjuntamente con la presentación de dichos estados contables, deberá presentar un plan de recomposición de la capacidad económica-financiera.

La SSN deberá aprobar o rechazar el referido plan. Si lo aprueba, la entidad deberá cumplir el plan en los plazos y condiciones que esta SSN establezca. Si lo rechaza, la entidad deberá realizar un aporte de capital, a fin de revertir el déficit, en el plazo de treinta días corridos de notificado el rechazo (Párrafo según art. 5° de la Resolución General N°669/2019 de la AFIP B.O. 31/7/2019).

Para el caso de que la entidad no cumpla el plan aprobado en los plazos y condiciones establecidas, deberá realizar un aporte de capital, a fin de revertir el déficit, en el plazo de TREINTA (30) días corridos de notificado el incumplimiento. (Párrafo según art. 5° de la Resolución General N°669/2019 de la AFIP B.O. 31/7/2019)

Hasta tanto la entidad cumpla íntegramente el plan de recomposición de la capacidad económica-financiera, se considerará que mantiene el estado de insuficiencia económica-financiera.

Plan de Regularización y Saneamiento: motivos y mecanismos autorizados

El plan para cubrir el déficit de capital mínimo que deben presentar las entidades deberá contemplar aportes y medidas concretas para revertir el

déficit expuesto. Para ello, deberá considerarse la necesidad de compatibilizar equitativamente todos los intereses en juego, es decir, los que hacen a la posibilidad de que la entidad supere y regularice la situación deficitaria patrimonial, y al propio tiempo la adecuada tutela de los derechos de los asegurados, beneficiarios y damnificados.

La SNN podrá disponer, sin audiencia de parte, la prohibición a la entidad aseguradora de realizar, respecto de sus inversiones, cualquier acto de disposición o los de administración que específicamente indique de celebrar nuevos contratos de seguros en los siguientes casos:

- a) Pérdida de capital mínimo;
- b) Disminución de la capacidad económica o financiera, o manifiesta desproporción entre ésta y los riesgos retenidos o déficit en cobertura de los compromisos asumidos con los asegurados;
- c) Infracción a las normas sobre egresos e ingresos de fondos sobre depósito en custodia de títulos públicos de renta y títulos valores en general;
- d) Falta de presentación por el asegurador de los estados contables de publicidad, de situación patrimonial, o de compromisos exigibles y siniestros liquidados a pagar en los plazos reglamentarios;
- e) Irregularidades en la constitución o actuación de los órganos de administración y fiscalización o de las asambleas;
- f) Irregularidades en la administración o contabilidad que impidan conocer la situación patrimonial de la entidad;
- g) Dificultad de liquidez que haya determinado demora o incumplimiento de sus pagos.

La SSN también puede observar las normas sobre Política y Procedimientos de Inversiones, así como la operatoria prevista en ellas, y ordenar su modificación en aquellos puntos que se alejen de los principios fijados por esta reglamentación.

El Plan de Regularización y Saneamiento podrá contemplar distintos

mecanismos:

- a) Aportes de capital.
- b) Fusión.
- c) Administración con opción a compra o fusión.
- d) Cesión de cartera, siendo inaplicable a estos casos la Ley de Transferencia de Fondo de Comercio y la publicidad dispuesta en el artículo 47 de la presente ley.
- e) Exclusión del patrimonio de determinados activos (tangibles o no) y pasivos de la aseguradora y la transmisión a título oneroso de ellos a otra aseguradora y/o la constitución de fideicomisos.

Sanciones a las aseguradoras

En el artículo 58 se establece el régimen sancionatorio aplicable a las empresas de seguros, determinando qué comportamientos se deben configurar para ser pasible, siendo ellos los siguientes:

- Infracción a la ley.
- Infracción a las reglamentaciones.
- Infracción a las medidas dispuestas por la autoridad de control.

Las consecuencias puntuales que dichas infracciones deben provocar son:

- Ejercicio anormal de la actividad aseguradora.
- Disminución de la capacidad económica-financiera.
- Obstáculo real a la fiscalización.

División del régimen de sanciones (art. 58):

<i>De acuerdo ala conducta, gravedad y reincidencia</i>	<u>Genéricas</u>	<p>Llamado de atención.</p> <p>Apercibimiento.</p> <p>Multa (se va actualizando por Resoluciones de SSN).</p>
	<u>Especiales</u>	<p>Suspensión de hasta tres meses en una o más ramas.</p> <p>Revocación de la autorización para operar como Asegurador.</p>

Este régimen de sanciones es publicado a través de Resoluciones de SSN, y son revisables a instancia de parte por la entidad, y su denegación recurrible ante el Poder Ejecutivo. El recurso procede al solo efecto devolutivo (art.85).

Revocación de la autorización para operar. Liquidación del asegurador

Los artículos 50 a 53 establecen los aspectos referentes a la liquidación de una Aseguradora.

Dicha liquidación podrá ser:

- Voluntaria.
- Forzosa.

Es importante destacar que, en nuestra legislación, las Aseguradoras no

pueden recurrir al concurso preventivo ni son susceptibles de ser declaradas en quiebra.

No existe la liquidación administrativa sino judicial dispuesta por el juez competente en lo comercial de la sede de la entidad, aplicándose supletoriamente al trámite las normas de la Ley de Concursos Comerciales y Quiebras.

El juez de la causa inviste a la SSN como liquidador, otorgándole las atribuciones previstas en la ley de quiebras para la actuación de los síndicos.

Liquidación voluntaria (art.50)

Cuando el Asegurador resuelva voluntariamente su disolución, la liquidación se hará por sus órganos estatutarios, sin perjuicio de la fiscalización de la autoridad de control.

