

LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN

A través del Decreto N° 108.295 del 21 de Junio de 1937, se crea la Superintendencia de Seguros de la Nación (SSN) con el objeto de regular y controlar la actividad aseguradora.

Con posterioridad se fueron dictando normas legales que, aún vigentes en nuestros días, conforman el marco de desenvolvimiento de la actividad aseguradora:

- La Ley N° 17.418 del 30 de Agosto de 1967, que legisla sobre la naturaleza y características del contrato de seguros.
- La Ley N° 20.091 (texto ley 24.241) del 11 de Enero de 1973, que regula el régimen de funcionamiento de las entidades de seguros y sobre los deberes y atribuciones de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
- La Ley N° 22.400 del 11 de Febrero de 1981, que establece el sistema de intermediación en seguros a través de los productores asesores de seguro y sociedades de productores.
- La Ley N° 24.240 (texto ley 26.361) del 22 de Septiembre de 1993 que prevé la tutela del consumidor.
- La Ley N° 24.557 del 13 de Septiembre de 1995, que acuerda el sistema de prevención de riesgos y reparación de daños derivados del trabajo.
- La Ley N° 25.246 (texto ley 26.268) del 13 de Abril de 2000 que acuerda protección penal frente al lavado de activos de origen ilícito y el financiamiento del terrorismo, y que incluye dispositivos particulares para el sector seguros.

Dichas normas legales se integran con el resto del régimen legal y con las normas reglamentarias dictadas en su consecuencia.

La SSN es un organismo público descentralizado en la órbita del Ministerio de Economía y Finanzas Públicas, que ejerce la supervisión integral de la actividad aseguradora, reaseguradora y de intermediación en todo el país, y que tiene como principal objetivo promover una plaza solvente, estable y eficiente en beneficio de los asegurados, asegurables, beneficiarios y damnificados.

La SSN está a cargo de un funcionario con el título de “SUPERINTENDENTE DE SEGUROS”, que es asistido por el “VICE SUPERINTENDENTE DE SEGUROS”, siendo ambos designados por el Poder Ejecutivo Nacional.

Tenga presente que la SSN cuenta con un “**DEPARTAMENTO DE ORIENTACIÓN Y ASISTENCIA AL ASEGURADO**” (DOAA) dependiente de la SUBGERENCIA DE RELACIONES CON LA COMUNIDAD, que constituye un ámbito específico de atención y tratamiento de consultas, quejas y reclamos de los usuarios.

En este sentido, han dispuesto mecanismos de resolución administrativa de conflictos que tienen previsto una primera instancia por ante la propia aseguradora, siendo que si transcurren treinta (30) días sin que el conflicto se supere, podrá acudirse por ante el Organismo de Control, Subgerencia de Relaciones con la Comunidad.

Por otra parte, el DOAA PRÓXIMAMENTE PODRÁ responder inquietudes y brindar asesoramiento a través del servicio de atención telefónica al “0800” (que a la brevedad estará habilitado) o vía correo electrónico al e mail consultas@ssn.gov.ar.

Ante cualquier duda contacte a SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN, donde puede evacuar sus dudas o inquietudes como también formular las denuncias que estime oportunas.

Recuerde que la producción de una denuncia no implica la suspensión ni interrupción de los plazos de prescripción para deducir reclamos judiciales.

La denuncia o presentación ante la SSN es gratuita y no requiere de gestoría ni patrocinio letrado.

Avda. Pte. J.A. Roca 721 (C1067ABC) Buenos - Argentina

Tel.: (54) 11- 4338-4000 (Líneas Rotativas) - Stand de Atención al Público - Planta Baja (Int. 1011; 1013 ó 1010 de 10.30 A 17.30 Hs.).

Sitio en Internet :www.ssn.gov.ar

II.- PRINCIPIOS GENERALES

¿PARA QUÉ SIRVE EL SEGURO?

Las personas y sus bienes están sujetos a contingencias dañosas, y es entonces que para protegerse frente a las consecuencias perjudiciales de tales peligros, acaso Ud. necesite tomar un seguro.

Por cierto que es conveniente tomar medidas de prevención, y va de suyo que el seguro no evita el riesgo, ni el acaecimiento de un siniestro, como tampoco sus resultados dañosos. Pero si ello ocurre, la cobertura de seguros le brindará protección en la medida de las condiciones convenidas en la póliza.

Tenga presente que el contrato de seguro es la forma más económica para procurar un amparo efectivo frente a los distintos riesgos que acechan a su persona, a su familia, a su patrimonio y a sus intereses en general. Note que si Ud. se decidiera a producir un ahorro por su cuenta para paliar un posible siniestro, no sólo estaría inmovilizando un capital mayor, sino que podría suceder que al momento de acaecer dicho siniestro, la suma ahorrada no fuera suficiente para cubrir el daño.

