



NORMAS PRUDENCIALES



NORMAS SOBRE LOS BIENES O DERECHOS UTILIZADOS EN LA REPRESENTACIÓN DE LAS RESERVAS TÉCNICAS



213°, 165° y 25°

SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

Providencia: SAA-_____

Fecha: _____

El Superintendente de la Actividad Aseguradora tiene dentro de sus atribuciones dictar sus manuales de normas y procedimientos que regulan la Actividad Aseguradora.

Por cuanto El Superintendente de la Actividad Aseguradora establecerá anualmente, los porcentajes mínimos y máximos, así como los requisitos, límites y procedimientos necesarios, para la aplicación de estos bienes y derechos en la representación y cobertura de las reservas técnicas, previa aprobación del Ministro en competencia en materia de finanzas.

Por cuanto los fondos de inversión privados y los fondos de inversión inmobiliarias serán precalificados por los organismos públicos con competencia en materia de mercados de valores e inmobiliario, respectivamente.

Por cuanto la Superintendencia de la Actividad Aseguradora podrá, en caso de duda, mediante las normas que a tal efecto dicte, ordenar que se excluya de los bienes aptos un determinado activo.

En virtud de lo anterior, acuerda dictar las siguientes:

NORMAS SOBRE LOS BIENES O DERECHOS UTILIZADOS EN LA REPRESENTACIÓN DE LAS RESERVAS TÉCNICAS

De los bienes o derechos considerados aptos

Artículo 1. Los bienes o derechos que son considerados aptos para representar las reservas técnicas de las empresas de seguros, de reaseguro y de medicina prepagada son:



1. Depósitos en moneda nacional o extranjera, en bancos o instituciones financieras domiciliados en el país y contemplados en la ley especial que regula la materia bancaria, que no sean empresas filiales, afiliadas o relacionadas del sujeto regulado;
2. Títulos valores denominados en moneda nacional o extranjera, emitidos o garantizados por la República, por otros sujetos de derecho público nacional o emitidos por instituciones o empresas en los cuales tengan participación esos entes, siempre que estén custodiados por una institución financiera del sector bancario o del mercado de valores, de carácter público;
3. Bienes inmuebles edificados, los cuales deben estar ubicados exclusivamente en el Territorio Nacional y;
4. Otros activos o derechos nacionales relacionados con la inversión en valores de renta fija, emitidos por el sector privado nacional.

De la aplicación de las normas

Artículo 2. Las presentes normas entrarán en vigencia a partir de la fecha de publicación en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora. Las demás normativas prudenciales y actos administrativos conexos a la actividad aseguradora, que coliden con las presentes normas no serán aplicables.

De la publicidad

Artículo 3. Se ordena la publicación de las presentes normas en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, con el fin de coadyuvar con la divulgación de su contenido a todos los interesados y público en general.

De la vigencia

Artículo 4. Las presentes normas entrarán en vigencia a partir de la fecha de publicación en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

OMAR OROZCO COLMENARES
Superintendente de la Actividad Aseguradora (E)

Resolución N°003-2021 de fecha 18 de enero de 2021
G.O.R.B.V. N° 42.049 de fecha 18 de enero de 2021



SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

213°, 165° y 25°

SAA-

Caracas,

CIRCULAR

A LAS EMPRESAS DE SEGUROS, DE REASEGUROS Y MEDICINA PREPAGADA

El Superintendente de la Actividad Aseguradora (E), **OMAR OROZCO COLMENARES**, designado mediante Resolución N° 003 de fecha 18 de enero de 2021, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 42.049 de la misma fecha, en ejercicio de las atribuciones conferidas en el artículo 6 numeral 1; artículo 8 numerales 1 y 11; así como lo dispuesto en los artículos 40 y 41 de la Ley de la Actividad Aseguradora, decide:

Establecer los porcentajes mínimos y máximos para la aplicación de los bienes y derechos a ser utilizados en la representación y cobertura del cien por ciento (100%) de las reservas técnicas, excepto las reservas para riesgos catastróficos, quedando representadas de la siguiente forma:

1. No menos del cincuenta por ciento (50%) en depósitos en moneda nacional o extranjera, en bancos o instituciones financieras domiciliadas en el país;
2. No menos del quince por ciento (15%) en títulos valores denominados en moneda nacional o extranjera, emitidos o garantizados por la República y que estén custodiados por una institución financiera del sector bancario o del mercado de valores, de carácter público;
3. No más del veinte por ciento (20%) en bienes inmuebles edificados situados en la República, libres de hipotecas, ni cedidos en comodato, hasta por el noventa por ciento (90%) del valor del avalúo del inmueble, practicado de conformidad con las normas que al efecto dicte la Superintendencia de la Actividad Aseguradora;
4. No más del quince por ciento (15%) en otros activos, relacionados con la inversión en valores de renta fija, emitidos por el sector privado nacional.



Para la representación de reservas para riesgos catastróficos:

1. No menos del veinte por ciento (20%) en depósitos en moneda nacional o extranjera, en bancos o instituciones financieras domiciliadas en el país;
2. No más del ochenta por ciento (80%) en títulos valores denominados en moneda nacional o extranjera, emitidos o garantizados por la República y que estén custodiados por una institución financiera del sector bancario o del mercado de valores, de carácter público.

En consecuencia, los referidos porcentajes de los bienes y derechos para la representación de las reservas técnicas, entrarán en vigencia a partir de la publicación del contenido de esta Circular en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, con el fin de coadyuvar con la divulgación de su contenido, a todos los interesados y público en general.

Esta circular será de obligatorio cumplimiento a partir de su publicación.

OMAR OROZCO COLMENARES
Superintendente de la Actividad Aseguradora (E)

Resolución N° 003 del 18 de enero de 2021
G.O.R.B.V. N° 42.049 del 18 de enero de 2021

NORMAS SOBRE LA INVERSIÓN EN VALORES DE RENTA FIJA, EMITIDOS POR EL SECTOR PRIVADO NACIONAL, PARA SER UTILIZADOS EN LA REPRESENTACIÓN DE LAS RESERVAS TÉCNICAS



213°, 165° y 25°

SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

Providencia: SAA-_____

Fecha: _____

El Superintendente de la Actividad Aseguradora tiene dentro de sus atribuciones dictar sus manuales de normas y procedimientos que regulan la Actividad Aseguradora, en consecuencia, acuerda dictar:

Las siguientes:

NORMAS SOBRE LA INVERSIÓN EN VALORES DE RENTA FIJA, EMITIDOS POR EL SECTOR PRIVADO NACIONAL, PARA SER UTILIZADOS EN LA REPRESENTACIÓN DE LAS RESERVAS TÉCNICAS

Del objeto

Artículo 5. Estas normas tienen por objeto regular la incorporación de valores de renta fija, emitidos por el sector privado nacional, como otros activos aptos para la representación de las reservas técnicas de las empresas de seguros, reaseguros, medicina prepagada y asociaciones cooperativas que realizan actividad aseguradora.

De los tipos de valores

Artículo 6. Los valores de renta fija permitidos para ser invertidos en la representación de las reservas técnicas son los siguientes:

1. Papeles comerciales;
2. Títulos de participación cuyos activos subyacentes sean a corto plazo;
3. Pagarés bursátiles, siempre que sean cotizados en mercados regulados por la Superintendencia Nacional de Valores y de oferta pública.

De las características de las empresas emisoras

Artículo 7. Solo serán considerados como bienes aptos para la representación de las reservas técnicas, los valores de renta fija emitidos por empresas que cumplan con los siguientes requisitos:

1. Estar domiciliadas en la República Bolivariana de Venezuela;
2. Estar autorizadas para realizar oferta pública de valores por la Superintendencia Nacional de Valores;
3. Poseer un patrimonio ajustado a las regulaciones emitidas por la Superintendencia Nacional de Valores y demás disposiciones legales;



4. No estar sometidas a algún régimen legal especial o medida administrativa que comprometan su solvencia o liquidez.

De la moneda

Artículo 8. Los valores de renta fija pueden ser adquiridos en moneda nacional indexada al tipo de cambio oficial publicado por el Banco Central de Venezuela o en moneda extranjera. Mensualmente se ajustará su valor al que resulte de la última cotización de la bolsa de valores.

Del valor de mercado

Artículo 9. El valor de mercado sobre el que debe aplicarse el tipo de cambio para la venta y el tipo de cambio para la compra de los valores emitidos en moneda extranjera, será el correspondiente al tipo de cambio publicado por el Banco Central de Venezuela.

De la prima o descuento

Artículo 10. En el caso que los valores de renta fija sean adquiridos con prima o descuento deberán ser amortizados hasta su vencimiento.

Del vencimiento

Artículo 11. Para que estos valores puedan ser considerados como aptos para la representación de las reservas técnicas, sus vencimientos no deben exceder de noventa (90) días continuos, contados desde la fecha de constitución de las reservas técnicas.

De la custodia

Artículo 12. La custodia de los valores de renta fija a que se refieren estas normas, deberá ser realizada por una caja de valores, una institución que tenga una estructura de subcuentas de custodia o una institución con sistemas de cuenta de custodia digital a nombre de los inversionistas, autorizada por la Superintendencia Nacional de Valores y domiciliada en la República Bolivariana de Venezuela.

De la disposición para la Inversión

Artículo 13. El porcentaje de representación de las reservas técnicas en valores de renta fija, queda enmarcado en la normativa que a los efectos dicte la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

Del expediente

Artículo 14. Las empresas de seguros, reaseguros, medicina prepagada y asociaciones cooperativas que realizan actividad aseguradora que tengan valores de renta fija afectos a la representación de las reservas técnicas, deben formar para cada empresa emisora un expediente contentivo de:

1. Acta constitutiva y estatutos, con sus modificaciones, si las hubiere;



2. Copia del informe de auditoría de los estados financieros de los últimos dos (2) ejercicios económicos;
3. Acta de Asamblea de Accionistas que conoció y aprobó los estados financieros;
4. Hoja resumen del dictamen de calificación de riesgo, publicada por el emisor de los valores;
5. Providencia de Autorización de la Oferta Pública emanada de la Superintendencia Nacional de Valores;
6. Prospecto de Oferta Pública del valor autorizado por la Superintendencia Nacional de Valores.

De la aplicación de las normas

Artículo 15. Las demás normativas prudenciales y actos administrativos conexos a la actividad aseguradora, que coliden con las presentes normas no serán aplicables.

De la publicidad

Artículo 16. Se ordena la publicación de las presentes normas en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, con el fin de coadyuvar con la divulgación de su contenido a todos los interesados y público en general.

De la vigencia

Artículo 17. Las presentes normas entrarán en vigencia a partir de la fecha de publicación en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

OMAR OROZCO COLMENARES
Superintendente de la Actividad Aseguradora (E)
Resolución N°003-2021 de fecha 18 de enero de 2021
G.O.R.B.V. N° 42.049 de fecha 18 de enero de 2021



NORMAS QUE REGULAN LA ENAJENACIÓN DE ACCIONES DE LOS SUJETOS REGULADOS



213°, 165° y 25°

SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

Providencia: SAA-_____

Fecha: _____

El Superintendente de la Actividad Aseguradora tiene dentro de sus atribuciones dictar sus manuales de normas y procedimientos que regulan la Actividad Aseguradora, en consecuencia, acuerda dictar:

Las siguientes:

NORMAS QUE REGULAN LA ENAJENACIÓN DE ACCIONES DE LOS SUJETOS REGULADOS

Del objeto

Artículo 1. El objeto de estas normas es establecer la documentación que permita definir el cumplimiento de los requisitos para autorizar la enajenación de las acciones de los sujetos regulados.

De las acciones y sus características

Artículo 2. Las acciones son títulos valores y deben estar representados de forma que puedan ser objeto de compraventa o de otros negocios jurídicos con facilidad.

Todas las acciones deben ser nominativas, de una misma clase y no fraccionadas.

El valor de todas las acciones de la compañía es su capitalización de mercado.

De la enajenación de acciones

Artículo 3. La enajenación de acciones se refiere a la transferencia de acciones de una persona natural o jurídica a otra, mediante la venta, donación o cesión del derecho.

De la autorización previa

Artículo 4. La enajenación de acciones deberá contar con la autorización previa de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, y de ser necesario consultará al Órgano que vigila, controla y sanciona las conductas anticompetitivas, para determinar el impacto que pudiese tener en el mercado asegurador; quien deberá pronunciarse en un lapso que no podrá exceder de veinte (20) días hábiles.

De los documentos exigidos

Artículo 5. La solicitud para la autorización de la enajenación de acciones debe acompañarse de los siguientes documentos:



1. Exposición de motivos detallada de la operación del sujeto regulado, cuyas acciones son objeto de la enajenación, especificando cuadro de accionistas con el antes y el después de la operación;
2. Proyecto de Acta de Asamblea General Extraordinaria de Accionistas donde se toma la decisión de la venta de las acciones del sujeto regulado;
3. Carta de intención de venta y compra de acciones;
4. Documento o contrato de compraventa;
5. Documento constitutivo y estatutos con sus modificaciones de la(s) persona(s) jurídica(s), carta poder apostillada y autenticada del comprador, si lo amerita;
6. Último aumento de capital, de ser el caso;
7. Balance personal (persona natural) o estados financieros auditados (persona jurídica), firmado por un contador público colegiado independiente, de los últimos tres (3) ejercicios económicos;
8. Declaración del Impuesto sobre la Renta de los últimos tres (3) ejercicios económicos del comprador;
9. Copia(s) de la(s) cédula(s) de identidad y Registro único de Información Fiscal (R.I.F.) del o (los) comprador(es) de las acciones y del o (los) vendedor (es). En caso de ser una sociedad mercantil, de la persona que la represente, y Registro único de Información Fiscal (R.I.F.) de esa persona jurídica;
10. Copia del libro de accionistas del sujeto regulado cuyas acciones son objeto de la enajenación;
11. Forma de pago;
12. Declaración Jurada del origen y destino de los fondos del comprador;
13. Informe detallado del Oficial de Cumplimiento del sujeto regulado;
14. Declaración Jurada de Veracidad de la información.

La información deberá ser remitida a través del Sistema Único de Trámites y mantener los originales en resguardo y a la disposición de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

De la verificación de la documentación

Artículo 6. Cuando el contenido de la documentación remitida no refleje la información suficiente y necesaria para la evaluación del caso, o esté incompleta, se le comunicará mediante oficio y se le solicitará que las observaciones o deficiencias sean subsanadas. Si la documentación requerida mediante oficio no es remitida en el plazo de quince (15) días hábiles, se entenderá desistida la solicitud.

De los nuevos accionistas

Artículo 7. Los nuevos accionistas (persona natural o jurídica), no podrán estar incurso en las incompatibilidades e impedimentos previstos en el artículo 15 de la Ley de la Actividad Aseguradora.

Del Sistema Único de Trámites

Artículo 8. Las solicitudes a las que aluden estas normas se realizarán a través del Sistema Único de Trámites, de conformidad con las previsiones normativas

contenidas en las normas que regulan los trámites y procedimientos administrativos sustanciados en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora a través de medios electrónicos.

De la aplicación de las normas

Artículo 9. Las demás normativas prudenciales y actos administrativos conexos a la actividad aseguradora, que coliden con las presentes normas no serán aplicables.

De la publicidad

Artículo 10. Se ordena la publicación de las presentes normas en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, con el fin de coadyuvar con la divulgación de su contenido a todos los interesados y público en general.

De la vigencia

Artículo 11. Las presentes normas entrarán en vigencia a partir de la fecha de publicación en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

OMAR OROZCO COLMENARES
Superintendente de la Actividad Aseguradora (E)
Resolución N°003-2021 de fecha 18 de enero de 2021
G.O.R.B.V. N° 42.049 de fecha 18 de enero de 2021

**NORMAS POR LAS CUALES SE REGIRÁN LAS
EMPRESAS DE SEGUROS,
DE REASEGUROS Y DE MEDICINA PREPAGADA PARA
LA CONSTITUCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LAS
RESERVAS PARA SINIESTROS, SERVICIOS PRESTADOS
Y REEMBOLSOS PENDIENTES DE PAGO**



213°, 165° y 25°

SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

Providencia: SAA-_____

Fecha: _____

El Superintendente de la Actividad Aseguradora tiene dentro de sus atribuciones dictar sus manuales de normas y procedimientos que regulan la Actividad Aseguradora.

Por cuanto la Ley de la Actividad Aseguradora, dispone que las empresas de seguros y de medicina prepagada deben constituir y mantener una reserva para prestaciones y siniestros pendientes de pago y una reserva para servicios prestados y reembolsos pendientes de pago, respectivamente, en la cual se incluirán los compromisos pendientes con terceros que hayan cumplido por orden y cuenta de los mencionados sujetos regulados, con los asegurados, beneficiarios, usuarios o afiliados. Asimismo, las empresas de reaseguros deben constituir y mantener una reserva para prestaciones y siniestros pendientes de pago a las empresas cedentes.

En virtud de lo anterior, acuerda dictar las siguientes:

NORMAS POR LAS CUALES SE REGIRÁN LAS EMPRESAS DE SEGUROS, DE REASEGUROS Y DE MEDICINA PREPAGADA PARA LA CONSTITUCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LAS RESERVAS PARA SINIESTROS, SERVICIOS PRESTADOS Y REEMBOLSOS PENDIENTES DE PAGO

Del objeto

Artículo 1. El objeto de las presentes normas es establecer el régimen por el cual se regirán las empresas de seguros, de reaseguros y de medicina prepagada para constituir y mantener las reservas para prestaciones, siniestros, servicios prestados y reembolsos pendientes de pago.

Del procedimiento

Artículo 2. A los fines de la constitución y mantenimiento de estas reservas, las empresas de seguros, de reaseguros y de medicina prepagada debe reunir la mayor cantidad posible de elementos de juicio que permitan determinar el monto del siniestro cubierto, ajustándose al siguiente procedimiento:



1. Para las coberturas de muerte contempladas en los seguros de vida y accidentes personales, así como para los seguros funerarios o cualesquiera otros seguros de personas en los que el amparo consista en el pago de la suma asegurada, la reserva no podrá ser inferior a la suma de los capitales asegurados a pagar estipulados para casos de siniestros y vencimientos.
Los valores de rescate solicitados y no pagados, las rentas vencidas y demás beneficios pendientes de pago, deben constituirse como reserva para prestaciones y siniestros pendientes de pago;
2. Para los seguros funerarios en los cuales el amparo consista en la prestación del servicio, así como para los seguros de accidentes personales (excepto muerte accidental), las coberturas de salud y de medicina prepagada, otros seguros generales y para los beneficios adicionales contemplados en los contratos que no hayan sido incluidos en el numeral 1 de este artículo, el monto de esta reserva, cuyos ajustes hayan sido concluidos, no podrá ser inferior a la suma del importe de los referidos ajustes;
3. Para los seguros funerarios en los cuales el amparo consista en la prestación del servicio, así como para los seguros de accidentes personales (excepto muerte accidental), las coberturas de salud y de medicina prepagada, otros seguros generales y para los beneficios adicionales contemplados en los contratos que no hayan sido incluidos en el numeral 1 de este artículo, el monto de esta reserva, cuyos ajustes no hayan sido concluidos, no podrá ser menor que la cantidad que resulte de sumar el monto que, a efectos de esta reserva, haya sido constituido para cada uno de los siniestros notificados.
A tal efecto, el monto que por este concepto debe ser constituido como reserva para un siniestro en particular, será equivalente al monto promedio de los siniestros pagados por la empresa en el ramo al cual pertenezca dicho siniestro, durante el trimestre inmediatamente anterior a la fecha de su notificación, incrementado según el Índice Nacional de Precios al Consumidor (I.N.P.C.), publicado por el ente constitucional con competencia en la materia, sin exceder de la respectiva suma asegurada. En este sentido, el monto promedio de los siniestros pagados será calculado sobre la base de las estadísticas que mantenga la empresa. En caso de que este monto no pueda ser obtenido, la reserva debe ser constituida por la suma asegurada del contrato que corresponda;
4. Esta reserva debe constituirse en los casos de servicios autorizados y no ejecutados. Si estos no son prestados en el plazo otorgado, podrá reversarse su constitución;
5. En caso de demanda o arbitraje, se debe constituir el monto que resulte atendiendo a las siguientes reglas:
 - 5.1. El monto demandado, sin exceder la suma asegurada;
 - 5.2. Si aún no se ha dictado sentencia o laudo arbitral, pero constan en las actuaciones informes de peritos, se tomará el monto señalado por estos, hasta el límite de la suma asegurada;
 - 5.3. En caso de que se haya dictado sentencia de primera instancia o laudo arbitral, se tomará el importe que acuerde ésta, sin exceder la suma asegurada.



De las modificaciones

Artículo 3. La Superintendencia de la Actividad Aseguradora podrá ordenar las modificaciones o correcciones que a su juicio considere necesarias a los fines que los cálculos efectuados por las empresas de seguros, de reaseguros y de medicina prepagada, se ajusten a lo establecido en la Ley de la Actividad Aseguradora, su Reglamento y las presentes normas.

De la aplicación de las normas

Artículo 4. Las demás normativas prudenciales y actos administrativos conexos a la actividad aseguradora, que coliden con las presentes normas no serán aplicables.

De la publicidad

Artículo 5. Se ordena la publicación de las presentes normas en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, con el fin de coadyuvar con la divulgación de su contenido a todos los interesados y público en general.

De la vigencia

Artículo 6. Las presentes normas entrarán en vigencia a partir de la fecha de publicación en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

OMAR OROZCO COLMENARES

Superintendente de la Actividad Aseguradora (E)

Resolución N°003-2021 de fecha 18 de enero de 2021

G.O.R.B.V. N° 42.049 de fecha 18 de enero de 2021



NORMAS POR LAS CUALES SE REGIRÁN LAS EMPRESAS DE SEGUROS Y DE MEDICINA PREPAGADA PARA CONSTITUIR Y MANTENER LA RESERVA PARA REINTEGRO POR EXPERIENCIA FAVORABLE



SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

SAA-

Caracas,

213°, 165° y 25

El Superintendente de la Actividad Aseguradora tiene dentro de sus atribuciones dictar sus manuales de normas y procedimientos que regulan la Actividad Aseguradora.

Por cuanto de conformidad con la Ley de la Actividad Aseguradora, las empresas de seguros y de medicina prepagada deben constituir y mantener una reserva para reintegro por experiencia favorable.

En virtud de lo anterior, acuerda dictar:

NORMAS POR LAS CUALES SE REGISTRÁN LAS EMPRESAS DE SEGUROS Y DE MEDICINA PREPAGADA PARA CONSTITUIR Y MANTENER LA RESERVA PARA REINTEGRO POR EXPERIENCIA FAVORABLE

Del objeto

Artículo 2. El objeto de las presentes normas es establecer el régimen por el cual se registrarán las empresas de seguros y de medicina prepagada, para constituir y mantener la reserva para reintegro por experiencia favorable.

Del reintegro

Artículo 3. Las empresas de seguros y de medicina prepagada, deben constituir y mantener el monto de la reserva para reintegro por experiencia favorable, correspondiente a cada contrato colectivo o flota, en el que se haya convenido el pago del reintegro por experiencia favorable.

De la aprobación previa

Artículo 4. Las empresas de seguros y de medicina prepagada deben someter a consideración de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, para cada ramo en que se pretenda otorgar reintegro por experiencia favorable, las condiciones y metodologías de cálculo correspondientes.

De los parámetros para el cálculo



Artículo 5. La reserva para reintegro por experiencia favorable no será inferior al reintegro por experiencia favorable que correspondería al período transcurrido, determinada de acuerdo con el método de cálculo que haya sido aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora para cada caso.

En cualquier supuesto, deben considerarse la prima o cuota cobrada imputable al período transcurrido, así como los siniestros pagados y pendientes hasta la fecha de constitución de la reserva, y demás gastos que correspondan al contrato.

De la información detallada

Artículo 6. Las empresas de seguros y de medicina prepagada, deben mantener a la disposición de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, una relación detallada de la reserva para reintegro por experiencia favorable por cada contrato. Esta relación debe contener, como mínimo, la siguiente información: número del contrato, nombre del tomador o contratante, prima o cuota cobrada, número de recibo, descuentos y recargos aplicados, fecha de vigencia del contrato, fecha de vigencia del recibo, comisión pagada, montos de los siniestros pagados y pendientes, gastos imputables, y el monto de la reserva para reintegro por experiencia favorable.

De las condiciones para el pago del reintegro

Artículo 7. Las empresas de seguros y de medicina prepagada, que hayan acordado otorgar el reintegro por experiencia favorable, están obligadas a pagar el mismo al tomador o contratante en un plazo que no exceda de tres (3) meses, contado a partir de la fecha de finalización del contrato.

Finalizada la vigencia del contrato, si existiere un reintegro a favor del tomador o contratante, este podrá autorizar a la empresa de seguros o de medicina prepagada, que el monto del mismo sea imputado al pago de la prima o cuota correspondiente a la renovación del contrato, salvo que los asegurados o afiliados hayan contribuido en el pago de la prima o cuota.

Las empresas de seguros o de medicina prepagada, están obligadas a indicar en las condiciones que regulen el reintegro por experiencia favorable, que el tomador o contratante debe reembolsar a los asegurados o afiliados, la proporción en que éstos hayan contribuido al pago de la prima o cuota.

Asimismo, las empresas de seguros o de medicina prepagada, deben incluir en las condiciones o el certificado individual, una nota que advierta al asegurado o afiliado, el derecho que le asiste a percibir la porción de reintegro por experiencia favorable que le corresponde de acuerdo con su contribución al pago de la prima o cuota.

De la aplicación de las normas

Artículo 8. Las demás normativas prudenciales y actos administrativos conexos a la actividad aseguradora, que coliden con las presentes normas no serán aplicables.

De la publicidad de la norma

Artículo 9. Se ordena la publicación de las presentes normas en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, con el fin de coadyuvar con la divulgación de su contenido a todos los interesados y público en general.

De la vigencia

Artículo 10. Las presentes normas entrarán en vigencia a partir de la fecha de publicación en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

OMAR OROZCO COLMENARES
Superintendente de la Actividad Aseguradora (E)

Resolución N.° 003 de fecha 18 de enero de 2021
G.O.R.B.V. N.° 42.049 de fecha 18 de enero de 2021



NORMAS PARA LA APLICACIÓN Y REGISTRO CONTABLE DE LAS OPERACIONES DE SEGUROS, REASEGUROS, MEDICINA PREPAGADA, FIANZA O REAFIANZAMIENTO EN MONEDA EXTRANJERA



213°, 165° y 25°

SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

Providencia: SAA-_____

Fecha: _____

El Superintendente de la Actividad Aseguradora tiene dentro de sus atribuciones dictar sus manuales de normas y procedimientos que regulan la Actividad Aseguradora, en consecuencia, acuerda dictar:

Las siguientes:

NORMAS PARA LA APLICACIÓN Y REGISTRO CONTABLE DE LAS OPERACIONES DE SEGUROS, REASEGUROS, MEDICINA PREPAGADA, FIANZA O REAFIANZAMIENTO EN MONEDA EXTRANJERA

Del objeto

Artículo 1. El objeto de las presentes normas es establecer los criterios y lineamientos generales que deben cumplir las empresas de seguros, de reaseguros y empresas de medicina prepagada, para el registro de las operaciones derivadas de la suscripción de contratos de seguros, reaseguros, medicina prepagada, fianza o reafianzamiento en moneda extranjera.

Del tipo de cambio

Artículo 2. A los efectos de estas normas, el tipo de cambio oficial será el publicado por el Banco Central de Venezuela.

Del registro contable

Artículo 3. El registro contable de los ingresos y egresos provenientes de las operaciones derivadas de la suscripción de contratos de seguros, de reaseguros, de medicina prepagada, de administración de riesgos, de fianzas o de reafianzamientos en moneda extranjera, deben efectuarse al tipo de cambio oficial a la fecha del cobro de la prima, cuota o contraprestación.

Las diferencias, si las hubiere, con respecto al tipo de cambio oficial a la fecha efectiva de la operación, se registrarán directamente a los resultados del periodo o ejercicio, en las cuentas de fluctuación cambiaria.

Del registro de las reservas técnicas

Artículo 4. El registro contable de las reservas técnicas debe efectuarse al tipo de cambio oficial a la fecha del cobro de la prima, cuota o contraprestación.

Si las correspondientes primas, cuotas o contraprestaciones son pagadas de forma fraccionada, el registro contable de las reservas para prestaciones y siniestros pendientes de pago debe efectuarse al tipo de cambio oficial aplicado a la prima,

cuota o contraprestación que se encuentre vigente a la fecha de notificación del siniestro.

Al cierre de cada mes, si el tipo de cambio oficial es mayor al utilizado para la constitución de la reserva técnica, se deberá constituir una provisión por fluctuación cambiaria, equivalente a la cantidad de bolívares adicionales que se obtengan por la diferencia entre el tipo de cambio utilizado para el registro contable de la reserva técnica y el tipo de cambio a dicho cierre, manteniéndose la provisión por el mismo tiempo de la reserva técnica, representada y cubierta con bienes autorizados para representar las correspondientes reservas técnicas. Este saldo podrá compensarse con las fluctuaciones derivadas de las reservas a cargo de reaseguradores y retrocesionarios.

Del registro de siniestros pagados

Artículo 5. El registro contable de las prestaciones y siniestros pagados, debe efectuarse al tipo de cambio oficial utilizado para la constitución de la respectiva reserva de prestaciones y siniestros pendientes.

Las diferencias con respecto al tipo de cambio de cambio a la fecha del pago del siniestro, se registrarán directamente a los resultados del periodo o ejercicio, en las cuentas de fluctuación cambiaria.

Del registro de siniestros pagados a cargo de reaseguradores o retrocesionarios

Artículo 6. El registro contable de los siniestros pagados a cargo de reaseguradores o retrocesionarios, debe efectuarse al mismo tipo de cambio oficial utilizado por la empresa cedente para los respectivos registros previstos en el artículo anterior.

Las diferencias con respecto al tipo de cambio a la fecha del pago del siniestro por parte del reasegurador o retrocesionario, se registrarán directamente a los resultados del periodo o ejercicio, en las cuentas de fluctuación cambiaria.

De la aplicación de las normas

Artículo 7. Las demás normativas prudenciales y actos administrativos conexos a la actividad aseguradora, que coliden con las presentes normas no serán aplicables.

De la publicidad

Artículo 8. Se ordena la publicación de las presentes normas en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, con el fin de coadyuvar con la divulgación de su contenido a todos los interesados y público en general.

De la vigencia

Artículo 9. Las presentes normas entrarán en vigencia a partir de la fecha de publicación en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora



OMAR OROZCO COLMENARES
Superintendente de la Actividad Aseguradora (E)
Resolución N°003-2021 de fecha 18 de enero de 2021
G.O.R.B.V. N° 42.049 de fecha 18 de enero de 2021

NORMAS PARA LA REGULACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS FONDOS ADMINISTRADOS SUSCRITOS POR LAS EMPRESAS DE SEGUROS Y DE MEDICINA PREPAGADA



213°, 165° y 25°

SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

Providencia: SAA-_____

Fecha: _____

El Superintendente de la Actividad Aseguradora tiene dentro de sus atribuciones dictar sus manuales de normas y procedimientos que regulan la Actividad Aseguradora, en consecuencia, acuerda dictar:

Las siguientes:

NORMAS PARA LA REGULACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS FONDOS ADMINISTRADOS SUSCRITOS POR LAS EMPRESAS DE SEGUROS Y DE MEDICINA PREPAGADA

Del objeto y ámbito de aplicación

Artículo 1. Las presentes normas tienen por objeto establecer el procedimiento de regulación y funcionamiento de las operaciones concernientes a los contratos de fondos administrados, que pueden realizar las empresas de seguros y las empresas de medicina prepagada.

De la definición de fondo administrado

Artículo 2. Mecanismo mediante el cual una empresa, sociedad u organismo público o privado destina una cantidad de dinero para su constitución, cuya administración e inversión es realizada de manera conjunta por el contratante y el sujeto regulado, a los fines de amparar con controles de costos, los gastos incurridos por los afiliados o usuarios en ocasión de siniestros cubiertos que pudieran presentarse, donde el contratante está en la libertad de establecer las coberturas, condiciones y límites de acuerdo con sus necesidades.

De la responsabilidad

Artículo 3. El contrato sobre los fondos administrados no confiere riesgo alguno para las empresas que lo administran; sin embargo, estas cumplirán sus obligaciones y serán responsables de conformidad con lo establecido en las leyes vigentes por la pérdida o dolo de los fondos asignados. De igual manera, podrá garantizarse el cumplimiento del objeto del contrato mediante una fianza de fiel cumplimiento, emitida por una institución financiera o empresa de seguros, si las partes así lo establecen en el contrato.

Del contrato



Artículo 4. El contrato que suscriban las empresas de seguros y las empresas de medicina prepagada por administración de fondos debe estar enmarcado en la forma, condiciones y características del Contrato de Administración de Riesgos establecido por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

De la organización

Artículo 5. Los sujetos regulados deben mantener una o más cuentas bancarias por los fondos administrados en moneda nacional o extranjeras, en instituciones bancarias domiciliadas en el país. En el caso de tener una sola cuenta bancaria para estos fondos, deben llevar auxiliares contables por cada contrato.

De la información necesaria

Artículo 6. Las empresas de seguros y medicina prepagada deben mantener a disposición de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, la siguiente información:

1. Relación detallada de los fondos administrados;
2. Composición, análisis y soportes de los saldos que conforman las cuentas relacionadas con fondos administrados;
3. Conciliaciones bancarias mensuales de las cuentas registradas en las instituciones del sector bancario (moneda nacional y extranjera) relacionadas de los fondos administrados.

Del soporte de los saldos

Artículo 7. Las empresas de seguros y medicina prepagada deben suministrar mensualmente a las empresas contratantes la composición, análisis y soportes de los saldos que conforman las cuentas relacionadas con los fondos administrados.

De los registros contables

Artículo 8. El registro contable de fondos administrados efectuados por las empresas de seguros y las empresas de medicina prepagada, deberán ser contabilizadas en cuentas de orden correspondientes a fondos administrados y se reflejarán y publicarán junto con el balance de situación, de acuerdo con las Normas de Contabilidad y Código de Cuentas para Empresas de Seguros y Empresas de Medicina Prepagada emitido por este Órgano.

Los fondos administrados no requieren constitución ni representación de las reservas técnicas.

De la contabilización de remuneraciones

Artículo 9. Las empresas de seguros y las empresas de medicina prepagada deberán contabilizar las remuneraciones obtenidas por administración de fondos con abono a la cuenta de ingresos por servicios – por fondos administrados.