La presentación de la solicitud detallada en el punto 50.1 implica la revocación de la autorización para operar como asegurador, oportunamente concedida en los términos del artículo 48 inc. d) de la Ley N°20.091. Ello, sin perjuicio de la indisponibilidad de las inversiones establecida en el artículo 31, segundo párrafo, de la Ley N°20.091.

Una vez autorizada la disolución voluntaria por parte de la SSN, la entidad debe presentar estados contables trimestrales. Dichos estados contables deben:

- a) Ajustarse a las mismas normas de valuación de activos y pasivos aplicables al balance de liquidación, respetando el equilibrio exigido en el punto 50.2. inciso b);
- b) Acompañar informes de Auditor y Actuario Externo, éste último en caso de corresponder, inscriptos en el registro de la SSN, no admitiéndose informes de revisión limitada;
- c) Ser presentados ante la SSN, dentro de los 45 días corridos de

finalizado cada trimestre, hasta la finalización del proceso de liquidación por disolución voluntaria.

Si el Asegurador no procediera a su inmediata liquidación o si la protección de los intereses de los Asegurados lo requiere, la autoridad de control podrá solicitar del juez ordinario competente su designación como liquidadora. La decisión será dictada con citación del Asegurador, en juicio verbal convocado a ese fin, y solo será apelable en efecto devolutivo.

Habiéndose realizado la totalidad de los activos, y cancelados todos los pasivos, la entidad debe informar tal circunstancia a la SSN quien, a su vez y verificados dichos extremos, debe resolver acerca de la finalización del trámite de liquidación, ordenando previo al archivo de las actuaciones, la publicación de edictos por dos días en el Boletín Oficial de la República Argentina y la correspondiente comunicación al Registro Público de Comercio.

Liquidación forzosa (art.51)

Cuando la liquidación sea consecuencia de la revocación dispuesta por la autoridad de control, esta la asumirá por medio de quien designe con intervención del juez ordinario competente.

Si no se hubiese iniciado la liquidación forzosa del párrafo primero y estuviesen reunidos los requisitos para la declaración de quiebra, el juez ordinario competente dispondrá la disolución de la sociedad y su liquidación por la autoridad de control.

Aplicación supletoria de los concursos comerciales (art.52)

En los casos de los artículos 50 y 51, la autoridad de control ajustará la liquidación a las disposiciones de los concursos comerciales para la quiebra, y tendrá todas las atribuciones del síndico en aquellas.

Podrá rescindir los contratos de seguro con un preaviso de 15 días, notificando a los Asegurados, por carta certificada con aviso de retorno u otro medio suficientemente idóneo. El Asegurador responde por los

siniestros ocurridos en el intervalo, salvo que el Asegurado celebre en su reemplazo otro contrato de seguro.

En los seguros de la rama vida dispondrá, previamente, la cesión de la cartera por licitación de acuerdo con las bases que fije. Si la cesión no fuera posible, se hará lo dispuesto en el párrafo anterior.

Privilegios (art.54)

Gozan del privilegio general establecido en el artículo 270 de la Ley de Concursos:

- Los Asegurados o sus beneficiarios en la rama vida, por el capital o renta debidos o por las reservas matemáticas, en el mismo grado de los créditos mencionados en el inciso 1) del citado artículo y con igual extensión a la que el artículo 271 de dicha ley otorga al capital emergente de sueldos, salarios y remuneraciones;
- Los créditos por los siniestros producidos en los otros seguros.

Los gastos de liquidación, incluidos los devengados por la autoridad de control, gozan del privilegio establecido en el artículo 264 de la mencionada Ley de Concursos.

Unidad 6

Régimen de Reservas

Las reservas de las compañías de seguros son de dos clases:

- a) Las del primer grupo se constituyen con utilidades líquidas y realizadas, como ocurre en todas las empresas. Por ejemplo: reserva legal, reserva facultativa, reserva general de previsión, etc.
- b) El otro grupo está integrado por las reservas técnicas propias de la explotación de seguro.

Las reservas del primer grupo tienen por objeto aumentar los medios de acción de la empresa, prevenir quebrantos futuros o hacer distribuciones posteriores entre los socios o accionistas. En cambio, las reservas técnicas no responden a estas finalidades y representan un pasivo o compromiso a cargo de la compañía aseguradora, lo que pone bien de manifiesto la diferencia esencial que existe entre ambos tipos de reservas.

Reserva Legal

El artículo 43 de la Ley N°20.091 establece que, sin perjuicio de lo que disponga la autoridad de control conforme a lo establecido en el artículo 34, los aseguradores destinarán en concepto de reserva legal no menos del 5% de las ganancias realizadas y líquidas que arroje el estado de resultados del ejercicio, hasta alcanzar el 20% de su capital social.

Siempre que la reserva legal se reduzca por cualquier causa, deberá reintegrarse totalmente con las primeras utilidades.

La autoridad de control podrá objetar el balance. Cuando las observaciones tengan por resultado suprimir o disminuir las utilidades o excedentes del ejercicio, podrá disponer que se suspenda o limite

correlativamente su distribución.

Reservas Técnicas

El artículo 33 de la Ley N°20.091 establece que la autoridad de control determinará con carácter general y uniforme las reservas técnicas y de siniestros pendientes que corresponda constituir a los aseguradores, en la medida que sea necesaria para atender al cumplimiento de sus obligaciones con los asegurados.

Los aseguradores que tengan obligaciones nacidas de los contratos de seguros y reaseguros a pagarse en moneda extranjera, deben constituir las reservas técnicas correspondientes en las mismas monedas o en otras permitidas que establezca la autoridad de control.

Podrán, asimismo, afectar activos al respaldo de los compromisos técnicos derivados de determinados tipos o modalidades contractuales, previa autorización de la SSN.