CONTRATO DE SEGURO

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 objeto del contrato de seguro es la cobertura contra un riesgo que amenaza un interés económico lícito.

El contrato de seguro sólo puede probarse por escrito, aunque todos los demás medios de prueba serán admitidos si hay principio de prueba por escrito.

PÓLIZA

El documento que instrumenta el contrato de seguro se denomina “póliza”.

Es usual que con anterioridad se suscriba una propuesta o solicitud de seguro.

Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada si el tomador (contratante) no reclama dentro del mes de recibido dicho documento.

Las “condiciones generales” son aquellas uniformes que se aplican a todas las pólizas de un mismo riesgo, y contienen normas que regulan el riesgo cubierto, exclusiones a la cobertura, obligaciones y cargas del asegurado, etc.

Las “condiciones particulares” se refieren a aspectos singulares de cada contrato, tales como datos de las partes, determinación del interés asegurado, importes cubiertos, prima, duración del contrato, etc.

No olvide leer todas las cláusulas contenidas en la póliza, inclusive las que están escritas en letra pequeña, para tener una información completa de los términos del contrato que se suscribe.

Muy especialmente se le recomienda prestar atención a los siguientes ítems:

- Inicio y final de la vigencia de la cobertura;
- La individualización de las cosas, bienes o personas objeto de la cobertura;
- Los riesgos cubiertos;
- La suma asegurada;
- Las exclusiones de cobertura, y
- Si existen descubiertos o franquicias a cargo del asegurado.

PLAZO

Se presume que el período de seguro es de un año salvo que por la naturaleza del riesgo la prima se calcule por tiempo distinto.

La responsabilidad del asegurador comienza a las doce horas del día en el que se inicia la cobertura y termina a las doce horas del último día del plazo establecido, salvo pacto en contrario.

PARTES

Las partes del contrato son el asegurador (compañía de seguros) y el tomador (contratante).

Tenga en cuenta que en la mayoría de los casos la persona del tomador coincide con la del asegurado, que es el titular del interés asegurado, extremo que difiere de los supuestos en los que se contrata un seguro por cuenta ajena.

LA INTERMEDIACIÓN

Es usual la intervención de un productor asesor de seguros (o de una sociedad de productores) que “intermedia” entre el tomador y la entidad aseguradora, promoviendo la concertación del contrato de seguro, y asesorando a asegurados y asegurables.

EL AGENTE INSTITORIO

En ocasiones las aseguradoras designan un representante o agente con facultades para actuar en su nombre bajo la forma del mandato, en cuyo caso aquél está autorizado para

celebrar contratos de seguros, pactar modificaciones o prórrogas, para recibir notificaciones y formular declaraciones de rescisión, salvo limitación expresa. Las aseguradoras pueden conferir dicha representación con validez para un determinado distrito o zona, supuesto en el que las facultades del representante se limitan a negocios o actos jurídicos referidos a contratos relativos a cosas o personas localizadas en el distrito o zona en cuestión.

¡NO SE DEJE SORPRENDER!

Asegúrese de que la entidad con la que está operando se encuentra efectivamente autorizada por la SSN para celebrar contratos de seguros y, si acude a un productor asesor de seguros, que éste esté debidamente inscripto y con su matrícula vigente.

Tenga presente que la actividad de los “comercializadores NO autorizados” es ilegal.

Por otra parte, las personas y los bienes radicados en el país, sólo pueden ser asegurados en entidades autorizadas por la SSN.

No se deje sorprender y, ante cualquier duda consulte la página web www.ssn.gov.ar o contacte a la SSN.

PRIMA

En sentido amplio, el vocablo “prima” alude al precio del seguro. En sentido técnico implica el costo del riesgo conforme los análisis y cálculos matemáticos o actuariales basados en información estadística.

“Prima pura o neta” equivale al valor neto del riesgo y “prima bruta o comercial” comprende la prima pura más ciertos elementos accesorios como gastos administrativos, impuestos, tasas, contribuciones, comisiones y beneficio del asegurador, a todo lo cual se lo conoce como “premio”.

El pago del “premio” es la principal obligación del asegurado (el asegurado debe pagar en tiempo y forma el premio para que su cobertura mantenga la plena vigencia).

RIESGO

El riesgo es una eventualidad de posible ocurrencia, y sobre la cual hay incertidumbre en orden a su probable producción, o del tiempo en el que ha de acontecer.

El riesgo está relacionado con el interés asegurado y con la cosa sobre la que recae dicho interés. El interés (relación lícita y económica respecto de una cosa o bien) se convierte en interés asegurable cuando está amenazado por un riesgo.

El riesgo asegurado es el que está descrito y delimitado en el contrato de seguro.

La delimitación es:

- *causal* (la póliza indica los acontecimientos que constituyen causa de siniestros cubiertos por el seguro);
- *temporal* (la cobertura rige por determinado tiempo); *espacial* (se cubren riesgos dentro de determinado ámbito espacial); y
- *objetiva* (el asegurador responde si el siniestro afecta a determinada persona, cosa o bien, sobre el que reposa el interés asegurado).