Del registro contable de las contrataciones

Artículo 10. Los registros contables de las contrataciones en moneda extranjera deberán efectuarse en Bolívares, a la tasa de cambio oficial, determinada por el Banco Central de Venezuela.

De la remisión de la información financiera

Artículo 11. Las empresas de seguros y medicina prepagada deben enviar conjuntamente con los estados financieros analíticos mensuales, los anexos contables con la información detallada de los fondos de acuerdo con las Normas de Contabilidad y Código de Cuentas para Empresas de Seguros y Empresas de Medicina Prepagada emitido por este Órgano.

De la inversión y rendimiento de los recursos

Artículo 12. Si las partes así lo acuerdan, podrán establecer un plan de inversión de los recursos no corrientes, el cual quedará establecido en el contrato suscrito entre las partes, así como el uso o destino del rendimiento de la inversión. Bajo ninguna circunstancia prevalecerá la intención de inversión sobre el cumplimiento del objeto del contrato, ni se alegará la inversión para justificar la falta de pago de la indemnización de siniestros.

Del registro contable del rendimiento de la inversión

Artículo 13. En los casos que las empresas de seguro y de medicina prepagada, participen del rendimiento de la inversión, su registro contable, deberá realizarse con abono a la cuenta de ingresos por servicios – por fondos administrados.

De la prohibición

Artículo 14. Las empresas de seguros y las empresas de medicina prepagada no podrán utilizar los fondos recibidos para uso propio, tampoco podrán solicitar a los bancos e instituciones financieras, créditos o préstamos garantizados sobre los recursos administrados a su favor o del contratante.

De la disposición transitoria

Artículo 15. Los fondos administrados existentes se adecuarán a las presentes normas, una vez ésta entre en vigencia.

De la aplicación de las normas

Artículo 16. Las demás normativas prudenciales y actos administrativos conexos a la actividad aseguradora, que coliden con las presentes normas no serán aplicables.

De la publicidad



Artículo 17. Se ordena la publicación de las presentes normas en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, con el fin de coadyuvar con la divulgación de su contenido a todos los interesados y público en general.

De la vigencia

Artículo 18. Las presentes normas entrarán en vigencia a partir de la fecha de publicación en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

OMAR OROZCO COLMENARES
Superintendencia de la Actividad Aseguradora (E)
Resolución N° 003 del 18 de enero de 2021
G.O.R.B.V. N° 42.049 del 18 de enero de 2021

NORMAS QUE RIGEN LOS CANALES DE COMERCIALIZACIÓN Y EL USO DE LAS TECNOLOGÍAS DEL MERCADO FINANCIERO (FINTECH) Y LAS TECNOLOGÍAS DEL MERCADO DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA (INSURTECH)



213°, 165° y 25°

SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

Providencia: SAA-_____

Fecha: _____

El Superintendente de la Actividad Aseguradora tiene dentro de sus atribuciones dictar sus manuales de normas y procedimientos que regulan la Actividad Aseguradora, en consecuencia, acuerda dictar:

Las siguientes:

NORMAS QUE RIGEN LOS CANALES DE COMERCIALIZACIÓN Y EL USO DE LAS TECNOLOGÍAS DEL MERCADO FINANCIERO (FINTECH) Y LAS TECNOLOGÍAS DEL MERCADO DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA (INSURTECH)

CAPÍTULO I Disposiciones generales

Del objeto

Artículo 1. Las presentes normas tienen por objeto establecer las pautas generales a seguir por las empresas de seguros y de medicina prepagada, para la promoción y venta de seguros y planes a través del uso de diversos canales de comercialización.

De las definiciones

Artículo 2. A los efectos de estas normas, se entenderá por:

1. **Asegurado.** Persona que en sí misma, en sus bienes o en sus intereses económicos está expuesta al riesgo amparado por el contrato de seguro;
2. **Aseguradora:** Empresa de seguros o de medicina prepagada autorizada por la Superintendencia de la Actividad Asegurada;
3. **Canales Alternativos:** Persona jurídica con la que la Aseguradora celebra un convenio con el objeto de utilizar su infraestructura, sus activos tecnológicos y sus relaciones con un gran número de afiliados o potenciales asegurados, con las que tiene nexos comerciales o de otros tipos, a los fines de servir como mecanismo para facilitar la adquisición de un producto de seguro o de medicina prepagada;
Los canales alternativos, involucran a las instituciones financieras regidas por la ley que regula el sector bancario, las empresas de servicios públicos o privados, establecimientos comerciales e industriales, gremios y asociaciones,



- previa inscripción en el registro que a tal fin establezca la Superintendencia de la Actividad Aseguradora;
4. **Contrato simplificado o certificado del contrato simplificado:** Documento que acredita la contratación de la póliza individual o colectiva respectivamente, emitida por la aseguradora y contendrá los requisitos mínimos exigidos en estas normas para garantizar los derechos de los asegurados;
 5. **Medios de Comercialización:** Mecanismos utilizados para acceder a distancia o de modo no presencial a los potenciales tomadores, asegurados, beneficiarios, contratantes, usuarios o y afiliados, a los fines de promocionar, ofrecer o comercializar microseguros o microplanes; seguros o planes masivos; seguros o planes inclusivos; tales como: telefonía, mensajería, correo físico o electrónico, *telemarketing*, redes sociales, aplicaciones, entre otros. Estos medios incluyen el uso de Tecnología del Mercado Financiero (FINTECH) y de la Tecnología del Mercado de la Actividad Aseguradora (INSURTECH);
 6. **Puntos de comercialización:** Establecimientos que no constituyan una oficina, sucursal o sede de la aseguradora por medio de los cuales su personal o sus intermediarios de la Actividad Aseguradora, brindan información, promocionan y comercializan los productos a que se refiere estas normas; Los puntos deben ser aprobados mediante acta de junta directiva de la aseguradora, la cual debe ser asentada en el libro correspondiente, dejando constancia de su ubicación, así como los productos a comercializar;
 7. **Tecnología del Mercado Financiero (FINTECH):** Soluciones financieras propiciadas por la tecnología que involucra a todas aquellas empresas de servicios financieros que utilizan procesos y sistemas tecnológicos de avanzada para servir de auxiliar como sistema de pago o prestador de servicios;
 8. **Tecnología del Mercado de la Actividad Aseguradora (INSURTECH):** Empresas emergentes, que desarrollan y ofrecen productos de seguros en un entorno digital y bajo nuevos modelos de negocios, empleando nuevas tecnologías y procesos; tales como: computación en la nube, blockchain, big data, inteligencia artificial, redes inalámbricas, entre otras.

Del Sistema Único de Trámites

Artículo 3. Todas las solicitudes a las que aluden estas normas se realizarán a través del Sistema Único de Trámites de conformidad con las previsiones normativas contenidas en las normas que regulan los trámites y procedimientos administrativos sustanciados en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora a través de medios electrónicos.

CAPÍTULO II De la comercialización

Artículo 4. Las empresas de seguros, de medicina prepagada e intermediarios de la actividad aseguradora, podrán comercializar directamente los productos a través

de su personal, tanto en su sede principal, como en sucursales, oficinas y puntos de comercialización.

Las empresas de seguros y de medicina prepagada, son responsables de la capacitación de sus empleados, conforme con lo señalado en estas normas.

Las primas o cuotas de los productos comercializados a través de esta modalidad no podrán contener recargo alguno por concepto de comisión de intermediación.

De la comercialización a través de la intermediación

Artículo 5. Las pólizas tradicionales, así como los microseguros, seguros inclusivos y masivos podrán ser comercializados a través de los intermediarios de la Actividad Aseguradora.

La actuación de los intermediarios queda sujeta al régimen previsto en la ley y el reglamento que regulan el ejercicio de su actividad.

Los intermediarios no podrán celebrar contratos con terceros que sirvan de canales alternativos, en los términos previstos en estas normas.

La Superintendencia de la Actividad Aseguradora establecerá mediante las normas que regulen el arancel de comisiones, bonos y planes de estímulos, las retribuciones que podrán percibir los intermediarios de la actividad aseguradora.

De la comercialización a través de los canales alternativos

Artículo 6. Las empresas de seguros y de medicina prepagada, solo podrán colocar a través de los canales alternativos a que se refieren estas normas, coberturas de los ramos de accidentes personales, funerarios, vida individual, vida colectivo y responsabilidad civil de vehículos, siempre que estén autorizados para operar en estos ramos.

En los productos comercializados bajo esta modalidad no podrán actuar intermediarios de la actividad aseguradora, ni podrá el canal alternativo figurar como tomador o contratante, excepto en aquellos contratados para sus empleados.

De los errores en la comercialización

Artículo 7. Las empresas de seguros y de medicina prepagada, no podrán alegar errores, faltas u omisiones del canal alternativo, como eximente de sus obligaciones contractuales.

De la aprobación del canal alternativo

Artículo 8. Corresponde a la Junta Directiva de la aseguradora aprobar el uso de esta modalidad de comercialización y velar por el cumplimiento de este instrumento normativo.



De la publicación en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora

Artículo 9. La Superintendencia de la Actividad Aseguradora publicará en su página web, las empresas inscritas en el registro de canales alternativos que lleve para tal fin.

Requisitos de los puntos de comercialización o canales alternativos.

Artículo 10. Las empresas de seguros y de medicina prepagada, podrán contratar únicamente puntos de comercialización o canales alternativos que cumplan los siguientes requisitos:

1. Que se encuentren legalmente constituidos en el país;
2. Que tengan como mínimo un (1) año ejerciendo de forma habitual su actividad comercial;
3. Que tengan una infraestructura que permita la venta masiva de pólizas o planes, conforme a las políticas establecidas por las empresas de seguros y de medicina prepagada;
4. Que se encuentren en una situación financiera estable;
5. Soportes documentales que demuestren el cumplimiento de las obligaciones tributarias nacionales y municipales del último ejercicio económico, del propuesto canal alternativo;

Requisitos para las instituciones bancarias y de las Tecnologías del Mercado Financiero (FINTECH)

Artículo 11. Si los interesados en comercializar productos de microseguros o microplanes; seguros o planes inclusivos y seguros o planes masivos son instituciones bancarias o las Tecnologías del Mercado Financiero (FINTECH) legalmente constituidas en el país, bastará con la inscripción en la Superintendencia de las Instituciones del Sector Bancario y la presentación de una carta suscrita por el representante legal de la institución financiera, expresando su decisión de actuar como comercializador de dicha aseguradora, acompañado del acta de asamblea general de accionistas donde se acordó tal decisión.

Recaudos para la inscripción en el registro de canales alternativos

Artículo 12. Para formalizar la solicitud de inscripción en el registro de canales alternativos, la aseguradora debe adjuntar en el Sistema Único de Trámites, los siguientes documentos:

1. Acta de la Junta Directiva de la empresa de seguros o de medicina prepagada que aprobó el uso del canal alternativo;



2. Documento constitutivo estatutario de la persona jurídica que actuará como canal alternativo;
3. Copia del contrato celebrado con el canal alternativo, conforme con lo indicado en estas normas;
4. Presentar una Declaración Jurada indicando que la contratación con el canal alternativo se realizó una vez comprobado el cumplimiento de los requisitos mínimos establecidos para realizar la labor de comercialización y que no se encuentra incurso en ninguno de los impedimentos establecidos en estas normas.

La Superintendencia de la Actividad Aseguradora podrá requerir cualquier otro documento que estime conveniente o necesario.

Del contrato con el canal alternativo

Artículo 13. Las empresas de seguros y de medicina prepagada, que pretendan colocar sus productos a través de un canal alternativo, deben suscribir con éste un contrato de comercialización, que contenga e indique como mínimo:

1. Identificación clara y precisa de las partes contratantes;
2. Descripción de los contratos, planes o coberturas que se pretendan comercializar;
3. Indicación de los puntos de venta para la comercialización de los contratos, planes o coberturas que se pretendan comercializar, en los ramos de accidentes personales, funerarios, vida individual, vida colectiva o responsabilidad civil de vehículos;
4. Los derechos de las partes;
5. Obligación de capacitar a los trabajadores del canal alternativo, en los términos indicados en estas normas;
6. Compromiso del canal alternativo de informar a los potenciales tomadores, asegurados, beneficiarios, contratantes, usuarios o y afiliados que la responsabilidad por los productos suscritos corresponde a la aseguradora;
7. Prohibición del canal alternativo de efectuar cargos adicionales sobre la prima o cuota fijada por la aseguradora, así como la de condicionar la venta de un producto, a la adquisición de cualquier otro o servicio;
8. Indicación expresa de que los pagos de primas o cuotas realizados al canal alternativo se consideran efectuados a la aseguradora. Esta condición debe incorporarse en el certificado de contrato simplificado;
9. Obligación del canal alternativo de abonar o transferir a la aseguradora las primas o cuotas recaudadas en el plazo acordado por las partes;
10. Indicación expresa que, en ningún caso la aseguradora delegará al canal alternativo la tramitación del siniestro ni el pago de las indemnizaciones;
11. Remuneración que recibirá el canal alternativo por la venta de los productos y la forma de determinarlo. Este costo será considerado por la aseguradora un gasto de administración;
12. En ningún caso se podrá estipular en el contrato la designación de un intermediario de la actividad aseguradora;



13. La garantía del canal alternativo de que la información suministrada por los tomadores, asegurados, beneficiarios, contratantes, usuarios y afiliados tomadores, contratantes, asegurados, afiliados y beneficiarios, sea confidencial y no susceptible de divulgación a terceros no autorizados por la aseguradora;
14. El contrato no podrá contener ninguna cláusula que establezca el pago de incentivos a los empleados del canal alternativo, por concepto de la realización de actividades propias del sector asegurador;
15. La obligación de remitir a la aseguradora en el plazo y forma que ésta le indique, la información necesaria para realizar los informes requeridos por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, conforme a los lineamientos establecidos en los cuerpos normativos emanados por el ente regulador.

De la prestación universal

Artículo 14. Las empresas de seguros y de medicina prepagada, deben garantizar el acceso al producto de microseguros o microplanes, seguros o planes inclusivos y seguros o planes masivos a los ciudadanos en todo el territorio nacional, independientemente de su situación económica, social o geográfica.

Deber de notificar la anulación, cambio o *addendum* con el contrato del canal alternativo

Artículo 15. Las empresas de seguros y de medicina prepagada, deberán notificar y remitir a la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, con al menos treinta (30) días de anticipación, cualquier modificación o *addendum* que se realice sobre el contrato celebrado con el canal alternativo.

De los impedimentos para canales alternativos

Artículo 16. Están impedidos para realizar operaciones como canal alternativo:

1. Los sujetos regulados por la Ley de la Actividad Aseguradora;
2. Personas jurídicas sobre las cuales exista alguna medida de intervención de carácter administrativo, estado de atraso o quiebra;
3. Cualquier otro que considere conveniente la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

De la capacitación

Artículo 17. Las empresas de seguros y de medicina prepagada, deben brindar capacitación a los trabajadores de los canales alternativos, con la finalidad de que se informe adecuadamente a los potenciales tomadores, asegurados, beneficiarios, contratantes, usuarios y o afiliados, al momento de la suscripción del contrato, sobre las características y condiciones de los productos que están promocionando u ofertando. En este sentido, las empresas de seguros y de medicina prepagada, deben implementar programas de capacitación acordes a la naturaleza comercial del canal alternativo, con especial atención en los siguientes aspectos:



1. Coberturas, beneficios, exclusiones y exoneraciones de responsabilidad de los productos;
2. Procedimiento para la contratación de los productos, pago de la prima o cuota y las consecuencias de su incumplimiento;
3. Procedimiento y requisitos para la notificación a la aseguradora del siniestro o solicitud de la prestación del servicio, según corresponda;
4. Administración de riesgos de legitimación de capitales, financiamiento al terrorismo y financiamiento de la proliferación de armas de destrucción masiva.

Las empresas de seguros y de medicina prepagada, deberán implementar los mecanismos necesarios que permitan garantizar que la capacitación sea efectiva, medible y se encuentre a disposición permanente del canal alternativo.

Los programas de capacitación que desarrollen las empresas de seguros y de medicina prepagada, así como la documentación que acredite el cumplimiento de lo señalado en el presente artículo, deben mantenerse a disposición de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

De las prohibiciones

Artículo 18. Se prohíbe a los comercializadores:

1. Comercializar productos de microseguros o microplanes; seguros o planes inclusivos o seguros o planes masivos no aprobados por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, o que sean emitidos por empresas no autorizadas para realizar actividad aseguradora en el país;
2. Realizar publicidad al margen de las disposiciones que sobre esta materia regule la Ley de la Actividad Aseguradora y la normativa correspondiente;
3. Figurar como contratante o tomador en las pólizas que comercialice, excepto en aquellas contratadas para su personal o empresa.

CAPÍTULO III

De las Tecnologías Financieras (FINTECH) y de las Tecnologías de Seguros (INSURTECH) en la Actividad Aseguradora.

De la contratación de las Tecnologías Financieras (FINTECH) y de las Tecnologías de Seguros (INSURTECH)

Artículo 19. Las empresas de seguros, de medicina prepagada y canales alternativos, sólo podrán contratar a empresas de servicios de Tecnología del Mercado Financiero (FINTECH) como proveedor de pago, aquellas que se encuentren inscritas en la Superintendencia de las Instituciones del Sector Bancario.

De la obligación de informar

Artículo 20. Cuando el uso y aplicación de la tecnología financiera se encuentre enmarcada dentro del sector asegurador a través de la Tecnología del Mercado de la Actividad Aseguradora (INSURTECH), como proveedor de servicios y productos,



los sujetos regulados deben informar de su contratación a la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

Del contrato de las Tecnologías Financieras (FINTECH) y de las Tecnologías de Seguros (INSURTECH)

Artículo 21. Los contratos referidos en estas normas entre las empresas de seguros y de medicina prepagada, y las referidas tecnologías deberán incluir como mínimo los siguientes aspectos:

1. Identificación de los contratantes y/o de sus representantes legales o apoderados.
2. Obligaciones y responsabilidades de las partes;
3. Cobertura permitida;
4. El plazo de vigencia del contrato y la condición de prórroga automática;
5. El procedimiento para la resolución de controversias y el lugar de notificación de las partes;
6. La fecha y lugar de la contratación;
7. Los supuestos para la terminación de la relación contractual y las sanciones en caso de incumplimiento de las partes;
8. Medidas para la protección de los clientes.

De la autorización del contrato

Artículo 22. Las empresas de seguros y de medicina prepagada, que utilicen Tecnología del Mercado Financiero (FINTECH) o Tecnología del Mercado de la Actividad Aseguradora (INSURTECH) deberán enviar a la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, de forma previa a su celebración, los modelos de contratos que pretendan suscribirse con los referidos canales, así como cualquier modificación.

De la garantía de la información de los tomadores, asegurados, beneficiarios, contratantes, usuarios y afiliados

Artículo 23. La utilización de medios alternativos debe garantizar que la información que se le proporcione a los potenciales tomadores, asegurados, beneficiarios, contratantes, usuarios y afiliados sea veraz, comprensible, íntegra y transparente.

Las empresas de seguros, de medicina prepagada y canales alternativos, que contraten terceros especializados en servicios a distancia, en especial aquellos referidos al uso de Tecnología del Mercado Financiero (FINTECH), son garantes y responsables frente a los tomadores, asegurados, beneficiarios, contratantes, usuarios y afiliados, y ante la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, por el cumplimiento de las medidas de seguridad destinadas a la conservación, confidencialidad, integridad y ciberseguridad de la información suministrada a través de estos sistemas.



De la supervisión de nuevas tecnologías

Artículo 24. La Superintendencia de la Actividad Aseguradora tendrá atribuciones suficientes para supervisar el uso de las Tecnologías Financieras (FINTECH) enmarcadas en el sector asegurador y podrá implementar normas, a los fines de regular riesgos técnicos, operacionales, de cumplimiento, de evasión regulatoria, sistémicos, de conducta de mercado, de ventas, de conocimiento del tomador, asegurado, beneficiario, contratante, usuario y afiliado, de pago, tecnológicos, de información y de discriminación o exclusión financiera, entre otros.

A tal fin, las empresas de seguros y de medicina prepagada, deberán llevar un registro de la Tecnología del Mercado Financiero (FINTECH) con las que operan.

De las condiciones especiales en la contratación de Tecnologías Financieras (FINTECH)

Artículo 25. Las empresas de seguros, de medicina prepagada y canales alternativos, que subcontraten terceros especializados en el uso de Tecnología del Mercado de la Actividad Aseguradora (INSURTECH), deben exigirles a estos proveedores la contratación de una póliza de seguro de responsabilidad civil a su favor, que ampare los riesgos de privacidad y ciberseguridad de la información que le fuere suministrada.

Asimismo, la contratación de estos proveedores debe incluir una fianza de fiel cumplimiento que cubra los daños y perjuicios por la infracción de sus obligaciones.

Las garantías previstas en este artículo deben ser suficientes y no podrán ser emitidas por la aseguradora que contrató el mencionado servicio, si fuere el caso, ni con quien conforme un grupo económico en los términos previstos en la Ley de la Actividad Aseguradora y su reglamento de aplicación.

De la prohibición

Artículo 26. Queda prohibido el uso de los servicios a distancia y las Tecnologías del Mercado Financiero (FINTECH) o Tecnología del Mercado de la Actividad Aseguradora (INSURTECH) a que se refieren estas normas, para direccionar a una o grupo de personas a suscribir o recibir la prestación de un servicio en los términos previsto en la ley de la actividad aseguradora, sin que exista una aseguradora subyacente que ampare o respalde los productos de seguros o de medicina prepagada.

De los servicios de asistencia virtual

Artículo 27. Cuando el uso de la Tecnología Financiera (FINTECH) implique que los procesos de suscripción y trámite de siniestros sean digitalizados, el proveedor debe incorporar un asistente virtual que permita al tomador, asegurado, beneficiario, contratante, usuario y afiliado interactuar con las empresas de seguros y de medicina prepagada.

El tomador, asegurado, beneficiario, contratante, usuario y afiliado que interactúe con el asistente virtual debe tener conocimiento que dicha comunicación se lleva a cabo con un sistema robótico.

De los ambientes de prueba

Artículo 28. La Superintendencia de la Actividad Aseguradora podrá coordinar e implementar ambientes de prueba (*Sandboxes* regulatorios) para facilitar y promover el desarrollo de la Tecnología del Mercado de la Actividad Aseguradora (INSURTECH).

En estos casos, deben establecerse mecanismos de colaboración interinstitucional, requisitos legales necesarios, duración de los mismos y la información que ha de presentarse al supervisor, entre otros.

El acceso al *sandbox* no supondrá en ningún caso el otorgamiento de autorización para el ejercicio de la actividad aseguradora.

De la aplicación de las normas

Artículo 29. Las demás normativas prudenciales y actos administrativos conexos a la actividad aseguradora, que coliden con las presentes normas no serán aplicables.

De la publicidad

Artículo 30. Se ordena la publicación de las presentes normas en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, con el fin de coadyuvar con la divulgación de su contenido a todos los interesados y público en general.

De la vigencia

Artículo 31. Las presentes normas entrarán en vigencia a partir de la fecha de publicación en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora

OMAR OROZCO COLMENARES
Superintendente de la Actividad Aseguradora (E)

Resolución N°003-2021 de fecha 18 de enero de 2021
G.O.R.B.V. N° 42.049 de fecha 18 de enero de 2021

NORMAS QUE REGULAN EL CONTRATO DE FIANZA Y SUS CONDICIONES GENERALES EN LA ACTIVIDAD ASEGURADORA



213°, 165° y 25°

SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

Providencia: SAA-_____

Fecha: _____

El Superintendente de la Actividad Aseguradora tiene dentro de sus atribuciones dictar sus manuales de normas y procedimientos que regulan la Actividad Aseguradora, en consecuencia, acuerda dictar:

Las siguientes:

NORMAS QUE REGULAN EL CONTRATO DE FIANZA Y SUS CONDICIONES GENERALES EN LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

Del objeto

Artículo 1. Las normas tendrán por objeto establecer la regulación del contrato de fianza en la actividad aseguradora, emitido por las empresas de seguros, con respecto a las obligaciones y condiciones generales que lo conforman.

De la definición

Artículo 2. El contrato de fianza es aquel mediante el cual una empresa de seguros, llamada fiador, se obliga frente a una persona, denominada acreedor, a indemnizar por el incumplimiento de las obligaciones asumidas por el afianzado en un contrato principal.

De las características del contrato

Artículo 3. El contrato de fianza es consensual, subsidiario, oneroso y accesorio a una obligación principal.

Del objeto del contrato

Artículo 4. El contrato de fianza garantiza al acreedor la indemnización, hasta el límite de la suma afianzada, de las obligaciones contraídas voluntariamente por el afianzado, a cambio de una contraprestación por asumir las consecuencias de su incumplimiento.

De la causa del contrato

Artículo 5. Todo interés legítimo en garantizar el cumplimiento de una obligación puede ser causa de un contrato de fianza.

De las partes que intervienen en el contrato

Artículo 6. Son partes del contrato de fianza:

1. El fiador, empresa de seguros que se obliga a indemnizar frente al acreedor por el incumplimiento del afianzado en el contrato principal que da origen a la fianza;
2. El acreedor, persona titular del derecho de exigir que se cumpla la obligación contenida en el contrato principal, en cuyo favor se otorga la fianza;



3. El afianzado, persona sobre la cual recae el cumplimiento de la obligación contenida en el contrato principal.

De los requisitos del contrato de fianza

Artículo 7. El contrato por medio del cual la empresa de seguros se constituye en fiador debe contener, como requisitos mínimos, la subrogación de los derechos, acciones y garantías que tenga el acreedor garantizado contra el deudor; la caducidad de las acciones contra la empresa de seguros; la obligación del acreedor de notificar cualquier eventualidad o circunstancia que pueda dar lugar al reclamo tan pronto como tenga conocimiento de ello; el monto exacto garantizado y su duración.

Del manual de procedimientos de las fianzas

Artículo 8. Las empresas de seguros deben elaborar un manual de procedimiento en el que se indique la forma cómo se aprobarán las fianzas, bien que se haga a través de la conformación de un comité, con el voto favorable de la Junta Directiva o por medio de cualquier mecanismo que se considere apropiado al respecto.

De la responsabilidad solidaria

Artículo 9. La Junta Directiva o quienes detenten esa función y los accionistas responderán solidariamente con su patrimonio por todas las operaciones de afianzamiento realizadas en contravención a lo dispuesto en la Ley de la Actividad Aseguradora, el Reglamento y las normas que se dicten al efecto, salvo que hayan dejado constancia expresa en acta de su voto negativo a la celebración de la operación.

Las fianzas emitidas deben ser suscritas por quienes tengan la cualidad para comprometer patrimonialmente a la empresa de seguros, de conformidad con sus estatutos. En caso que esta función sea atribuida a una instancia determinada, se mantendrá la responsabilidad de quien o quienes la deleguen.

De las condiciones formales

Artículo 10. Todo contrato de fianza debe ser impreso en fuente Arial 12, indicando el nombre completo de la empresa de seguros, el número de registro en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, Registro único de Información Fiscal (R.I.F.), teléfonos de contacto, correo electrónico, dirección y, adicionalmente, debe contener los siguientes datos:

1. En la parte superior y centrado del contrato, el tipo de fianza de que se trate;
2. La identificación del afianzado y del acreedor;
3. Constancia expresa de la decisión que aprueba su otorgamiento, emitida por la Junta Directiva de la empresa o quienes detenten esa función;
4. Identificación de la o las personas que suscriben la fianza en nombre de la empresa de seguros;
5. Las obligaciones que se pretenden garantizar;
6. El lapso de su vigencia, señalándose expresamente en qué momento cesará la obligación para la empresa de seguros;



7. Las condiciones generales, aprobadas por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora con carácter general y uniforme;

8. En caso que el acreedor sea un ente u Órgano del Estado, debe indicarse que la empresa de seguros renuncia expresamente a los beneficios acordados en los artículos 1.833, 1.834 y 1.836 del Código Civil. En cualquier otro caso, podrá convenirse por las partes.

Toda modificación o adición al contrato de fianza debe constar en anexo, en el cual se dejarán asentados los datos de la fianza, la fecha de su otorgamiento y las modificaciones o adiciones que le fueron aprobadas.

Este anexo debe formar parte integrante del contrato de fianza y estar suscrito por la persona designada para ello por la empresa de seguros, indicando el número, la fecha de aprobación y el acreedor.

Los anexos pueden ser utilizados para cambiar el nombre de los sujetos que intervienen en el contrato, el domicilio, el monto afianzado, la fecha en la que se inicia o finaliza la garantía o cualesquiera otras condiciones que sean aprobadas por las partes, siempre y cuando no alteren las condiciones generales de la fianza.

Del control y seguimiento del contrato

Artículo 11. Las empresas de seguros deben hacer un seguimiento del cumplimiento de las obligaciones afianzadas cualquiera sea la naturaleza o monto afianzado, en ese sentido las empresas de seguros están obligadas a solicitar al afianzado, con periodicidad no mayor a noventa (90) días continuos, la remisión del informe en el que se especifique el avance técnico y administrativo del contrato, tanto para aquellos que no superen más de un ejercicio fiscal como para los plurianuales.

En los contratos de fianzas de anticipo y fiel cumplimiento, el contratista debe remitir el informe elaborado por el ingeniero inspector de obra en el que se especifica el avance técnico y administrativo de la obra.

De los manuales de procedimientos previos y posteriores para el control de los contratos de fianza

Artículo 12. Las empresas de seguros deben establecer manuales de procedimientos que indiquen la forma previa para tramitar los contratos de fianzas y hacer seguimiento al cumplimiento que den sus afianzados a las obligaciones garantizadas con el propósito de mantener un adecuado control de los riesgos asumidos y, en su caso, adoptar las medidas preventivas necesarias para salvaguardar su estabilidad y solvencia.

De la contragarantía

Artículo 13. En todo contrato de fianza cualquiera sea la naturaleza y monto afianzado, tanto si se suscribe en moneda nacional o moneda extranjera, la empresa de seguro debe verificar la contratación de una contragarantía suficiente y comprobable, manteniéndola actualizada por el importe de la responsabilidad asumida. En los casos de prendas e hipotecas, además de las condiciones requeridas para toda contragarantía, deben estar autenticadas o protocolizadas según sea el caso.



De los tipos de contragarantías

Artículo 14. Las contragarantías podrán ser de los siguientes tipos:

1. Prendas;
2. Hipotecas;
3. Sobre el patrimonio de los accionistas o de personas relacionadas con el afianzado, ambos domiciliados en el país, soportados en balances firmados por contadores públicos colegiados, en los cuales los inmuebles hayan sido verificados en las oficinas de los Registros respectivos y se encuentren libres de gravámenes, comodatos y arrendamientos;
4. Cartas de créditos irrevocables, incondicionales y a primer requerimiento, expedidas por bancos de primera línea del exterior, siempre que se consigne una certificación expedida por la autoridad competente del país de origen del banco, debidamente legalizada, que acredite que conforme a la legislación de dicho país, no existe impedimento alguno para que el banco pague, a una empresa domiciliada en la República Bolivariana de Venezuela, el monto correspondiente a la carta de crédito;
5. Carta de crédito irrevocable expedida por bancos universales;
6. Letras de cambios y pagarés;
7. Administración de anticipos.

De la prenda como contragarantía

Artículo 15. Únicamente podrá constituirse contragarantía en prenda sobre los siguientes bienes:

1. Depósitos en moneda extranjera en custodia de instituciones financieras, domiciliadas en el país y regidas por la ley que regula el sector bancario, o del Banco Central de Venezuela;
2. Depósitos en criptoactivos autorizados por el organismo que regula la materia. La Superintendencia de la Actividad Aseguradora establecerá las normas para su custodia y la determinación de los criptoactivos aptos;
3. Títulos valores emitidos o garantizados por la República Bolivariana de Venezuela;
4. Títulos valores autorizados por el organismo que regula y supervisa el mercado de valores. En este caso la responsabilidad del fiador no excederá del 80% del valor de la prenda;
5. Maquinarias, equipos, vehículos y otros bienes similares, siempre que estén amparados contra los riesgos de pérdidas o daños materiales, que tengan como beneficiario preferencial irrevocable a la empresa de seguros que emite la fianza. En estos casos, esta empresa de seguros no podrá asegurar los referidos bienes;
6. Depósitos a plazo fijo o inversiones similares, que sean objetos de garantías prendarias;
7. Administración de anticipos.

Del lapso para depositar la prenda

Artículo 16. La prenda consistente en depósitos en moneda extranjera o en títulos valores cualquiera sea la naturaleza o monto de la fianza, deberá depositarse en un plazo máximo de diez (10) días hábiles antes de la emisión del contrato de fianza en una institución financiera, domiciliada en el país y regida por la ley que regula el sector bancario, o en el



Banco Central de Venezuela; y de ellos solo podrá disponerse cuando la fianza sea reclamada, se liquide, o cuando se sustituya la contragarantía, previa autorización de la empresa aseguradora.

De las contragarantías hipotecarias

Artículo 17. La contragarantía que se constituya en hipoteca, se hará sobre bienes evaluados por los peritos evaluadores autorizados por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, siempre que estén amparados contra los riesgos pérdidas o daños por incendio y terremoto, que tengan como beneficiario preferencial irrevocable a la empresa de seguros que emite la fianza. En estos casos, esta empresa de seguros no podrá asegurar los referidos bienes.

De las limitaciones a las contragarantías

Artículo 18. Ninguna contragarantía podrá garantizar más de una fianza en la misma empresa de seguros o en cualquier otra. En el supuesto de emisión de dos o más fianzas para un mismo afianzado, la Superintendencia de la Actividad Aseguradora podrá autorizar como garantía de recuperación la misma contragarantía.

Los accionistas, directivos y administradores de los sujetos regulados no podrán constituirse como contragarantes en favor de los afianzados.

Fondo de contingencia

Artículo 19. Además de las reservas técnicas de la ley que regula la actividad aseguradora, las empresas de seguros y de reaseguros están obligadas a constituir un fondo de contingencia que les permita contar con los recursos necesarios para hacer frente al financiamiento de posibles circunstancias adversas en las reclamaciones procedentes de las fianzas otorgadas o reafianzadas, así como en las respectivas contragarantías de recuperación.

Este fondo será acumulativo, deberá constituirse desde el momento en que inicie la vigencia de la fianza y será equivalente a diez por ciento (10%) de las contraprestaciones o primas retenidas, netas de comisión de intermediación y de comisión de reaseguro, según corresponda, correspondientes a riesgos transcurridos, y solo podrá dejar de incrementarse cuando así lo determine la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante normas que dicte a tal efecto.