Las reservas técnicas siempre se contabilizan en el pasivo de la aseguradora, y las más importantes son:

Reserva de riesgos en curso: se constituye ante la posibilidad de ocurrencias de siniestros a pólizas que continúan en vigencia en parte del próximo ejercicio cuya prima total fue contabilizada en el anterior. A tales efectos, se considerará el monto de las primas emitidas por seguros directos, netas de anulaciones, por contratos de seguros cuyo vencimiento de vigencia opere con posterioridad a la fecha de cierre del ejercicio o período.

Un ejemplo sería el caso de un seguro Integral de Consorcio con una vigencia anual, pero cuyo premio final será abonado en seis cuotas.

Es probable que al momento del cierre del ejercicio, y habiendo transcurrido más de seis meses de vigencia de la póliza, dicho seguro se encuentre totalmente pagado. De todas formas, esa póliza no transcurrió totalmente, por lo cual no sabemos si ocurrirá o no algún siniestro que pudiera repercutir sobre la prima ya percibida. Esto equivale a decir que la aseguradora no puede contabilizar lo cobrado del asegurado como

prima ya “ganada”, sino que deberá constituir una reserva por el término de vigencia del contrato que aún resta.

Reserva por insuficiencia de primas: la reserva técnica por insuficiencia de primas complementa la reserva de riesgos en curso, en la medida en que su importe no sea suficiente para reflejar la valoración de todos los riesgos y gastos a cubrir por la entidad aseguradora, que se correspondan con el período de cobertura no transcurrido a la fecha de cierre del ejercicio.

Reserva de siniestros ocurridos y no reportados (IBNR): los siniestros ocurridos pero no reportados son aquellos eventos que se producen en un intervalo, durante la vigencia de la póliza, pero que se conocen con posterioridad a la fecha de cierre o de valuación del período contable.

Los siniestros ocurridos y no reportados se constituyen por:

- Siniestros ocurridos, pero aún no reportados. Se caracterizan porque el acaecimiento del siniestro no ha sido reportado aún, debido a retrasos de tipo administrativo o de la clase de contingencia cubierta.
- Siniestros ocurridos, pero no reportados completamente. Son aquellos ya ocurridos y reportados, pero cuyo costo está incompleto o no ha sido determinado con precisión. Un ejemplo puede ser el siniestro de un choque a un tercero.

Reserva de siniestros ocurridos y no suficientemente reportados (IBNER): esta reserva debe constituirse por aquellos siniestros de incapacidad y fallecimiento que, a la fecha de cálculo, han ocurrido pero no están suficientemente reportados por no contar, por ejemplo, con un diagnóstico preciso del estado del trabajador. El mejor ejemplo son los casos de accidentes laborales en ART.

Reserva de previsión para incobrabilidad de primas: las aseguradoras que operen en ramos patrimoniales deben constituir la reserva para incobrabilidad de primas en sus estados contables, al cierre de cada ejercicio o período, ajustándose a las pautas de cálculo mínimas que la SSN establece para su correcta constitución. Cabe mencionar que tal procedimiento de cálculo no resulta aplicable al ramo granizo en el que

cada aseguradora debe constituir la previsión para incobrabilidad, basándose en el análisis particular de su operatoria.

Otras reservas

Reserva matemática: son exclusivas de los seguros de vida y se forman por el exceso de ingresos sobre los egresos que, por concepto de prima, se cobra a los asegurados. Es el capital que se forma por exceso sobre la prima natural.

Unidad 7

Situación económica- financiera de las aseguradoras

En las comunicaciones relativas a la situación del mercado asegurador se resume en cuadros la información de los estados contables y de gestión de las entidades aseguradoras, presentadas trimestralmente a través de los Balances.

Se publica trimestralmente cubriéndose detalles de: activo y sus diversos componentes (inversión, créditos, etc.), pasivo y sus componentes (deudas, compromisos técnicos etc.), las cifras de gestión (primas, siniestros, gastos, etc.) y los resultados que se obtienen (técnico, financiero y total). La información se presenta clasificada por Actividad Principal de las Entidades, Ramos de Actividad, y la Evolución Trimestral de algunas variables e indicadores.

Fuente: SSN:

<https://www.argentina.gob.ar/superintendencia-de-seguros/estadisticas/situacion-del-mercado-asegurador>.

Concepto de Indicador

“Indicadores del Mercado Asegurador” contiene una serie de cifras pertenecientes a cada una de las entidades aseguradoras obtenidas a partir de la propia información que suministran las mismas en sus Balances trimestrales y en otras declaraciones que presentan periódicamente ante la SSN.

Junto con estas comunicaciones, se difunden trimestralmente las de estados patrimoniales y de resultados y estado de cobertura de compromisos exigibles y siniestros liquidados a pagar, completándose entre las tres un panorama general de los estados contables de las aseguradoras.

La SSN tiene el compromiso de suministrar toda la información disponible sobre las aseguradoras habilitadas, de modo que cada usuario pueda tomar las decisiones que considere más convenientes al contratar sus seguros. Parte de esa información son los “Indicadores”.

Además, todas las entidades que cumplan los requisitos fijados para operar en el mercado en los ramos que cada una tiene autorizados, se encuentran habilitadas para hacerlo, y es el propio usuario por sí mismo o con el asesoramiento de los PAS habilitados, quien debe decidir con cuál de esas aseguradoras quiere contratar un seguro.

La SSN no puede asesorar ni sugerir sobre las entidades aseguradoras con que pueden cubrirse determinados riesgos (por ejemplo: autos, robo, incendio, vida, etc.).

Cualquier dato básico que permita describir la situación o evolución de una aseguradora, puede ser considerado un indicador, por ejemplo:

- El monto de las primas emitidas en un cierto período.
- La participación porcentual de una compañía en el mercado de seguros.
- La siniestralidad registrada en un cierto ramo de seguros (monto de los siniestros comparados con las primas).
- Las pérdidas o ganancias registradas en un ejercicio contable.