Quien asegura el mismo interés y el mismo riesgo con más de un asegurador, notificará sin dilación a cada uno de ellos los demás contratos celebrados, con indicación del asegurador y de la suma asegurada, bajo pena de caducidad, salvo pacto en contrario.

No olvide que toda declaración falsa o reticencia puede importar la nulidad del contrato.

Asimismo, recuerde que el tomador debe denunciar al asegurador la agravación del riesgo causada por un hecho suyo, antes de que se produzca; y la debida a un hecho ajeno, inmediatamente después de conocerla.

SINIESTRO

Es el suceso que condiciona el cumplimiento de la prestación debida por el asegurador, en virtud de la producción del riesgo previsto en el contrato. Se trata de contingencias dañosas que afectan a las personas, cosas o bienes sobre las que reposa el interés asegurado. Es decir, un acontecimiento que, por originar los daños previstos en el contrato de seguro, genera responsabilidad del asegurador en orden a pagar la indemnización o la suma asegurada, al asegurado o a sus beneficiarios.

Tenga en cuenta que si el siniestro es provocado dolosamente o por culpa grave, el asegurador queda liberado.

También queda liberado el asegurador si el siniestro es producido por vicio propio de la cosa, o los daños son causados por hechos de guerra civil o internacional, o por motín o tumulto popular, salvo convención en contrario.

DENUNCIA DEL SINIESTRO

El tomador o derechohabiente, en su caso, comunicará al asegurador el acaecimiento del siniestro dentro de los tres días de conocerlo.

PRESCRIPCIÓN

La prescripción es un instituto jurídico en virtud del cual se produce la liberación de una obligación por el transcurso del tiempo, de suerte tal que su satisfacción no puede ser judicialmente reclamada, para convertirse en una “obligación natural” y por tanto sólo sujeta a su cumplimiento voluntario.

Las acciones que nacen del seguro prescriben en el plazo de un (1) año, excepto que se trate de consumidores o usuarios en los términos de la ley de Defensa del Consumidor (Ley N° 24.240), en cuyo caso el plazo de prescripción se extiende a tres (3) años.

USUARIOS O CONSUMIDORES

Es consumidor o usuario toda persona física o jurídica que adquiere o utiliza bienes o servicios en forma gratuita u onerosa como destinatario final, en beneficio propio o de su grupo familiar o social. Queda comprendida la adquisición de derechos en tiempos compartidos, clubes de campo, cementerios privados y figuras afines. Se considera asimismo consumidor o usuario a quien, sin ser parte de una relación de consumo, como consecuencia o en ocasión de ella adquiere o utiliza bienes o servicios como destinatario final, en beneficio propio o de su grupo familiar o social, y a quien de cualquier manera está expuesto a una relación de consumo.

En el caso del seguro, se considera que pueden ser consumidores o usuarios con la consiguiente tutela particular que la ley acuerda:

- asegurados
- asegurables
- beneficiarios
- terceros o damnificados

SEGUROS ACCESORIOS A RELACIONES DE CRÉDITO

Tenga presente que la SSN ha regulado la contratación de seguros colectivos de saldo deudor, y que los bancos, aseguradoras, empresas emisoras de tarjetas de crédito, y entidades administradoras de planes de capitalización y ahorro para fines determinados, no pueden cobrar sobrepagos por financiar las compras a plazo.

Se trata de casos en que se incluye un seguro de vida enderezado a cubrir los saldos deudores frente a hipótesis de fallecimiento, pudiendo optar el tomador por adicionar la cobertura de invalidez total permanente por hasta seis (6) meses. Asimismo, las aseguradoras podrán ofrecer cláusulas adicionales de invalidez total temporaria o de desempleo involuntario, cuya contratación queda sujeta a opción del asegurado.

CLASIFICACIÓN BÁSICA DE LOS SEGUROS

Seguros de daños patrimoniales: cubren el interés que una persona pueda tener respecto de cosas o derechos determinados, como también respecto de su patrimonio en general, para el caso que éste pueda verse afectado por una obligación nacida de alguna circunstancia que genere responsabilidad. Tienen naturaleza indemnizatoria, de compensación o reparación, por lo que se excluye el lucro o enriquecimiento por sobre el valor actual del interés asegurado.

Si al tiempo del siniestro el valor asegurado excede del valor asegurable, el asegurador sólo está obligado a resarcir el perjuicio efectivamente sufrido. Si el valor asegurado es inferior al valor asegurable, el asegurador sólo debe indemnizar el daño en la proporción que resulte de ambos valores, excepto pacto en contrario.