Para los contratos en curso a la fecha de entrada en vigor de estas normas, se debe considerar en el cálculo la porción de la contraprestación o prima que se consuma con posterioridad a dicha fecha.

Los recursos del fondo deben ser depositados en instituciones financieras domiciliadas en el país y regidas por la ley que regula el sector bancario, siempre que no sean empresas relacionadas del sujeto regulado. Al saldo de este fondo se le adicionarán los rendimientos obtenidos de su inversión.

Cuando la contraprestación o prima haya sido pagada en moneda extranjera, el correspondiente aporte al fondo debe constituirse en la misma moneda.



Las empresas de seguros y de reaseguros podrán disponer, previa autorización de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, del fondo de contingencia para el pago de las reclamaciones por fianzas, siempre que se haya agotado la reserva para riesgos en curso de la cartera. En este caso, solo podrán disponer de la cantidad necesaria para financiar el pago de la parte retenida de las reclamaciones. Una vez se haga efectiva la recuperación de la contragarantía, debe reponerse el fondo, hasta alcanzar el monto financiado. Según las condiciones de reaseguro o retrocesión acordadas, la Superintendencia de la Actividad Aseguradora podrá autorizar que las empresas de seguros o de reaseguros utilicen del fondo, el monto que corresponde a la participación de los reaseguradores o retrocesionarios.

De la certificación del fondo de contingencia

Artículo 20. Al cierre del ejercicio económico, el fondo de contingencia deberá ser certificado por un actuario independiente, autorizado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

Del límite máximo de retención por fianza

Artículo 21. El límite máximo de retención por fianza (LMRF) para las empresas de seguros y de reaseguros, se determinará aplicando el quince por ciento (15%) sobre la suma del patrimonio propio no comprometido (PPNC) más el saldo del fondo de contingencia (FC) a la fecha de emisión de la fianza:

$$\text{LMRF} = 0,15 * (\text{PPNC} + \text{FC})$$

Del límite máximo de retención por afianzado

Artículo 22. El límite máximo de retención por afianzado (LMRA) para las empresas de seguros y de reaseguros, se determinará aplicando el cuarenta por ciento (40%) sobre la suma del patrimonio propio no comprometido (PPNC) más el saldo del fondo de contingencia (FC) a la fecha de emisión de la fianza:

$$\text{LMRA} = 0,40 * (\text{PPNC} + \text{FC})$$

Cartas compromisos

Artículo 23. Las empresas de seguros podrán utilizar como contragarantías cartas compromisos cuando el monto afianzado no exceda la mayor de las siguientes cantidades:

1. Cinco mil (5.000) veces el tipo de cambio de referencia; y
2. El menor valor entre diez mil (10.000) veces el tipo de cambio de referencia y el 10% de límite de retención por fianza.

Se entiende por tipo de cambio de referencia, el tipo de cambio oficial de la moneda de mayor valor, publicado por el Banco Central de Venezuela, según el promedio ponderado resultante de las operaciones diarias de las mesas de cambio activas de las instituciones bancarias participantes.



Para la validez de la excepción prevista en este artículo, las empresas de seguros deben certificar que las personas que suscriban las cartas compromisos sean ampliamente solventes y tengan suficiente capacidad de pago, debiendo recabar los documentos y análisis financieros necesarios que permitan su verificación, los cuales formarán parte del expediente y deberán actualizarse anualmente, hasta en tanto continúe vigente la obligación garantizada.

Asimismo, las empresas de seguros deben estimar, razonablemente, que el afianzado dará cumplimiento a las obligaciones garantizadas, considerando la viabilidad económica de los proyectos relacionados con las obligaciones que se pretendan garantizar, la capacidad técnica y financiera del afianzado para cumplir con la obligación garantizada, su historial crediticio, así como su calificación administrativa y moral.

De la sustitución de la indemnización

Artículo 24. El contrato de fianza podrá establecer que la indemnización se realice mediante la sustitución del contratista en todos sus derechos y obligaciones, siempre que quien continúe con la ejecución del contrato por cuenta del fiador y a riesgo de este, tenga la capacidad técnica y financiera, a juicio del acreedor; por tal motivo, la cesión del contrato debe autorizarse por éste. Dicha sustitución será admisible siempre que el contrato no sea personalísimo o *intuitu personae*.

De igual manera, las partes podrán establecer en las condiciones particulares del contrato de fianza, mecanismos alternativos de resolución de conflictos.

De las prohibiciones

Artículo 25. Las empresas de seguros autorizadas para operar en ramos de seguros generales podrán realizar operaciones de fianzas siempre que éstas no sean garantías financieras, avales o garantías a primer requerimiento.

Del registro del contrato de fianza

Artículo 26. Toda empresa de seguros debe llevar un registro actualizado de los contratos de fianza suscritos y vigentes, segmentados de acuerdo a su nivel de riesgo, en el que se señale, como mínimo: identificación del acreedor y del afianzado, fecha de inicio, fecha de culminación, monto afianzado, y datos de la contragarantía; en el caso que se trate de fianzas de fiel cumplimiento de obras, fecha del último informe del inspector de obras.

Los datos incluidos en el registro individual y los documentos obtenidos relativos al acreedor, afianzado y contragarante conformarán el expediente.

Esta información debe ser remitida dentro de los diez (10) días hábiles siguientes al término de cada mes, conforme a los lineamientos fijados por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

De la conformación del Expediente

Artículo 27. El expediente de fianzas debe conformarse de acuerdo al nivel de riesgo del afianzado; en tal sentido, la empresa de seguros está obligada a aplicar la política



conozca a su cliente y el principio de debida diligencia, es decir, para los riesgos bajos, medidas simplificadas, para los riesgos medios o moderados, medidas mejoradas, y para los riesgos altos, medidas intensificadas. A tales fines, las empresas de seguros deben registrarse por las normas que regulan la administración de riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo y Financiamiento de Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (LC/FT/FPADM) y otros ilícitos, así como cualquier otra normativa dictada por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

Del contrato de fianza suscrito en moneda extranjera

Artículo 28. Los contratos de fianza suscritos en moneda extranjera deben especificar si la contraprestación o la indemnización, según sea el caso, se efectuará únicamente en moneda extranjera o si tienen la posibilidad de liberarse de su obligación con el pago del equivalente en bolívares, al tipo de cambio a la tasa de cambio oficial para el momento del pago, conforme a las normas establecidas por el Banco Central de Venezuela.

De las condiciones generales

Artículo 29. Todo contrato de fianza debe suscribirse con las condiciones generales que se establecen a continuación, cualquiera sea su naturaleza, persona, ente u Órgano con quien se suscriba. Tales condiciones tendrán carácter general y uniforme.

CONTRATO DE FIANZA TIPO DE FIANZA N°

Cláusula 1. La empresa de seguro indemnizará al acreedor, hasta el límite de la suma afianzada en el presente contrato de fianza, por los daños y perjuicios que le cause el incumplimiento por parte del afianzado de las obligaciones que este contrato garantiza, ocurrido durante su vigencia.

Cláusula 2. El vencimiento del plazo de este contrato no extingue la responsabilidad de la empresa de seguros frente al acreedor.

Cláusula 3. El acreedor debe notificar por escrito a la empresa de seguros la ocurrencia de cualquier hecho o circunstancia que pueda dar origen al reclamo amparado por esta fianza, dentro del lapso de treinta (30) días hábiles, contados a partir del conocimiento de dicha ocurrencia o, en caso de dudas, a partir de la fecha cierta en la que debió cumplirse la obligación.

Cláusula 4. Los derechos y acciones en contra de la empresa de seguros caducarán transcurrido un (1) año desde que ocurra el hecho que dé lugar a la reclamación cubierta por esta fianza, siempre que el mismo haya sido conocido por el acreedor y no se hubiera incoado la correspondiente demanda ante los Órganos jurisdiccionales.

En el caso de contratos de fianzas con Órganos y entes de Estado, se le exigirá a la empresa de seguros el cumplimiento de la fianza dentro del lapso de noventa (90) días hábiles contados a partir de la notificación que se realice del acto administrativo que contiene la rescisión unilateral del contrato. Cumplido lo anterior, podrá acudir a la vía judicial para ejercer la pretensión de cobro del monto afianzado en contra de la empresa de seguros otorgante de la fianza correspondiente.



En consecuencia, en el caso anterior, la caducidad se computará desde el vencimiento de los noventa (90) días hábiles sin que dentro de un (1) año se hubiere interpuesto la demanda ante los Órganos jurisdiccionales competentes.

Cláusula 5. En el caso que la fianza emitida sea para garantizar el cumplimiento de contratos públicos, en cualquiera de sus modalidades, estará vigente hasta que el Órgano o ente contratante dicte el acto administrativo de liberación de las fianzas, una vez que efectúe la recepción definitiva del objeto de la contratación, otorgue el finiquito contable, la evaluación de desempeño, certifique el cumplimiento del compromiso de responsabilidad social, cuando aplique, o cualquier otra obligación que al contratista imponga la legislación que regula la materia de contrataciones públicas o el contrato.

Cláusula 6. Solo el acreedor podrá cobrar la indemnización que resulta de este contrato y el contratante no podrá cederla sin la aceptación previa de la empresa de seguros.

Cláusula 7. En el caso que la empresa de seguros efectúe un pago bajo este contrato quedará subrogada en todos los derechos, acciones, garantías y privilegios contra el afianzado, y contra terceros hasta por el monto pagado.

Cláusula 8. El Acreedor deberá exigir del afianzado la presentación de los recibos de la contraprestación pagada a la empresa de seguros, tanto de la emisión como de las renovaciones de este contrato de fianza.

Cláusula 9. Toda modificación o adición que haya de hacerse a este contrato debe constar en Anexo debidamente aprobado por la empresa de seguros y por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, excepto en los casos en que se modifique el nombre de los sujetos que interviene en el contrato, el domicilio, el monto afianzado, la fecha en que se inicia o que finaliza la garantía o cualesquiera otras condiciones que no impliquen modificaciones al condicionado aprobado.

Cláusula 10. En los casos de contrataciones realizadas con Empresas Internacionales, las diferencias surgidas del contrato podrán someterse al procedimiento de arbitraje. La tramitación del arbitraje se efectuará previo acuerdo de las partes y se ajustará a lo dispuesto en la Convención Interamericana Sobre Arbitraje Comercial Internacional del año 1975 y la Ley de Arbitraje Comercial, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 36.450 de fecha 07 de abril de 1998.

Cláusula 11. La empresa de seguros en su calidad de fiador podrá dirigirse a la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, a fin de que éste resuelva con carácter de Arbitro Arbitrador las controversias suscitadas entre ésta y el acreedor. Recibida la solicitud, el Superintendente de la Actividad Aseguradora se dirigirá a quien corresponda para consultarle si acepta o no que la controversia sea sometida a su arbitraje.

Cláusula 12. Se fija como domicilio especial para todos los efectos de este contrato la ciudad de _____, a la jurisdicción de cuyos tribunales decidirán las partes someterse, con exclusión de cualquier otra.

En el caso de contratos con entes u Órganos del Estado, se fija como domicilio especial la ciudad donde éstos tengan su asiento principal.

De la disposición transitoria

Artículo 30. Las empresas de seguros deben remitir a la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, en un plazo que no excederá de sesenta (60) días hábiles después de publicado el presente instrumento normativo, los manuales de procedimientos previos y posteriores para el control de los contratos de fianza.



De la aplicación de las normas

Artículo 31. Las demás normativas prudenciales y actos administrativos conexos a la actividad aseguradora, que coliden con las presentes normas no serán aplicables.

De la publicidad

Artículo 32. Se ordena la publicación de las presentes normas en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, con el fin de coadyuvar con la divulgación de su contenido a todos los interesados y público en general.

De la vigencia

Artículo 33. Las presentes normas entrarán en vigencia a partir de la fecha de publicación en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

OMAR OROZCO COLMENARES
Superintendente de la Actividad Aseguradora (E)
Resolución N°003-2021 de fecha 18 de enero de 2021
G.O.R.B.V. N° 42.049 de fecha 18 de enero de 2021

NORMAS QUE REGULAN LOS AUMENTOS DE CAPITAL SOCIAL MÍNIMO DE LOS SUJETOS REGULADOS



213°, 165° y 25°

SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

Providencia: SAA-_____

Fecha: _____

El Superintendente de la Actividad Aseguradora tiene dentro de sus atribuciones dictar sus manuales de normas y procedimientos que regulan la Actividad Aseguradora, en consecuencia, acuerda dictar:

Las siguientes:

NORMAS QUE REGULAN LOS AUMENTOS DE CAPITAL SOCIAL MÍNIMO DE LOS SUJETOS REGULADOS

Del objeto

Artículo 1. El objeto de estas normas es establecer los requisitos y lineamientos que deben cumplir los accionistas de los sujetos regulados para realizar aumentos al capital social.

De las modalidades

Artículo 2. Los aumentos de capital social pueden realizarse mediante:

1. **Aportes en efectivo con recursos propios del accionista.** Este aumento se realiza con pagos o aportes de dinero en efectivo, en moneda nacional o extranjera para la emisión de nuevas acciones, o mediante el aumento del valor nominal de las participaciones o acciones ya existentes;
2. **Capitalización de acreencias con accionistas.** Esta alternativa de aumento del capital social se realiza con cargo a las deudas o pasivos que el sujeto regulado mantiene con sus accionistas, certificados por un auditor externo y autorizado por la Asamblea de Accionistas. La acreencia con el accionista debe corresponder a recursos en efectivo que el accionista haya aportado en su oportunidad, por lo que quedan descartados derechos, licencias, bienes muebles o inmuebles;
3. **Con Títulos del Estado Venezolano indexados y denominados en bolívares.** Los accionistas podrán aportar al capital social, títulos de cobertura de acuerdo a las características emitidas por el Banco Central de Venezuela;
4. **Con cargo a las utilidades no distribuidas.** Los accionistas podrán acordar en Acta de Asamblea, aumentar el capital social de la empresa con cargo a las utilidades no distribuidas, auditadas y autorizadas por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

De los recaudos

Artículo 3. Los sujetos regulados deberán remitir a través del Sistema Único de Trámites, los siguientes documentos:



1. Acta de Asamblea de Accionistas, por medio de la cual se acuerde el aumento, reintegro o disminución del capital social, en concordancia con lo establecido en el artículo 27 de Ley de la Actividad Aseguradora;
2. Documentos bancarios relativos a los aportes efectuados por los accionistas del sujeto regulado: transferencias y estados de cuenta del sujeto regulado y los accionistas, en los que se evidencien los débitos y créditos realizados durante la transacción, certificado por la institución financiera;
3. En caso que el aumento o reintegro de capital social sea realizado mediante la capitalización de acreencias con accionistas, deberá presentar la “certificación de la cuenta por pagar a los accionistas”, acompañado de un Informe de auditoría;
4. En caso que el aumento o reintegro del capital social sea realizado mediante las utilidades no distribuidas (UND), los sujetos regulados deberán indicar el año del ejercicio económico a que corresponden;
5. En todos los casos, deberán tener los estados financieros de fechas intermedias visados, antes del aumento del capital social.
6. Declaración Jurada del origen y destino de los fondos, autenticada ante una oficina de Notaría Pública;
7. Información financiera del (o los) accionista (s) a saber: estados financieros o balance general, acompañado del informe de preparación, debidamente firmado por un contador público independiente, visado por el colegio de contadores públicos correspondiente y la Declaración de Impuestos Sobre la Renta de los últimos dos (2) ejercicios económicos, respectivamente. En caso que el (o los) accionista (s) tengan su domicilio fiscal en el extranjero, la información financiera suministrada por los mismos deberá estar apostillada y autenticada ante una oficina de Notaría Pública en el Territorio Nacional;
8. Declaración Jurada de la Veracidad de la información.

Estos requisitos deberán estar en originales a la disposición de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

Del aumento en moneda extranjera

Artículo 4. En caso que el aumento o reintegro del capital social sea realizado en moneda extranjera, dichos recursos deberán ser depositados o transferidos a instituciones financieras, ubicadas en el Territorio Nacional y en cuenta bancaria cuya titularidad este a nombre del sujeto regulado.

Para el registro contable se aplicará el tipo de cambio oficial vigente para el día en que se realizó el depósito.

De la contabilización

Artículo 5. En los casos que los aportes del aumento de capital se hagan en efectivo y en títulos del Estado Venezolano indexados y denominados en bolívares, deberá realizarse un cargo a la cuenta de activo y con abono a la cuenta del pasivo - Otras cuentas por Pagar - Cuentas por Pagar Accionistas, hasta tanto sea autorizada el Acta de Asamblea. Una vez obtenida la autorización, se reclasificará a la cuenta de Patrimonio - Capital Pagado.



En los casos que el aumento de capital sea por acreencias con accionistas o con cargo a las utilidades no distribuidas, se mantendrá su registro hasta tanto sea autorizada el Acta de Asamblea. Una vez obtenida la autorización, se reclasificará a la cuenta de Patrimonio - Capital Pagado.

Del mantenimiento del capital mínimo

Artículo 6. Si al aplicar el tipo de cambio oficial al capital mínimo, este resultara en una disminución de capital, superior al veinte por ciento (20%) del capital mínimo exigido o ajustado, los accionistas tendrán la obligación de realizar un aporte en efectivo o en títulos del Estado Venezolano indexados, hasta alcanzar nuevamente el monto de capital mínimo.

Del enjuque de pérdidas

Artículo 7. Si los sujetos regulados presentan pérdidas en sus estados financieros, las mismas deberán ser enjugadas, antes de considerar cualquier aumento de capital y dicha operación debe ser aprobada por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

De la prohibición

Artículo 8. Queda prohibido que un tercero realice aportes, pagos, depósitos o transferencias para aumentos de capital, por cuenta y a nombre de los accionistas.

Del Sistema Único de Trámites

Artículo 9. Las solicitudes a las que aluden estas normas se realizarán a través del Sistema Único de Trámites, de conformidad con las previsiones normativas contenidas en las normas que regulan los trámites y procedimientos administrativos sustanciados en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora a través de medios electrónicos.

De la aplicación de las normas

Artículo 10. Las demás normativas prudenciales y actos administrativos conexos a la actividad aseguradora, que coliden con las presentes normas no serán aplicables.

De la publicidad

Artículo 11. Se ordena la publicación de las presentes normas en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, con el fin de coadyuvar con la divulgación de su contenido a todos los interesados y público en general.

De la vigencia

Artículo 12. Las presentes normas entrarán en vigencia a partir de la fecha de publicación en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.



Gobierno Bolivariano
de Venezuela

Ministerio del Poder Popular de
Economía, Finanzas y Comercio Exterior

Superintendencia de la
Actividad Aseguradora



OMAR OROZCO COLMENARES

Superintendente de la Actividad Aseguradora (E)

Resolución N°003-2021 de fecha 18 de enero de 2021

G.O.R.B.V. N° 42.049 de fecha 18 de enero de 2021

NORMAS QUE REGULAN LOS MICROSEGUROS O MICROPLANES EN LA ACTIVIDAD ASEGURADORA



213°, 165° y 25°
SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

Providencia: SAA-_____

Fecha: _____

El Superintendente de la Actividad Aseguradora tiene dentro de sus atribuciones dictar sus manuales de normas y procedimientos que regulan la Actividad Aseguradora.

Por cuanto es deber del Estado adoptar medidas positivas a favor de personas o grupos que puedan ser discriminados, marginados o vulnerables conforme al derecho a la igualdad consagrado en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.

Igualmente, para el desarrollo del nuevo esquema económico, resulta necesario que los sectores menos favorecidos tengan la posibilidad de acceder al mercado asegurador, a fin de mejorar la gestión de los riesgos personales y patrimoniales a los que pudieran estar expuestos.

Por cuanto la Ley de la Actividad Aseguradora incorpora la figura de los microseguros, surge la necesidad de regular la normativa aplicable a este producto y establecer el alcance y las características que deberán cumplir los microseguros.

En virtud de lo anterior, acuerda dictar las siguientes:

**NORMAS QUE REGULAN LOS MICROSEGUROS O MICROPLANES EN LA
ACTIVIDAD ASEGURADORA**

Del objeto

Artículo 1. Las presentes normas tienen por objeto regular los contratos de microseguros, definiciones, requisitos, características, registros y formas de comercialización.

De las definiciones

Artículo 2. A los efectos de estas normas, se entenderá por:

Aseguradora: Empresa de seguros o de medicina prepagada autorizada por la Superintendencia de la Actividad Asegurada.

Canales Alternativos: Persona jurídica que celebra un convenio con la aseguradora para utilizar su infraestructura, sus activos tecnológicos y sus relaciones con un gran número de potenciales tomadores, asegurados, beneficiarios, contratantes, usuarios y afiliados, con las que tiene nexos comerciales o de otros tipos, y con ello facilitar la adquisición de un producto de microseguros.

Los canales alternativos involucran a las instituciones financieras regidas por la ley que regula el sector bancario, las empresas de servicios públicos o privados,

establecimientos comerciales e industriales, gremios y asociaciones, previa inscripción en el registro que a tal fin establezca la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

Contrato de microseguros o microplan individual: Contrato que ha sido suscrito bajo la modalidad individual.

Contrato de microseguros o microplan colectivo: Contrato que ha sido suscrito bajo la modalidad colectiva.

Contrato Simplificado o Certificado del Contrato Simplificado: Documento que acredita la contratación de la póliza individual o colectiva respectivamente, emitida por la aseguradora y contendrá los requisitos mínimos exigidos en estas normas para garantizar los derechos de los asegurados.

Medios de Comercialización: Mecanismos utilizados para acceder a distancia o de modo no presencial a los potenciales asegurados o y afiliados, a los fines de promocionar, ofrecer o comercializar productos de microseguros, tales como: telefonía, mensajería, correo físico o electrónico, *telemarketing*, redes sociales, aplicaciones, entre otros. Estos medios incluyen el uso de la Tecnología del Mercado Financiero (*FINTECH*) y de la Tecnología del Mercado de la Actividad Aseguradora (*INSURTECH*).

Microseguros o microplanes: Producto dirigido a sectores económicos vulnerables, de conformidad con las normas dictadas a tal efecto por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

Puntos de comercialización: Establecimientos que no constituyan una oficina, sucursal o sede de la aseguradora que, a través de su personal o intermediarios de la actividad aseguradora, brindan información, promocionan y comercializan los productos a que se refieren estas normas.

Tecnología del Mercado Financiero (FINTECH): Soluciones financieras propiciadas por la tecnología que involucra a todas aquellas empresas de servicios financieros que utilizan procesos y sistemas tecnológicos de avanzada para servir de auxiliar como sistema de pago o prestador de servicios.

Tecnología del Mercado de la Actividad Aseguradora (INSURTECH). Empresas (*startups*) que desarrollan y ofrecen productos de seguros en un entorno digital, empleando y combinando nuevas tecnologías en sus productos y procesos, bajo nuevos modelos de negocios.



De la adecuación de los contratos de medicina prepagada

Artículo 3. En lo que corresponda, las empresas de medicina prepagada deben homologar a sus operaciones los elementos y términos técnicos indicados en estas normas para las empresas de seguros.

De la autorización del producto de microseguros o microplan

Artículo 4. Los productos de microseguros o microplanes deben ser aprobados por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, de conformidad con lo establecido en el artículo 29 de la Ley de la Actividad Aseguradora, para lo cual las aseguradoras deberán consignar una solicitud que exprese, como mínimo, la siguiente información:

1. **Ramo.** Nombre del ramo al que pertenece el producto;
2. **Denominación.** Nombre con el que se comercializará el producto de microseguros o microplan;
3. **El objeto del producto de microseguros o microplan.** Grupo asegurable al cual va dirigido, identificando las necesidades a cubrir, formas de comercialización y, si fuere el caso, canales de distribución que se emplearán;
4. **Suma asegurada y coberturas.** Discriminación de las sumas aseguradas por cobertura y su justificación. En los seguros de daños, la contratación debe efectuarse a valor convenido, primera pérdida o primer riesgo;
5. **La prima o cuota.** Discriminación de las primas o cuotas por cobertura, así como la indicación de los plazos, formas o mecanismos de pago;
6. El contrato de microseguros o microplan debe ser redactado en lenguaje sencillo e indicará, cuando menos:
 - 6.1. **Lapso para denunciar el siniestro.** El tomador, asegurado, beneficiario, contratante, usuario y afiliado debe notificar a la aseguradora la ocurrencia del siniestro dentro de los diez (10) días hábiles siguientes de haber tenido conocimiento del hecho, salvo que se haya fijado en la póliza un plazo mayor;
 - 6.2. **Plazo para el pago de los siniestros.** El plazo para pronunciarse respecto al pago del siniestro no podrá ser superior a veinte días (20) continuos, contados a partir de la fecha en que se haya entregado el último recaudo;
 - 6.3. **Deducibles.** En el supuesto de resultar aplicable algún deducible, deberá ser justificado y razonable en función del riesgo cubierto;
 - 6.4. **Exclusiones y exoneraciones de responsabilidad.** En el supuesto de resultar aplicable alguna exclusión o exoneración de responsabilidad, deben destacarse de manera especial e indicar claramente los riesgos o situaciones excluidas o en las cuales la aseguradora no asume responsabilidad, según sea el caso;
 - 6.5. **Procedimiento para la formulación de denuncias, quejas o reclamos ante la Unidad de Defensa del Asegurado.** Debe indicar los mecanismos de defensa que le asisten al tomador, asegurado, beneficiario,



contratante, usuario y afiliado para formular denuncias, quejas o reclamos en el caso que considere le han sido vulnerados sus derechos;

- 6.6. **Mecanismos de comunicación con las aseguradoras, tales como:** página web, correo electrónico, teléfonos, medios tecnológicos, entre otros.

Del perfeccionamiento del contrato

Artículo 5. Los contratos de microseguros o microplan se perfeccionan con el pago de la prima o cuotas.

De la obligación de pago

Artículo 6. El tomador, asegurado, beneficiario, contratante, usuario y afiliado está obligado al pago de la prima o cuota en la forma, mecanismo y plazo establecidos en el contrato, según corresponda. En ningún caso la aseguradora puede cobrar a los tomadores, asegurados, beneficiarios, contratantes, usuarios y afiliados cargos adicionales al importe de la prima o cuota.

De la prueba del contrato de microseguros o microplan

Artículo 7. El contrato, el contrato simplificado o el certificado de contrato simplificado suscrito por la aseguradora, el recibo de prima o cuadro póliza recibo, serán pruebas suficientes de la existencia del contrato de microseguros o microplan.

Los interesados en demostrar la existencia de un contrato de microseguros o microplan pueden acudir a todos los medios de prueba idóneos con la naturaleza del contrato, con excepción de la prueba de testigos.

De la aceptación del contrato de microseguros o de microplan

Artículo 8. En la suscripción del contrato de microseguros o de microplan es indispensable que exista pleno consentimiento por parte del tomador, asegurado, beneficiario, contratante, usuario o y afiliado de la aceptación de la póliza y de los pagos y costos relacionados; las aseguradoras deben proveerse de los mecanismos que permitan comprobar que hubo de por medio un requerimiento del contrato que implicase la emisión del contrato de microseguros, microplan, del contrato simplificado o certificado de contrato simplificado.

Del contrato simplificado o certificado de contrato simplificado

Artículo 9. Las aseguradoras podrán utilizar contratos simplificados o certificados de contratos simplificados a los fines de agilizar la comercialización de los microseguros y microplanes y deben contener como mínimo los siguientes datos:

1. Identificación del microseguro o microplan. El nombre del microseguro o microplan irá precedido de la expresión “Contrato simplificado de microseguros de...”, “Certificado de contrato simplificado de microseguros



- de...”, Contrato simplificado de microplan” o “Certificado de contrato simplificado de microplan”, según corresponda;
2. Identificación completa de la aseguradora;
 3. Identificación completa del tomador, asegurado, beneficiario, contratante, usuario y afiliado con al menos la siguiente información: nombre completo, número de documento de identificación (cédula o pasaporte), dirección, teléfono y correo electrónico;
 4. Identificación de las personas, bienes o intereses asegurados;
 5. Vigencia del contrato;
 6. Coberturas o riesgos cubiertos;
 7. Sumas aseguradas y deducibles, si los hubiere, por cobertura;
 8. Monto de las primas por cobertura, así como la forma, mecanismo y plazo para el pago;
 9. Procedimiento para la notificación y tramitación del siniestro;
 10. Indicación del mecanismo electrónico o digital a través del cual el tomador, asegurado, beneficiario, contratante, usuario y afiliado podrá acceder a la documentación que forma parte del contrato;
 11. Derecho a solicitar a través de cualquier medio disponible el contrato de microseguro o microplan, individual o colectivo, en un plazo máximo de quince (15) días hábiles contados desde la fecha en que la aseguradora o el intermediario de la actividad aseguradora reciben la solicitud del asegurado.

De las coberturas permitidas

Artículo 10. Las aseguradoras sólo podrán comercializar como microseguros o microplanes las siguientes coberturas: salud, funerarios, accidentes personales, vida individual, vida colectiva, incendio y líneas aliadas, sustracción ilegítima, automóvil y otras coberturas de daños para residencias o comercios, en lo que se refiere a riesgos específicos y eminentes para el sector objetivo, menores a los establecidos en una póliza o contrato tradicional, siempre que estén autorizadas para operar en el ramo correspondiente.

La Superintendencia de la Actividad Aseguradora, atendiendo al interés social, podrá limitar, agregar o condicionar las coberturas permitidas, así como los riesgos y montos amparados.

De la condición especial

Artículo 11. Los productos de salud, de accidentes personales, con la cobertura de gastos médicos, y de servicios de medicina prepagada que comercialicen las aseguradoras, únicamente podrán contemplar la prestación del servicio, salvo las excepciones autorizadas por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, íntegramente justificadas por la aseguradora.

De la estandarización del contrato

Artículo 12. Las pólizas de microseguros o microplanes no incluirán requisitos especiales de aseguramiento o verificaciones previas del riesgo con relación a las personas, bienes o intereses asegurables, si su comercialización



se realizará de forma masiva, siendo suficiente para la celebración del contrato de microseguros la suscripción por el tomador del contrato individual o colectivo, según corresponda.

De la comercialización

Artículo 13. Los productos de microseguros o microplanes, individuales o colectivos se podrán comercializar de forma directa con la aseguradora, a través de los intermediarios autorizados por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora o a través de los canales alternativos registrados.

De los canales alternativos

Artículo 14. Los canales alternativos que pretendan utilizar las aseguradoras serán aprobados por su Junta Directiva, debiendo el acta que a tal fin se levante especificar su ubicación, así como los productos a comercializar a través de los mismos. El Acta de Asamblea que apruebe su implementación será remitida a la Superintendencia de la Actividad Aseguradora para su aprobación y posterior registro.

De los puntos de comercialización

Artículo 15. Los puntos de comercialización deben ser aprobados mediante acta de Junta Directiva de la aseguradora, la cual debe ser asentada en el libro correspondiente, dejando constancia de su ubicación, así como los productos a comercializar.

De las condiciones de los microseguros o microplanes

Artículo 16. Las condiciones de los microseguros o microplanes deben ser redactadas en lenguaje sencillo, de forma que permitan su comprensión, para establecer claramente los riesgos cubiertos, exclusiones y demás condiciones que generen derechos y obligaciones para los tomadores, asegurados, beneficiarios, contratantes, usuarios y afiliados.

La aseguradora puede contemplar como parte de las condiciones del contrato de microseguros o microplanes, que el asegurado presente una declaración de salud, para los seguros con coberturas de salud o asistencia médica y para los seguros de vida con cobertura de muerte. La declaración de salud debe señalar de manera precisa la información que la aseguradora requiere conocer sobre el riesgo asegurable.

Del registro de los modelos de contratos de microseguros y de microplan

Artículo 17. La Superintendencia de la Actividad Aseguradora llevará un registro de los Modelos de Contratos de microseguros o de microplan, individual o colectivo y las respectivas notas técnicas que resulten aprobadas.



Del registro e información estadística

Artículo 18. Las aseguradoras deben llevar un registro que contenga información sobre los microseguros o microplanes, así como sus modalidades de comercialización.

Asimismo, debe remitir a través del Sistema Único de Trámites, en la oportunidad que determine la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, la información estadística que esta considere conveniente sobre las operaciones realizadas.

De la aprobación de publicidad

Artículo 19. La publicidad empleada tanto por los sujetos regulados y los canales o medios alternativos, para la promoción y venta de los microseguros o microplanes deben contar con la aprobación previa de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, según lo establecido en el artículo 18 de la Ley de la Actividad Aseguradora, y su incumplimiento acarreará las sanciones establecidas en el mismo cuerpo normativo.

De la revocatoria de la calificación otorgada

Artículo 20. La calificación de microseguros o microplanes podrán ser revocadas en cualquier momento cuando, a juicio razonado de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, el producto deje de cumplir con las condiciones establecidas en la Ley de la Actividad Aseguradoras y en las presentes normas.

Del registro contable

Artículo 21. Las aseguradoras deben registrar las operaciones de microseguros o microplanes en los ramos a los cuales pertenezcan los productos. Asimismo, deben incluir la información en los anexos contables elaborados a tal efecto.

De la aplicación supletoria

Artículo 22. A todo lo no regulado en estas normas se aplicará supletoriamente lo establecido en las normas que regulan la relación contractual en la Actividad Aseguradora.

De la aplicación de las normas

Artículo 23. Las demás normativas prudenciales y actos administrativos conexos a la actividad aseguradora, que coliden con las presentes normas no serán aplicables.

De la publicidad

Artículo 24. Se ordena la publicación de las presentes normas en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, con el fin de coadyuvar con la divulgación de su contenido a todos los interesados y público en general.

De la vigencia

Artículo 25. Las presentes normas entrarán en vigencia a partir de la fecha de publicación en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.



OMAR OROZCO COLMENARES
Superintendente de la Actividad Aseguradora (E)

Resolución N°003-2021 de fecha 18 de enero de 2021

G.O.R.B.V. N° 42.049 de fecha 18 de enero de 2021

NORMAS QUE REGULAN LOS SEGUROS Y PLANES INCLUSIVOS EN LA ACTIVIDAD ASEGURADORA



213°, 165° y 25°
SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

Providencia: SAA-_____

Fecha: _____

El Superintendente de la Actividad Aseguradora tiene dentro de sus atribuciones dictar sus manuales de normas y procedimientos que regulan la Actividad Aseguradora.

Por cuanto es deber del Estado adoptar medidas positivas a favor de personas o grupos que puedan ser discriminados, marginados o vulnerables conforme al derecho a la igualdad consagrado en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.