De esto surge que, en forma genérica, puede denominarse indicador a “todo tipo de información que muestra o ‘indica’ la situación de una entidad en un momento dado, o la evolución o modificaciones que registra la misma a través del tiempo”. Si bien la información que permite realizar esta descripción puede ser de cualquier tipo, lo usual es que se denomine indicador a “las relaciones lógicas entre variables o

cifras de una aseguradora, que resumen información diversa en unos pocos guarismos, y que se utilizan para mostrar el estado de una entidad o su evolución a través del tiempo, o la comparación entre varias compañías”.

Fuente: SSN:

<https://www.argentina.gob.ar/superintendencia-de-seguros/estadisticas/indicadores-del-mercado-asegurador>.

Diferentes indicadores: de tipo General, Patrimonial, de Solvencia y de Gestión. Concepto y explicación de su resultado.

Veamos un ejemplo. Se exponen datos por entidad aseguradora, clasificadas por su actividad principal y ordenadas alfabéticamente, generados a partir de los balances trimestrales presentados por las 190 entidades autorizadas a operar al 30 de septiembre de 2019: 122 de Seguros Patrimoniales y Mixtas, 5 de Transporte Público de Pasajeros, que operan en forma exclusiva en Riesgos del Trabajo, 35 exclusivamente en Seguros de Vida y 17 de Seguros de Retiro.

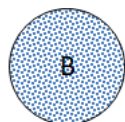
Índices Generales

A: (primas y recargos emitidos en cada entidad/Primas y recargos emitidos en el total del mercado). Indica el “tamaño” de la entidad en relación a la producción total del Mercado (en %). A mayor porcentaje, mayor es la participación de la aseguradora en el Mercado.

$$\text{A} = \frac{\text{Primas y Recargos emitidos en cada entidad}}{\text{Primas y Recargos emitidos en el total del Mercado}} \times 100 \quad \%$$

Participación en el Mercado de la entidad, con relación a la Producción Total de todo el Mercado Asegurador

B: cantidad de juicios en trámite. Indica en cifras absolutas las mediaciones y demandas judiciales entabladas y en tramitación contra cada aseguradora (cantidad de casos).



Cantidad de juicios en trámite : Nº de casos

Indica en cifras absolutas, las mediaciones y demandas judiciales entabladas y en tramitación contra cada aseguradora (cantidad de casos)

RAMAS	A	B
Transporte Público Pasajeros	0,25	31.897
Seguros de Vida	6,24	779
Seguros de Retiro	1,21	1.622

Ejemplo:

	A	B
Riesgos del Trabajo	22,99	271.296
XXXX ART	5,31	32.334
YYYY ART	4,88	58.575

En el ejemplo podemos observar que, dentro de los indicadores generales, en el indicador A: XXXX tiene mayor producción en el mercado en % que YYYY, por lo que se supone XXXX está mejor posicionada.

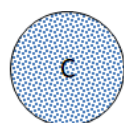
En el indicador B: XXXX tiene menos juicios que YYYY, por lo que también sigue bien posicionada.

Después de la explicación de los próximos indicadores financieros y de

solvencia, seguiremos con el mismo ejemplo, al ser riesgos del trabajo de objeto exclusivo es más fácil la comprensión.

Índices Patrimoniales

C: (Créditos / Activo). Expresa la proporción de activo compuesta por importes adeudados a la entidad de asegurados, reaseguradores, coaseguradores y cuentas a cobrar o créditos a favor (en %). A menor porcentaje, mejor posicionada está la aseguradora, porque no lo tiene en su poder, sino que le adeudan.



$$\frac{\text{Créditos}}{\text{Activo}} \times 100 \quad \%$$

Es la proporción del Activo que esta compuesta por importes adeudados a la entidad por asegurados, reaseguradores, coaseguradores y otras cuentas a cobrar o créditos a su favor

D: (Disponibilidad + Inversiones) / Deudas con asegurados. Indica la capacidad de respuesta de la aseguradora con sus bienes líquidos y cuasi líquidos, ante siniestros pendientes de pago y posibles reclamos de asegurados y terceros (en %). A mayor porcentaje, la aseguradora tiene mayor capacidad de respuesta líquida para abonar los siniestros de los asegurados y los reclamos de terceros.



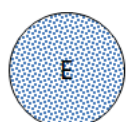
$$\frac{\text{Disponibilidad + Inversiones}}{\text{Deudas con asegurados}} \times 100 \quad \%$$

Representa la capacidad de respuesta de la aseguradora con sus bienes líquidos y cuasi líquidos, ante los siniestros pendientes de pago y posibles reclamos de asegurados y terceros damnificados

D': (Disponibilidad + Inversiones + Inmuebles) / Deudas con asegurados. Representa la capacidad de respuesta de la aseguradora con sus bienes líquidos, cuasi líquidos e inmuebles, ante los siniestros pendientes de pago y posibles reclamos de asegurados y terceros damnificados (en %). No se consideran los inmuebles de uso propio. A mayor porcentaje, mejor

es la situación de la aseguradora.