Seguros de personas:

- seguros de vida, relativos a la duración de la vida humana, sea para el caso de ocurrir el fallecimiento o la sobrevivencia, e incluso formas mixtas comprensivas de ambos supuestos.
- seguros vinculados a sucesos o accidentes que puedan provocar un daño en la salud o la integridad física, o la pérdida de la vida.

Seguros denominados sociales o relativos a sistemas o subsistemas de la Seguridad Social:

Enderezados a brindar amparo frente a contingencias naturales de la vida como son la enfermedad, los accidentes, la vejez o la muerte que puedan afectar a los trabajadores y a su familia.

Seguros obligatorios:

Son aquéllos cuya contratación se impone para desarrollar determinada actividad en concreto, sea en virtud del riesgo que ésta conlleva, o por el fin social que la norma persigue, tal como ocurre con el seguro de responsabilidad civil para la circulación de automotores.

Recuerde que el Decreto Poder Ejecutivo Nacional N° 1567/74 y normativa reglamentaria y modificatoria, consagró un beneficio (SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO) para el caso de muerte de los trabajadores en relación de dependencia, cuyo costo está a cargo del empleador; y que éste será directamente responsable del pago del beneficio de marra para el supuesto de que omitiera concertar el correspondiente seguro.

RAMOS

Las modalidades que adoptan las actividades aseguradoras se agrupan acorde a riesgos de características o naturaleza similar que constituyen los denominados “ramos”. Las aseguradoras sólo pueden operar en los ramos y con los planes que previamente les sean autorizados por la SSN.

La clasificación de los ramos es relativa atento la natural dinámica que inviste la actividad aseguradora.

Por ello, a mero título ilustrativo, podemos citar los ramos (patrimoniales, por ejemplo automóviles, incendio, cristales, etc., y de personas, por ejemplo de vida, retiro, etc.).

Ud. puede consultar en la página web del organismo los ramos que han sido autorizados a cada entidad.

MECANISMO TÉCNICO ECONÓMICO

El seguro se basa en una trilogía o equilibrio técnico entre PRIMA; RIESGO Y SUMA ASEGURADA.

Dentro del ítem riesgo, se propicia una ponderación acorde a la intensidad y frecuencia, siendo que las leyes de los grandes números ilustran sobre los comportamientos hipotéticos de dichos riesgos.

En efecto, el seguro es un instituto eminentemente técnico que en esencia importa un “traslado de riesgos”, destacándose que el traslado en cuestión debe serlo a una empresa, que es autorizada por la SSN a operar, cuando se verifica que goza básicamente de una adecuada estructura jurídica, técnica y de solvencia.

En este esquema, juegan un rol esencial:

- El principio de mutualidad en virtud del cual el asegurador agrupa un número considerable de asegurados, preferentemente de riesgos homogéneos con cuyas contribuciones conforma un fondo capaz de afrontar los siniestros;
 - Las estadísticas que permiten elaborar hipótesis de comportamiento futuro de los riesgos y los cálculos actuariales enderezados a estimar las primas;
 - El régimen de “reservas” inherentes al pasivo del asegurador y cuanto hace en consecuencia a su real solvencia a tenor de las relaciones técnicas que le son exigibles (sean patrimoniales, financieras o en su posición de retención de riesgos) y
-
- La dispersión del riesgo en sus distintas modalidades, por ejemplo, el reaseguro y el coaseguro.

Esta es la razón por la que es importante que Ud. se asegure que está contratando efectivamente con una aseguradora autorizada para operar por la SSN.

CONSULTE SOBRE LA ASEGURADORA DE SU INTERÉS

Antes de concertar un contrato de seguro, recabe información respecto de la compañía de su interés:

- A través de un productor asesor de seguros;
- utilizando la página web de la SSN; o
- consultando a la SSN, sea por escrito, o bien personalmente a los funcionarios de la Subgerencia de Relaciones con la Comunidad (Stand de Atención al Público).

Es muy importante destacar que el régimen legal no instituye un sistema de garantías, de suerte tal que la SSN ni el Estado asumen la responsabilidad por el accionar o las deudas del asegurado o de la aseguradora.

III.- LOS SEGUROS MÁS USUALES

Si bien pueden verificarse variaciones a tenor de los planes que comercializa cada aseguradora, es posible advertir una serie de elementos y conceptos básicos que son los que a continuación se enuncian respecto del Seguro de Automotor; Combinado Familiar; Vida y Riesgos del Trabajo.