Igualmente, para el desarrollo del nuevo esquema económico, resulta necesario que los sectores menos favorecidos tengan la posibilidad de acceder al mercado asegurador, a fin de mejorar la gestión de los riesgos personales y patrimoniales a los que pudieran estar expuestos.

Por cuanto la Ley de la Actividad Aseguradora incorpora la figura de los seguros inclusivos, surgiendo la necesidad de regular la normativa aplicable a este producto y establecer el alcance y las características que deberán cumplir.

En virtud de lo anterior, acuerda dictar las siguientes:

**NORMAS QUE REGULAN LOS SEGUROS Y PLANES INCLUSIVOS EN LA
ACTIVIDAD ASEGURADORA**

**TÍTULO I
DISPOSICIONES GENERALES**

Del objeto

Artículo 1. Las presentes normas tienen por objeto regular el alcance de los seguros y planes inclusivos, su definición, requisitos, características, registros y formas de comercialización.

De las definiciones

Artículo 2. A los efectos de estas normas, se entenderá por:

Asegurado: Persona que en sí misma, en sus bienes o en sus intereses económicos está expuesta al riesgo amparado por el contrato de seguro;

Aseguradora: Empresa de seguros o de medicina prepagada autorizada por la Superintendencia de la Actividad Asegurada.

Canales Alternativos: Persona jurídica que celebra un convenio con la aseguradora para utilizar su infraestructura, sus activos tecnológicos y sus relaciones con un gran número de afiliados o potenciales afiliados o asegurados, con las que tiene nexos comerciales o de otros tipos, y con ello facilitar la adquisición de un producto de seguro o plan inclusivo.

Los canales alternativos involucran a las instituciones financieras regidas por la ley que regula el sector bancario, las empresas de servicios públicos o privados, establecimientos comerciales e industriales, gremios y asociaciones, previa inscripción en el registro que a tal fin establezca la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

Contrato simplificado o certificado del contrato simplificado: Documento que acredita la contratación del contrato individual o colectivo respectivamente, emitida por la aseguradora y contendrá los requisitos mínimos exigidos en estas normas para garantizar los derechos de los asegurados.

Medios de Comercialización: Mecanismos utilizados para acceder a distancia o de modo no presencial a los potenciales asegurados o afiliados, a los fines de promocionar, ofrecer o comercializar productos de seguros o planes inclusivos, tales como: telefonía, mensajería, correo físico o electrónico, *telemarketing*, redes sociales, aplicaciones, entre otros. Estos medios incluyen el uso de Tecnología del Mercado Financiero (*FINTECH*) y de la Tecnología del Mercado de la Actividad Aseguradora (*INSURTECH*).

Puntos de comercialización: Establecimientos que no constituyan una oficina, sucursal o sede de la Aseguradora que, a través de su personal o intermediarios de la actividad aseguradora, brindan información, promocionan y comercializan los productos a que se refiere estas normas.

Seguro inclusivo o plan inclusivo: Productos que van dirigidos a sectores sociales excluidos o desatendidos por las coberturas disponibles en el mercado asegurador, entre los que se encuentran: jubilados, pensionados, adultos mayores, personas con discapacidad física o mental, microempresarios, emprendedores, artesanos, población rural, etnias, productores agrícolas y pecuarios, pescadores y acuicultores.

Tecnología del Mercado Financiero (FINTECH): Soluciones financieras propiciadas por la tecnología que involucra a todas aquellas empresas de servicios financieros que utilizan procesos y sistemas tecnológicos de avanzada para servir de auxiliar como sistema de pago o prestador de servicios.

Tecnología del Mercado de la Actividad Aseguradora (INSURTECH): Son empresas (startups) que desarrollan y ofrecen productos de seguros en un entorno digital, empleando y combinando nuevas tecnologías en sus productos y procesos, bajo nuevos modelos de negocios.



De la adecuación de los contratos de medicina prepagada

Artículo 3. En lo que corresponda, las empresas de medicina prepagada deben homologar a sus operaciones los elementos y términos técnicos indicados en estas normas para las empresas de seguros.

De los sectores amparados

Artículo 4. Los seguros o planes inclusivos están destinados a amparar los siguientes sectores excluidos o desatendidos por las coberturas disponibles en el mercado asegurador, entre ellos: trabajadores independientes, emprendedores jubilados, pensionados, adultos mayores, personas con discapacidad física o mental, poblaciones vulnerables y de bajos ingresos, etnias, población rural, productores agrícolas y pecuarios, pescadores y acuicultores, pequeña y mediana empresa, economía informal y todas aquellas personas que tengan interés de adquirir este producto.

De la autorización del producto de seguro o plan inclusivo

Artículo 5. Los productos de seguros o planes inclusivos deben ser aprobados por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, de conformidad con lo establecido en el artículo 29 de la Ley de la Actividad Aseguradora, para lo cual las aseguradoras deberán consignar una solicitud que exprese, como mínimo, la siguiente información:

7. **Ramo.** Nombre del ramo al que pertenece el producto;
8. **Denominación.** Nombre con el que se comercializará el producto de seguro o plan inclusivo;
9. **El objeto del producto de seguro inclusivo o plan inclusivo.** Grupo asegurable al cual va dirigido, identificando las necesidades a cubrir, formas de comercialización y, si fuere el caso, canales de distribución que se emplearán;
10. **Suma asegurada y coberturas.** Discriminación de las sumas aseguradas por cobertura y su justificación. En los seguros de daños, la contratación debe efectuarse a valor convenido, primera pérdida o primer riesgo;
11. **La prima o cuota.** Discriminación de las primas o cuotas por cobertura, así como la indicación de los plazos, formas o mecanismos de pago;
12. El contrato de seguro o plan inclusivo debe ser redactado en lenguaje sencillo e indicará, cuando menos:
 - 12.1. **Lapso para denunciar el siniestro.** El tomador, asegurado, contratante, beneficiario, usuario o afiliado debe notificar a la aseguradora la ocurrencia del siniestro dentro de los diez (10) días hábiles siguientes de haber tenido conocimiento del hecho, salvo que se haya fijado en la póliza un plazo mayor;
 - 12.2. **Plazo para el pago de los siniestros.** El plazo para pronunciarse respecto al pago del siniestro no podrá ser superior a veinte días (20)



continuos, contados a partir de la fecha en que se haya entregado el último recaudo o del informe de ajuste de pérdidas, si fuese el caso;

12.3. **Deducibles.** En el supuesto de resultar aplicable algún deducible, deberá ser justificado y razonable en función del riesgo cubierto;

12.4. **Exclusiones y exoneraciones de responsabilidad.** En el supuesto de resultar aplicable alguna exclusión o exoneración de responsabilidad, deben destacarse de manera especial e indicar claramente los riesgos o situaciones excluidas o en las cuales la aseguradora no asume responsabilidad, según sea el caso;

12.5. **Procedimiento para la formulación de denuncias, quejas o reclamos ante la Unidad de Defensa del Asegurado.** El contrato debe indicar los mecanismos de defensa que le asisten al tomador, asegurado, contratante, beneficiario, usuario o afiliado para formular denuncias, quejas o reclamos en el caso que considere le han sido vulnerados sus derechos;

12.6. **Mecanismos de comunicación con las aseguradoras, tales como:** página web, correo electrónico, teléfonos, medios tecnológicos, entre otros.

Del perfeccionamiento del contrato

Artículo 6. Los contratos de seguros o planes inclusivos se perfeccionan con el pago de las primas o cuotas.

De la obligación de pago

Artículo 7. El tomador, asegurado, beneficiario, contratante, usuario y afiliado está obligado al pago de la prima o cuota en la forma, mecanismo o plazo establecido en la póliza, según corresponda. En ningún caso la aseguradora puede cobrar al tomador, asegurado, contratante, beneficiario, usuario y afiliado, cargos adicionales al importe de la prima o cuota.

De la prueba del contrato de seguro o plan inclusivo

Artículo 8. El contrato, el contrato simplificado o certificado de contrato simplificado suscrito por la aseguradora, el recibo de prima o cuadro recibo de prima o cuadro póliza recibo, serán pruebas suficientes de la existencia del contrato de seguro inclusivo.

Los interesados en demostrar la existencia de un contrato de seguro o plan inclusivo pueden acudir a todos los medios de prueba idóneos con la naturaleza del contrato, con excepción de la prueba de testigos.

De la aceptación del contrato de seguro o plan inclusivo

Artículo 9. En la suscripción del contrato de seguro o plan inclusivo es indispensable que exista un pleno consentimiento por parte del tomador, asegurado, beneficiario, contratante, usuario o y afiliado de la aceptación del mismo y de los pagos y costos relacionados; las aseguradoras deben proveerse de los mecanismos que permitan comprobar que hubo de por medio un requerimiento del contrato que

implicase la emisión del contrato de microseguros, microplan, del contrato simplificado o certificado de contrato simplificado.

Del contrato simplificado o certificado de contrato simplificado

Artículo 10. Las aseguradoras podrán utilizar contratos simplificados o certificados de contratos simplificados a los fines de agilizar la comercialización de los seguros y planes inclusivos y deben contener como mínimo los siguientes datos:

12. Identificación del seguro o plan inclusivo. El nombre del seguro o plan inclusivo irá precedido de la expresión “Contrato simplificado de seguro inclusivo de...”, “Certificado de contrato simplificado de seguro inclusivo de...”, “Contrato simplificado de plan inclusivo” o “Certificado de contrato simplificado de plan inclusivo”, según corresponda;
13. Identificación completa de la aseguradora;
14. Identificación completa del tomador, asegurado, contratante, beneficiario, usuario y afiliado con al menos la siguiente información: nombre completo, número de documento de identificación (cédula o pasaporte), dirección, teléfono y correo electrónico;
15. Identificación de las personas, bienes o intereses asegurados;
16. La vigencia del contrato;
17. Coberturas o riegos cubiertos;
18. Sumas aseguradas y deducibles, si los hubiere, por cobertura;
19. Monto de las primas o cuotas por cobertura, así como la forma, mecanismo y plazo para el pago;
20. Procedimiento para la notificación y tramitación del siniestro;
21. Indicación del mecanismo electrónico o digital a través del cual el tomador, asegurado, beneficiario, contratante, usuario y afiliado podrá acceder a la documentación que forma parte del contrato;
22. Derecho a solicitar a través de cualquier medio disponible el contrato de seguro o plan inclusivo, individual o colectivo, en un plazo máximo de quince (15) días hábiles contados desde la fecha en que la aseguradora o el intermediario de la actividad aseguradora reciben la solicitud del asegurado.

De las coberturas permitidas

Artículo 11. Las aseguradoras sólo podrán comercializar como seguros o planes inclusivos las siguientes coberturas: salud, funerarios, accidentes personales, vida individual, vida colectivo, incendio y líneas aliadas, sustracción ilegítima, automóvil, coberturas de daños para residencias o comercios, agrícolas, pecuarios, pesca y acuicultura, siempre que estén autorizadas para operar en el ramo correspondiente.

La Superintendencia de la Actividad Aseguradora, atendiendo al interés social, podrá limitar, agregar o condicionar las coberturas permitidas, así como los riesgos y montos amparados.

De la condición especial



Artículo 12. Los productos de salud, de accidentes personales, con la cobertura de gastos médicos, y de servicios de medicina prepagada que comercialicen las aseguradoras, únicamente podrán contemplar la prestación del servicio, salvo las excepciones autorizadas por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, íntegramente justificadas por la aseguradora.

De la estandarización del contrato

Artículo 13. Los contratos de seguros o planes inclusivos no incluirán requisitos especiales de aseguramiento o verificaciones previas del riesgo con relación a las personas o bienes asegurables, si su comercialización se realizará de forma masiva, siendo suficiente para la celebración del contrato de seguro o plan inclusivo la suscripción por el tomador del contrato individual o colectivo, según corresponda.

De la comercialización

Artículo 14. Los productos de seguros o planes inclusivos se podrán comercializar de forma directa, a través de los intermediarios autorizados por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora o a través de los canales alternativos registrados.

En el supuesto que para la suscripción del contrato se requiera un análisis individual o particular del riesgo que implique, por lo tanto, una variación de la prima, cuota o la suma asegurable, únicamente podrán comercializarse de forma directa o a través de los intermediarios autorizados.

De los canales alternativos

Artículo 15. Los canales alternativos que pretendan utilizar las aseguradoras serán aprobados por su Junta Directiva, debiendo el acta que a tal fin se levante especificar su ubicación, así como los productos a comercializar a través de los mismos. El Acta de Asamblea que apruebe su implementación será remitida a la Superintendencia de la Actividad aseguradora para su aprobación y posterior registro.

De los puntos de comercialización

Artículo 16. Los puntos de comercialización deben ser aprobados mediante acta de Junta Directiva de la aseguradora, la cual debe ser asentada en el libro correspondiente, dejando constancia de su ubicación, así como los productos a comercializar.

De las condiciones de los contratos de seguros o planes inclusivos

Artículo 17. Las condiciones de los contratos de seguros y planes inclusivos deben ser redactadas en lenguaje sencillo y establecer claramente los riesgos cubiertos, exclusiones y demás condiciones que generen derechos y obligaciones para los tomadores, asegurados, beneficiarios, contratantes, usuarios y/o afiliados de forma que permitan su comprensión.



La aseguradora puede contemplar como parte de las condiciones del contrato de seguros o planes inclusivos que el tomador, asegurado, beneficiario, contratante, usuario y afiliado presente una declaración de salud, para los seguros o planes con coberturas de salud o asistencia médica y para los seguros de vida con cobertura de muerte. La declaración de salud debe señalar de manera precisa la información que la aseguradora requiere conocer sobre el riesgo asegurable.

Del registro de modelos de contratos

Artículo 18. La Superintendencia de la Actividad Aseguradora llevará un registro de los modelos de contratos de seguros y planes inclusivos y sus respectivas notas técnicas que resulten aprobadas.

Del registro e información estadística

Artículo 19. Las aseguradoras deben llevar un registro que contenga información sobre los seguros o planes inclusivos, así como sus modalidades de comercialización.

Asimismo, debe remitir a través del Sistema Único de Trámites, en la oportunidad que determine la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, la información estadística que esta considere conveniente sobre las operaciones realizadas.

De la aprobación de publicidad

Artículo 20. La publicidad empleada tanto por los sujetos regulados, los canales o medios alternativos, para la promoción y venta de los seguros y planes inclusivos debe contar con la aprobación previa de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, según lo establecido en el artículo 18 de la Ley de la Actividad Aseguradora, y su incumplimiento acarreará las sanciones establecidas en el mismo cuerpo normativo.

De la revocatoria de la calificación otorgada

Artículo 21. La calificación de seguro o plan inclusivo podrá ser revocada en cualquier momento cuando a juicio razonado de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, el producto deje de cumplir las características o condiciones establecidas en las presentes normas.

Del registro contable

Artículo 22. Las aseguradoras deben registrar las operaciones de seguros o planes inclusivos en los ramos a los cuales pertenezcan los productos. Asimismo, deben incluir la información en los anexos contables elaborados a tal efecto.

De los estímulos

Artículo 23. Las aseguradoras que diseñen e implementen la comercialización de seguros o planes inclusivos en los términos previstos en estas normas, en los supuestos que obtengan pérdidas, podrán amortizar en el plazo de doce (12) meses los siniestros pagados por estos productos, contados desde la fecha de pago de cada siniestro.



De la aplicación de las normas

Artículo 24. Las demás normativas prudenciales y actos administrativos conexos a la actividad aseguradora, que coliden con las presentes normas no serán aplicables.

De la publicidad

Artículo 25. Se ordena la publicación de las presentes normas en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, con el fin de coadyuvar con la divulgación de su contenido a todos los interesados y público en general.

De la vigencia

Artículo 26. Las presentes normas entrarán en vigencia a partir de la fecha de publicación en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

OMAR OROZCO COLMENARES

Superintendente de la Actividad Aseguradora (E)

Resolución N° 003 de fecha 18 de enero de 2021

G.O.R.B.V. N° 42.049 de fecha 18 de enero de 2021

NORMAS QUE REGULAN LOS SEGUROS Y PLANES MASIVOS EN LA ACTIVIDAD ASEGURADORA



213°, 165° y 25°
SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

Providencia: SAA-_____

Fecha: _____

El Superintendente de la Actividad Aseguradora tiene dentro de sus atribuciones dictar sus manuales de normas y procedimientos que regulan la Actividad Aseguradora.

Por cuanto es deber del Estado adoptar medidas positivas a favor de personas o grupos que puedan ser discriminados, marginados o vulnerables, de conformidad con la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.

Igualmente, para el desarrollo del nuevo esquema económico, resulta necesario que los sectores menos favorecidos tengan la posibilidad de acceder al mercado asegurador a fin de mejorar la gestión de los riesgos personales y patrimoniales a los que pudieran estar expuestos.

Por cuanto la Ley de la Actividad Aseguradora incorpora la figura de los seguros masivos, surgiendo la necesidad de regular la normativa aplicable a este producto.

Resuelve dictar las siguientes:

**NORMAS QUE REGULAN LOS SEGUROS Y PLANES MASIVOS EN LA
ACTIVIDAD ASEGURADORA**

Del objeto

Artículo 1. Las presentes normas tienen por objeto regular el alcance de los seguros masivos o planes masivos, su definición, requisitos, características, registro y formas de comercialización.

De las definiciones

Artículo 2. A los efectos de estas normas, se entenderá por:

Asegurado: Persona que en sí misma, en sus bienes o en sus intereses económicos está expuesta al riesgo amparado por el contrato de seguro.

Aseguradora: Empresa de seguros o de medicina prepagada autorizada por la Superintendencia de la Actividad Asegurada.

Canales Alternativos: Persona jurídica que celebra un convenio con la aseguradora para utilizar su infraestructura, sus activos tecnológicos y sus relaciones con un gran número de potenciales afiliados o asegurados, con las que tiene nexos comerciales o de otros tipos, y con ello facilitar la adquisición de un producto de seguros masivos.



Los canales alternativos involucran a las instituciones financieras regidas por la ley que regula el sector bancario, las empresas de servicios públicos o privados, establecimientos comerciales e industriales, gremios y asociaciones, previa inscripción en el registro que a tal fin establezca la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

Contrato simplificado o certificado simplificado del contrato: Documento que acredita la contratación de la póliza individual o colectiva respectivamente, emitida por la aseguradora y contendrá los requisitos mínimos exigidos en estas normas para garantizar los derechos de los asegurados.

Contrato de seguro masivo o plan masivo individual: Contrato que ha sido suscrito bajo la modalidad individual.

Contrato de seguro masivo o plan masivo colectivo: Contrato que ha sido suscrito bajo la modalidad colectiva.

Medios de Comercialización: Mecanismos utilizados para acceder a distancia o de modo no presencial a los potenciales asegurados o afiliados, a los fines de promocionar, ofrecer o comercializar productos de seguros masivos, tales como: telefonía, mensajería, correo físico o electrónico, *telemarketing*, redes sociales, aplicaciones, entre otros. Estos medios incluyen el uso de Tecnología del Mercado Financiero (*FINTECH*) y de la Tecnología del Mercado de la Actividad Aseguradora (*INSURTECH*).

Puntos de comercialización: Establecimientos que no constituyan una oficina, sucursal o sede de la Aseguradora, por medio de los cuales a través de su personal o de sus intermediarios de la actividad aseguradora, brindan información, promocionan y comercializan los productos a que se refiere estas normas.

Seguros masivos o planes masivos: Producto dirigido a cualquier sector social con características comunes, con sumas aseguradas y primas accesibles.

Tecnología del Mercado Financiero (FINTECH): Soluciones financieras propiciadas por la tecnología que involucra a todas aquellas empresas de servicios financieros que utilizan procesos y sistemas tecnológicos de avanzada para servir de auxiliar como sistema de pago o prestador de servicios.

Tecnología del Mercado de la Actividad Aseguradora (INSURTECH). Son empresas (*startups*) que desarrollan y ofrecen productos de seguros en un entorno digital, empleando y combinando nuevas tecnologías en sus productos y procesos, bajo nuevos modelos de negocios.



De la autorización del producto de seguros masivos o planes masivos

Artículo 3. Los productos de seguros masivos o planes masivos deben ser aprobados por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora de conformidad con lo establecido en el artículo 29 de la Ley de la Actividad Aseguradora, para lo cual las aseguradoras deberán consignar una solicitud que exprese, como mínimo, la siguiente información:

13. **Ramo.** Nombre del ramo al que pertenece el producto;
14. **Denominación.** Nombre con el que se comercializará el producto de seguro o plan masivo;
15. **El objeto del producto de seguro o plan masivo.** Grupo asegurable al cual va dirigido, identificando las necesidades a cubrir, formas de comercialización y, si fuere el caso, canales de distribución que se emplearán;
16. **Suma asegurada y coberturas.** Discriminación de las sumas aseguradas por cobertura y su justificación. En los seguros de daños, la contratación debe efectuarse a valor convenido, primera pérdida o primer riesgo;
17. **La prima o cuota.** Discriminación de las primas o cuotas por cobertura, así como la indicación de los plazos, formas o mecanismos de pago;
18. El contrato de seguros o plan masivo debe ser redactado en lenguaje sencillo e indicará, cuando menos:
 - 18.1. **Lapso para denunciar el siniestro.** El tomador, asegurado, beneficiario, contratante, usuario y afiliado debe notificar a la aseguradora la ocurrencia del siniestro dentro de los diez (10) días hábiles siguientes de haber tenido conocimiento del hecho, salvo que se haya fijado en la póliza un plazo mayor;
 - 18.2. **Plazo para el pago de los siniestros.** El plazo para pronunciarse respecto al pago del siniestro no podrá ser superior a veinte días (20) continuos, contados a partir de la fecha en que se haya entregado el último recaudo;
 - 18.3. **Deducibles.** En el supuesto de resultar aplicable algún deducible, deberá ser justificado y razonable en función del riesgo cubierto;
 - 18.4. **Exclusiones y exoneraciones de responsabilidad.** En el supuesto de resultar aplicable alguna exclusión o exoneración de responsabilidad, deben destacarse de manera especial e indicar claramente los riesgos o situaciones excluidas o en las cuales la aseguradora no asume responsabilidad, según sea el caso;
 - 18.5. **Procedimiento para la formulación de denuncias, quejas o reclamos ante la Unidad de Defensa del Asegurado.** Debe indicar los mecanismos de defensa que le asisten al tomador, asegurado, beneficiario, contratante, usuario y afiliado para formular denuncias, quejas o reclamos en el caso que considere le han sido vulnerados sus derechos;
 - 18.6. **Mecanismos de comunicación con las aseguradoras, tales como:** página web, correo electrónico, teléfonos, medios tecnológicos, entre otros.



Del perfeccionamiento del contrato

Artículo 4. Los contratos de seguros masivos o planes masivos se perfeccionan con el pago de las primas o cuotas.

De la obligación de pago

Artículo 5. El tomador está obligado al pago de la prima o cuota en la forma, mecanismo y plazo establecidos en el contrato, según corresponda. En ningún caso la aseguradora puede cobrar a los contratantes o asegurados cargos adicionales al importe de la prima comercial.

De la prueba del contrato de seguros masivos o planes masivos

Artículo 6. La póliza simplificada o certificado de póliza simplificada suscrita por la aseguradora, el contratante y/o el tomador, el recibo de prima o cuadro recibo, serán pruebas suficientes de la existencia del contrato de seguros masivos o planes masivos.

Los interesados en demostrar la existencia de un contrato de seguros masivos o planes masivos pueden acudir a todos los medios de prueba idóneos con la naturaleza del contrato, con excepción de la prueba de testigos.

De la aceptación del contrato de seguro masivo o plan masivo.

Artículo 7. En la suscripción del contrato simplificado de seguro masivo individual o colectivo es indispensable que exista pleno consentimiento por parte del tomador, asegurado, beneficiario, contratante, usuario o y afiliado de la aceptación de la póliza y de los pagos y costos relacionados; las empresas de seguros o medicina prepagada deben proveerse de los mecanismos que permitan comprobar que hubo de por medio un requerimiento del contrato que implicase la emisión de la póliza simplificada o certificado de póliza simplificada.

Del contrato simplificado o certificado de contrato simplificado

Artículo 8. Las aseguradoras podrán utilizar contratos simplificados o certificados de contrato simplificados a los fines de agilizar la comercialización de los seguros masivos o planes masivos y deben contener como mínimo los siguientes datos:

23. Identificación del seguro masivo o plan masivo. El nombre del seguro o plan masivo irá precedido de la expresión “Contrato simplificado de seguro masivo o plan masivo de...” o “Certificado de contrato simplificado de seguro masivo o plan masivo de...”, según corresponda;
24. Identificación completa de la aseguradora;
25. Identificación completa del tomador, asegurado, beneficiario, contratante, usuario y afiliado, con al menos la siguiente información: nombre completo, número de documento de identificación (cédula o pasaporte), dirección, teléfono y correo electrónico;
26. Identificación de las personas, bienes o intereses asegurados;



27. Vigencia del contrato;
28. Coberturas o riesgos cubiertos;
29. Sumas aseguradas y deducibles, si los hubiere, por cobertura;
30. Monto de las primas por cobertura, así como la forma, mecanismo y plazo para el pago;
31. Procedimiento para la notificación y tramitación del siniestro;
32. Indicación del mecanismo electrónico o digital a través del cual el tomador, asegurado, beneficiario, contratante, usuario y afiliado podrá acceder a la documentación que forma parte del contrato;
33. Derecho a solicitar a través de cualquier medio disponible el contrato de seguro masivo o plan masivo, individual o colectivo, en un plazo máximo de quince (15) días hábiles contados desde la fecha en que la aseguradora o el intermediario de la actividad aseguradora reciben la solicitud del asegurado.

De las coberturas permitida

Artículo 9. Las aseguradoras sólo podrán comercializar como seguros o planes masivos las siguientes coberturas: vida individual, vida colectiva, funerarios, accidentes personales, salud, incendio, sustracción ilegítima, combinado residencial, combinado para comercios, automóvil, agrícola, pecuario, diversos, responsabilidad patronal, responsabilidad empresarial y responsabilidad general, siempre que estén autorizadas para operar en el ramo correspondiente.

Las empresas de medicina prepagada, solo podrán ofrecer planes masivos de accidentes personales, salud individual o para colectivos de empresas.

De la condición especial

Artículo 10. Los productos de salud, de accidentes personales, con la cobertura de gastos médicos, y de servicios de medicina prepagada que comercialicen las aseguradoras, únicamente podrán contemplar la prestación del servicio, salvo las excepciones autorizadas por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, íntegramente justificadas por la aseguradora.

De la estandarización del contrato

Artículo 11. Las pólizas de seguros o planes masivos no incluirán requisitos especiales de aseguramiento o verificaciones previas del riesgo con relación a las personas o bienes asegurables, siendo suficiente para la celebración del contrato la suscripción por el tomador de la póliza individual o colectiva, según corresponda.

De la comercialización

Artículo 12. Los seguros o planes masivos se podrán comercializar de forma directa con la aseguradora, a través de los agentes o corredores autorizados por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora o mediante los canales alternativos registrados.

En el supuesto que para la suscripción de la póliza se requiera un análisis individual o particular del riesgo que implique una variación de la prima o la suma asegurada,



únicamente podrán comercializarse de forma directa o a través de los agentes y corredores de seguros autorizados por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

De los canales alternativos

Artículo 13. Los canales alternativos que pretendan utilizar las aseguradoras serán aprobados por su Junta Directiva, debiendo el acta que a tal fin se levante especificar su ubicación, así como los productos a comercializar a través de los mismos. El Acta de Asamblea que apruebe su implementación será remitida a la Superintendencia de la Actividad aseguradora para su aprobación y posterior registro.

De los puntos de comercialización

Artículo 14. Los puntos de comercialización deben ser aprobados mediante acta de Junta Directiva de la aseguradora, la cual debe ser asentada en el libro correspondiente, dejando constancia de su ubicación, así como los productos a comercializar.

De las condiciones de los seguros o planes masivos

Artículo 15. Las condiciones de los seguros o planes masivos deben ser redactadas en lenguaje sencillo y establecer claramente los riesgos cubiertos, exclusiones y demás condiciones que generen derechos y obligaciones para los tomadores, asegurados, beneficiarios, contratantes, usuarios y afiliados, de forma que permitan su comprensión.

La aseguradora puede contemplar como parte de las condiciones del contrato de seguros o planes masivos que el asegurado presente una declaración de salud, para los seguros con coberturas de salud o asistencia médica y para los seguros de vida con cobertura de muerte. La declaración de salud debe señalar de manera precisa la información que la aseguradora requiere conocer sobre el riesgo asegurable.

Del registro de los seguros o planes masivos

Artículo 16. La Superintendencia de la Actividad Aseguradora llevará un registro de los modelos de pólizas de seguros o planes masivos y las respectivas notas técnicas que resulten aprobadas.

Del registro e información estadística

Artículo 17. Las aseguradoras deben llevar un registro que contenga información sobre los seguros o planes masivos, así como sus modalidades de comercialización.

Asimismo, debe remitir a través del Sistema Único de Trámites, en la oportunidad que determine la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, la información estadística que considere conveniente.

De la aprobación de publicidad

Artículo 18. La publicidad empleada tanto por los sujetos regulados, y los canales o medios alternativos, para la promoción y venta de los seguros o planes masivos debe contar con la aprobación previa de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, según lo establecido en el artículo 18 de la Ley de la Actividad Aseguradora, y su incumplimiento acarreará las sanciones establecidas en el mismo cuerpo normativo.

De la revocatoria de la calificación otorgada

Artículo 19. La calificación de seguros o planes masivos podrá ser revocada en cualquier momento cuando a juicio razonado de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, el producto deje de cumplir con las condiciones establecidas en la Ley de la Actividad Aseguradoras y en las presentes normas.

Del registro contable

Artículo 20. Las aseguradoras deben registrar las operaciones de seguros o planes masivos en los ramos a los cuales pertenezcan los productos. Asimismo, deben incluir la información en los anexos contables elaborados a tal efecto.

De la aplicación de las normas

Artículo 21. Las demás normativas prudenciales y actos administrativos conexos a la actividad aseguradora, que coliden con las presentes normas no serán aplicables

De la publicidad

Artículo 22. Se ordena la publicación de las presentes normas en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, con el fin de coadyuvar con la divulgación de su contenido a todos los interesados y público en general.

De la vigencia

Artículo 23. Las presentes normas entrarán en vigencia a partir de la fecha de publicación en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

OMAR OROZCO COLMENARES
Superintendente de la Actividad Aseguradora (E)
Resolución N°003-2021 de fecha 18 de enero de 2021
G.O.R.B.V. N° 42.049 de fecha 18 de enero de 2021



NORMAS RELATIVAS A LA CONSTITUCIÓN, TRATAMIENTO Y LIBERACIÓN DE LA RESERVA PARA RIESGOS CATASTRÓFICOS



213°, 165° y 25°

SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

Providencia: SAA-_____

Fecha: _____

El Superintendente de la Actividad Aseguradora tiene dentro de sus atribuciones dictar sus manuales de normas y procedimientos que regulan la Actividad Aseguradora.

Por cuanto de conformidad con la Ley de la Actividad Aseguradora, es obligación de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora dictar las normas mediante las cuales se establezcan los mecanismos de constitución de la reserva para riesgos catastróficos, el tratamiento aplicable cuando exista reaseguro de tales riesgos, así como los modos de liberar esta reserva.

En virtud de lo anterior, acuerda dictar las siguientes:

NORMAS RELATIVAS A LA CONSTITUCIÓN, TRATAMIENTO Y LIBERACIÓN DE LA RESERVA PARA RIESGOS CATASTRÓFICOS

Del objeto

Artículo 11. Las presentes normas tienen por objeto establecer los mecanismos de constitución, tratamiento aplicable en caso de reaseguro y los modos de liberación de la reserva para riesgos catastróficos.

De los riesgos catastróficos

Artículo 12. Aquellos riesgos cubiertos por el respectivo contrato de seguro o de medicina prepagada, cuyo efecto, en caso de siniestro, pueden generar u ocasionar daños de carácter catastrófico.

Definiciones

Artículo 13. A los fines de la aplicación de las presentes normas, se definen los siguientes riesgos como catastróficos:

1. **Daños maliciosos:** Actos ejecutados de forma aislada por persona o personas que intencional y directamente causen daños, sean que tales actos ocurran durante una alteración del orden público o no;



2. **Disturbios laborales:** Actos cometidos colectivamente por personas que tomen parte o actúen con relación a la situación anormal originada por huelgas, paros laborales, disturbios de carácter obrero y cierre patronal. Igualmente se refiere a los actos cometidos por cualquier persona o grupo de personas con el fin de activar o desactivar cualquiera de las situaciones descritas precedentemente en este párrafo;
3. **Eventos climáticos o meteorológicos:** Cualquier otro fenómeno de origen atmosférico, hidrológico u oceanográfico, no mencionado en las definiciones contempladas en esta norma;
4. **Explosión:** Liberación brusca de una gran cantidad de energía, de origen térmico, químico o nuclear, encerrada en un volumen relativamente pequeño, la cual produce un incremento violento y rápido de la presión, con desprendimiento de calor, luz y gases;
5. **Flujos torrenciales:** Inundación de corta duración con un elevado pico de descarga y que sigue poco después de un evento fuerte o excesivo de precipitación, caracterizada por su ocurrencia repentina;
6. **Huracán:** Fenómeno con centro de circulación ciclónica que tiene vientos en forma de espiral, desplazándose sobre la superficie terrestre o marina, y generalmente corresponde a un centro de baja presión atmosférica. Se incluye dentro de este concepto la tormenta tropical;
7. **Inundación:** Cubrimiento temporal accidental del terreno a consecuencia de la inusual y rápida acumulación o desplazamiento de agua originado por: lluvias extraordinarias; deshielos; lagos que tengan salida natural y ríos o cursos naturales de agua en superficie, cuando éstos se desbordan de sus cauces normales; la rotura de los muros de contención de ríos, canales, lagos, presas, diques, estanques y demás depósitos o corrientes de agua, naturales o artificiales; así como los embates de mar en las costas;
8. **Maremoto:** Es un terremoto cuyo epicentro se localiza en el fondo del mar;
9. **Motín y disturbio popular:** Toda actuación en grupo, esporádica u ocasional de personas que produzcan una alteración del orden público, llevando a cabo actos de violencia;
10. **Movimientos de masas:** Desplazamientos de masas de suelo, causados por exceso de agua o erosión en el terreno y por efecto de la fuerza de gravedad, por los cuales una parte de la masa del terreno se desplaza a una cota inferior de la original sin que intervenga ostensiblemente medio de transporte alguno, siendo tan solo necesario que las fuerzas estabilizadoras sean superadas por las desestabilizadoras;
11. **Riesgos agropecuarios:** Enfermedades, plagas, depredadores, falta de lluvia, lluvia en exceso, inundaciones, vientos fuertes, incendios forestales, deslizamientos de tierra, exceso de humedad, bajas temperaturas, huracanes, maremotos, tsunamis, movimientos de masas, flujos torrenciales, así como cualquier otro evento climático o meteorológico, que ocasionen daños o pérdidas en la producción agropecuaria de una zona o región determinada;
12. **Terremoto:** Vibraciones violentas de la tierra causadas por la brusca liberación de energía acumulada durante un largo tiempo;



13. **Terrorismo:** Actos criminales con fines políticos, concebidos o planeados para provocar un estado de terror en la población en general, en un grupo de personas o en personas determinadas, que son injustificables en todas las circunstancias, cualesquiera sean las consideraciones políticas, filosóficas, ideológicas, raciales, étnicas, religiosas y de cualquier otra índole que se hagan valer para justificarlos;
14. **Tornado:** Fenómeno meteorológico que se produce a través de una rotación de alta intensidad y de poca extensión horizontal, que se prolonga desde la base de una nube madre, conocida como cumulonimbus;
15. **Tsunami:** Ola gigantesca producida por un maremoto, por la erupción de un volcán submarino, deslizamientos submarinos u otros.