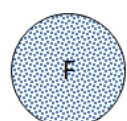
E: (Disponibilidad + Inversiones + Total de Inmuebles) / Deudas con asegurados + compromisos técnicos. Representa la cobertura con que cuenta la aseguradora para afrontar riesgos y obligaciones con asegurados y terceros damnificados (en %). Incluye inmuebles de uso propio. A mayor porcentaje, mejor es la situación de la aseguradora, y en este caso también se tiene en cuenta los compromisos técnicos o reservas técnicas.



$$\frac{\text{Disponibilidad + Inversiones + Total Inmuebles}}{\text{Deudas con asegurados + Compromisos Técnicos}} \times 100 \quad \%$$

Representa la cobertura o el respaldo con que cuenta la aseguradora para afrontar los riesgos y obligaciones con los asegurados y terceros damnificados

F: (Inversiones + Inmuebles) / Activo. Expresa la parte proporcional del activo compuesta por Inversiones e Inmuebles destinados a renta o venta (Capital Invertido) (en %). A mayor porcentaje, mejor es la situación de la aseguradora. A mayor porcentaje, más activo posee la aseguradora, lo cual es positivo.




$$\frac{\text{Inversiones + Inmuebles}}{\text{Activo}} \times 100 \quad \%$$

Expresa la parte proporcional del Activo compuesta por Inversiones e Inmuebles destinados a renta o venta (Capital Invertido)

Índices de Solvencia

G: (Superávit/Capital Requerido). Indica el excedente de capital acreditado por la aseguradora, con relación al capital requerido por las normas vigentes (en %). A mayor porcentaje, la aseguradora tiene excedente del capital requerido o capital mínimo para operar; puede ser

o, lo que significa que tiene el capital justo sin excedentes. Si es negativo, está en problemas.



A blue dotted circle containing the letter 'G'.

$$\frac{\text{Superávit}}{\text{Capital requerido}} \times 100 \quad \%$$

Indica el excedente de capital acreditado por la aseguradora con relación al capital requerido por las normas vigentes.

H: (Disponibilidades + Inversiones) / Compromisos Exigibles. Representa la capacidad de respuesta de la aseguradora con sus bienes de inmediata disponibilidad, ante el posible ⁺reclamo de deudas y compromisos vencidos (cantidad de veces) en base a datos publicados en Estado de Cobertura de Compromisos Exigibles y Siniestros Liquidados a Pagar.



A blue dotted circle containing the letter 'H'.

$$\frac{\text{Disponibilidades + Inversiones}}{\text{Compromisos exigibles}}$$

Representa la capacidad de respuesta de la aseguradora con sus bienes de inmediata disponibilidad, ante el posible reclamo de todas las deudas y compromisos vencidos e impagos (cantidad de veces)

Ejemplo:

	PATRIMONIALES			SOLVENCIA			
	C	D	D'	E	F	G	H
	% (Créditos/ Activos)	% [(Dispon.+ Invers.) Deudas c/Aseg.]	% [(Dispon.+ Invers.)	% [(Dispon.+ Invers.+ Inmueb.) (Deudas c/Aseg.+ Comp.Téc.)]	% (Inversiones + Inmuebles) / Activos	% Superávit / Capital Requerido	(Dispon. + Invers./ Compromisos Exigibles
Riesgos del Trabajo	7,98	125,23	125,36	118,5	88,97	37,98	14,4
XXXX ART	8,09	134,28	134,86	125,55	86,46	100,00	3,76
YYYY ART	6,44	110,87	110,87	107,90	91,21	-32,78	11,79

Siguiendo con el ejemplo, y analizando las dos aseguradoras con el promedio de la rama riesgos del trabajo, en los indicadores patrimoniales y de solvencia podemos decir:

Indicador C: la aseguradora YYYY está mejor posicionada que XXXX, porque tiene menos créditos en su cuenta y está por debajo del promedio de la rama.

Indicador D: la aseguradora XXXX está mejor, porque tiene más solvencia líquida para responder ante reclamos de asegurados y terceros que la aseguradora YYYY; y XXXX está por encima del promedio de la rama.

Indicador D': la aseguradora XXXX está mejor, porque al igual que en D tiene más solvencia para responder ante reclamos de asegurados y terceros que la aseguradora YYYY, y XXXX está por encima del promedio de la rama.

Indicador E: la aseguradora XXXX sigue estando mejor, porque tiene

mayor solvencia para afrontar riesgos y obligaciones con asegurados y terceros damnificados, y está por encima del promedio de la rama, mientras que YYYY está por debajo.

Indicador F: en este caso YYYY tiene mayor capital invertido que XXXX y está por encima del promedio de la rama.

Dentro de los indicadores de solvencia:

Indicador G: en este trimestre que estamos analizando podemos decir que XXXX tiene gran superávit con respecto al capital requerido, estando por encima del promedio de la rama, mientras que YYYY tiene déficit de capital mínimo. Está en negativo y deberá regularizar su situación con aportes de capital o disminuyendo el capital invertido que lo tiene por encima del promedio.

Indicador H: YYYY está mejor posicionada que XXXX, al tener mayor capacidad de pago ante el posible reclamo de deudas y compromisos vencidos con respecto al estado de cobertura. Aunque ambas están por debajo del promedio de la rama.

Índices de Gestión

I: (Primas Cedidas/Primas Emitidas). Expresa la proporción de producción que es cedida a reaseguradoras para la cobertura de sus riesgos (en%). A mayor porcentaje significa que más cede al Reaseguro la aseguradora.

J: (Siniestros Netos Devengados/Primas Netas Devengadas). Indica la proporción que representan los siniestros pagados y pendientes netos de reaseguro respecto de las primas devengadas netas de reaseguro. Este indicador se denomina usualmente “Siniestralidad” (en %). Mientras menor sea el porcentaje mejor es la situación, porque es el porcentaje que la aseguradora se hace cargo de los siniestros mediante la retención, sin tener en cuenta lo que cede al reaseguro.

K: (Gastos de Producción/Primas y Recargos Emitidos). Expresa el porcentaje de primas y recargos emitidos destinados a cubrir el costo de intermediación, además de otros gastos de producción (en %). A mayor

porcentaje, mayores serán los gastos que tendrá la aseguradora en costos de intermediación (pago de comisiones).