SEGURO DE AUTOMOTORES

Está enderezado a la cobertura de varios riesgos que genera el automotor. Básicamente se cubre:

- Responsabilidad civil hacia terceros
- Daños al vehículo
- Incendio
- Robo o hurto

A través de la Resolución General SSN N° 35.864 del 10-06-2011, vigente - por prórroga - a partir del 1° de setiembre de 2011 se han consagrado las condiciones contractuales que con carácter general y uniforme aprobó la SSN para su utilización por las aseguradoras que explotan el Ramo Vehículos Automotores y/o Remolcados, y que se encuentran disponibles en la página web del organismo. En la mencionada Resolución se establece que en toda póliza de Seguro de Vehículos Automotores y/o Remolcados, **la cobertura básica deberá amparar la Responsabilidad Civil hacia Terceros Transportados y no Transportados, exigida por la Ley de Tránsito y Seguridad Vial (“Póliza Básica del Seguro Obligatorio de Responsabilidad Civil”** (El asegurador se obliga a mantener indemne al Asegurado y/o a la persona que con su autorización conduzca el vehículo objeto del seguro, por cuanto deban a un tercero como consecuencia de daños causados por ese vehículo o por la carga que transporte en condiciones reglamentarias, por hechos acaecidos en el plazo convenido, en razón de la

responsabilidad civil que pueda resultar a cargo de ellos, en el marco de los límites normativamente previstos).

Ello sin perjuicio de que es posible concertar contratos de seguro que incluyan distintas combinaciones de coberturas. Además, deberán incluirse en todas las pólizas las Condiciones Generales y Cláusulas Adicionales que el organismo dispuso son de “emisión obligatoria”.

Sugerimos su atenta lectura ya que incluye una serie de aspectos básicos del contrato y recomendaciones especiales para los asegurados.

En efecto, si bien los asegurados pueden escoger las coberturas que más les convengan, corresponde tener presente que acorde a la ley de tránsito, para poder circular con un automotor, es indispensable llevar consigo el comprobante de seguro obligatorio (diseñado por esta SSN) que cubra eventuales daños causados a terceros, transportados o no, el que debe encontrarse vigente. Este seguro lo protegerá frente a los reclamos de terceros hasta los montos indicados en la póliza. En tal sentido, la cobertura de responsabilidad civil hacia terceros puede convenirse individualmente, siendo opcional su complementación con adicionales o las restantes modalidades relativas a daños, robo o hurto.

La cobertura mínima y obligatoria para la circulación de automotores tiene previsto un límite de responsabilidad por muerte o incapacidad total y permanente por persona de \$ 120.000, consagrándose además un baremo para los casos de incapacidad parcial y permanente, siendo que para el caso de producirse pluralidad de reclamos se acuerda un

límite por acontecimiento igual al doble del previsto para el caso de muerte o incapacidad total y permanente. Por otra parte, se cubre la obligación legal autónoma por gastos sanatoriales por persona de hasta \$ 10.000, y de sepelio, también por persona, de hasta \$ 5.000.

Tal cobertura mínima y obligatoria puede complementarse a voluntad del tomador, en los límites previstos por la SSN (ver Resolución General SSN N° 35.863 del 10-06-2011).

En relación con la cobertura relativa a daño (total o parcial), incendio, robo y/o hurto del automotor, es conveniente poner atención a las cláusulas contractuales en orden a la destrucción total o pérdidas parciales acordadas.

Tenga presente que los daños causados por la caída de granizo, generalmente no revisten la condición de destrucción total. Por consiguiente, si es de su interés que la cobertura abarque este riesgo, ello debe ser contemplado en su contrato.

Asimismo, y en virtud de recientes reglamentaciones, debe recordar que si el siniestro conlleva la destrucción total del automotor, previo a satisfacerse la indemnización, es menester tramitar la baja ante el Registro Nacional de la Propiedad Automotor, sin perjuicio del régimen especial relativo a las autopartes (Ver Resolución Conjunta MS N° 254; MEyFP N° 236 y SSN N° 35.781).

No olvide que el *destino* al que se aplique el automotor asegurado es una información relevante para el asegurador.

En otro orden, si se acuerda la cobertura en base a la modalidad conocida como sistema de “Scoring”, recuerde que el contrato de seguro se concreta por un precio reducido, atendiendo a la persona del/los conductor/res individualizado/s especialmente, u otras condiciones especiales consideradas, por lo que cualquier modificación al respecto debe ser comunicada con anterioridad a la aseguradora.

Las coberturas “Scoring” sólo tendrán validez cuando se consigne en el Frente de Póliza, en forma destacada una advertencia en orden a que las condiciones de cobertura detalladas fueron usadas para la determinación del precio, y que surgen de las declaraciones del solicitante, realizadas en el momento de la contratación. Ello sin perjuicio de que las causas de no cobertura, originadas en la falsedad o reticencia en las declaraciones respecto a las condiciones tomadas para la cotización del seguro, no afectan la cobertura dada por el Seguro Obligatorio de Responsabilidad Civil.

Tenga presente que las características propias de las coberturas de “Scoring” conllevan una disminución de la prima tarifada acorde a determinadas estipulaciones, y que establecen las exclusiones específicas previstas para cada caso. Se destaca que las exclusiones a la cobertura de responsabilidad civil o las causas de no cobertura pueden configurarse conforme los supuestos regulados en la ya mencionada Resolución General SSN N° 35.864 del 10-06-2011.