La Superintendencia de la Actividad Aseguradora podrá considerar de carácter catastróficos otros riesgos amparados por los contratos.

De los grupos de riesgos independientes

Artículo 14. A los efectos de las presentes normas, para la constitución de la reserva para riesgos catastróficos, se considerarán los siguientes grupos de riesgos independientes:

1. Riesgo de Terremoto, que contempla los riesgos correspondientes a: terremoto, maremoto y tsunami;
2. Riesgos Climáticos o Meteorológicos, que contempla los riesgos correspondientes a: inundación, flujos torrenciales, huracanes, tornados, movimientos de masas y eventos climáticos o meteorológicos;
3. Riesgos Agropecuarios;
4. Riesgo de Terrorismo;
5. Riesgo de Explosión;
6. Riesgos de Motín, Disturbios Populares, Disturbios Laborales y Daños Maliciosos.

De la constitución de la reserva para riesgos catastróficos

Artículo 15. Las empresas de seguros, reaseguros y medicina prepagada constituirán y mantendrán una reserva equivalente al treinta por ciento (30%) de las primas o cuotas puras o de riesgo retenidas, por cada una de las coberturas, básicas u opcionales, que amparen los riesgos señalados en el artículo 2 de estas normas, correspondientes a períodos transcurridos.

El porcentaje de retención será el obtenido de los contratos de reaseguro o de retrocesión automáticos proporcionales o facultativos proporcionales, según corresponda.



Para la obtención de la prima o cuota pura o de riesgo, las empresas de seguros y medicina prepagada deben deducir de la prima o cuota cobrada, los gastos de administración, comisión por intermediación y utilidad esperada previstos en los respectivos reglamentos actuariales de tarifas aprobados por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, correspondientes a las coberturas que amparen los riesgos señalados en las presentes normas.

En caso contrario, los gastos a deducir se determinarán conforme a lo siguiente:

1. El porcentaje de los gastos de administración, será el menor de los valores que se obtenga de considerar el cien por ciento (100%) de los gastos administrativos de la empresa en el ramo objeto de comercialización del producto o aquel que resulte de sumar dos coma cinco puntos porcentuales (2,5%) al cien por ciento (100%) del promedio de los gastos administrativos del mercado para el mismo ramo; calculados ambos al cierre del ejercicio económico inmediatamente anterior al de la elaboración de la tarifa correspondiente al producto de que se trate;
2. La comisión aprobada para el ramo al que pertenezca el riesgo, correspondiente al Arancel de Comisiones del ejercicio en el cual se suscribió el contrato;
3. El porcentaje de utilidad esperada no será superior a quince por ciento (15%) de la prima, en cualquiera de los ramos que amparen las respectivas coberturas de riesgos catastróficos, con excepción de los contratos de seguro de salud o de medicina prepagada, en cuyo caso no podrá exceder de cinco por ciento (5%) de la prima o cuota cobrada.

Cuando las empresas de reaseguros no dispongan de la prima pura o de riesgo para una determinada cobertura, se considerará como tal a la prima aceptada, deducidos los gastos de administración, los gastos reembolsables reconocidos al asegurador y las comisiones pagadas por intermediación. En este caso, el porcentaje de los gastos de administración a ser considerado, será el correspondiente al promedio del mercado de reaseguros local para el ejercicio económico inmediatamente anterior al de la constitución de la reserva, correspondiente al ramo al cual pertenecen los riesgos señalados en estas normas.

Todo cálculo relativo a la reserva para riesgos catastróficos se efectuará sobre los riesgos ubicados en el Territorio Nacional.

De la constitución mensual de la reserva para riesgos catastróficos

Artículo 16. La reserva para riesgos catastróficos debe constituirse al cierre de cada mes y de forma acumulativa. El incremento mensual de la reserva será calculado tomando en consideración la fracción de la prima o cuota pura o de riesgo

correspondiente a los días durante los cuales estuvo vigente el contrato en el mes de constitución de la reserva y el número total de días de su vigencia.

Del registro en los estados financieros

Artículo 17. La reserva para riesgos catastróficos debe registrarse en los estados financieros mensuales y anuales que remitirán las empresas de seguros, reaseguros y medicina prepagada a la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, conforme a las disposiciones contables establecidas.

Del límite máximo del saldo de la reserva

Artículo 18. El saldo de la reserva para riesgos catastróficos tendrá como límite máximo un monto equivalente a setenta y cinco por ciento (75%) del valor de la Pérdida Máxima Probable Retenida Promedio (\overline{PMPR}) correspondiente a los últimos cinco (5) ejercicios económicos.

El cálculo del valor de la Pérdida Máxima Probable Retenida Promedio (\overline{PMPR}) se efectuará para cada uno de los grupos de riesgos independientes señalados en el artículo 4 de las presentes normas.

En caso que las empresas de seguros, reaseguros o medicina prepagada no cuenten con la información estadística para el cálculo de la Pérdida Máxima Probable Retenida Promedio (\overline{PMPR}) correspondiente a los últimos cinco (5) ejercicios económicos, deben calcularla tomando en consideración la información de los ejercicios económicos que dispongan.

De la determinación del límite máximo del saldo de la reserva

Artículo 19. El Límite Máximo de la reserva para riesgos catastróficos correspondiente a cada grupo de riesgos independientes, se determinará mediante el siguiente procedimiento:

1. La pérdida máxima probable (PMP) para cada grupo de riesgos independientes, será la mayor de las pérdidas máximas probables de los riesgos que integran dicho grupo.
2. La pérdida máxima probable de cada riesgo podrá calcularse por cualquier método que la empresa considere conveniente, siempre que esté fundamentado en modelos reconocidos de aplicación internacional.
3. Se determinará el Factor de Pérdida Máxima Probable ($FPMP$) para cada grupo de riesgos independientes como el promedio de los cocientes de las pérdidas máximas probables (PMP_t) y la totalidad de las sumas aseguradas (SA_t) de las pólizas vigentes durante los últimos cinco (5) ejercicios económicos, siempre que la empresa cuente con la información correspondiente a ese período. El valor de



las pérdidas máximas probables (PMP_t) a que se refiere este literal serán las que correspondan al 31 de diciembre de cada año.

$$FPMP = \frac{1}{S} \sum_{t=1}^S \frac{PMP_t}{SA_t}$$

Donde,

- ✓ PMP_t es la pérdida máxima probable de cada grupo de riesgos independientes para el ejercicio económico t .
 - ✓ SA_t corresponde a las sumas aseguradas de cada grupo de riesgos independientes referidas a las pólizas que estuvieron vigentes durante el ejercicio económico t .
 - ✓ $S = 5$. Si la empresa no dispone de la información relativa a los últimos cinco (5) ejercicios económicos, entonces S corresponde a los últimos ejercicios económicos consecutivos de la información que disponga la empresa ($S < 5$).
4. Se determinará el promedio actualizado de las sumas aseguradas (\overline{SA}) de las pólizas vigentes correspondientes a cada grupo de riesgos independientes al 31 de diciembre de los últimos cinco (5) ejercicios económicos, acumulados de forma separada a la fecha de cálculo. Para efectos de la actualización, las empresas de seguros, reaseguros o medicina prepagada podrán emplear un Factor de Actualización (ΔFA) calculado mediante algún método reconocido de aplicación general, debidamente sustentado, tales como: el incremento anual del Índice Nacional de Precios al Consumidor (I.N.P.C.), publicado por el ente constitucional con competencia en la materia; el incremento anual del promedio de los costos de los reclamos indemnizados por la aseguradora en las coberturas involucradas; la actualización de las sumas aseguradas al valor en moneda extranjera al tipo de cambio de referencia de la moneda de mayor valor, publicado por el Banco Central de Venezuela, según el promedio ponderado resultante de las operaciones diarias de las mesas de cambio activas de las instituciones bancarias participantes; o cualquier otro método que la empresa considere conveniente:

$$\overline{SA} = \frac{\sum_{t=1}^S \prod_{j=t}^S (1 + \Delta FA_j) * (SA_t)}{S}$$

La Superintendencia de la Actividad Aseguradora podrá efectuar las observaciones de carácter técnico al método de actualización utilizado y propondrá los cambios que considere pertinentes para su aceptación.

5. Se calculará el Factor de Retención Promedio (\overline{FR}) de la empresa para cada grupo de riesgos independientes, como el promedio de los porcentajes que resulten de dividir las sumas aseguradas de retención (SAR_t) a cargo de la empresa de seguros, reaseguro o medicina prepagada, según corresponda,



respecto de las sumas aseguradas totales (SAT_t) de las pólizas vigentes al 31 de diciembre de los últimos cinco (5) ejercicios económicos.

$$\overline{FR} = \frac{1}{S} \sum_{t=1}^S \frac{SAR_t}{SAT_t}$$

6. La Pérdida Máxima Probable Retenida Promedio (\overline{PMPR}) se calculará como el producto del Factor de Pérdida Máxima Probable ($FPMP$), el promedio de las sumas aseguradas (\overline{SA}) y el Factor de Retención Promedio (\overline{FR}).

$$\overline{PMPR} = FPMP * \overline{SA} * \overline{FR}$$

7. El Límite Máximo de la reserva para riesgos catastróficos para cada grupo de riesgos independientes (LM_{RC}) será equivalente a setenta y cinco por ciento (75 %) de la Pérdida Máxima Probable Retenida Promedio (\overline{PMPR}), correspondiente a los últimos cinco (5) ejercicios económicos:

$$LM_{RC} = 0,75 * \overline{PMPR}$$

8. El valor de la Pérdida Máxima Probable Retenida Promedio (\overline{PMPR}) se calculará para cada grupo de riesgos independientes al cierre de cada ejercicio económico, por lo que dicho valor permanecerá constante durante cualquiera de los meses posteriores hasta el final del ejercicio económico siguiente.

De la remisión de la metodología de cálculo

Artículo 20. Las empresas de seguros, reaseguros y medicina prepagada deben remitir a la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, al cierre de cada ejercicio económico, conjuntamente con sus estados financieros, la metodología de cálculo de la Pérdida Máxima Probable Retenida Promedio para cada grupo de riesgos independientes, con indicación de los ramos a los que pertenecen, los valores resultantes, el límite de la reserva y la información utilizada, de conformidad con el procedimiento descrito en el artículo 9 de estas normas.

Las empresas de seguros, reaseguros y medicina prepagada deben mantener a la disposición de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora los correspondientes archivos en formato electrónico que reflejen los datos estadísticos, así como la base de cálculo y los procedimientos conducentes a la obtención del monto de la referida reserva y remitirlo a la Superintendencia de la Actividad Aseguradora cuando esta lo estime conveniente.

Del incremento del fondo de reserva para riesgos catastróficos



Artículo 21. Las empresas de seguros, reaseguros y medicina prepagada que durante el ejercicio inmediatamente anterior manejen una siniestralidad incurrida igual o menor a treinta por ciento (30%), en los ramos que amparen los riesgos que a los efectos de estas normas son considerados como catastróficos, aportarán el equivalente a diez por ciento (10%) del resultado técnico obtenido en dichos ramos, para incrementar la reserva para riesgos catastróficos del ejercicio económico en curso.

Del cálculo de la siniestralidad incurrida

Artículo 22. Para el cálculo de la siniestralidad incurrida, se debe efectuar el cociente entre los siniestros incurridos correspondientes a los ramos de que se trate y las primas devengadas de tales ramos.

A los efectos de estas normas, se considerará siniestros incurridos al resultado de sumar al total de siniestros pagados durante el ejercicio económico, las reservas para siniestros pendientes de pago correspondientes a dicho período, menos las reservas para siniestros pendientes de pago correspondientes al ejercicio económico inmediatamente anterior.

De igual forma, se entenderá como primas devengadas, al resultado de restar al total de primas cobradas, deducidas las anulaciones y devoluciones, contabilizadas durante el ejercicio económico, las reservas para riesgos en curso de dicho período, sumándole luego a esta diferencia las reservas para riesgos en curso del ejercicio económico inmediatamente anterior.

Del resultado técnico

Artículo 23. A los fines de las presentes normas, se entenderá como resultado técnico del ramo, el monto que resulte de la diferencia entre todos los ingresos de carácter técnico y los egresos por este mismo concepto. Se consideran ingresos, las primas devengadas en el ramo, así como las recuperaciones y salvamentos de siniestros, correspondientes al ejercicio económico y se toman como egresos los siniestros incurridos durante el ejercicio económico, las comisiones pagadas a los intermediarios, el reintegro por experiencia favorable, el costo del reaseguro y los gastos administrativos imputables al respectivo ramo.

El aporte de diez por ciento (10%) a que hace referencia el artículo 12 de las presentes normas, se efectuará sobre el resultado técnico obtenido en los ramos que amparen las respectivas coberturas de los riesgos catastróficos, en los términos establecidos en las presentes normas.

De la afectación del saldo de la reserva para riesgos catastróficos



Artículo 24. El saldo de la reserva para riesgos catastróficos sólo podrá afectarse, previa autorización de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, para:

1. El pago de siniestros derivados de la ocurrencia de un evento de tipo catastrófico, en cuyo caso la afectación será por la parte en exceso no cubierta por los contratos de reaseguro de exceso de pérdida destinados a cubrir los riesgos contemplados en estas normas;
2. El pago de siniestros derivados de la ocurrencia de un evento de tipo catastrófico, en caso de no pago por parte del reasegurador o del retrocesionario, según sea el caso, debido a factores de insolvencia; En ambos supuestos, la afectación del saldo de la reserva para riesgos catastróficos se efectuará siempre que se haya agotado la reserva para riesgos en curso o cuotas en curso de la cartera afectada;
3. Cubrir total o parcialmente el costo de reinstalación de las coberturas de reaseguro de exceso de pérdida de tipo catastrófico, en los casos de afectación y agotamiento de dichas coberturas por los siniestros que se produzcan en un evento catastrófico;
4. El pago total o parcial de las coberturas de reaseguro de exceso de pérdida de los riesgos de carácter catastrófico, cuando a juicio de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora se presente un endurecimiento generalizado del reaseguro internacional en el ejercicio de que se trate, que se traduzca en una elevación significativa de los costos de estas coberturas, produciendo, al cierre del ejercicio y en el ramo correspondiente, una pérdida técnica que derive en una pérdida neta.

El monto máximo que podrá afectarse de la reserva será de hasta la pérdida neta en el ramo en el ejercicio de que se trate, derivada de la diferencia entre el costo del reaseguro de exceso de pérdida de los riesgos de carácter catastrófico de ese ejercicio y el costo del reaseguro de exceso de pérdida de tales riesgos que hubiese correspondido a la misma cobertura conforme a las tarifas de reaseguro del ejercicio inmediatamente anterior.

La afectación de la reserva sólo podrá realizarse en el ejercicio en el que, a juicio de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, se presente el endurecimiento del reaseguro y no podrá exceder en una vez la prima de riesgo de retención de la empresa en dicho ejercicio.

A estos efectos, se entenderá por pérdida neta, la suma efectivamente pagada por la empresa de seguros o de medicina prepagada con ocasión de cualquier siniestro derivado de la ocurrencia de un evento de tipo catastrófico, determinada mediante la aplicación del efecto del deducible, coaseguro, límite de primer riesgo y retención individual correspondientes a cada cobertura, según las condiciones del contrato correspondiente.



La Superintendencia de la Actividad Aseguradora, al momento de la autorización, establecerá la proporción en la cual podrá afectarse la reserva de cada grupo de riesgos independientes, de acuerdo con la magnitud del siniestro y para mayor beneficio de los asegurados.

De la liberación de la reserva para riesgos catastróficos

Artículo 25. Cuando el saldo de la reserva para riesgos catastróficos al cierre del ejercicio económico, supere el Límite Máximo establecido en el artículo 9 de estas normas, las empresas de seguros, reaseguros y medicina prepagada podrán liberar el monto en exceso de dicho Límite Máximo, previa autorización de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

En caso que la empresa deba constituir una reserva inferior debido a la disminución de la cartera de riesgos catastróficos, ocasionada por la no suscripción de los mismos o al cese de operaciones de la empresa en el respectivo ramo, la diferencia que se produzca entre la reserva ya constituida y la nueva reserva no podrá ser liberada, salvo que tal diferencia persista durante un período de cinco (5) años y previa autorización de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

Del fondo de reserva catastróficas nacional

Artículo 26. Las empresas de seguros, reaseguros y medicina prepagada destinarán el dos por ciento (2%) del monto liberado con base en lo señalado en el artículo anterior, según el procedimiento que al respecto establezca la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, al Fondo de Reservas Catastróficas Nacional, que será administrado por el Ministerio del Poder Popular con competencia en materia de finanzas.

De la aplicación de las normas

Artículo 17. Las demás normativas prudenciales y actos administrativos conexos a la actividad aseguradora, que coliden con las presentes normas no serán aplicables.

De la publicidad

Artículo 18. Se ordena la publicación de las presentes normas en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, con el fin de coadyuvar con la divulgación de su contenido a todos los interesados y público en general.

De la vigencia

Artículo 19. Las presentes normas entrarán en vigencia a partir de la fecha de publicación en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

OMAR OROZCO COLMENARES



Gobierno Bolivariano
de Venezuela

Ministerio del Poder Popular de
Economía, Finanzas y Comercio Exterior

Superintendencia de la
Actividad Aseguradora



Superintendente de la Actividad Aseguradora (E)

Resolución N°003-2021 de fecha 18 de enero de 2021

G.O.R.B.V. N° 42.049 de fecha 18 de enero de 2021

NORMAS RELATIVAS A LA CONSTITUCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA RESERVA COMPLEMENTARIA PARA RIESGOS EN CURSO POR INSUFICIENCIA DE PRIMAS O DE CUOTAS



213°, 165° y 25°
SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

Providencia: SAA-_____

Fecha: _____

El Superintendente de la Actividad Aseguradora tiene dentro de sus atribuciones dictar sus manuales de normas y procedimientos que regulan la Actividad Aseguradora.

Por cuanto la Ley de la Actividad Aseguradora dispone que es obligación de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora dictar las normas prudenciales mediante las cuales se establezcan los ramos aplicables, el método de cálculo y demás principios por los cuales se regirán las empresas de seguros, de reaseguros y de medicina prepagada en la constitución de la reserva complementaria para riesgos en curso por insuficiencia de primas o de cuotas.

En virtud de lo anterior, acuerda dictar las siguientes:

**NORMAS RELATIVAS A LA CONSTITUCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA
RESERVA COMPLEMENTARIA PARA RIESGOS EN CURSO POR
INSUFICIENCIA DE PRIMAS O DE CUOTAS**

Del objeto

Artículo 1. Las presentes normas tienen por objeto establecer los principios por los cuales se regirán las empresas de seguros, de reaseguros y de medicina prepagada, para constituir y mantener la reserva complementaria para riesgos en curso por insuficiencia de primas o de cuotas (RCRC), así como el tratamiento aplicable en caso de su constitución.

De la oportunidad de constitución

Artículo 2. Las empresas de seguros, de reaseguros y de medicina prepagada deben constituir y mantener la reserva complementaria para riesgos en curso por insuficiencia de primas o de cuotas (RCRC), según corresponda, en la medida en que el importe de la reserva para riesgos en curso o cuotas en curso no sea suficiente para cumplir con los compromisos asumidos con los tomadores, asegurados, beneficiarios, contratantes, usuarios, afiliados y cedentes.



De la frecuencia de cálculo

Artículo 3. La reserva complementaria para riesgos en curso por insuficiencia de primas o de cuotas (RCRC), se calculará con frecuencia anual, al cierre de cada ejercicio económico, y se constituirá siempre que el sujeto presente resultados técnicos negativos durante dos (2) ejercicios económicos consecutivos.

De la constitución y mantenimiento de la reserva

Artículo 4. Las empresas de seguros, de reaseguros y de medicina prepagada deben constituir y mantener la reserva complementaria para riesgos en curso por insuficiencia de primas o de cuotas (RCRC), al cierre de cada ejercicio económico en curso, así como durante los meses de enero a noviembre del ejercicio económico subsiguiente, de conformidad con el procedimiento indicado en las presentes normas.

De los ramos aplicables

Artículo 5. La reserva complementaria para riesgos en curso por insuficiencia de primas o de cuotas (RCRC), se calculará para todos los ramos, con excepción del seguro de vida.

Del cálculo de la reserva

Artículo 6. El importe de la reserva complementaria para riesgos en curso por insuficiencia de primas o de cuotas (RCRC) se calculará para cada ramo, conforme con el procedimiento siguiente:

1. Se determinará el Factor de Reserva Complementaria al cierre del ejercicio económico considerado (FRC_t), definido como el cociente entre la suma de los resultados técnicos de la empresa (RTR) de los dos (2) últimos ejercicios económicos para cada ramo y la suma de las primas devengadas (PDR) de los dos (2) últimos ejercicios económicos para el ramo respectivo:

$$FRC_t = \frac{(RTR_{t-1}) + (RTR_t)}{(PDR_{t-1}) + (PDR_t)}$$

Donde,

RTR es el resultado técnico del ramo;

PDR es la prima devengada del ramo;

t es el ejercicio económico considerado, y

$t-1$ es el ejercicio económico inmediatamente anterior.

2. A los fines de las presentes normas se entenderá como resultado técnico del ramo respectivo (RTR), a la diferencia entre todos los ingresos de carácter técnico y los egresos por este mismo concepto:

$$RTR = \text{Ingresos Técnicos} - \text{Egresos Técnicos}$$



3. Se considerarán ingresos técnicos, las primas devengadas en el ramo, correspondientes al ejercicio económico (PDR_t), así como las recuperaciones y salvamentos de siniestros para el mismo periodo (RSS_t), si aplican al respectivo ramo:

$$\text{Ingresos Técnicos}_t = PDR_t + RSS_t$$

4. Se entenderá como primas devengadas del ramo (PDR_t), al resultado de restar al total de primas cobradas del ramo, deducidas las anulaciones y devoluciones, contabilizadas durante el ejercicio económico (PNC_t), las reservas para riesgos en curso de dicho periodo (RRC_t), sumándole luego a esta diferencia las reservas para riesgos en curso del ejercicio económico inmediatamente anterior (RRC_{t-1}):

$$PDR_t = PNC_t - RRC_t + RRC_{t-1}$$

5. Se tomarán como egresos técnicos, los siniestros incurridos del ramo al cierre del ejercicio económico (SIR_t); las reservas para riesgos catastróficos imputables al periodo ($RCAT_t$) y el reintegro por experiencia favorable (REF_t), si aplican a dicho ramo; así como las comisiones pagadas a los intermediarios de la actividad aseguradora ($COMP_t$), los gastos de adquisición ($GADQ_t$) y los gastos administrativos ($GADM_t$) del respectivo ramo, correspondientes al mismo periodo:

$$\text{Egresos Técnicos}_t = SIR_t + RCAT_t + REF_t + COMP_t + GADQ_t + GADM_t$$

6. De igual forma, se entenderá como siniestros incurridos del ramo (SIR_t), al resultado de sumar al total de siniestros pagados durante el ejercicio económico ($SPAG_t$), las reservas para siniestros pendientes de pago ($RSPEN_t$) y las reservas para siniestros ocurridos y no notificados ($RSONN_t$) correspondientes a dicho periodo, menos las reservas para siniestros pendientes de pago ($RSPEN_{t-1}$) y las reservas para siniestros ocurridos y no notificados ($RSONN_{t-1}$), correspondientes al ejercicio económico inmediatamente anterior:

$$SIR_t = SPAG_t + RSPEN_t + RSONN_t - RSPEN_{t-1} - RSONN_{t-1}$$

7. En caso de que el Factor de Reserva Complementaria (FRC_t) resulte negativo para algún ramo, se deberá constituir la reserva complementaria para riesgos en curso por insuficiencia de primas o de cuotas al cierre del ejercicio económico considerado ($RCRC_t$), para el ramo que corresponda.
8. La reserva complementaria para riesgos en curso por insuficiencia de primas o de cuotas para el cierre del ejercicio económico ($RCRC_t$), se determinará como el producto entre el valor absoluto del Factor de Reserva Complementaria ($|FRC_t|$) y el importe de las reservas para riesgos en curso (RRC_t) del mismo periodo:

$$RCRC_t = |FRC_t| * RRC_t$$

9. La reserva complementaria para riesgos en curso por insuficiencia de primas o de cuotas deberá constituirse y mantenerse al cierre de cada mes ($RCRC_m$)



del ejercicio económico subsiguiente, desde enero a noviembre. Para ello, se determinará la reserva como el producto entre el valor absoluto del Factor de Reserva Complementaria ($|FRC_t|$), calculado según lo indicado en el número 1 de este artículo, y el importe de las reservas para riesgos en curso al cierre de cada mes:

$$RCRC_m = |FRC_t| * RRC_m$$

Donde,

t es el ejercicio económico inicialmente considerado, y

m corresponde a cada uno de los meses, de enero a noviembre, del ejercicio económico subsiguiente.

10. El procedimiento indicado precedentemente, debe calcularse por separado para las operaciones de seguro directo y reaseguro aceptado, según corresponda.
11. Las empresas de medicina prepagada y de reaseguro deberán adaptar el procedimiento anterior, a los fines de ajustarlo a sus propias operaciones, de conformidad con las disposiciones que las rigen.

De la compensación entre ramos

Artículo 7. En la constitución de la reserva complementaria para riesgos en curso por insuficiencia de primas o de cuotas (RCRC) no procederá, en ningún caso, compensación alguna entre los diferentes ramos.

De la constitución de la reserva para nuevos ramos

Artículo 8. En empresas ya constituidas, cuando se inicie la operación de un nuevo ramo, o en el caso de nuevas empresas, la reserva complementaria para riesgos en curso por insuficiencia de primas o de cuotas (RCRC) se empezará a calcular al cierre del segundo ejercicio económico, posterior a la emisión de la primera póliza.

De la revocación de la autorización para operar en uno o varios ramos

Artículo 9. Cuando se revoque la autorización otorgada para operar en uno o varios ramos, la empresa estará obligada a continuar con el cálculo de la reserva complementaria para riesgos en curso por insuficiencia de primas o de cuotas (RCRC) hasta la expiración de la vigencia de todas las pólizas suscritas. Lo anterior, no resulta aplicable para los casos en que se ceda totalmente la cartera de un ramo.

De la modificación de la tarifa

Artículo 10. Cuando durante dos (2) ejercicios económicos consecutivos se haga necesaria la constitución de la reserva complementaria para riesgos en curso por insuficiencia de primas o de cuotas (RCRC), el sujeto regulado deberá presentar ante la Superintendencia de la Actividad Aseguradora para su aprobación, las nuevas tarifas ajustadas para alcanzar la suficiencia de la prima o de la cuota, con

el debido reglamento actuarial que lo justifique, sin perjuicio del derecho que tiene el sujeto regulado de ajustar y consignar sus tarifas ante la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, cuando lo considere necesario.

Registro en los estados financieros

Artículo 11. La constitución de la reserva complementaria para riesgos en curso por insuficiencia de primas o de cuotas (RCRC) debe registrarse de forma mensual y reflejarse en los estados financieros analíticos mensuales y en los estados financieros anuales que deben enviar las empresas de seguros, las de reaseguros y las de medicina prepagada a la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, conforme a las disposiciones contables establecidas por ésta.

De la aplicación de las normas

Artículo 12. Las demás normativas prudenciales y actos administrativos conexos a la actividad aseguradora, que coliden con las presentes normas no serán aplicables.

De la publicidad

Artículo 13. Se ordena la publicación de las presentes normas en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, con el fin de coadyuvar con la divulgación de su contenido a todos los interesados y público en general.

De la vigencia

Artículo 14. Las presentes normas entrarán en vigencia a partir de la fecha de publicación en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

OMAR OROZCO COLMENARES

Superintendente de la Actividad Aseguradora (E)

Resolución N°003-2021 de fecha 18 de enero de 2021

G.O.R.B.V. N° 42.049 de fecha 18 de enero de 2021



NORMAS PARA VERIFICAR Y GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO SOCIAL ÚNICO EN LA REALIZACIÓN DE LAS OPERACIONES PERMITIDAS POR LA LEY DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA



213°, 165° y 25°
SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

Providencia: SAA-_____

Fecha: _____

El Superintendente de la Actividad Aseguradora tiene dentro de sus atribuciones dictar sus manuales de normas y procedimientos que regulan la Actividad Aseguradora.

Por cuanto la Ley de la Actividad Aseguradora, establece que la actividad aseguradora es toda relación u operación relativa al contrato de seguro, de reaseguro, de medicina prepagada, de administración de riesgo, a la intermediación, la fianzas, el financiamiento de primas o cuotas, los fondos administrados, el fideicomiso en el mercado asegurador, la inspección de riesgos, el peritaje evaluador y el ajuste de pérdidas en actividades de seguros en los términos establecidos en las normas que regulen la materia.

Por cuanto se establece como requisito indispensable para obtener y mantener la autorización para operar como empresa de seguros, de reaseguros, de medicina prepagada y administradoras de riesgos, tener como objeto único la realización de operaciones permitidas por la ley.

Por cuanto la Ley de la Actividad Aseguradora señala que las empresas de seguros, de reaseguros y de medicina prepagada deben realizar única y exclusivamente las operaciones propias de la actividad aseguradora a que se refiere la autorización que se otorga de acuerdo con las disposiciones establecidas en la presente ley y su reglamento.

Por cuanto la Ley de la Actividad Aseguradora, establece como requisito indispensable para obtener y mantener la autorización para operar como empresa financiadora de prima o de cuotas, tener como objeto único el financiamiento de primas o de cuotas para tomadores de seguros o contratantes de medicina prepagada.



Por cuanto es competencia de esta Superintendencia de la Actividad Aseguradora verificar y garantizar que las empresas de seguros, de reaseguros, de medicina prepagada, administradora de riesgo y financiadora de primas o de cuotas, cumplan con las disposiciones contenidas en la Ley de la Actividad Aseguradora, referidas a su objeto social único.

En virtud de lo anterior, acuerda dictar las siguientes:

NORMAS PARA VERIFICAR Y GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO SOCIAL ÚNICO EN LA REALIZACIÓN DE LAS OPERACIONES PERMITIDAS POR LA LEY DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

Del objeto

Artículo 1. Las presentes normas tienen por objeto fijar los parámetros que permitan verificar y garantizar que las empresas de seguros, de reaseguros, de medicina prepagada, de administración de riesgos y financiadoras de primas o de cuotas, cumplan con las disposiciones contenidas en la Ley de la Actividad Aseguradora, relativas al objeto social único que debe establecerse, tanto en el documento constitutivo y estatutos sociales, como en el desarrollo de sus actividades.

De las operaciones permitidas a las empresas de seguros

Artículo 2. Las empresas de seguros tendrán como objeto social único la realización fundamental de operaciones de seguros. Adicionalmente, podrán celebrar contratos de:

1. Reaseguro aceptado en los ramos para los cuales han sido autorizadas;
2. Fianzas y reafianzamientos, cuando estén autorizadas para operar en seguros generales;
3. Fideicomiso, cuando estén autorizadas para operar en seguros generales y hayan obtenido la autorización correspondiente;
4. Administración de riesgos, en los ramos previstos en las normas dictadas a tal efecto.

De la revocatoria del ramo de las empresas de seguro

Artículo 3. Si se comprueba que la empresa de seguros ha dejado de operar en un ramo, la Superintendencia de la Actividad Aseguradora podrá dejar sin efecto la autorización otorgada para ese ramo.

Del establecimiento de límites

Artículo 4. La Superintendencia de la Actividad Aseguradora con el fin de garantizar el cumplimiento del objeto social único de las empresas de seguros podrá establecer a través de normas prudenciales, límites máximos de ingresos por la comercialización de contratos de fianza, fideicomiso, administración de riesgos,



reaseguro o reafianzamiento. Igualmente, podrá establecer a través de circular que, para cada ramo, ingresos mínimos por primas.

Para la determinación de los límites e ingresos por ramo mencionados, se podrán considerar los siguientes parámetros: el capital social pagado, el patrimonio propio no comprometido o cualquier otro que considere la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

De los ingresos por primas o cuotas

Artículo 5. A objeto de verificar que la empresa de seguros y de medicina prepagada realizan principalmente operaciones de seguros o de medicina prepagada según corresponda, el monto total de los ingresos recibidos por dicha empresa para cada ejercicio económico por primas o cuotas cobradas en los contratos de seguros y de medicina prepagada, deberá ser superior a sesenta por ciento (60%) del total de los ingresos obtenidos por la sumatoria de los siguientes conceptos:

1. Primas o cuotas cobradas por contrato de seguro y de medicina prepagada;
2. Primas o cuotas por operaciones de reaseguro aceptado;
3. Comisiones, remuneraciones u otros ingresos cobrados por fianza.
4. Comisiones, remuneraciones u otros ingresos cobrados por fondos administrados;
5. Comisiones, remuneraciones u otros ingresos por fideicomiso, mandatos, custodia, comisiones y otros encargos de confianza;
6. Cualquier otro ingreso, remuneración o comisión, distintos a los intereses obtenidos por sus colocaciones en bancos o instituciones financieras o por los rendimientos obtenidos por inversiones en títulos valores aptos para representar las reservas técnicas.