L: (Gastos de Explotación/Primas y Recargos Emitidos: expresa el porcentaje de primas y recargos emitidos destinado a cubrir los gastos administrativos de la aseguradora (en %). A mayor porcentaje, mayores son los gastos que la Aseguradora destina para el pago de agentes institorios, locales en alquiler, etc.

M:(Gastos Totales/Primas y Recargos Emitidos). Expresa el porcentaje de primas y recargos emitidos destinados a cubrir el costo total de gestión de la entidad (en%). A mayor porcentaje, peor es la situación porque la Aseguradora tuvo muchos gastos para su gestión como tal.

N: (Resultado del Ejercicio/Primas y Recargos Emitidos). Indica la relación porcentual del resultado del ejercicio o período, con relación al total de la producción (en %). A mayor porcentaje mejor es la situación de la aseguradora, porque se tiene en cuenta solamente el resultado del ejercicio trimestral con respecto a las primas y recargos emitidos, sin las inversiones que hubiera podido tener como beneficio.

Ejemplo teniendo en cuenta indicadores de gestión:

	GESTION					
	I	J	K	L	M	N
	% Primas Cedidas / Primas Emitidas	% Siniestros Netos Devengados / Primas Netas Devengadas	% Gastos de Producción / Primas y Recargos Emitidos	% Gastos de Explotación / Primas y Recargos Emitidos	% Gastos Totales / Primas y Recargos Emitidos	% Resultado del Ejercicio / Primas y Recargos Emitidos
Riesgos del Trabajo	3,72	123,53	5,29	14,73	19,04	4,76
XXXX ART	14,94	107,06	5,53	15,38	16,71	16,15
YYYY ART	0,18	165,44	4,76	14,54	19,30	13,57

Siguiendo con el ejemplo, y analizando las dos aseguradoras con el promedio de la rama Riesgos del Trabajo, en los indicadores de gestión podemos decir:

Indicador I: la aseguradora XXXX cede primas al Reaseguro mucho más que YYYY y que el promedio.

Indicador J: la aseguradora XXXX está mejor, porque tiene menos siniestralidad propia, ya que cede al reaseguro, y está por debajo del promedio de la rama; mientras que YYYY cede muy poco al reaseguro y tiene mucha siniestralidad, incluso por arriba del promedio de la rama.

Indicador K: la aseguradora YYYY gasta menos en costos de producción y está por debajo del promedio de la rama. Mientras que XXXX gasta más y está por encima del promedio.

Indicador L: la aseguradora YYYY gasta menos en costos de explotación y está por debajo del promedio de la rama. Mientras que XXXX gasta más y está por encima del promedio.

Indicador M: en este caso XXXX está mejor porque el costo total de gestión es menor que YYYY, y está por debajo del promedio de la rama.

Indicador N: en este caso XXXX está mucho mejor porque obtiene un mejor resultado del ejercicio trimestral, superando el promedio de la rama; mientras que YYYY tiene resultado negativo, y esto se debe al alto grado de siniestralidad que tiene, porque los gastos de producción y explotación son bajos.

Unidad 8

Reaseguros: concepto

El reaseguro es una forma aseguradora de segundo grado a través de cuyas diversas modalidades las entidades aseguradoras procuran homogenizar y limitar las responsabilidades a su cargo, para normalizar el comportamiento de la cartera de riesgos asumidos.

La finalidad de este reaseguro es el proteger a la compañía de seguros de las fluctuaciones y de las desviaciones negativas de los siniestros de la cedente ya sea por la frecuencia o la severidad de los siniestros.

De eso se trata, de asegurar. Es decir: transferir parte de los riesgos asumidos o parte de las indemnizaciones a pagar, con el objeto de equilibrar y, por ende, regularizar y dimensionar el comportamiento de la masa de operaciones que componen la cartera por ramo o global, de las empresas aseguradoras. Brindando esta protección, el reaseguro provee la capacidad financiera necesaria para lograr la viabilidad del sistema asegurador en sí mismo, constituyéndose en la base imprescindible de su funcionamiento solvente.

Objetivos y funciones del Reaseguro

Objetivos

- Estabilizar la función técnica y financiera respecto de las entidades aseguradoras directas.
- Procurar normalizar el comportamiento de la cartera de riesgos asumidos por el asegurador directo, como se dijo anteriormente, por

medio de la cobertura de los desvíos o desequilibrios que afecten la frecuencia o la intensidad, la distribución temporal y la cuantía individual de los siniestros que se produzcan en la misma.

- Limitar en las fluctuaciones anuales de siniestralidad.
- Reducir la exposición en riesgos de alto valor, superior a su capacidad técnica y financiera.
- Limitar sus pérdidas en el caso de un evento catastrófico.

Función del Reaseguro

Desde el punto de vista comercial, el reaseguro presta un valioso auxilio al seguro directo toda vez que le permite desarrollar sus negocios sin limitaciones, tomando coberturas por valores que superen en mucho su capacidad económica individual.

En tal sentido, las empresas aseguradoras pequeñas y medianas, sin el apoyo reasegurador no podrían competir en el mercado frente a las grandes compañías, sobre todo en la captación de riesgos de mayor envergadura.

Técnicamente, en el reaseguro tienden a cumplirse los principios de la ley de los grandes números toda vez que reúne masa de riesgos suficientemente grandes, distribuidas en el tiempo y espacio geográfico, dado su carácter internacional, logra la necesaria compensación del sistema, casi imposible de obtener a nivel del asegurador directo individualmente.

Asimismo, el reasegurador colabora con sus cedentes realizando el diseño de textos contractuales y fijación de tarifas para riesgos complejos y poco frecuentes, facilitando el desarrollo de nuevas operaciones y ampliación de cartera a las aseguradoras directas.