Si sufre un siniestro recabe la siguiente información:

- Nombre y apellido, domicilio, teléfono, dirección de correo electrónico, y documento de identidad del propietario del vehículo y del conductor si fuera persona distinta;
- Número de registro de conductor, categoría y vencimiento;
- Aseguradora, número de póliza y vencimiento;
- Datos del vehículo, marca, dominio (patente), motor y color;
- Datos de la cédula verde del automotor;
- Datos de posibles testigos del siniestro.

En otro orden, ante el acaecimiento del siniestro, si éste configura un posible delito (por ej. lesiones, homicidio, robo, etc.) es necesario producir la denuncia por ante la autoridad competente (policía de la jurisdicción que corresponda) como también a su aseguradora (con constancia para acreditar la denuncia en cuestión) en el plazo máximo de tres (3) días. Tenga presente que el organismo ha consagrado un formulario especial de denuncia que puede ser preanunciada a través de Internet.

Si recibe una demanda por daños y perjuicios, debe notificar tal extremo de manera inmediata a su entidad aseguradora adjuntando copia de todos los documentos en su poder, y adecuarse a las indicaciones que aquélla le imparta.

No asuma responsabilidades y absténgase de realizar acuerdos, reconocimientos o transacciones sin indicación expresa de su aseguradora.

SEGURO DE COMBINADO FAMILIAR

En este seguro se agrupan distintas coberturas que abarcan varios riesgos a los que están expuestos los hogares y miembros de una familia.

Si bien cada entidad aseguradora puede ofrecer una diversidad de coberturas adicionales (incluso puede ofrecer servicios de emergencia, por ejemplo, gastos de hotelería, reparación, etc.) acorde al plan que le haya sido aprobado por la SSN, básicamente se cubren los siguientes riesgos:

- Incendio;
- Robo;
- Daños;
- Responsabilidad civil por hechos privados;
- Responsabilidad civil respecto de linderos;
- Accidentes personales.

Tiene por objeto la indemnización del daño que sufra el asegurado o sus bienes a consecuencia de los riesgos pactados en el contrato de seguro. Se denomina “combinado familiar” porque mínimamente debe cubrir el riesgo de incendio más alguna otra cobertura.

Tenga presente que no se cubren bienes apartados de la vivienda principal o expuestos en pasillos, corredores, patios, terrazas o al aire libre, ni viviendas deshabitadas o sin custodia

por el plazo estipulado; como también que deberá observar los recaudos de cuidado que se indiquen en la póliza.

Para conocer los alcances de su cobertura de combinado familiar, lea con atención todas las cláusulas de la póliza, prestando especial atención a las formas previstas para el cálculo de la indemnización pactada, acorde a cada riesgo cubierto.

En otro orden, ante el acaecimiento del siniestro, considere que según los resultados dañosos, será necesario producir la denuncia por ante la autoridad competente (por ejemplo, policía, bomberos, asistencia pública, etc.) como también a su aseguradora (con constancia de recepción) en el plazo máximo de tres (3) días. Tenga presente que el organismo ha consagrado un formulario especial de denuncia que puede ser preanunciada a través de Internet.

Si recibe una demanda por daños y perjuicios, debe notificar tal extremo de manera inmediata a su entidad aseguradora adjuntando copia de todos los documentos en su poder, y adecuarse a las indicaciones que aquélla le imparta.

No asuma responsabilidades y absténgase de realizar acuerdos, reconocimientos o transacciones sin indicación expresa de su aseguradora.

SEGURO DE RIESGOS DEL TRABAJO

Esta modalidad aseguradora está enderezada a la prevención de los riesgos y la reparación de los daños derivados del trabajo a través de aseguradoras que operan en riesgos del trabajo.

Están obligatoriamente incluidos en el régimen especial consagrado, los funcionarios y empleados del sector público nacional, provincial y municipal; los trabajadores en relación de dependencia del sector privado y las personas obligadas a prestar un servicio de carga pública.

Quedan cubiertas las siguientes contingencias y situaciones:

- Se considera accidente de trabajo a todo acontecimiento súbito y violento ocurrido por el hecho o en ocasión del trabajo, o
- En el trayecto entre el domicilio del trabajador y el lugar de trabajo (accidente in itinere), siempre y cuando el damnificado no hubiere interrumpido o alterado dicho trayecto por causas ajenas al trabajo.

El trabajador podrá declarar por escrito ante el empleador, y éste dentro de las setenta y dos (72) horas ante el asegurador, que el itinerario se modifica por razones de estudio, concurrencia a otro empleo o atención de familiar directo enfermo y no conviviente, debiendo presentar el pertinente certificado a requerimiento del empleador dentro de los tres (3) días hábiles de requerido.