El porcentaje a que alude este artículo, en lo que respecta a las empresas de medicina prepagada, solo aplicará en lo concerniente a los numerales 1 y 4, relativo a las remuneraciones que perciban por concepto de los contratos de fondos administrados de salud.

De las operaciones permitidas a las empresas de reaseguros

Artículo 6. Las empresas de reaseguros tendrán como objeto social único la realización de operaciones de reaseguros en los términos previstos en la Ley de la Actividad Aseguradora.

De las operaciones permitidas a las empresas de medicina prepagada

Artículo 7. Las empresas de medicina prepagada tendrán como objeto social único la gestión y prestación de servicios médicos preventivos y asistenciales

relacionados con la atención y tratamiento de la salud. Adicionalmente, podrán celebrar contratos de administración de riesgos de salud.

De las operaciones permitidas a las empresas administradoras de riesgos

Artículo 8. Las empresas administradoras de riesgos tendrán como objeto social único la administración de fondos en los términos previstos en la Ley de la Actividad Aseguradora.

De las operaciones permitidas a las empresas financiadoras de primas o cuotas

Artículo 9. Las empresas financiadoras de primas o cuotas tendrán como objeto social único el financiamiento de primas de seguros o cuotas de medicina prepagada en los términos contemplados en la Ley de la Actividad Aseguradora.

De la aplicación de las normas

Artículo 10. Las demás normativas prudenciales y actos administrativos conexos a la actividad aseguradora, que coliden con las presentes normas no serán aplicables.

De la publicidad

Artículo 11. Se ordena la publicación de las presentes normas en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, con el fin de coadyuvar con la divulgación de su contenido a todos los interesados y público en general.

De la vigencia

Artículo 12. Las presentes normas entrarán en vigencia a partir de la fecha de publicación en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

OMAR OROZCO COLMENARES
Superintendente de la Actividad Aseguradora (E)
Resolución N°003-2021 de fecha 18 de enero de 2021
G.O.R.B.V. N° 42.049 de fecha 18 de enero de 2021



NORMAS RELATIVAS A LA DEFENSA DE LOS DERECHOS DEL TOMADOR, ASEGURADO, BENEFICIARIO, CONTRATANTE, USUARIO Y AFILIADO DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA



213°, 165° y 25°

SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

Providencia: SAA-_____

Fecha: _____

El Superintendente de la Actividad Aseguradora tiene dentro de sus atribuciones dictar sus manuales de normas y procedimientos que regulan la Actividad Aseguradora.

Por cuanto los particulares tienen el derecho de acceder a los Órganos y entes del Estado y obtener oportuna respuesta a sus planteamientos.

Por cuanto es deber de la Superintendencia generar sistemas transparentes dirigidos a los sujetos regulados para garantizar el cumplimiento de obligaciones igualdad de derechos en cuanto corresponde a los defensores del tomador, asegurado, beneficiario, contratante, usuario y afiliado.

Por cuanto corresponde a la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, garantizar a los ciudadanos y ciudadanas el libre acceso a los productos, bienes y servicios que forman parte del sector asegurador y proteger los derechos e intereses de los tomadores, asegurados, beneficiarios, contratantes, usuarios o y afiliados respecto de los sujetos regulados.

Por cuanto se hace necesario en ejercicio de la autonomía organizativa propia de la Superintendencia adecuar su estructura administrativa y funcional a los parámetros establecidos en el ordenamiento jurídico correspondiente.

En virtud de lo anterior, acuerda dictar las siguientes:

NORMAS RELATIVAS A LA DEFENSA DE LOS DERECHOS DEL TOMADOR, ASEGURADO, BENEFICIARIO, CONTRATANTE, USUARIO Y AFILIADO DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

Del objeto

Artículo 1. Estas normas tienen por objeto regular el trámite de las denuncias y acciones que se ejerzan frente a actos, acciones u omisiones, que afecten el ejercicio de cualquiera de los derechos de los tomadores, asegurados, beneficiarios,



contratantes, usuarios, afiliados de manera individual o colectiva, o de cualquier otra persona que manifieste tener un legítimo interés jurídico actual.

Del interés jurídico

Artículo 2. Las Unidades de Defensa del Asegurado de los Sujetos Regulados, son las encargadas de tramitar y gestionar las denuncias, que pueden realizarse a título individual o colectivo, en este último caso, en resguardo de intereses colectivos o difusos de los tomadores, asegurados, beneficiarios, contratantes, usuario y afiliado.

A los fines de estas Normas, el interés personal o individual necesario para formular las denuncias y acciones será el establecido en el artículo 16 del Código de Procedimiento Civil, en concordancia con el artículo 29 de la Ley que regula la materia Contencioso-Administrativa.

A los efectos de estas normas, se entenderá por intereses colectivos o difusos las acciones que se promueven en defensa de derechos comunes de un conjunto determinado o indeterminado de tomadores, asegurados, beneficiarios o contratantes.

Del ámbito Subjetivo

Artículo 3. Son sujetos de aplicación de estas normas la Dirección de Defensoría del Tomador, Asegurado, Beneficiario, Contratante, Usuario y Afiliado de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, y el Defensor del Asegurado de las empresas de seguros y medicina prepagada, para atender y recibir las denuncias, reclamos o quejas.

De los principios

Artículo 4. Estas normas se fundamentan en los principios de razonabilidad, proporcionalidad, adecuación, economía, celeridad, simplicidad, eficacia, eficiencia, oportunidad, objetividad, imparcialidad, uniformidad, transparencia y buena fe.

Derecho a la atención adecuada

Artículo 5. El Sujeto Regulado y el Defensor del Asegurado deben garantizar la atención eficaz, eficiente, oportuna y respetuosa de los tomadores, asegurados, beneficiarios, contratantes, usuarios y afiliados, en cualquier zona del país, así como la recepción de sus denuncias, reclamos o quejas.

Del Manual de Políticas y Procedimientos

Artículo 6. Los sujetos regulados están obligados a desarrollar e implementar un manual de políticas y procedimientos que promuevan la debida calidad de servicio y atención al tomador, asegurado, beneficiario, contratante, usuario y afiliado, el cual debe estar aprobado por la Junta Directiva o quien haga sus veces. Las políticas y procedimientos deben estar acordes con la estructura organizativa del sujeto regulado y serán difundidas internamente, revisadas y actualizadas una (1) vez al año.



De las atribuciones de la Dirección

Artículo 7. Sin perjuicio de las atribuciones conferidas en el Reglamento Interno de la Superintendencia, corresponden a la Dirección de Defensoría del Tomador, Asegurado, Beneficiario, Contratante, Usuario y Afiliado las siguientes:

1. Establecer mecanismos de protección de los derechos e intereses del tomador, asegurado, beneficiario, contratante, usuario o afiliado en cuanto al libre acceso a los productos, bienes y servicios, a través de los cuales los sujetos regulados darán cumplimiento a las obligaciones derivadas de los contratos y cualquier otra operación relacionada con la actividad aseguradora;
2. Supervisar y verificar que dentro de la estructura de las empresas de seguros y de medicina prepagada esté creada y operativa la Unidad de Defensa del tomador, asegurado, beneficiario, contratante, usuario y afiliado, a objeto de garantizar el cumplimiento de las disposiciones previstas en la Ley de la Actividad Aseguradora y las normas dictadas por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora;
3. Supervisar y hacer seguimiento a las denuncias, reclamos o quejas recibidas y tramitadas por la Unidad de Defensa del tomador, asegurado, beneficiario, contratante, usuario y afiliado de las empresas de seguros y de medicina prepagada, a objeto de garantizar que sus funciones se cumplan de manera objetiva, imparcial y dentro de los plazos previstos de conformidad con el ordenamiento jurídico aplicable;
4. Recibir, asesorar y tramitar las denuncias, reclamos, quejas e incidencias formuladas por el tomador, asegurado, beneficiario, contratante, usuario, afiliado de manera individual o colectiva, o de cualquier otra persona que manifieste tener un interés legítimo, siempre que las mismas no sean recibidas y tramitadas en la Unidad de Defensa de la empresa de seguros o medicina prepagada;
5. Recibir y remitir a la Unidad de Defensa del tomador, asegurado, beneficiario, contratante, usuario y afiliado del sujeto regulado a que corresponda, aquellas denuncias, reclamos, quejas e incidencias con ocasión a las controversias derivadas de la ejecución o incumplimiento del contrato de seguros y cualquier otra operación relacionada con la actividad aseguradora, presentadas ante la Superintendencia de la Actividad Aseguradora;
6. Actuar como conciliador en la resolución de los conflictos o controversias entre el sujeto regulado y el tomador, asegurado, beneficiario, contratante, usuario y afiliado con ocasión de la ejecución del contrato de seguros y cualquier otra operación relacionada con la actividad aseguradora;
7. Recibir y gestionar las denuncias vinculadas con situaciones de hechos fortuitos o incumplimiento de convenios y acuerdos suscritos en el mercado asegurador, que vulneren o afecten intereses colectivos o difusos, la salud y derechos socioeconómicos del tomador, asegurado, beneficiario, contratante, usuario y afiliado;



8. Proponer mecanismos alternativos en los procedimientos conciliatorios vinculados con la actividad aseguradora, en coordinación con las dependencias involucradas, de ser el caso;
9. Realizar inspecciones a aquellas empresas o personas que estén ejerciendo la actividad aseguradora, para garantizar que se encuentren debidamente autorizados por esta Superintendencia de la Actividad Aseguradora;
10. Recibir de la Unidad de Defensa de cada empresa de seguros y de medicina prepagada un informe de gestión, dentro de los primeros cinco (05) días continuos siguientes al cierre de cada mes, en la forma y medios establecidos por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora;
11. Implementar, actualizar y mantener el registro de cada una de las denuncias, reclamos y quejas recibidas por la Unidad de Defensa del tomador, asegurado, beneficiario, contratante, usuario y afiliado de las empresas de seguros y de medicina prepagada, con el objeto de generar estadísticas para su posterior publicación a través de medios electrónicos, redes sociales y página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora;
12. Planificar y ejecutar cursos o talleres de capacitación, en aras de preparar y fortalecer el desempeño de la gestión del Defensor a cargo de la Unidad de Defensa del tomador, asegurado, beneficiario, contratante, usuario y afiliado de las empresas de seguros y de medicina prepagada, en coordinación con la unidad competente en materia de formación de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora;
13. Establecer vínculos de coordinación y cooperación con otros Órganos y entes de la Administración Pública, a los fines de garantizar los derechos del tomador, asegurado, beneficiario, contratante, usuario y afiliado de la actividad aseguradora;
14. Proponer el desarrollo de campañas educativas e informativas, tendentes a orientar a los tomadores, asegurados, beneficiarios, contratantes, usuarios y afiliados de la actividad aseguradora, sobre sus deberes, derechos, límites y alcance de sus obligaciones contractuales y legales en materia aseguradora;
15. Las demás que le confiera las leyes, reglamentos, resoluciones, providencias, actos normativos en materia de su competencia o que le sean asignadas por el Superintendente de la Actividad Aseguradora.

De la estructura organizacional de la Dirección

Artículo 8. La Dirección de Defensoría del Tomador, Asegurado, Beneficiario, Contratante, Usuario y Afiliado, contará al menos, con las siguientes áreas de trabajo:

1. La Sala Técnica Situacional, estará encargada de las inspecciones a aquellas empresas y asociaciones cooperativas que estén realizando la actividad aseguradora sin estar autorizadas, así como recibir, asesorar y tramitar las denuncias, reclamos, quejas e incidencias formuladas por el tomador, asegurado, beneficiario, contratante, usuario, afiliado de manera individual o colectiva, o de cualquier otra persona que manifieste tener un interés legítimo jurídico actual;



2. La Sala de Conciliaciones, tendrá a su cargo los mecanismos alternativos de solución de controversias, de aquellos casos en que no fue procedente un acuerdo con el sujeto regulado en las mesas de negociación o cualquier otro medio alternativo de resolución de conflictos, llevado a cabo en la Unidad de Defensa del sujeto regulado de que se trate.

Del Sistema Automatizado

Artículo 9. La Superintendencia de la Actividad Aseguradora, creará los mecanismos automatizados tendientes a facilitar a los ciudadanos presuntamente afectados en el ramo de seguros, destinados a gestionar la información concerniente a sus denuncias, reclamos, quejas e incidencias y ser informados del estado en que se encuentran.

De la Unidad de Defensa

Artículo 10. Los sujetos regulados deberán disponer de un lugar o sede para atender a los tomadores, asegurado, beneficiario, contratante, usuario y afiliado de la actividad aseguradora.

Todas las sucursales, las agencias u oficinas comerciales del sujeto regulado deberán recibir las denuncias, reclamos o quejas, y están obligadas a remitirlas a la Unidad de Defensa del Asegurado en la sede principal. El Defensor del Asegurado, tomador, beneficiario, contratante, usuario, será responsable y garante de las actuaciones del personal bajo su cargo en la Unidad de Defensa.

De la dotación de recursos a la Unidad de Defensa y Defensor del Asegurado

Artículo 11. Los sujetos regulados están obligados a proporcionar al Defensor del Asegurado, el espacio físico adecuado, así como los recursos materiales, recursos humanos y técnicos para desarrollar de manera eficiente, eficaz y efectiva sus funciones.

Del Defensor del Asegurado

Artículo 12. El Defensor del Asegurado es la persona designada por la Junta Directiva, o quien haga sus veces y forma parte de la estructura organizacional de la empresa de seguros o medicina prepagada, es el encargado de atender y gestionar los reclamos y quejas de los tomadores, asegurados, beneficiarios, contratantes, usuarios y afiliados de la actividad aseguradora, en relación con los contratos de seguros y demás actividades y compromisos derivados de la ley que regula la materia.

Del periodo del Defensor del Asegurado

Artículo 13. El Defensor del Asegurado será designado para el ejercicio de la actividad a dedicación exclusiva, por un periodo de tres (03) años y podrá ser ratificado por el mismo periodo, previa autorización de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

De los requisitos del Defensor



Artículo 14. El Defensor debe ser de nacionalidad venezolana, mayor de edad, no estar sujeto a interdicción civil, profesional universitario, con experiencia de tres (3) años en cargos gerenciales o de responsabilidad en la actividad aseguradora que hayan implicado la toma de decisiones, no estar incurso en las incompatibilidades e impedimentos que establece la Ley de la Actividad Aseguradora para los directores y haber aprobado curso de capacitación en materia de defensa del asegurado dictado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

De los Recaudos para la autorización del Defensor del Asegurado

Artículo 15. A los fines de obtener la autorización para actuar como Defensor del Asegurado, el interesado debe consignar, a través del mecanismo previsto para ello, los siguientes recaudos:

1. Solicitud con indicación del nombre completo, correo electrónico, dirección de habitación y números de cédula de identidad, Registro único de Información Fiscal (R.I.F.) y teléfono;
2. Síntesis curricular, copia de la cédula de identidad y del Registro único de Información Fiscal (R.I.F.);
3. Balance personal y Declaración de Impuesto Sobre la Renta correspondiente al ejercicio económico inmediatamente anterior a su solicitud;
4. Declaración Jurada de no pertenecer o formar parte, en los últimos doce (12) meses como empleado, contratista o apoderado, de la empresa de seguro o con quienes este forme grupo económico, donde se pretenda ser Defensor del Asegurado;
5. Título de educación universitaria registrado. Los que provengan de universidades extranjeras deben estar legalizados o apostillados y, de ser el caso, traducidos al idioma castellano por intérprete público, autorizado por el Ministerio con competencia en Relaciones Interiores y Justicia;
6. Constancias que demuestren la calificación profesional y comprobada experiencia gerencial;
7. Constancia de residencia;
8. Certificado o constancia de aprobación del curso de capacitación en materia de defensa del asegurado, dictado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora;
9. Declaración Jurada de Veracidad de los documentos consignados por el aspirante a Defensor del Asegurado.

Los recaudos serán consignados a través de los medios electrónicos que a tal efecto establezca la Superintendencia de la Actividad Aseguradora. (Sistema Único de Trámite).

De la Prohibición para ejercer el cargo de Defensor del Asegurado

Artículo 16. No podrán ejercer el cargo de Defensor, quienes sean o hayan sido, en los últimos doce (12) meses, empleados, contratistas o apoderados del sujeto regulado o con quienes este forme grupo económico. El cargo de Defensor del



Asegurado, no podrá ser ejercido simultáneamente por la misma persona en distintos sujetos regulados.

De las atribuciones del Defensor del Asegurado

Artículo 17. Son atribuciones del Defensor del Asegurado, las siguientes:

1. Supervisar, dirigir y coordinar la Unidad de Defensa del tomador, asegurado, beneficiario, contratante, usuario y afiliado;
2. Recibir, analizar y gestionar las denuncias, reclamos o quejas de los tomadores, asegurados, beneficiarios, contratantes, usuarios o y afiliados;
3. Requerir de los tomadores, asegurados, beneficiarios, contratantes, usuarios y afiliados, toda la documentación necesaria para el conocimiento de la denuncia, reclamo o queja;
4. Las demás que le sean atribuidas por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

De las obligaciones del Defensor del Asegurado

Artículo 18. El Defensor del Asegurado tendrá las siguientes obligaciones:

1. Cumplir con las normas dictadas por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora;
2. Velar porque el sujeto regulado informe sobre las funciones y competencias del Defensor del Asegurado a los tomadores, asegurados, beneficiarios, contratantes, usuarios y afiliados, mediante los medios físicos o digitales;
3. Elaborar un expediente digital por cada denuncia, reclamo o queja efectuada por el tomador, asegurado, beneficiario, contratante, usuario y afiliado, con sus respectivos anexos, incluyendo los elementos probatorios evacuados y el informe que está obligado a realizar en cada caso.
El expediente estará a disposición de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, quien podrá requerirlo en cualquier momento, acompañado de una certificación emitida por el Defensor del Asegurado;
4. Mantener un registro de las denuncias, reclamos o quejas presentados por los tomadores, asegurados, beneficiarios, contratantes, usuarios y afiliados, con el objetivo de establecer mecanismos que permitan generar estadísticas sobre informe de tendencias y sus respectivas soluciones, en aras de determinar oportunidades de mejora y acciones correctivas. El registro debe estar a disposición de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, en la forma y términos que esta establezca;
5. Remitir a la Junta Directiva del sujeto regulado, el Acta de Acuerdo Favorable en los casos que se logre un acuerdo entre las partes;
6. Remitir el informe a la Junta directiva del sujeto regulado en el caso que los medios alternativos para la resolución de conflictos hayan resultado infructuosos;
7. Actualizar diariamente en el Sistema Único de Trámites de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, todas sus actuaciones y observaciones con respecto a las denuncias, reclamos y quejas.



En los casos donde se imposibilite de manera excepcional la actualización diaria a través del Sistema Único de Trámites de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, el Defensor del Asegurado deberá remitir la información requerida de manera física, ante la Dirección con competencia en materia de defensa y protección del tomador, asegurado, beneficiario, contratante, usuario y afiliado de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, en un lapso no mayor a dos (02) días hábiles, el cual contendrá como mínimo:

- Información detallada sobre las denuncias, reclamos y quejas recibidas y tramitadas, indicando: tipo de reclamo, fecha de recepción por la unidad de defensa, monto (de ser el caso), motivo y estatus (pendiente, procedente o no procedente).
- Resumen de las actuaciones realizadas y las recomendaciones o propuestas presentadas a la Junta Directiva o quien haga sus veces, que puedan ayudar a mejorar, facilitar, aclarar o regularizar el ejercicio de sus funciones.

La Dirección de Defensoría del Tomador, Asegurado, Beneficiario, Contratante, Usuario y Afiliado podrá realizar objeciones, observaciones o recomendaciones al contenido del informe, las cuales deben ser presentadas por el defensor a la Junta Directiva o quien haga sus veces;

8. Notificar a la Dirección de Defensoría del Tomador, Asegurado, Beneficiario, Contratante, Usuario y Afiliado de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora dentro de los dos (02) días hábiles siguiente de la recepción de la denuncia o reclamo, cuando estos sean realizados por una persona que pueda causar algún conflicto de intereses, falta de independencia o imparcialidad en el cumplimiento de sus funciones.

De las faltas temporales del Defensor del Asegurado

Artículo 19. Son consideradas faltas temporales del Defensor del Asegurado:

1. Licencias médicas;
2. Vacaciones;
3. Permisos;
4. Cualquier ausencia menor a cuarenta y cinco (45) días continuos.

En los supuestos de faltas temporales a que se refiere este artículo, el Defensor del Asegurado deberá consignar a la Dirección de Defensoría del Tomador, Asegurado, Beneficiario, Contratante, Usuario y Afiliado o enviar vía electrónica copia de las justificaciones que avalen dicha ausencia.

Las faltas temporales del Defensor del Asegurado serán asumidas por un defensor suplente quien deberá cumplir con los requisitos para el Defensor titular, a cuenta y pago de la empresa de seguros. El referido defensor suplente cesará en sus funciones una vez termine la falta temporal del Defensor Titular. La Superintendencia de la Actividad Aseguradora, tendrá a disposición del sujeto regulado, un registro de Defensor del tomador, asegurado, beneficiario, contratante, usuario y afiliado, elegibles en caso de ser requerido, mientras dure la falta temporal del Defensor Titular.



De las faltas absolutas del Defensor del Asegurado

Artículo 20. Se consideran faltas absolutas del Defensor del Asegurado:

1. Muerte;
2. Renuncia;
3. Revocatoria de la autorización;
4. Incapacidad física permanente e incapacidad mental permanente, dictada por un Tribunal competente, o cuando la falta temporal exceda de cuarenta y cinco (45) días continuos.

En estos casos, se deberá notificar a la Superintendencia de la Actividad Aseguradora dentro de los tres (03) días hábiles siguientes y se procederá al nombramiento de un nuevo Defensor del Asegurado.

De las causales de revocatoria del Defensor del Asegurado

Artículo 21. Son causales de revocatoria de la autorización para actuar como Defensor, cuando:

1. Se demuestre que, por intención, negligencia o imprudencia, en sus apreciaciones se vean afectados los derechos de los tomadores, asegurados, beneficiarios, contratantes, usuarios y afiliados;
2. Las recomendaciones o propuestas de éste sean de forma parcializada o se beneficie el o terceras personas de manera fraudulenta y no se abstenga de pronunciarse en los casos de conflicto de intereses;
3. Sustanciar el procedimiento de denuncia sin observar las reglas formales establecidas en estas normas o que su tramitación resulte vulneratoria al derecho a la defensa de las partes intervinientes;
4. Estar incurso en inasistencia injustificada durante tres (03) días continuos;
5. No remitir el informe al que hace referencia el artículo 35 de estas normas, alusivas a la infructuosidad de los medios alternativos de resolución de controversia;
6. Incumplimiento de sus atribuciones y obligaciones previstas establecidas en estas normas

El Defensor del Asegurado que ha sido revocado podrá ejercer cualquier cargo en la actividad aseguradora, una vez transcurrido un plazo de uno (1) a cinco (5) años, según la gravedad del incumplimiento y previa Autorización de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

De la obligación de informar

Artículo 22. El sujeto regulado debe informar a través de medios impresos o digitales, como trípticos, carteleras, folletos, página web, redes sociales, entre otros, la existencia de la figura de la Unidad de Defensor del tomador, asegurado, beneficiario, contratante, usuario y afiliado, sus funciones y el mecanismo para contactar a la misma. Igual indicación debe realizarse en las ofertas de productos



que se realicen y en los contratos que se emitan, indicando expresamente el derecho a recurrir y ejercer su defensa, de acuerdo con las presentes normas.

La mencionada difusión incluirá la obligación de colocar avisos en lugares visibles en las sedes principales, sucursales, agencias y oficinas. Las dimensiones serán iguales o mayores a ochenta (80) centímetros de ancho por cincuenta (50) centímetros de largo, y el tamaño y tipo de letra utilizado deben garantizar que sea legible. De igual manera, contendrá los números telefónicos y cualquier otro mecanismo que se implemente para comunicarse con la unidad antes mencionada.

Asimismo, deben crear un link o enlace a la Unidad de Defensa en su página web, a los fines de dar a conocer al público sus funciones y desarrollar sus actividades.

De la denuncia

Artículo 23. Las denuncias serán presentadas por escrito, de forma verbal, vía telefónica o por los medios electrónicos o telemáticos que al efecto establezca este Órgano de control o a través del Sistema Único de Trámites.

Si la denuncia se formulare verbalmente se levantará un acta en presencia del denunciante, o quien lo represente previa autorización, la cual suscribirán y firmarán junto con el Defensor del Asegurado o la persona receptora de la denuncia, que sea autorizada en cualquier oficina o sucursal a nivel nacional. Igual procedimiento se aplicará en las denuncias que sean interpuesta por ante la Sala Técnica Situacional de la Dirección de Defensoría del Tomador, Asegurado, Beneficiario, Contratante, Usuario y Afiliado.

El interesado fundamentará su denuncia de forma clara y hará una relación circunstanciada de los hechos en los que se sustenta, debiendo consignar el o los documentos en los que soporta la misma, tales como, contratos, pólizas, entre otras. Asimismo, indicará las pruebas o medios de prueba que por su complejidad amerite evacuar en el expediente.

Las denuncias interpuestas por los tomadores, asegurados, beneficiarios, contratantes, usuarios, afiliados o interesados no podrán ser consideradas, en modo alguno, causal de suspensión o extinción de la relación contractual con el sujeto regulado.

Del contenido formal de la denuncia

Artículo 24. Las denuncias, reclamos o quejas presentadas por los tomadores, asegurados, beneficiarios, contratantes, usuarios y afiliados, deberán contener, como mínimo, la siguiente información y recaudos:

1. Nombre completo, correo electrónico, dirección de habitación y número de cédula de identidad y teléfono del denunciante;
2. Identificación de la persona o sujeto regulado contra la cual se interpone la denuncia, indicando número de póliza y fecha de contratación;



3. La dirección del lugar donde se harán las notificaciones pertinentes;
4. Resumen o narración de los hechos. (Exposición concisa y precisa de los hechos).

Del despacho saneador y del desistimiento de la denuncia

Artículo 25. Cuando el escrito o denuncia resulte ambiguo, de difícil comprensión o no llenare los extremos exigidos en estas normas, el Defensor del Asegurado o la autoridad que hubiere de iniciar las actuaciones lo notificará al denunciante, comunicándole las omisiones o faltas observadas a fin de que en el plazo de cinco (05) días hábiles proceda a subsanarlos.

Si el denunciante no subsana en el lapso anteriormente indicado se declarará el desistimiento de la denuncia.

Del expediente administrativo

Artículo 26. El procedimiento constará en un expediente escrito o electrónico, en el que se registrarán todos los documentos que lo conformen, con expresa indicación de la fecha y hora de su recepción o envío, respetando cronológicamente su orden de ingreso.

Del orden preferente de la denuncia

Artículo 27. Las denuncias en contra de una empresa de seguros, medicina prepagada, deberán ser interpuestas de forma preferente y excluyente ante la Unidad de Defensa del sujeto regulado, sin menoscabo del derecho que les asiste a los denunciantes en el caso que las mismas le hayan sido declaradas improcedentes.

De la Improcedencia de las denuncias

Artículo 28. Serán improcedentes las denuncias anónimas e infundadas. De igual manera, denuncias cuyos hechos estén caducos de acuerdo a los períodos o lapsos previstos en la ley o en el contrato, haya operado la cosa juzgada administrativa o estén definitivamente firmes.

El Defensor del Asegurado podrá declarar la improcedencia de la denuncia sin necesidad de sustanciar todo el procedimiento o negar previamente a su tramitación, cuando del examen de la misma se considere que no tiene mérito, o expectativas de prosperar en la decisión definitiva, por tratarse de asuntos sin vinculación directa con la actividad aseguradora o los sujetos regulados, o sea improponible en derecho.

De la declaratoria de la improcedencia, se dejará constancia mediante auto expreso y se acordará su archivo.

Sin perjuicio de lo anterior, en el caso que el denunciante considere que la improcedencia es contraria a derecho, podrá incoar la denuncia directamente ante



la Superintendencia de la Actividad Aseguradora quien valorará la legalidad de ésta y, en el caso que la misma haya sido dictada en contravención de estas normas, remitirá las actuaciones con su tramitación a la Unidad de Defensa del sujeto regulado instruyendo la continuidad del trámite.

En aquellos casos en los que la improcedencia sea declarada en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, se le informará al denunciante los recursos administrativos y judiciales que podrá ejercer.

De la gratuidad del trámite

Artículo 29. La recepción, atención y trámite de las denuncias, reclamos o quejas a que se refieren estas normas son estrictamente gratuitas, sin que se pueda solicitar contraprestación alguna por tal concepto.

De la solicitud de información complementaria

Artículo 30. El Defensor de Asegurado o el funcionario de la Sala Técnica Situacional de la Dirección de Defensoría del Tomador, Asegurado, Beneficiario, Contratante, Usuario y Afiliado, dependiendo del lugar donde haya sido incoada la denuncia, podrán solicitar a los denunciados datos complementarios o documentos adicionales, así como requerir información de las distintas áreas administrativas u operativas del sujeto regulado, quienes deberán dar respuesta en un plazo que no excederá de tres (3) días hábiles, salvo que medien causas excepcionales, de cuya existencia se dejará constancia, con indicación de la prórroga que se acuerde.

De lapso de respuesta del sujeto regulado

Artículo 31. Recibida la denuncia en los términos a que se refieren estas normas, el Defensor del Asegurado o el funcionario de la Sala Técnica Situacional ordenará la notificación del sujeto regulado a los fines de emplazarlo para que en un plazo de diez (10) días hábiles exponga, alegue sus razones y consigne toda la documentación en la que se fundamenta, asimismo, el Defensor del Asegurado o el funcionario de la Sala Técnica Situacional podrá solicitar que se evacúe o practique determinado medio de prueba.

De la atención primaria o medidas de urgencia

Artículo 32. Recibida la denuncia, y dependiendo de la urgencia del caso, el funcionario de la Sala Técnica Situacional podrá adoptar de oficio o a petición de parte, las medidas de urgencia que estime oportunas para asegurar, resguardar y garantizar los derechos e intereses de las partes involucradas.

Adoptadas las medidas de urgencias respectivas, remitirá la denuncia y recaudos correspondiente a la Unidad de Defensa del sujeto regulado.

De las pruebas

Artículo 33. Las partes tendrán el derecho de promover y evacuar cualquier medio de prueba admisible en derecho.



Cuando se solicite la evacuación de pruebas o se tengan dudas razonables sobre los hechos alegados por las partes, se ordenará la apertura de un lapso probatorio que no podrá ser superior a veinte (20) días, ni inferior a diez (10) hábiles.

Las pruebas se valorarán conforme a las reglas de la sana crítica.

Del Trámite de la Denuncia

Artículo 34. Una vez que la Unidad de Defensa haya sustanciado el expediente, utilizará como mecanismos de resolución de conflictos, todas aquellas acciones destinadas a resolver de manera pacífica, consensuada las controversias derivadas de las relaciones contractuales entre los tomadores, beneficiarios, afiliados y los sujetos regulados.

El Defensor del Asegurado convocará un mínimo de tres (3) reuniones, audiencias a los fines de procurar la resolución de la denuncia.

De cada una de las audiencias realizadas se levantará un acta que recogerá lo debatido o discutido y, especialmente, contendrá los puntos admitidos y controvertidos por las partes o interesados.

De las gestiones infructuosas

Artículo 35. En el supuesto que no se logre un acuerdo, el Defensor del Asegurado, en un plazo que no excederá de tres (3) días hábiles, remitirá el expediente a la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

De igual manera, el Defensor del Asegurado deberá elaborar un informe en el que deje expresa constancia de sus apreciaciones sobre lo expuesto por las partes en las diferentes reuniones o audiencias, e indicará razonadamente a quién le asiste la razón de los actos, hechos u omisiones presuntamente irregulares.

El aludido informe será notificado a la Junta Directiva del sujeto regulado.

La opinión emitida por el Defensor del Asegurado no tendrá carácter vinculante.

Del Acta de Acuerdo Favorable

Artículo 36. En el supuesto que se logre un acuerdo entre el denunciante y el sujeto regulado, de las condiciones de cumplimiento se dejará expresa constancia en el Acta de Acuerdo Favorable, en la cual se indicará como mínimo:

1. Fecha del acuerdo favorable;
2. Fecha máxima de cumplimiento del sujeto regulado;
3. Firma autógrafa de las partes y del Defensor del Asegurado.

Vencido el lapso de cumplimiento reflejado en el Acta de Acuerdo Favorable, el sujeto regulado tendrá la obligación de remitir a la Unidad de Defensa el finiquito o

soporte documental que demuestre la solución, a fin de que sea archivado en el expediente respectivo.

En el supuesto que el sujeto regulado no cumpla con lo establecido en el Acta de Acuerdo Favorable, el Defensor del Asegurado remitirá el expediente a la Superintendencia de la Actividad Aseguradora a los fines legales consiguientes.

De los medios alternativos de resolución de conflictos

Artículo 37. La Superintendencia de la Actividad Aseguradora utilizará como mecanismos de resolución de conflictos todas aquellas acciones destinadas a resolver de manera pacífica, consensuada las controversias derivadas de las relaciones contractuales y legales en materia aseguradora, entre los tomadores, beneficiarios, afiliados y los sujetos regulados. El Defensor del Asegurado en los casos de no resolver la controversia, remitirá el expediente contentivo de los soportes y actas levantadas a la Dirección de Defensoría del Tomador, Asegurado, Beneficiario, Contratante, Usuario y Afiliado, la cual dará inicio al procedimiento conciliatorio.

De la aplicación de las normas

Artículo 38. Las demás normativas prudenciales y actos administrativos conexos a la actividad aseguradora, que coliden con las presentes normas no serán aplicables.

De la publicidad

Artículo 39. Se ordena la publicación de las presentes normas en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, con el fin de coadyuvar con la divulgación de su contenido a todos los interesados y público en general.

De la vigencia

Artículo 40. Las presentes normas entrarán en vigencia a partir de la fecha de publicación en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

OMAR OROZCO COLMENARES
Superintendente de la Actividad Aseguradora (E)
Resolución N°003-2021 de fecha 18 de enero de 2021
G.O.R.B.V. N° 42.049 de fecha 18 de enero de 2021



NORMAS QUE REGULAN LAS OPERACIONES DE FIDEICOMISO



213°, 165° y 25°
SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

Providencia: SAA-_____

Fecha: _____

El Superintendente de la Actividad Aseguradora tiene dentro de sus atribuciones dictar sus manuales de normas y procedimientos que regulan la Actividad Aseguradora, en consecuencia, acuerda dictar:

Las siguientes:

NORMAS QUE REGULAN LAS OPERACIONES DE FIDEICOMISO

Del objeto

Artículo 1. Las presentes normas tienen por objeto establecer la regulación y funcionamiento de las operaciones concernientes a los contratos de fideicomiso que pueden realizar las empresas de seguros autorizadas para operar en ramos generales.