Aspectos legales. Naturaleza jurídica del contrato de Reaseguro.

El hecho económico y técnico del reaseguro se expresa a través de un contrato de segundo grado.

En el contrato de reaseguro las condiciones se pactan entre asegurador y reasegurador. Tanto el contrato de seguro como el de reaseguro son independientes y autónomos, pero el segundo está subordinado al primero porque el seguro original y el riesgo cubierto son presupuestos causales del reaseguro, ya que sin ellos faltaría el interés asegurable por parte del reasegurado.

Jurídicamente, no modifica la relación entre asegurado y aseguradora ya que esta sigue siendo la única responsable frente al primero por las obligaciones asumidas en el contrato de seguro. El asegurado carece de acción de reclamo contra el reasegurador ya que no existe vínculo jurídico alguno entre ambos.

El contrato reúne todos los caracteres propios del seguro:

- Es oneroso porque requiere pago de primas.
- Es consensual por el consentimiento de las partes, aunque requiere un principio de prueba por escrito para demostrar sus condiciones.
- Es bilateral ya que genera obligaciones recíprocas diferenciadas.
- Es aleatorio porque la obligación del reasegurador está condicionada por la ocurrencia de un hecho eventual. La aparición de una obligación de pago por siniestro a cargo de la cedente, que se origina en una circunstancia fortuita, incierta en si misma o en cuanto al momento de producirse, como en el caso de los seguros de vida.

No se trata de un contrato de adhesión como es el de seguro directo, cuyas condiciones generales y particulares están prefijadas y el asegurado acepta.

Elementos del contrato de Reaseguro

Partes

Aseguradora: una compañía de seguros o aseguradora es la empresa especializada en el seguro, cuya actividad económica consiste en producir el servicio de seguridad, cubriendo determinados riesgos económicos a las unidades económicas de producción y consumo.

Reaseguradora: las compañías de reaseguros o reaseguradoras son entidades que, a través de un contrato de reaseguro, aceptan la cobertura de uno o varios riesgos asumidos por otra. Una compañía de reaseguros se hace cargo de los riesgos asumidos por otra entidad de seguros.

Elementos

El reaseguro posee todos los elementos propios y necesarios del contrato de seguro:

- Interés asegurable: está constituido por la relación jurídica existente entre el asegurador directo y su patrimonio.
- Riesgo: está constituido por el peligro de que se produzca la obligación de pago del siniestro. El riesgo es la aparición de la deuda y no el hecho generador de esa deuda.
- Suma asegurada: la suma asegurada es la suma reasegurada, pues en todo contrato se dimensiona el monto hasta el cual responde el reasegurador.
- Prima: es un elemento esencial del contrato de reaseguro que puede ser una porción de la prima directa cobrada por la cedente u otro importe determinable en función de otros factores, como ocurre en los reaseguros no proporcionales.

Formas operativas y modalidades de contratación

Formas Operativas o Tipos de Contratos de Reaseguro:

Reaseguro Obligatorio o Contrato General o Automático

Se establece para un período la forma, condiciones, valores y circunstancias bajo las cuales ambas partes convienen cubrir en reaseguro, parte de las operaciones o siniestros de un determinado ramo: ejemplo transporte, automotores, etc.

La aseguradora se compromete a ceder y la reaseguradora a aceptar ciertos porcentajes de riesgos y de acuerdo a cada rama. El contrato fija el marco dentro del cual se desenvuelven las relaciones entre ambas partes, y le permite al asegurador directo operar libremente aceptando operaciones encuadradas dentro de los límites del contrato, proporcionándole agilidad operativa.

Reaseguro Facultativo

Contrato individual, específico, por el cual se cubre un determinado riesgo en sentido material. La retención o cesión se establece individualmente, estudiando cada riesgo entre la aseguradora y la reaseguradora. El reasegurador debe aceptar expresamente la operación. Generalmente se utiliza cuando las sumas aseguradas son muy elevadas o los riesgos de muy alta intensidad. Para el reasegurador, en cambio, resulta una operación interesante, pues le permite intervenir directamente en la suscripción de cada negocio, estudiando sus características, fijando condiciones y primas. Técnicamente, el reasegurador actúa como un asegurador directo, motivo por el cual resulta necesario hacerle llegar la más amplia información sobre el riesgo a cubrir. Ejemplo: cauciones de obras viales, un todo riesgo operativo (que cubre diferentes ramas: un shopping).

Reaseguro Facultativo Obligatorio

Es un reaseguro proporcional (de riesgos) donde el asegurador puede ceder riesgos y el reasegurador está obligado a aceptarlos. También

llamado “open cover” dentro de los contratos proporcionales. En este tipo de contratos, el límite de responsabilidad no se establece con base en múltiplos de retención de la cedente, de tal suerte que, independientemente del importe retenido, la cedente puede llenar el contrato a su máxima capacidad, es decir, no tiene limitaciones precisas (se maneja como un reaseguro facultativo). Este tipo de contratos no se otorgan fácilmente por parte de los reaseguradores, debido a las características tan abiertas del contrato, que pueden provocar grandes desviaciones en siniestralidad. El mejor ejemplo son las cauciones aduaneras, que, por ser obligatorias, cada vez que baja o carga un barco o están en un depósito fiscal, deben tener mayor rapidez en emitirse. Recordemos que, en estos casos, no es el despachante de aduana quien contrata, sino un PAS como intermediario entre las partes.