Quedan excluidos los accidentes de trabajo y las enfermedades causados por dolo del trabajador o por fuerza mayor extraña al trabajo; y las incapacidades del

trabajador preexistentes al inicio de la relación laboral y acreditadas en el examen preocupacional efectuado acorde a las pautas reglamentarias.

Consecuencias cubiertas:

- Incapacidad laboral temporaria;
- Incapacidad laboral permanente;
- Gran invalidez;
- Enfermedades profesionales incluidas en el listado a cargo del Poder Ejecutivo, que identificará el agente de riesgo, cuadros clínicos, exposición y actividades en capacidad de determinar la enfermedad profesional. Las restantes enfermedades, como sus consecuencias, no serán considerables resarcibles, salvo las enfermedades profesionales que, en cada caso concreto, la Comisión Médica Central determine como provocadas por causa directa e inmediata de la ejecución del trabajo, excluyendo la influencia de los factores atribuibles al trabajador o ajenos al trabajo.
- Muerte del damnificado

Prestaciones:

El régimen tiene previsto el otorgamiento de prestaciones dinerarias (salarios caídos, indemnizaciones de pago único, adicional o rentas) y en especie (asistencia médica y farmacéutica; prótesis y ortopedia; rehabilitación; recalificación profesional; y servicio funerario).

Tenga presente que si el empleador (no incluido en el régimen de autoseguros) omitiera afiliarse a una ART, responderá directamente ante los beneficiarios por las prestaciones previstas en la ley.

Asimismo, en caso de insuficiencia patrimonial judicialmente declarada del empleador o la aseguradora, las obligaciones a su cargo, en lo referente a las prestaciones, serán financiadas por Fondos especiales (de Garantía o de Reserva) instaurados a esos efectos.

SEGURO DE VIDA

El seguro se puede celebrar sobre la vida del contratante o de un tercero. Si cubre el caso de muerte, se requiere el consentimiento por escrito del tercero o de su

representante legal si fuera incapaz. Está prohibido el seguro para caso de muerte de los interdictos y de los menores de 14 años.

El propósito del seguro de vida es acordar una suma asegurada a los beneficiarios designados por el asegurado o, en su defecto, a sus herederos legales, en caso de que aquél falleciera.

El suicidio voluntario del asegurado libera al asegurador, salvo que el contrato haya estado en vigor ininterrumpidamente por tres (3) años.

Transcurridos tres (3) años desde la celebración del contrato y hallándose el asegurado al día en el pago de las primas, podrá en cualquier momento exigir, de acuerdo con los planes técnicos aprobados por la SSN, que se insertan en la póliza:

- La conversión del seguro en otro saldado por una suma reducida o de plazo menor (seguro saldado);
- La rescisión, con el pago de una suma determinada (rescate).

Cada asegurado debe elegir la modalidad que más le convenga, acorde a sus necesidades personales y familiares.

Clasificación básica:

Acorde a la duración, los seguros pueden ser temporarios o de vida entera. El seguro de vida entera cubre la muerte del asegurado durante toda su vida, mientras que en el seguro temporario la cobertura se otorga sólo durante un plazo determinado que está establecido en la póliza.

Acorde a tipo de prima, los seguros pueden ser a prima nivelada o a prima de riesgo. En el caso de seguros a prima nivelada, la prima es constante a cuyos efectos en los primeros años excede del costo del seguro, en la inteligencia de compensar el incremento del riesgo que deviene del transcurso del tiempo por la mayor edad del asegurado. En cambio, en los seguros de prima de riesgo, ésta aumenta cada año en función de la edad del asegurado.

Acorde a la flexibilidad de la prima, hay planes de seguro de vida - vida universal - que combinan la cobertura de muerte con una cuenta de ahorro a favor del asegurado. Una vez establecida la prima del seguro de muerte, el asegurado puede realizar pagos adicionales que se integran a su cuenta de ahorro. En sentido inverso, si no paga la prima de algún período, puede debitarse su cuenta de ahorro para la cancelación de la misma.

Acorde a la cantidad de asegurados cubiertos en la póliza, los seguros pueden ser individuales o colectivos. Los seguros individuales cubren la muerte de un solo asegurado, mientras que en los seguros colectivos se cubre en forma independiente, en una sola póliza que es contratada por el tomador, a varias personas expuestas al mismo riesgo. En este último caso es necesario que el vínculo que relacione al grupo de asegurados sea distinto al del interés de contratar el seguro.

Acorde al riesgo, distinguimos entre seguros en caso de muerte en los que, al fallecimiento del asegurado, el asegurador paga la suma asegurada al beneficiario; seguros en caso de vida, en los que la aseguradora abona al asegurado la suma asegurada cuando sobrevive al período de tiempo estipulado (en ocasiones se acuerda el

pago de una renta periódica); y seguros mixtos (comúnmente denominados “dotal”) en los que se combinan los seguros de muerte y de vida, siendo que la suma asegurada se paga a los beneficiarios si el asegurado muere antes de vencer el contrato, o bien se le paga a aquél si sobrevive a esa fecha.