De la definición

Artículo 2. El contrato de fideicomiso es aquel mediante el cual se establece la relación jurídica por la que una persona llamada fideicomitente transfiere uno o más bienes a otra persona llamada fiduciario, quien se obliga a administrarlo en favor de un tercero llamado beneficiario, de acuerdo a las condiciones que se hayan convenido.

El contrato de fideicomiso afecta bienes o derechos para la realización del fin para el cual fue constituido.

De las características del contrato

Artículo 3. El contrato de fideicomiso es bilateral, solemne, oneroso, de tracto sucesivo, autónomo y principal.

De las partes del contrato

Artículo 4. Son partes del contrato de fideicomiso:

1. **El fiduciario:** empresa de seguros autorizada por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora para operar en ramos generales y que ha de recibir la transferencia de los bienes o derechos fideicometidos;



2. **El fideicomitente:** persona que transfiere los bienes o derechos al fiduciario para que cumpla con la finalidad específica del fideicomiso;
3. **El beneficiario:** persona que ha de percibir los beneficios resultantes de la gestión de los bienes o derechos fideicometidos.

De la prohibición de traspaso

Artículo 5. Ninguna de las partes podrá traspasar, ceder, ni transferir por ningún medio las obligaciones derivadas del contrato de fideicomiso.

Del contenido del contrato

Artículo 6. El contrato de fideicomiso debe contener, como mínimo, lo siguiente:

1. Identificación completa del fiduciario, fideicomitente y beneficiario;
2. Descripción amplia y detallada de los bienes y derechos transferidos en fideicomiso, a los fines de identificarlos y determinar en qué condiciones han sido dados en fiducia, de ser el caso. En tal sentido, debe señalarse:
 - 2.1. **Títulos valores:** las características que lo identifican, tales como tipo de instrumento, fecha de emisión, fecha de vencimiento, valor nominal y cualquier otro dato que los identifique;
 - 2.2. **Bienes inmuebles:** los datos de la oficina de Registro Inmobiliario correspondiente, con indicación del número de libro, tomo, protocolo, así como la descripción de su ubicación, linderos y situación de esos inmuebles. Los bienes a los que refiere este literal, deben contar con un avalúo que cuantifique y describa su estado. La antigüedad de dicho informe no podrá ser mayor a seis (6) meses, a la fecha de la firma del contrato de fideicomiso;
 - 2.3. **Bienes muebles:** deben indicar los números de seriales, marca, color, modelo, lugar de ubicación y otros distintivos que permitan su identificación;
 - 2.4. **Derechos:** las particularidades e identificación del documento que los otorgue, especificando los datos de autenticación o registro, según corresponda.
3. Forma, modo y oportunidad en la cual se incorporarán y desincorporarán los bienes o derechos otorgados en fideicomiso, de ser el caso;
4. Objeto de los bienes y derechos recibidos en fideicomiso, según el tipo de contrato;
5. En los contratos de inversión dirigida, entendiéndose aquel manejado por el fideicomitente a través de órdenes directas y precisas, deberán contener las opciones que el fideicomitente requiere dar a los fondos fiduciarios;
6. Declaración Jurada del origen de los bienes y derechos recibidos en fideicomiso;
7. Facultad expresa para administrar los fondos fiduciarios;
8. Forma, cuantía y demás parámetros para obligarse en nombre del fideicomiso;
9. Obligaciones y derechos del fideicomitente, beneficiario y del fiduciario;
10. Duración del contrato de fideicomiso y sus formas de terminación;
11. Remuneración por el encargo asumido, así como cualquier gasto que surja como consecuencia del fideicomiso.



Los contratos de fideicomiso no deben presentar vacíos que impidan su comprensión, manejo o perfeccionamiento, ni ser objeto de interpretaciones subjetivas.

Del resguardo de contratos

Artículo 7. El fiduciario debe mantener a disposición de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora los contratos de fideicomiso suscritos.

De la responsabilidad del fiduciario

Artículo 8. El contrato de fideicomiso indicará expresamente que el fiduciario no asume riesgo alguno. Sin embargo, cumplirá sus obligaciones previstas en el contrato de fideicomiso y será responsable por la pérdida o deterioro de los bienes o derechos otorgados en fideicomiso si se comprueba que hubo de su parte dolo, negligencia, imprudencia o incumplimiento de las obligaciones contractuales.

Limitación

Artículo 9. El fiduciario no podrá garantizar, bajo ningún concepto, capital ni rendimiento específicos de los bienes y derechos recibidos en fideicomiso.

De los deberes del fiduciario

Artículo 10. El fiduciario será responsable por los deberes adquiridos de los bienes o derechos otorgados en fideicomiso ante terceros, ya sean de índole comercial, fiscal, laboral, entre otros.

De la inscripción en el Registro

Artículo 11. Los contratos de fideicomiso, así como las revocatorias o reformas de éstos, deben estar inscritos en la oficina de Registro Mercantil correspondiente.

De las obligaciones del fiduciario

Artículo 12. El fiduciario debe:

1. Proteger el patrimonio del fideicomiso, preservándolo de daños que pudieran afectar o mermar su integridad;
2. Optimizar el rendimiento y utilización de los fondos en fiducia;
3. Mantener un registro y control de los títulos valores, detallando los títulos valores que son propiedad del fiduciario y los que pertenecen a los fideicomisos.

De la documentación obligatoria

Artículo 13. Las empresas de seguros deben mantener a disposición de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, la siguiente información:

1. Relación detallada de los fideicomisos;
2. Estado Financiero de Fideicomiso General, Estados Financieros por fideicomitente y soportes de los saldos que conforman las cuentas relacionadas con las operaciones;



3. Conciliaciones bancarias mensuales de las cuentas registradas en las instituciones del sector bancario (moneda nacional y extranjera) relacionada con las operaciones de fideicomiso;
4. Certificación del emisor de los títulos valores.

De la identificación y separación de los contratos de fideicomiso

Artículo 14. El fiduciario debe diferenciar e identificar cada operación del fideicomiso de las propias del seguro, debiendo declarar y plasmar en cada acto, contrato u otra acción que realice en ejecución y cumplimiento del fideicomiso, que se actúa bajo la calidad de fiduciario.

De la responsabilidad de la Junta Directiva

Artículo 15. La Junta Directiva del fiduciario es la responsable del cumplimiento de las políticas y procedimientos establecidos para la correcta administración de los fideicomisos. En este sentido, implementará los mecanismos necesarios para que las personas involucradas estén en total conocimiento de la información contenida en los manuales operativos, incluso cuando éstos sean modificados, a los fines de su cabal observancia.

De los manuales

Artículo 16. Los fiduciarios deben tener un manual de políticas, normas y procedimientos de fideicomiso aprobado por la Junta Directiva. Este manual se mantendrá actualizado y a disposición de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

De las prohibiciones del fiduciario

Artículo 17. Se prohíbe al fiduciario lo siguiente:

1. Otorgar garantías, dar en prenda o establecer cualquier otro tipo de gravamen sobre el fondo fiduciario, sin la expresa autorización del fideicomitente, beneficiario, mandatario o afín;
2. Emitir títulos, certificados o participaciones con cargo a un fondo fiduciario;
3. Registrar la revalorización de los activos que integren los fondos antes de su realización;
4. Adquirir o invertir en títulos u obligaciones de emisores del sector privado que no estén inscritos en el Registro Nacional de Valores;
5. Adquirir o invertir en obligaciones, acciones o bienes de instituciones con las cuales hayan acordado mecanismos de inversión recíproca;
6. Realizar con recursos provenientes de fondos fiduciarios operaciones de reporto, contratos de mutuos, futuros y derivados;
7. No podrán invertir los fondos recibidos en fideicomiso fuera del territorio nacional;
8. Invertir recursos en otros fideicomisos.



De la remisión de información al fideicomitente

Artículo 18. Sin perjuicio del cumplimiento de las obligaciones contraídas entre las partes, lo indicado en la Ley de Fideicomisos y la Ley de la Actividad Aseguradora, el fiduciario deberá informar al fideicomitente:

1. Las variaciones desfavorables que presenten o pudieran experimentar los valores del fondo fiduciario;
2. Los riesgos que pudiesen conllevar las operaciones producto de las instrucciones del fideicomitente, el deterioro u otras situaciones que afecten negativamente los activos fideicometidos;
3. La existencia de inversiones, bienes y servicios en el mercado, acorde con la planificación y cumplimiento de las obligaciones del fideicomiso;
4. El pago de tributos, en el caso que el fiduciario los pague por cuenta del fideicomitente; por consiguiente, debe suministrar la documentación que soporte el cumplimiento de dichas obligaciones;
5. Sobre la remuneración del fiduciario o tarifa administrativa y comisiones cobradas;
6. Descripción de cualquier situación que haga prever el deterioro significativo de los activos objeto del fideicomiso. Cuando existan cambios en las variables de mercado que impacten negativamente las inversiones establecidas inicialmente por el fideicomitente, el fiduciario le comunicará a éste, en un informe motivado, las circunstancias que originaron cualquier modificación en dichas instrucciones, así como las nuevas condiciones, en un lapso que no podrá exceder de dos (2) días hábiles, contados a partir de la fecha del conocimiento del evento por parte del fiduciario;
7. Por otra parte, debe suministrar al fideicomitente con frecuencia mensual, lo siguiente:
 - 7.1. Informe de la gestión fiduciaria;
 - 7.2. Estados de cuentas bancarios;
 - 7.3. Estados financieros del periodo respectivo;
 - 7.4. Relación de las inversiones que conforman el fondo fiduciario, la cual debe contener como mínimo: tipo, plazo, monto de la inversión y rendimiento devengado y por devengar.

El fiduciario que no remita oportunamente la información señalada previamente o ésta sea errada, por negligencia, impericia o dolo, dará derecho al fideicomitente de demandar por los daños y perjuicios que le produjo la toma de decisiones adoptada con base a dichos datos.

De los registros contables

Artículo 19. Los fideicomisos deben ser contabilizados en la Cuenta de Orden Bienes en Fideicomiso - Fiduciario y se reflejará y publicará junto con el balance de situación, de acuerdo con las Normas de Contabilidad y Código de Cuentas para Empresas de Seguros emitido por este Órgano.

De los recursos recibidos

Artículo 20. Los recursos recibidos por el fiduciario con cargo a los contratos de fideicomiso, no podrán computarse como parte de sus activos o del patrimonio de dichas empresas.

Del registro de las remuneraciones

Artículo 21. Los fiduciarios deben contabilizar las remuneraciones obtenidas por fideicomiso con abono a la cuenta de Ingresos Por Servicios – Fideicomiso.

Del registro de las operaciones en moneda extranjera

Artículo 22. Los registros contables de las contrataciones en moneda extranjera deben efectuarse en Bolívares, a la tasa de al tipo de cambio oficial, determinada por el Banco Central de Venezuela, a la fecha de la realización de la transacción.

De las normas de contabilidad

Artículo 23. Los fiduciarios al registrar contablemente las operaciones de fideicomiso, deben seguir las pautas establecidas en las Normas de Contabilidad y Código de Cuentas para Empresas de Seguros emitido por este Órgano de control.

De la remisión de la información financiera

Artículo 24. Los fiduciarios deben enviar conjuntamente con los estados financieros analíticos mensuales, los anexos contables con la información detallada de los fideicomisos de acuerdo con las Normas de Contabilidad y Código de Cuentas para Empresas de Seguros emitido por este Órgano de control.

De la suspensión o revocación

Artículo 25. La Superintendencia de la Actividad Aseguradora podrá suspender o revocar la autorización para actuar como fiduciario a la empresa de seguros cuando:

1. Incumpla sus obligaciones contractuales frente al fideicomitente o beneficiario;
2. Su situación financiera diera fundados motivos para suponer que pudiera incurrir en cesación de pagos, estado de atraso o de quiebra;
3. Incumpla las normas o instrucciones de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora;
4. Lo solicite la empresa de seguros.

De la disposición transitoria

Artículo 26. Los contratos de fideicomisos existentes se adecuarán a la presente norma, una vez ésta entre en vigencia.

De las disposiciones supletorias

Artículo 27. En todo lo no previsto en esta norma se aplicará, en cuanto sea procedente, lo dispuesto en la Ley de la Actividad Aseguradora, el Código de Comercio, el Código Civil, la Ley Orgánica de Procedimientos Administrativos, la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos y las leyes especiales que regulan las instituciones financieras.



De la aplicación de las normas

Artículo 28. Las demás normativas prudenciales y actos administrativos conexos a la actividad aseguradora, que coliden con las presentes normas no serán aplicables.

De la publicidad

Artículo 29. Se ordena la publicación de las presentes normas en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, con el fin de coadyuvar con la divulgación de su contenido a todos los interesados y público en general.

De la vigencia

Artículo 30. Las presentes normas entrarán en vigencia a partir de la fecha de publicación en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

OMAR OROZCO COLMENARES
Superintendente de la Actividad Aseguradora (E)
Resolución N°003-2021 de fecha 18 de enero de 2021
G.O.R.B.V. N° 42.049 de fecha 18 de enero de 2021

**NORMAS RELATIVAS A LA OPORTUNIDAD EN QUE SE
CONSTITUIRÁN Y MANTENDRÁN LAS RESERVAS
TÉCNICAS, ASÍ COMO LA FORMA Y TÉRMINOS EN QUE
LOS SUJETOS REGULADOS DEBERÁN REPORTÁRSELO
A LA SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD
ASEGURADORA**



213°, 165° y 25°
SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

Providencia: SAA-_____

Fecha: _____

El Superintendente de la Actividad Aseguradora tiene dentro de sus atribuciones dictar sus manuales de normas y procedimientos que regulan la Actividad Aseguradora.

Por cuanto la Ley de la Actividad Aseguradora, establece que es obligación de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora dictar las normas relativas a la oportunidad en que se constituirán las reservas; así como a la forma y términos en que las empresas de seguros, de reaseguros y de medicina prepagada deben reportarle todo lo concerniente a la constitución de sus reservas técnicas.

En virtud de lo anterior, acuerda dictar las siguientes:

**NORMAS RELATIVAS A LA OPORTUNIDAD EN QUE SE CONSTITUIRÁN Y
MANTENDRÁN LAS RESERVAS TÉCNICAS, ASÍ COMO LA FORMA Y
TÉRMINOS EN QUE LOS SUJETOS REGULADOS DEBERÁN
REPORTÁRSELO A LA SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD
ASEGURADORA**

Del objeto

Artículo 27. Las presentes normas tienen por objeto establecer los lineamientos generales para la oportunidad en que se constituirán las reservas técnicas por parte de los sujetos regulados, incluyendo la forma y términos en que deben ser presentadas a la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

De la reserva matemática

Artículo 28. La reserva matemática debe constituirse desde el momento del cobro de la prima y de acuerdo con el plan, duración del contrato, la forma de pago de la prima, las bases técnicas y el método de cálculo aprobado en los reglamentos actuariales correspondientes.

Las empresas de reaseguros constituirán esta reserva cuando la cesión se haya efectuado bajo la modalidad de prima original o comercial. En este caso, las

empresas de seguros deben remitirle a los reaseguradores los reglamentos actuariales correspondientes.

De la reserva para riesgos y cuotas en curso

Artículo 29. Esta reserva debe constituirse desde el momento del cobro de la prima o cuota, atendiendo a lo dispuesto en la Ley de la Actividad Aseguradora.

Las empresas de reaseguros que hayan aceptado riesgos de seguro de vida individual bajo la modalidad de prima de riesgo, deben constituir esta reserva.

De la reserva complementaria para riesgos en curso por insuficiencia de primas o de cuotas

Artículo 30. Esta reserva debe constituirse en los ramos y de acuerdo con el método de cálculo y principios establecidos en las normas dictadas al efecto.

De la reserva para prestaciones, siniestros, servicios prestados y reembolsos pendientes de pago

Artículo 31. Esta reserva debe constituirse desde el momento en que al sujeto regulado le sea notificada la ocurrencia del siniestro y de acuerdo con la Ley de la Actividad Aseguradora y las normas dictadas al efecto.

De la reserva para siniestros ocurridos, servicios prestados y reembolsos no notificados

Artículo 32. Esta reserva debe constituirse al cierre de cada mes, conforme con lo establecido en la Ley de la Actividad Aseguradora.

Los sujetos regulados deben tener a disposición de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, el método de cálculo utilizado para la determinación de esta reserva.

De la reserva para riesgos catastróficos

Artículo 33. Esta reserva debe constituirse al cierre de cada mes, conforme con lo establecido en la Ley de la Actividad Aseguradora y las normas dictadas al efecto.

De la reserva para reintegro por experiencia favorable

Artículo 34. Esta reserva debe constituirse al cierre de cada mes, conforme con lo establecido en la Ley de la Actividad Aseguradora y las normas dictadas al efecto.

De la oportunidad para reportar

Artículo 35. Al cierre de cada mes, los sujetos regulados deben reportar a la Superintendencia de la Actividad Aseguradora la constitución de las reservas técnicas, en la forma y términos previstos en los manuales de contabilidad, códigos

de cuentas y las normas establecidas para tal fin, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley de la Actividad Aseguradora y su reglamento.

De la aplicación de las normas

Artículo 36. Las demás normativas prudenciales y actos administrativos conexos a la actividad aseguradora, que coliden con las presentes normas no serán aplicables.

De la publicidad

Artículo 37. Se ordena la publicación de las presentes normas en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, con el fin de coadyuvar con la divulgación de su contenido a todos los interesados y público en general.

De la vigencia

Artículo 38. Las presentes normas entrarán en vigencia a partir de la fecha de publicación en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

OMAR OROZCO COLMENARES

Superintendente de la Actividad Aseguradora (E)

Resolución N°003-2021 de fecha 18 de enero de 2021

G.O.R.B.V. N° 42.049 de fecha 18 de enero de 2021



NORMAS PARA REGULAR LA INTERVENCIÓN, REVOCACIÓN, DISOLUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE LOS SUJETOS REGULADOS



213°, 165° y 25°
SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

Providencia: SAA-_____

Fecha: _____

El Superintendente de la Actividad Aseguradora tiene dentro de sus atribuciones dictar sus manuales de normas y procedimientos que regulan la Actividad Aseguradora, en consecuencia, acuerda dictar:

Las siguientes:

**NORMAS PARA REGULAR LA INTERVENCIÓN, REVOCACIÓN, DISOLUCIÓN
Y LIQUIDACIÓN DE LOS SUJETOS REGULADOS**

**CAPÍTULO I
DISPOSICIONES GENERALES**

Del objeto

Artículo 1. Las presentes normas tienen por objeto establecer los procedimientos para la intervención, revocación, disolución y liquidación de los sujetos regulados por la Ley de la Actividad Aseguradora.

De las definiciones

Artículo 2. A los efectos de las presentes normas se entenderá por:

Intervención: Es un procedimiento administrativo, aplicado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, a aquellos sujetos regulados, que se encuentren incurso en las causales establecidas en el artículo 88 de la Ley de la Actividad Aseguradora, con el cual se busca implementar acciones destinadas a garantizar el cumplimiento de las normativas, proteger los intereses de los tomadores, asegurados, beneficiarios, contratantes, usuarios y afiliados, así como promover una gestión efectiva de los riesgos.

Revocación: Es el acto administrativo en virtud del cual, se deja sin efecto la autorización administrativa concedida al sujeto regulado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora para ejercer la actividad aseguradora.



Disolución: Se produce a causa de la revocatoria total de la autorización administrativa concedida al sujeto regulado para operar, y puede producirse por: acuerdo entre los socios, medida administrativa o por decisión judicial.

Liquidación: Se produce cuando no es posible la recuperación administrativa, técnica o financiera del sujeto regulado, y comprende el conjunto de actividades ejecutadas bajo el control de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, destinadas a la realización de los activos; con el objeto de pagar gradualmente los pasivos hasta su concurrencia; atendiendo el orden de prelación de pagos, establecido en el Código de Comercio y en la Ley de la Actividad Aseguradora, con la finalidad de extinguir los negocios sociales pendientes.

CAPÍTULO II DE LA INTERVENCIÓN ADMINISTRATIVA

De la intervención

Artículo 3. La Superintendencia de la Actividad Aseguradora en el ejercicio de sus atribuciones y previa verificación de que el sujeto regulado se encuentre incurso en cualquiera de los supuestos establecidos en el artículo 88 de la Ley de la Actividad Aseguradora, procederá a su intervención.

Del nombramiento de la junta interventora

Artículo 4. El Superintendente de la Actividad Aseguradora, en uso de las atribuciones conferidas en la Ley de la Actividad Aseguradora, así como de las disposiciones del Reglamento de la Ley que apliquen y las presentes normas, designará una Junta Interventora integrada como mínimo por tres (3) personas, quienes serán funcionarios de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

La Junta Interventora podrá tener las facultades de administración, disposición, control y vigilancia, incluyendo todas las atribuciones que la ley y los estatutos confieren a la Asamblea de Accionistas, a la Junta Directiva o administradora, al presidente o presidenta y a los demás órganos de la empresa intervenida.

La providencia administrativa mediante la cual se designe a la Junta Interventora, será remitida al ministerio con competencia en materia de finanzas, a los fines de su publicación en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela.

El Superintendente de la Actividad Aseguradora podrá sustituir en cualquier momento, a los funcionarios designados como interventores o asumir directamente el procedimiento de intervención.

Los interventores serán responsables penal, civil y administrativamente por sus actuaciones en el ejercicio de las atribuciones conferidas, de acuerdo con lo establecido en la Ley de la Actividad Aseguradora y en las demás normas aplicables de forma supletoria.



Las sanciones impuestas a los interventores no otorgarán a éstos acción alguna contra los sujetos regulados.

De los deberes de los interventores

Artículo 5. Sin menoscabo de las demás normas que regulen la materia, los interventores deberán cumplir con las siguientes obligaciones:

1. Notificar a la autoridad competente en materia de registro y notarías, Servicio Autónomo de Registros y Notarías, a los fines de evitar y prohibir la autenticación o protocolización de actos de enajenación o gravámenes de bienes propiedad del sujeto regulado, sometido al régimen de intervención sin la previa autorización de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora;
2. Notificar a la autoridad competente encargada de las regulaciones de las instituciones que conforman el sector bancario, Superintendencia de la Instituciones del Sector Bancario, a los fines de evitar, prohibir, movilizar o transferir, las cuentas bancarias en bolívares o cualquier moneda extranjera del sujeto regulado, sometido al régimen de intervención, que posean en el sistema bancario nacional;
3. Notificar a la autoridad competente encargada de la regulación del Mercado de Valores, Superintendencia Nacional de Valores, a los fines de evitar, prohibir, movilizar, transferir o disponer, cualquier instrumento financiero o de valores negociables del sujeto regulado, que posean en el sistema de valores nacional.
4. Deberán rendir cuenta de sus actuaciones al Superintendente de la Actividad Aseguradora, a través de informes de gestión mensuales;
5. Notificar a la autoridad competente, previa autorización del Superintendente de la Actividad Aseguradora cuando en el ejercicio de sus funciones encuentren hallazgos que pudiesen considerarse de índole penal;
6. Cualquier otra actuación que sea necesaria atribuida por el Superintendente de la Actividad Aseguradora, para el pleno desarrollo de la intervención.

De la duración

Artículo 6. El proceso de intervención tendrá un plazo de noventa (90) días continuos, prorrogables por una sola vez por el mismo período, previa autorización del Superintendente de la Actividad Aseguradora.

De la aplicación de las medidas administrativas

Artículo 7. Los interventores, a los fines de mantener el interés general tutelado, conforme a lo indicado en la Ley de la Actividad Aseguradora, y en aras de corregir las desviaciones técnicas, administrativas y financieras que dieron origen a la intervención del sujeto regulado, podrán imponer, previa aprobación del Superintendente de la Actividad Aseguradora, las siguientes medidas:

1. Suspensión, remoción y sustitución de directivos o empleados cuando se comprobare que han incurrido en los ilícitos previstos en la Ley de la Actividad Aseguradora, sin menoscabo de las acciones legales a que hubiere lugar;



2. Prohibición de suscribir, emitir o contratar nuevos contratos de seguros, reaseguros o de medicina prepagada;
3. Prohibición de otorgar nuevos contratos de fianzas;
4. Prohibición de realizar préstamos o contraer nuevas deudas, en nombre del sujeto regulado sometido al régimen de intervención;
5. Prohibición de acordar o realizar pagos de dividendos a los accionistas o bonificaciones de cualquier naturaleza a la Junta Directiva;
6. Suspensión de publicidad, hasta culminado el proceso de intervención;
7. Prohibición de vender, disponer o liquidar algún activo o inversión, del sujeto regulado sometido al régimen de intervención. ;
8. Cualquier otra que sea necesaria para corregir situaciones administrativas, técnicas, jurídicas, económicas o financieras.

La vigencia de las medidas de intervención, no podrán exceder la duración del proceso de intervención, señalado en el artículo 6, de las presentes normas.

Del plan general de Intervención

Artículo 8. Los interventores designados deberán elaborar un Plan General de Intervención Administrativa, el cual deberá ser presentado a la consideración y aprobación del Superintendente de la Actividad Aseguradora, dentro de un lapso máximo de quince (15) días continuos, contados a partir de la fecha de su designación, el cual contendrá como mínimo los siguientes aspectos:

1. Informe analítico de los métodos que podrían ponerse en práctica para la recuperación en corto plazo de los problemas de liquidez o solvencia del sujeto regulado que garanticen el equilibrio financiero de los tomadores, asegurados, beneficiarios, contratantes, usuarios, afiliados y reasegurados;
2. Proponer la implementación de medidas administrativas técnicas, jurídicas, económicas y financieras que estimen necesarias para su recuperación y protección de los tomadores, asegurados, beneficiarios, contratantes, usuarios, afiliados y reasegurados;
3. Proponer métodos de evaluación, vigilancia y control de las reservas técnicas a corto y mediano plazo;
4. Preparar un inventario inicial de activos y pasivos, para ello deberán recopilar información relativa a todos los datos financieros relevantes, incluyendo información sobre activos, pasivos y patrimonio neto, así como también la de sus accionistas individualmente. Esta información debe provenir de diversos registros contables;
5. Convocar a los accionistas del sujeto regulado a los fines de que estos presenten dentro del lapso de cinco (5) días hábiles, los documentos y acciones que permitan reactivar las operaciones del sujeto regulado;
6. Informe detallado de la situación financiera del sujeto regulado del cual se desprendan las razones por las cuales podría ser objeto de liquidación;
7. Cualquier otro supuesto, requerimiento o medida que la Junta Interventora considere oportuno solicitar para implementar y garantizar la estabilidad financiera, técnica y operativa del sujeto regulado;
8. Presentación del Informe General de Intervención.



Del inventario

Artículo 9. La Junta Interventora del sujeto regulado, deberá presentar en un lapso que no exceda de treinta (30) días continuos, el inventario inicial de los activos y pasivos del sujeto regulado sometido a la intervención.

Del contenido del inventario

Artículo 10. El inventario de activos y pasivos debe comprender, como mínimo, los siguientes aspectos:

1. Descripción detallada de los recursos líquidos disponibles, bienes muebles e inmuebles, valores, derechos de crédito, con su respectiva valoración;
2. Descripción de los pasivos con especificación, incluyendo los compromisos que puedan afectar eventualmente su patrimonio, tales como: obligaciones laborales, litigiosas, fianzas y avales;
3. Relación de la nómina del personal que está a cargo del sujeto regulado sometido a régimen de intervención, con especificación de sus funciones, remuneración, prestaciones sociales, beneficios y cualquier otra mención que se considere conveniente;
4. Relación de las demandas intentadas contra el sujeto regulado sometido a régimen de intervención, con indicación expresa de su registro contable y si se constituyeron las provisiones o contingencias correspondientes. Así como una relación de las demandas intentadas contra terceros por el sujeto regulado sometido a régimen de intervención.

Los interventores deberán actualizar el inventario de activos y pasivos mensualmente, sin menoscabo que sea actualizado las veces que sea requerido por el Superintendente de la Actividad Aseguradora.

Del personal indispensable

Artículo 11. Los interventores deberán mantener estrictamente, el personal indispensable para el desarrollo y culminación del procedimiento de intervención, por lo cual deben proceder a desincorporar al personal que no sea necesario a tales efectos.

De la contratación de personal

Artículo 12. El Superintendente de la Actividad Aseguradora podrá autorizar, a la Junta Interventora, la contratación de personal especializado, cuando ello sea necesario para el desarrollo y culminación del procedimiento de intervención, con especificaciones de sus funciones, remuneración, beneficios y cualquier otra mención que se considere pertinente.

De la presentación de los estados financieros

Artículo 13. Los estados financieros del sujeto regulado sometido a régimen de intervención, serán elaborados mensualmente por la Junta Interventora, de acuerdo a las normas de contabilidad y código de cuentas, incluyendo sus ajustes y

actualizaciones, publicadas por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora. Supletoriamente, se aplicarán los principios de contabilidad generalmente aceptados y las normas internacionales de contabilidad.

Los activos del balance de intervención, serán aquellos cuya titularidad a favor del sujeto regulado sometido a régimen de intervención esté comprobada, incluyendo los activos que no se encuentren contabilizados y se demuestre su titularidad.

Los pasivos se presentarán de acuerdo a su valor actual, incluyendo las contingencias derivadas de cualquier obligación a cargo del sujeto regulado.

De los registros contables inconsistentes

Artículo 14. Cuando se determine la existencia de registros contables que no reflejen la realidad patrimonial del sujeto regulado, la Junta Interventora elaborará el análisis correspondiente, el cual será sometido a la consideración del Superintendente de la Actividad Aseguradora.

Del informe general de intervención

Artículo 15. Practicado el procedimiento de intervención y culminado el lapso, la Junta Interventora levantará un Informe General, en el cual se resumirán las actuaciones practicadas y los hechos observados, con sus respectivas recomendaciones para subsanar la situación detectada en el lapso del proceso de intervención al sujeto regulado.

De la conclusión

Artículo 16. Cuando la Junta Interventora concluya que del resultado de la intervención y de las medidas aplicadas al sujeto regulado logró solventar las situaciones que motivaron la intervención, recomendará convocar a la Asamblea de Accionistas, a los fines de informar la situación financiera, técnica y legal del sujeto regulado, así como el levantamiento del procedimiento de intervención; si no fue posible la recuperación financiera del sujeto regulado, recomendará la liquidación administrativa o la venta de las acciones de la empresa manteniendo la autorización para ejercer la actividad aseguradora.

El Superintendente de la Actividad Aseguradora, de acuerdo a sus atribuciones y con base a las recomendaciones plasmadas en dicho informe general, tomará las decisiones a que haya a lugar.

CAPÍTULO III DE LA REVOCACIÓN Y DISOLUCIÓN DE LA AUTORIZACIÓN DE LOS SUJETOS REGULADOS

De las causales de revocación



Artículo 17. La Superintendencia de la Actividad Aseguradora, procederá a dejar sin efecto la autorización administrativa concedida a los sujetos regulados, en los siguientes casos:

1. Cuando no inicien o no desarrollen sus operaciones, conforme a lo establecido en el artículo 91 de la Ley de la Actividad Aseguradora;
2. Cuando incumplan alguno de los requisitos establecidos para el otorgamiento de la autorización, conforme a lo dispuesto en la Ley de la Actividad Aseguradora;
3. Cuando se compruebe la falta de actividad en un ramo o varios productos de un mismo ramo. La revocación afectará exclusivamente el ramo o producto inactivo;
4. Cuando se compruebe la falta de comercialización de un contrato autorizado. La revocación afectará exclusivamente al contrato no comercializado;
5. Cuando por cualquier causa comprobable, cesare sus operaciones;
6. Cuando realizada la intervención, los interventores hubieren concluido, mediante informe presentado al Superintendente de la Actividad Aseguradora, que no es posible la recuperación administrativa, técnica o financiera del sujeto regulado;
7. Cuando se acuerde la liquidación del sujeto regulado sometido a régimen de intervención.

En los casos previstos en el numeral 3 de este artículo, no se podrá solicitar nuevamente la autorización para operar en el ramo o comercializar el contrato que haya sido objeto de revocatoria, sin que transcurra un período superior a dos (2) años.

De los tipos de revocatoria

Artículo 18. La revocatoria podrá ser parcial cuando afecte a un solo ramo o contrato, y cuando la revocatoria afecte a todos los ramos en que opere el sujeto regulado o a todos los contratos que este comercialice, la revocatoria será total.

Del procedimiento de revocación

Artículo 19. Cuando el sujeto regulado este inmerso en alguna de las causales establecidas en el artículo 17 de las presentes normas, el Superintendente de la Actividad Aseguradora ordenará el inicio del procedimiento de revocación, de conformidad con lo establecido en el artículo 48 de la Ley Orgánica de Procedimientos Administrativos.

De la revocatoria de la autorización para operar

Artículo 20. El Superintendente de la Actividad Aseguradora podrá ordenar la revocatoria de la autorización para operar, teniendo esta los mismos efectos que la disolución. Consecuentemente, el sujeto regulado al que se haya revocado la autorización para operar, entrará en liquidación.



En los casos que el sujeto regulado no regularice la situación o, cuando la Asamblea de Accionistas hubiese decidido el cese de la sociedad mercantil, el Superintendente de la Actividad Aseguradora, previa autorización del Ministerio con Competencia en Materia de Finanzas, procederá a revocar la autorización para operar.

De las causales de disolución

Artículo 21. La Superintendencia de la Actividad Aseguradora procederá, previo cumplimiento del procedimiento administrativo correspondiente, a dejar sin efecto la autorización administrativa concedida a los sujetos regulados, cuando ocurra alguno de los siguientes supuestos:

1. La expiración del término de su duración;
2. La falta o cesación del objeto social o la imposibilidad de conseguir el mismo;
3. El cumplimiento del objeto social;
4. La pérdida entera del capital social o la pérdida parcial del capital social a que se refiere el artículo 264 del Código de Comercio, cuando los socios no resuelvan reintegrarlo o limitarlo al existente;
5. La decisión de los socios;
6. La incorporación a otra sociedad.

Cuando se verifique la materialización de algunos de los hechos precedentemente expuestos, el Superintendente de la Actividad Aseguradora revocará totalmente la autorización para operar y por tanto la disolución del sujeto regulado.