Modalidades de Contratación

CONCEPTO	PROPORCIONALES	NO PROPORCIONALES
Reasegura	<u>Riesgos</u> El cedente y el reasegurador pactan un porcentaje de la prima y de los compromisos de riesgos del contrato de la póliza	<u>Siniestros</u> El reasegurador asume parte de los costos de los siniestros que supere ciertos valores, es decir, lo que excede que se llama "prioridad".
Cobertura	Parte de la suma asegurada por póliza	Parte del siniestro pagado
Participación en siniestros	Igual a la proporción reasegurada	Importa del siniestro sobre la prioridad
Precio	Parte proporcional de la prima	Tarifa específica, autónoma
Pago de prima	Periódicamente según cuentas	Anticipo por adelantado y ajuste al término del contrato

[illegible]

	<p>que <u>la proporción reasegurada es un porcentaje fijo para toda la rama que se decide reasegurar.</u></p> <p><u>De Excedentes o de “sumas” (Surpluss):</u> El asegurador fija una retención y cede al reasegurador la diferencia de capital asegurado y la prima proporcional a esa cesión, recibiendo una comisión sobre la prima cedida.</p> <p>Podemos definir un contrato de excedentes como un compromiso entre el asegurador y el reasegurador a ceder y aceptar una <u>participación variable en los riesgos que la cedente desee incluir en los contratos.</u> En este tipo de contrato, la retención de la cedente se denomina Pleno. Este es la suma que la cedente decide conservar por cuenta propia, es decir, es su retención.</p>	<p>ocurrencia de los siniestros. El reasegurador paga directamente ante determinados eventos, o cuando estos superan determinados montos preestablecidos como prioridad en cada siniestro.</p> <p><u>Exceso de pérdida por acontecimiento:</u> La reaseguradora cubrirá el exceso de pérdida que un acontecimiento provoque por la acumulación de daños en un siniestro que tengan como origen una misma causa o acontecimiento.</p> <p><u>Exceso de pérdida por catástrofe:</u> cubre eventos de graves proporciones. El reaseguro catastrófico cubre los siniestros sufridos por una aseguradora, causados por un solo evento que exceden su prioridad.</p> <p><u>Limitación de Siniestralidad (Stop Loss):</u> Método por el cual el reasegurador asume los montos que sobrepasen la prioridad</p>
--	--	---

		<p>de la cedente por rama en los siniestros. No hay relación proporcional de primas y siniestros. Su finalidad es proteger los resultados anuales del asegurador <u>en un determinado ramo contra la desviación negativa por la incidencia siniestral operada</u>. Esto puede producirse por insuficiencia de primas, desvíos por alta siniestralidad.</p> <p><u>Limitación global de siniestralidad por ejercicio</u>: significan un verdadero seguro tomado por el asegurador directo, que brinda una protección a su estado de resultado, cumpliendo una función eminentemente financiera; otorgan amparo a su balance protegiendo sus resultados económicos por la totalidad del negocio. Su finalidad es proteger los resultados anuales de la entidad aseguradora y, posiblemente, la modificación de la selección de riesgos por parte del Asegurador.</p>
--	--	---

Retrocesión

El reaseguro de lo reasegurado se denomina “retrocesión”, vale decir, volver a ceder parte de lo que ya fue cedido. Una vez que el reasegurador ha establecido su capacidad en función del análisis cuantitativo y cualitativo de su cartera, procede a reasegurar los excedentes que se hayan producido a través de los contratos generales de retrocesión con otra u otras reaseguradora/s.

El reasegurador puede seguir dos políticas de negocios:

- Aceptar participaciones con contratos facultativos solamente hasta el límite de su capacidad, compartiendo en co-reaseguro con otros reaseguradores el monto excedente, lo que se da con mayor regularidad.
- Admitir operaciones por encima de su capacidad, volcando los excedentes a sus contratos de retrocesión.

Es un hecho común en el mercado mundial el ofrecimiento de la participación en contratos de retrocesión que abarquen las operaciones de determinados reaseguradores correspondiente a un ramo específico, proveniente de determinada zona geográfica.

En consecuencia, la retrocesión se utiliza solo cuando el reasegurador acepta reaseguros por encima de su capacidad. Este hecho puede producirse por políticas tendiente a reunir un gran volumen de primas y ceder partes de ellas en condiciones comerciales convenientes.

Corredores o Intermediarios de Reaseguro

Un corredor de reaseguros es un profesional independiente que intermedia en la concertación de operaciones a través de contratos generales o colocaciones facultativas, dando apoyo técnico a sus clientes para el diseño de programas, para análisis de cartera y evaluación de experiencias, para la presentación de solicitudes a los reaseguradores, para la elección de las propuestas más convenientes, etc.

El corredor de reaseguros constituye generalmente una empresa, aunque

sea unipersonal, pues requiere el funcionamiento de todo un equipo especializado en distintas disciplinas.

En Argentina, pueden actuar como intermediarios las sociedades anónimas, nacionales o sucursales de sociedades extranjeras, acreditando un determinado capital y ciertos requisitos que estipula SSN.

Actual Marco Regulatorio

El actual Marco Regulatorio con respecto a Reaseguros, además de la Ley N°20.091 y su correspondiente Reglamento de la Actividad Aseguradora por Resolución de SSN N°38708/2014, y sus modificatorias y complementarias, se dictó una nueva Resolución N°40.422/17 que tiene como objetivo generar una apertura del mercado de reaseguros, en un todo de acuerdo con la operatoria, caracterizada por:

- Transnacionalidad;
- Dispersión del riesgo;
- Solvencia;
- Respaldo financiero global.

Las motivaciones que llevaron en ese momento a SSN a dictar esta nueva Resolución fueron las observaciones GAFI (Grupo de Acción Financiera Internacional) a nuestro país con relación a:

- Tema de lavado de dinero y financiamiento del terrorismo.
- Al interés del gobierno nacional de contar con reaseguradoras nacionales que retengan riesgos y divisas en el país (con la debida capacidad técnica, económica y financiera).
- Avanzar en la integración económica y normativa del Mercosur en lo que respecta al sector de seguros.