Recuerde que esta SSN ha reglamentado las modalidades de continuidad en la cobertura del seguro de vida colectivo, cuando desaparece el vínculo entre el tomador y asegurado, en

base a consideraciones eminentemente técnico actuariales, destacándose que la edad máxima de permanencia en el grupo no podrá superar los OCHENTA (80) años.

En este sentido, tenga presente que el seguro colectivo de vida es un seguro anual renovable automáticamente. La prima que abonan los asegurados se corresponde con la denominada "prima de riesgo", es decir que refleja el valor actual del riesgo que asume la aseguradora durante el curso de un año, no existiendo prima de ahorro. Dicha prima se calcula sobre la base de la probabilidad de ocurrencia del evento previsto (la muerte), que surge de la experiencia estadística. En otras palabras, es el costo real del riesgo asumido por la aseguradora en el período considerado (un año), consumiéndose en consecuencia dicha prima una vez transcurrido el mencionado lapso. La naturaleza técnico-jurídica de este tipo de cobertura de vigencia anual y con prima de riesgo (sin prima de ahorro) importaría que - frente a la inclusión en el grupo de personas de muy avanzada edad, que ya no tienen vínculo con el tomador/empleador - se verificaran incrementos de primas que deben ser afrontadas por la mutualidad de asegurados. Circunstancia que a su vez desalienta el mantenimiento del seguro generándose una antiselección ante rescisiones masivas. Todo esto cuando se trata de una cobertura diseñada - originalmente - en vistas a la situación de los trabajadores, siendo que una vez concluido el vínculo laboral, sólo puede extenderse aquélla en tanto no repercuta en las primas a cargo de los miembros activos del grupo, esto es, los trabajadores asegurados.

En otro orden, al momento de contratar una póliza de seguro de vida, es posible que la entidad aseguradora ofrezca ciertos beneficios adicionales acorde a los planes que se le hayan autorizado por la SSN, por ejemplo, cláusulas de accidentes, de invalidez o de salud.

Se recomienda especial atención a los siguientes ítems:

- Inicio y final de la cobertura acorde a la vigencia estipulada;
- Capital asegurado;
- Posibles descubiertos, carencias o franquicias;
- Cláusulas adicionales; y
- En los seguros de vida con ahorro, tener en cuenta la tasa a la que se efectúa la proyección.

Carencias: Período inicial durante el que el nuevo asegurado no goza de determinados beneficios. El asegurado paga la prima pero no goza de la cobertura hasta que transcurre el tiempo estipulado. Se utiliza para los seguros de vida y enfermedades para evitar posibles fraudes y antiselección.

Franquicias: Porción de la indemnización o suma asegurada que queda a cargo del asegurado y que generalmente se corresponde con una prima de menor valor. En este caso el asegurador sólo indemnizará el daño en la parte que exceda de la franquicia establecida. Ocasionalmente se acuerda una "franquicia por exceso" en virtud de la que el asegurador sólo responde cuando el daño supera el mínimo establecido, en cuyo caso se indemniza todo el daño hasta la suma asegurada convenida.

Tenga presente que en el mes de Diciembre de 2008 se dispuso por ley la unificación del sistema integrado de jubilaciones y pensiones, financiado a través de un sistema solidario de reparto; con lo que quedó eliminado el régimen de capitalización que fue por consiguiente absorbido y sustituido por el mencionado sistema de reparto. Todo esto sin perjuicio de las rentas vitalicias previsionales reguladas por la ley 24.241, que se encuentran en pleno curso de ejecución, y que gozan de la garantía parcial que tal cuerpo legal acuerda.

Se insiste en señalar, tal como se anticipara, que se ha establecido un beneficio (SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO) para el caso de muerte de los trabajadores en relación de dependencia, cuyo costo está a cargo del empleador; y que éste será directamente responsable del pago del beneficio de marras para el supuesto de que omitiera concertar el correspondiente seguro.

RECOMENDACIONES FINALES

(i) Engañar al asegurador NO ES UNA PICARDÍA, es UN DELITO GRAVE que se encuentra severamente reprimido y penado por el Código Penal.

Absténgase de:

- Provocar deliberadamente el siniestro;
- Simular su acaecimiento (o la fecha de su efectiva ocurrencia, o el modo en que supuestamente ocurriera, o utilizar una póliza “prestada”);
- Agravar la real envergadura o extensión del siniestro;
- Instar el cobro respecto de un siniestro que ya ha sido reparado o indemnizado por otro asegurador.

(ii) Coopere con el asegurador y el productor asesor de seguros en orden a proporcionar la información que le sea solicitada, a fin de que aquéllos puedan cumplir con sus responsabilidades frente a las normas relativas a la lucha contra el lavado de activos de origen ilícito y el financiamiento del terrorismo.

Documento actualizado al 25-07-2011