CAPÍTULO IV DE LA LIQUIDACIÓN ADMINISTRATIVA

Del nombramiento de la Junta Liquidadora

Artículo 22. El Superintendente de la Actividad Aseguradora, en uso de las atribuciones conferidas en la Ley de la Actividad Aseguradora, así como de las disposiciones del Reglamento de la Ley que apliquen y las presentes normas, designará una Junta Liquidadora integrada como mínimo, por tres (3) personas, quienes deberán contar con al menos un título profesional en el área de contabilidad, economía, derecho, actuarial o carreras afines, que pueden o no, ser funcionarios de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

La Junta Liquidadora ejercerá las atribuciones previstas en la Ley de la Actividad Aseguradora, así como de las disposiciones del Reglamento de la Ley que apliquen y las presentes normas; asimismo, tendrá las más amplias potestades para el resguardo, recuperación y administración de los bienes propiedad del sujeto regulado sometido al procedimiento de liquidación administrativa, y ejercerá las funciones que el Código de Comercio le atribuye a los liquidadores, en cuanto sean aplicables.



Una vez sea acordado el Procedimiento de Liquidación del sujeto regulado, se publicará en Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, la Providencia Administrativa en la cual se designen dichos liquidadores.

El Superintendente de la Actividad Aseguradora podrá sustituir, en cualquier momento, a las personas designadas como liquidadores o asumir directamente el procedimiento de liquidación.

Los liquidadores serán responsables penal, civil y administrativamente por sus actuaciones, en el ejercicio de las atribuciones conferidas, de acuerdo con lo establecido en la Ley de la Actividad Aseguradora y en las leyes aplicables de forma supletoria.

Las sanciones impuestas a los liquidadores, no otorgarán a éstos acción alguna contra los sujetos regulados.

De los deberes de los liquidadores

Artículo 23. Sin menoscabo de las demás normas que regulen la materia, los liquidadores deberán cumplir con las siguientes obligaciones:

1. Solicitar a las autoridades competentes que se abstengan de registrar o autenticar, cualquier documento a través del cual se pretenda enajenar o gravar, los bienes propiedad del sujeto regulado. ;
2. Rendir cuentas al Superintendente de la Actividad Aseguradora, a través de informes de gestión mensual. ;
3. Elaborar el Plan General de Liquidación;
4. Notificar a la autoridad competente, previa autorización del Superintendente de la Actividad Aseguradora, cuando en el ejercicio de sus funciones encuentren hallazgos que pudiesen considerarse de índole penal;
5. Cualquier otra medida que sea necesaria, atribuida por el Superintendente de la Actividad Aseguradora, para el pleno desarrollo de la liquidación.

Del plan general de liquidación

Artículo 24. Los liquidadores designados, deberán elaborar un plan general de Liquidación Administrativa, dentro de un plazo máximo de cuarenta y cinco (45) días hábiles, contados a partir de la fecha de su designación, el cual contendrá como mínimo los siguientes aspectos:

1. Formación del inventario de activos y pasivos;
2. Programación de enajenación de bienes;
3. Programación del trámite de calificación de obligaciones;
4. Programación del trámite de pago de las obligaciones calificadas;
5. Relación del personal máximo que deba mantenerse para el desarrollo y culminación del procedimiento de liquidación, con especificación de sus funciones, remuneración, beneficios y cualquier otra mención que se considere conveniente, además de un cronograma de desincorporación del personal;



6. Relación de las demandas intentadas contra el sujeto regulado con indicación expresa de su registro contable y si se constituyeron las provisiones o contingencias correspondientes. Así como una relación de las demandas intentadas contra terceros por el sujeto regulado.

Los sujetos regulados en liquidación no podrán iniciar nuevas operaciones en desarrollo de su objeto social, conservarán su personalidad jurídica y deberán acompañar a su denominación social la expresión “*en liquidación*”.

De la liquidación de personas jurídicas vinculadas al sujeto regulado

Artículo 25. La liquidación administrativa de personas jurídicas vinculadas y bajo control accionario de los sujetos regulados, podrá ser acordada en las Asambleas de Accionistas correspondiente, cuando ello sea conveniente para el desarrollo y culminación de la liquidación de los sujetos regulados.

De la liquidación de oficio

Artículo 26. A los fines de declarar la liquidación administrativa de personas jurídicas vinculadas y bajo control accionario de los sujetos regulados, si las Asambleas de Accionistas no lograren constituirse o no acordare la liquidación, el Superintendente de la Actividad Aseguradora procederá de oficio a declarar la liquidación.

La referida liquidación se registrará por las presentes normas, los estatutos sociales del sujeto regulado y por las disposiciones del Código de Comercio que le sean aplicables y cualquier acto administrativo de carácter general o particular, que al efecto dicte la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

Del plazo para la liquidación

Artículo 27. El procedimiento de liquidación se efectuará en un plazo no mayor de un (1) año, contado a partir de la publicación de la Providencia que acordó la liquidación administrativa en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela. El Superintendente de la Actividad Aseguradora podrá prorrogar el plazo por períodos iguales, cuando resulte conveniente para el desarrollo y culminación de la liquidación.

De la compensación de obligaciones

Artículo 28. Los sujetos regulados en liquidación no podrán compensar obligaciones con terceros, cuando reúnan la condición de recíprocos deudores; a los fines de garantizar el principio de igualdad de los acreedores.

La prohibición establecida en este artículo, no aplica a las obligaciones contraídas por los sujetos regulados, a partir de la fecha de publicación de la Providencia que acordó su liquidación administrativa publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, siempre que favorezca el proceso de liquidación y no altere el orden de prelación en el pago establecido en el artículo 96 de la Ley de la Actividad Aseguradora.



El Superintendente de la Actividad Aseguradora podrá acordar excepciones a la prohibición establecida en el encabezado del presente artículo, cuando resulte conveniente para el desarrollo y culminación del procedimiento de liquidación.

Del inventario de activos y pasivos

Artículo 29. El inventario de activos y pasivos del sujeto regulado debe comprender, como mínimo, los siguientes aspectos:

1. Descripción detallada de los recursos líquidos disponibles, bienes muebles e inmuebles, valores, derechos de crédito, con su respectiva valoración;
2. Descripción de los pasivos con especificación del orden de prelación, incluyendo los compromisos que puedan afectar eventualmente su patrimonio, tales como obligaciones condicionales, litigiosas y fianzas.

Los liquidadores deberán actualizar el inventario de activos y pasivos mensualmente o cuando les sea requerido por el Superintendente de la Actividad Aseguradora.

De la convocatoria para la calificación de las obligaciones

Artículo 30. El trámite de calificación de las obligaciones se iniciará mediante convocatoria a los acreedores del sujeto regulado, publicada en uno (1) de los diarios de mayor circulación nacional y en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, con la finalidad de que consignen los recaudos que justifiquen las reclamaciones de cobro de las obligaciones pendientes. En el aviso deberá indicarse que los interesados dispondrán de un plazo de treinta (30) días hábiles, contados a partir del día hábil bancario siguiente a su publicación, para la referida consignación.

De la calificación de las obligaciones

Artículo 31. Las personas que pretendan derechos contra el sujeto regulado deberán solicitar ante los liquidadores, por escrito o por cualquier medio electrónico autorizado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, en el plazo indicado en el artículo anterior, la calificación de sus obligaciones.

En el escrito deberán expresar, con claridad, la naturaleza de la obligación reclamada y consignarán los recaudos siguientes:

Personas Naturales:

1. Planilla de solicitud de calificación de acreencias;
2. Documento en original y copia que evidencie su carácter de acreedor;
3. Copia simple ampliada del Registro único de Información Fiscal (RIF) vigente del acreedor;
4. Copia simple ampliada de la cédula de identidad o pasaporte vigente del acreedor;



5. De efectuar la gestión de cobro un apoderado, copia simple ampliada de la cédula de identidad o pasaporte vigente y el documento notariado, en original y copia, que lo autoriza para cobrar en nombre del acreedor, otorgado con facultad expresa para recibir cantidades de dinero;
6. De efectuar la gestión de cobro el representante legal, copia simple ampliada de la cédula de identidad o pasaporte vigente y el documento que lo acredite para cobrar en nombre del acreedor, en original y copia.

Personas Jurídicas:

1. Planilla de solicitud de calificación de acreencias;
2. Documento en original y copia que evidencie su carácter de acreedor;
3. Copia simple ampliada del Registro único de Información Fiscal (RIF) vigente de la acreedora;
4. De efectuar la gestión de cobro un apoderado, el documento notariado en original y copia, que lo autoriza expresamente para recibir cantidades de dinero en nombre de la acreedora, otorgado por el órgano social que conforme a lo previsto en el documento constitutivo estatutario respectivo tenga las facultades de administración y disposición;
5. De efectuar la gestión de cobro un apoderado, copia simple ampliada de la cédula de identidad o pasaporte vigente y el documento notariado, en original y copia, que lo autoriza para cobrar en nombre del acreedor, otorgado con facultad expresa para recibir cantidades de dinero;
6. Copia simple ampliada de la cédula de identidad o pasaporte vigente del representante legal o apoderado de la acreedora;
7. Documento constitutivo o estatutos sociales vigentes y sus modificaciones, en copia certificada y simple.

En caso de Sucesiones:

1. Declaración sucesoral en original y copia;
2. Declaración de únicos y universales herederos en original y copia;
3. De efectuar la gestión de cobro un apoderado, el poder notariado que lo autoriza para cobrar en nombre de los herederos deberá ser otorgado con facultad expresa para recibir cantidades de dinero. ;
4. Copia simple ampliada de la cédula de identidad o pasaporte vigente de los herederos y de sus apoderados.

Artículo 1. Toda la documentación a que se refiere este artículo, que haya sido otorgada en el extranjero, deberá ser legalizada o apostillada y, si fuere el caso, traducida al idioma castellano por intérprete público, de conformidad con la legislación de la República Bolivariana de Venezuela.

Del vencimiento del plazo

Artículo 32. Vencido el plazo establecido en el artículo 31 de estas normas, corresponderá a los liquidadores aprobar o rechazar las solicitudes de calificación



de las obligaciones, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes. El Superintendente de la Actividad Aseguradora, cuando lo considere conveniente, podrá prorrogar el plazo y la misma deberá ser publicada.

De la publicación del listado de obligaciones

Artículo 33. Una vez transcurrido el plazo a que se refiere el artículo anterior, se publicará un (1) aviso contentivo del listado de las obligaciones aprobadas o rechazadas, en uno (1) de los diarios de mayor circulación nacional y en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

El listado a que se refiere el encabezado del presente artículo, debe contener los siguientes aspectos:

1. Identificación del acreedor a través de su cédula de identidad o pasaporte y el Registro único de Información Fiscal (RIF);
2. Naturaleza de la obligación;
3. Monto de la obligación, indicando su capital;
4. Fecha de constitución y vencimiento de la obligación;
5. Ubicación en el orden de prelación de los pagos correspondientes.

En el caso de las solicitudes de calificación de obligación rechazadas, deberá indicarse las razones que justifican el rechazo.

De la enajenación de bienes

Artículo 34. Los bienes propiedad del sujeto regulado serán enajenados en los términos y condiciones que fije el Superintendente de la Actividad Aseguradora.

La enajenación de bienes inmuebles se realizará previo avalúo, efectuado por un perito autorizado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

Los bienes muebles diferentes a las acciones podrán ser enajenados mediante la modalidad de subasta prevista en estas normas.

Antes de la presentación de la oferta, los interesados consignarán, en el lapso que al efecto fijen los liquidadores, la documentación exigida para su verificación. Formuladas las observaciones, los interesados podrán, dentro del referido plazo, subsanar las objeciones.

De las bases para la enajenación

Artículo 35. Los liquidadores deberán establecer:

1. Mediante aviso de prensa, la convocatoria a los interesados en participar en los procedimientos de concurso para la enajenación de bienes, el lapso máximo dentro del cual se presentarán los recaudos y los requisitos exigidos, así como la fecha del acto de presentación de ofertas;



2. El monto de la garantía a ser presentada por los interesados en participar en el procedimiento de enajenación;
3. El lapso o término en el que se suscribirá la documentación o contrato para la enajenación.

Del inicio del procedimiento

Artículo 36. El procedimiento de enajenación se iniciará mediante aviso publicado en uno (1) de los diarios de mayor circulación nacional y en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

De la publicación

Artículo 37. La publicación deberá contener, cuando sea procedente, lo siguiente:

1. Indicación del bien objeto de enajenación, con su descripción general y ubicación;
2. Procedimiento de enajenación;
3. Precio base de enajenación y modalidad del pago;
4. Llamado a terceros que puedan tener derechos de preferencia sobre el bien;
5. Fecha máxima para la recepción de la documentación o requisitos para la presentación de la oferta;
6. Lugar de recepción de la documentación y requisitos exigidos;
7. Lugar, día y hora en que se efectuará el acto de concurso, así como el lapso de espera para la presentación de las ofertas;
8. Oportunidad para el acceso a la información del bien a ser enajenado;
9. Requisitos que deben presentar los interesados en participar en el procedimiento de enajenación;
10. Indicación de que se adjudicará el bien o conjunto de bienes a quien presente la mayor oferta válida;
11. Indicación de que los interesados que no resulten favorecidos con la adjudicación del bien o conjunto de bienes podrán retirar la garantía al finalizar el acto de enajenación, previa firma del acta correspondiente;
12. Indicación de que los liquidadores se reservan el derecho de suspender o declarar desierto el procedimiento o el acto de enajenación y adoptar cualquier otra decisión al respecto, cuando lo estimen conveniente, sin que tal decisión dé lugar a reclamos ni a indemnización de ninguna especie a los interesados o terceros;
13. Indicación que los terceros interesados que consideren vulnerados sus derechos con el acto de enajenación o la adjudicación que se efectúe, podrán impugnar el acto dentro de los tres (3) días siguientes al mismo;
14. Indicación de que los bienes serán enajenados en las condiciones físicas, legales y en el estado de mantenimiento en que se encuentren para la fecha de enajenación, y que la Superintendencia de la Actividad Aseguradora no se hará responsable por vicios ocultos o daños preexistentes;
15. Dirección, teléfonos y correos electrónicos para aclarar dudas relativas al procedimiento;
16. Cualquier otra información que los liquidadores consideren pertinente.



De los requisitos mínimos

Artículo 38. Los requisitos mínimos que debe presentar el interesado en el procedimiento de enajenación, son los siguientes:

1. Garantía a favor de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, establecida en un diez por ciento (10%) del precio base del bien, para los muebles, y en un veinte por ciento (20%) para los inmuebles, para asegurar que el interesado, en caso de ser favorecido con la adjudicación, celebrará la negociación dentro del lapso establecido;
2. Un (1) sobre identificado con el nombre o denominación social del interesado y número del acto de enajenación en el cual participará. El sobre deberá contener la siguiente documentación:
 - 2.1. **Persona natural:** datos del interesado; copia ampliada de la cédula de identidad o del pasaporte vigente; copia ampliada del Registro único de Información Fiscal (RIF) vigente; lugar y fecha de nacimiento; estado civil; dirección y teléfono de residencia; dirección y teléfono de la empresa o lugar donde trabaja; profesión; ocupación; independiente o dependiente;
 - 2.2. **Persona jurídica:** denominación social y domicilio; copia certificada de los estatutos sociales y sus modificaciones; datos de identificación del representante legal; documento que acredite la representación; certificación del acta de Junta Directiva de la empresa que acuerde la participación en el procedimiento de enajenación; copia ampliada del Registro único de Información Fiscal (RIF) vigente; actividad económica, si es comerciante debe indicar el ramo; descripción de la actividad. En el caso de las personas jurídicas domiciliadas en el extranjero, los documentos antes señalados deberán estar legalizados o apostillados y, si fuere el caso, traducidos al idioma castellano por intérprete público, de conformidad con la legislación de la República Bolivariana de Venezuela;
3. Declaración Jurada del origen de los fondos que utilizará para participar en el procedimiento de enajenación de que se trate;
4. Cuando el interesado se haga representar por un tercero, deberá presentar el respectivo poder; si éste fuese otorgado en el extranjero deberá estar legalizado o apostillado y, si fuere el caso, traducido al idioma castellano por intérprete público, de conformidad con la legislación de la República Bolivariana de Venezuela;
5. Carta dirigida a los liquidadores en la cual se exprese su voluntad de participar en el procedimiento de enajenación, así como de renunciar a cualquier reclamación por concepto de daños y perjuicios derivados del procedimiento o de la adquisición del bien y, en consecuencia, adquirirlo a todo riesgo. Igualmente, manifestará conocer las condiciones en que se encuentra el bien y las normas que rigen este procedimiento, incluyendo la obligación de perfeccionar la operación y pagar el saldo del precio de enajenación en el lapso fijado, oportunidad en la que se producirá el otorgamiento del documento correspondiente;
6. Información sobre notificaciones, por vía telefónica y correo electrónico.



De la enajenación conjunta de bienes

Artículo 39. Los bienes muebles podrán enajenarse conjuntamente con el bien inmueble en el cual se encuentren ubicados. En este supuesto se fijará un precio base que comprenda el bien inmueble y el conjunto de bienes muebles a ser enajenados, los precios no pueden ser inferiores a los avalúos conforme a lo indicado en el artículo 37 de las presentes normas.

De la participación en varios actos de enajenación

Artículo 40. Si el interesado desea optar por la compra de varios bienes comprendidos en más de un (1) acto de enajenación, deberá consignar tantas garantías como bienes pretenda adquirir, de acuerdo a lo establecido en el aviso de prensa.

De las condiciones del acto de enajenación

Artículo 41. Los interesados deberán presenciar el acto de enajenación. Las operaciones serán de conformidad a lo establecido entre las partes. En ningún caso se admitirán ofertas presentadas después de la hora fijada en el aviso de prensa, ni realizadas por correo electrónico o por cualquier otro medio.

De la autorización del Ministerio

Artículo 42. Todo procedimiento de enajenación de bienes inmuebles deberá ser autorizado, sin excepción, por el Ministerio con Competencia en Materia de Finanzas.

Del acto de enajenación

Artículo 43. El acto de enajenación se efectuará mediante el procedimiento siguiente:

1. El día y hora fijado para la realización del acto de enajenación, un Notario Público dejará constancia del cumplimiento de las formalidades requeridas para el inicio del acto, así como de haberle sido presentada, en el caso específico de bienes inmuebles, la certificación de gravámenes expedida por el Registrador respectivo;
2. En el lugar donde se realice la enajenación se colocará un reloj visible para todo el público, por el cual se fijará la hora del acto;
3. Los liquidadores darán inicio al acto y anunciarán las condiciones que rigen el procedimiento de enajenación, las especificaciones del bien o conjunto de bienes y el precio base sobre el cual se iniciarán las ofertas. Seguidamente, iniciarán el período de presentación de ofertas por parte de los interesados, mediante sobres cerrados e identificados. Los liquidadores darán lectura de su contenido en el orden en que se recibieron;
4. Verificada la mayor oferta, se instará a los interesados para que en un lapso de quince (15) minutos presenten una nueva que la supere. Seguidamente, los liquidadores procederán a su lectura y adjudicarán a la mayor oferta. En caso de empate, se le solicitará a los ofertantes coincidentes que, dentro del



- lapso de cinco (5) minutos, presenten una nueva oferta a los liquidadores, quienes darán lectura y adjudicarán el bien a quien presente la mayor oferta;
5. De coincidir la fecha del acto de enajenación con un día no laborable, se realizará el día hábil siguiente. En todo caso, el acto se efectuará en presencia de un Notario Público;
 6. Una vez adjudicado el bien, los liquidadores declararán terminado el acto de enajenación y el Notario Público levantará un acta de lo acontecido. Las actas deberán ser suscritas por los liquidadores y los interesados. Si por cualquier causa alguna persona no pudiere o se negare a firmar el acta, se dejará constancia de las razones alegadas;
 7. Lo no previsto en esta normativa para el acto de presentación de ofertas, deberá ser resuelto por los liquidadores en esa oportunidad mediante acto motivado. En este sentido, podrán diferir el acto o prorrogarlo si lo consideran pertinente, señalando en el acta las causas o circunstancias que lo justifiquen y fijando la fecha en que se efectuará el nuevo acto.

Del acto desierto

Artículo 44. En caso de que un procedimiento de enajenación sea declarado desierto, ya sea porque no asistiere ningún interesado, por ausencia de ofertas o porque éstas no cumplen con los requisitos exigidos, se levantará un acta por parte de los liquidadores dejando constancia de los hechos. Los liquidadores podrán iniciar un nuevo procedimiento de enajenación mediante acto motivado, previa autorización del Ministerio con competencia en materia de finanzas, modificando cualquiera de las condiciones que estimen necesarias para el desarrollo y culminación de la liquidación.

De la firma del documento de enajenación

Artículo 45. Dentro del lapso que fijen los liquidadores se suscribirá el documento de enajenación en forma auténtica y se pagará el precio del bien. El adjudicatario estará obligado a su protocolización en caso de bienes inmueble.

En caso que el adjudicatario no se presente a la firma del documento de enajenación, los liquidadores podrán fijar otra fecha informando al interesado. Si la operación no se formalizare por causa imputable al adjudicatario, se procederá a ejecutar la garantía constituida al efecto y su monto pasará, a título de indemnización, a ser propiedad del sujeto regulado.

De la vendita

Artículo 46. Los liquidadores podrán utilizar el procedimiento de la vendita para la enajenación de bienes muebles en las condiciones en que se encuentren.

No se aplicará el procedimiento de la vendita para la enajenación de obras de artes, colecciones numismáticas o filatélicas.

De las formas de vendita



Artículo 47. La enajenación de bienes muebles a través de este procedimiento, podrá realizarse por separado o en lotes según la condición de la oferta. En caso de tratarse de lotes de bienes podrán conformarse tomando como base lo siguiente:

1. Ubicación;
2. Naturaleza o tipo del bien;
3. Características similares o específicas;
4. Estado físico;
5. Integración;
6. Otros signos distintivos que en cada caso sirvan o contribuyan a agruparlos o identificarlos entre sí.

Del aviso de prensa en la vendita

Artículo 48. El procedimiento de la vendita se iniciará con la publicación del aviso en uno (1) de los diarios de mayor circulación nacional, y en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, en el cual los liquidadores, adicionalmente a lo previsto en el artículo 47 de estas normas, indicarán lo siguiente:

1. Lugar donde serán agrupados los bienes a ser ofertados, el lapso y horario en que se realizará el procedimiento de la vendita;
2. Tipo de bienes muebles a ofertarse;
3. Lugar y horario donde el interesado podrá obtener la información relacionada con los bienes a ser ofertados;
4. Mención expresa que el adjudicatario deberá retirar los bienes que adquiera en la misma fecha de la adjudicación.

Del acto de la vendita

Artículo 49. El procedimiento de la vendita se desarrollará en el lugar indicado y dentro del período establecido por los liquidadores. En el mismo lugar y en cualquier momento dentro de ese período, los interesados podrán inspeccionar los bienes muebles, efectuar las ofertas respectivas y adquirir el bien o bienes de que se trate. En el supuesto de encontrarse en una misma oportunidad dos o más personas interesadas en la adquisición de un mismo bien o conjunto de bienes, su adjudicación se efectuará a aquel que realice la mayor oferta, en caso contrario, si sólo existiera una persona interesada se adjudicará por el precio que oferte siempre que sea igual o superior al precio base estipulado.

El comprador deberá suscribir una carta donde manifieste expresamente: conocer las presentes Normas, que renuncia a cualquier reclamo por concepto de daños y perjuicios que pudieran derivarse de la vendita, su disposición de adquirir a todo riesgo los bienes objeto de la oferta, conocer las condiciones en que se encuentran y que queda a su única y exclusiva cuenta su traslado, exonerando a la Superintendencia de la Actividad Aseguradora y a los liquidadores de responsabilidad por los daños, pérdidas, deterioro, extravío, robo, hurto o cualquier otro siniestro que pudiere ocurrir sobre los bienes vendidos, derivados de la tardanza en su traslado por parte del adjudicatario.



De los registros de la venduta

Artículo 50. Para el desarrollo del procedimiento de la venduta se llevará un registro detallado de bienes muebles que se encuentren en el lugar donde se realizará el acto, con expresión de: número de identificación de la oferta, cantidad, seriales, marcas, señales, precios, modelo y otros datos distintivos. Asimismo, se asentarán específicamente los objetos vendidos, el número de identificación de la oferta, el precio de su venta, fecha, forma de pago y los datos del comprador (nombre, cédula de identidad o pasaporte, número de Registro único de Información Fiscal (RIF), dirección y teléfono).

Del pago del precio de la venduta

Artículo 51. El pago del precio de enajenación deberá ser realizado en el mismo momento en que se adjudique el bien, ya sea mediante transferencia en las cuentas bancarias, a nombre del sujeto regulado en liquidación o por cualquier otro sistema de pago implementado por una empresa de servicios financieros, debidamente autorizado por el organismo con competencia en materia financiera. Efectuado el pago, se emitirá un recibo que contendrá el número de identificación de la oferta, fecha, identificación del comprador, concepto, descripción del bien, valor por unidad, modalidad de pago, monto total recibido tanto en letras como en números, firma del comprador, firma y sello de los liquidadores.

De la enajenación a entes y órganos públicos

Artículo 52. La enajenación de bienes a entes y órganos públicos se realizará previa autorización del Ministerio con Competencia en Materia de Finanzas, sin necesidad de oferta pública.

De la enajenación de acciones en bolsa

Artículo 53. Cuando se trate de enajenación de acciones de sociedades mercantiles que se coticen en Bolsa de Valores o que se haya hecho oferta pública de ellas, además de lo establecido en estas Normas deberá cumplirse con las disposiciones de la legislación que regula la materia y se realizarán las notificaciones correspondientes al organismo regulador competente.

De la enajenación de acciones de clubes

Artículo 54. Cuando se trate de acciones de clubes y asociaciones civiles recreacionales, el procedimiento de enajenación se llevará a cabo bajo las condiciones y normativas que cada club o asociación civil haya establecido en cada caso.

De los gastos de mantenimiento

Artículo 55. Los gastos de conservación y mantenimiento, así como los de seguridad, servicios y cualquier otro gasto ordinario que generen los bienes que sean objeto de enajenación, serán asumidos por el sujeto en liquidación, hasta la suscripción del documento de enajenación correspondiente.



De los pasivos ocultos o contingentes

Artículo 56. Las eventuales contingencias o pasivos ocultos que pudieran generarse en contra de las sociedades mercantiles, cuyas acciones sean objeto del procedimiento de enajenación, serán pagados por el sujeto regulado, como gastos del procedimiento de liquidación, siempre que esas contingencias o pasivos ocultos se hayan hecho exigibles con anterioridad a la fecha de suscripción del correspondiente documento de enajenación de acciones.

De la administración de riesgos

Artículo 57. En todos los procedimientos de enajenación se debe velar por el cumplimiento de las disposiciones sobre administración de riesgos de los delitos de legitimación de capitales, financiamiento al terrorismo y financiamiento a la proliferación de armas de destrucción masivas.

Del destino de los recursos económicos obtenidos

Artículo 58. Los recursos económicos obtenidos de la realización de los activos que conforman la masa de bienes en liquidación, deberán ser destinados al pago de las obligaciones aprobadas de acuerdo al orden de prelación establecido en el artículo 96 de la Ley de la Actividad Aseguradora, así como para cancelar aquellos gastos administrativos derivados del procedimiento de liquidación.

Las obligaciones en moneda extranjera se pagarán conforme a lo previsto en los convenios cambiarios vigentes.

En aras de maximizar los recursos económicos, la Superintendencia de la Actividad Aseguradora garantizará que el orden de prelación previsto sea pagado tomando en consideración la cuantía del menor de los montos adeudados hasta alcanzar el monto mayor para cada uno de los grupos.

Cuando los recursos económicos correspondientes a la masa de bienes en liquidación sean inferiores al monto total de las obligaciones aprobadas, serán pagadas en forma prorrateada.

Las obligaciones causadas durante el procedimiento de liquidación no estarán sujetas a calificación y serán objeto de pago inmediato en la medida en que la disponibilidad de recursos económicos así lo permita.

De la convocatoria a los acreedores

Artículo 59. En la medida en que la disponibilidad de recursos económicos lo permitan, se convocará a los acreedores cuyas obligaciones hayan sido aprobadas, a través de un (1) aviso publicado en uno (1) de los diarios de mayor circulación nacional y en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, para que en un plazo de treinta (30) días hábiles contados a partir de la fecha de esa publicación, se presenten para hacer efectivo el cobro de sus acreencias.



De la constitución de fideicomiso

Artículo 60. Si efectuado el pago de las obligaciones quedaren recursos económicos remanentes en la respectiva masa de bienes en liquidación, el Superintendente de la Actividad Aseguradora ordenará la constitución de un fideicomiso en una institución bancaria del Estado, que no podrá exceder el lapso previsto para la culminación del procedimiento de liquidación, con la finalidad de destinar los recursos al pago de las:

1. Obligaciones aprobadas cuyos acreedores no se presentaron al cobro, en la oportunidad establecida en estas normas;
2. Obligaciones no reclamadas justificadas en los registros contables respectivos;
3. Obligaciones litigiosas, una vez que los órganos jurisdiccionales dicten sentencia definitivamente firme;
4. Obligaciones no registradas contablemente por el sujeto regulado en liquidación, siempre que su acreedor demuestre la veracidad de la acreencia y el pago sea autorizado por el Superintendente de la Actividad Aseguradora.

Si transcurrida la vigencia del fideicomiso quedaren recursos económicos, el Superintendente de la Actividad Aseguradora convocará a los accionistas mediante aviso publicado en uno (1) de los diarios de mayor circulación nacional, y en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, para que en un plazo de diez (10) días hábiles contados a partir de la fecha de la publicación, se presenten personalmente o a través de un apoderado, para hacer efectivo el cobro del monto proporcional a su participación accionaria. Si el beneficiario fuese una persona jurídica, deberá pagarse a las personas naturales registradas en sus libros de accionistas, los cuales deberán ser presentados al momento del cobro.

Transcurrido el plazo señalado en este artículo, sin que los accionistas efectúen el cobro, el Superintendente de la Actividad Aseguradora someterá a la consideración del Ministro con Competencia en Materia de Finanzas el destino de los referidos recursos económicos, a los fines de culminar el procedimiento de liquidación.

Del personal indispensable

Artículo 61. Los liquidadores deberán mantener estrictamente el personal indispensable para el desarrollo y culminación del procedimiento de liquidación, y desincorporar al personal que no sea necesario a tales efectos.

De la contratación de personal

Artículo 62. El Superintendente de la Actividad Aseguradora podrá autorizar la contratación de personal, cuando ello sea necesario para el desarrollo y culminación del procedimiento de liquidación, con especificaciones de sus funciones, remuneración, beneficios y cualquier otra mención que se considere pertinente. El personal a que se refiere este artículo, sólo podrá ser contratado por un tiempo que no supere la culminación del procedimiento de liquidación y se regirán por lo establecido en la Ley Orgánica del Trabajo, las Trabajadoras y los Trabajadores.

El Superintendente de la Actividad Aseguradora podrá autorizar la contratación de profesionales en el exterior, para atender los asuntos pendientes que el sujeto regulado en liquidación mantenga fuera del territorio de la República Bolivariana de Venezuela.

De las condiciones de la relación laboral

Artículo 63. El personal que labora en el sujeto regulado, que para la fecha de publicación en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela de la providencia que acuerde la liquidación, mantendrá las mismas condiciones de su relación laboral hasta su retiro, sin perjuicio de las mejoras o beneficios que posteriormente pueda aprobar el Ejecutivo Nacional para el sector privado.

De la elaboración del balance

Artículo 64. El balance de liquidación será elaborado mensualmente por los liquidadores, de acuerdo a las normas de contabilidad y código de cuentas, incluyendo sus ajustes y actualizaciones, publicadas por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora. Supletoriamente se aplicarán los principios de contabilidad generalmente aceptados en concordancia con las normas internacionales de contabilidad.

De los registros contables inconsistentes

Artículo 65. Cuando se determine la existencia de registros contables que no reflejen la realidad patrimonial del sujeto regulado, los liquidadores elaborarán el análisis correspondiente y lo someterán a la consideración del Superintendente de la Actividad Aseguradora.

Del balance definitivo de liquidación

Artículo 66. Efectuado el pago de los haberes sociales correspondientes o determinado el destino de los recursos no reclamados por los accionistas del sujeto regulado, en los supuestos que resulten aplicables según lo pautado en estas Normas, se elaborará el balance definitivo de liquidación, que será aprobado por el Superintendente de la Actividad Aseguradora, a los fines de declarar concluido el procedimiento de liquidación.

De la conclusión del procedimiento de liquidación

Artículo 67. Dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la aprobación del balance e inventario definitivo de liquidación por parte del Superintendente de la Actividad Aseguradora, se participará a la Oficina de Registro Mercantil competente la conclusión del procedimiento de liquidación, a los fines de la extinción de la personalidad jurídica del sujeto regulado.

De la disposición transitoria adecuación de los procedimientos en curso

Artículo 68. Los procedimientos de intervención o liquidación en curso se adecuarán a las presentes Normas, en la etapa en la cual se encuentren para su entrada en vigencia. Las actuaciones realizadas por las Juntas Interventoras o Liquidadoras serán válidas y conservarán sus efectos.



De las disposiciones supletorias

Artículo 69. En todo lo no previsto en estas Normas, se aplicarán en cuanto sea procedente, lo dispuesto en la Ley de la Actividad Aseguradora, el Código de Comercio, el Código Civil, la Ley Orgánica de Procedimientos Administrativos, Ley de Simplificación de Trámites Administrativos, las leyes especiales que regulan la liquidación de instituciones financieras, definidas de conformidad con lo previsto en la Ley Orgánica del Sistema Financiero Nacional, así como en la Ley de Instituciones del Sector Bancario, y en las Normas para la Enajenación de Bienes propiedad de las Instituciones del Sector Bancario y Personas Jurídicas vinculadas, sometidas a Régimen de Liquidación.

De la aplicación de las normas

Artículo 70. Las demás normativas prudenciales y actos administrativos conexos a la actividad aseguradora, que coliden con las presentes normas no serán aplicables.

De la publicidad

Artículo 71. Se ordena la publicación de las presentes normas en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, con el fin de coadyuvar con la divulgación de su contenido a todos los interesados y público en general.

De la vigencia

Artículo 72. Las presentes normas entrarán en vigencia a partir de la fecha de publicación en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

OMAR OROZCO COLMENARES
Superintendente de la Actividad Aseguradora (E)
Resolución N°003-2021 de fecha 18 de enero de 2021
G.O.R.B.V. N° 42.049 de fecha 18 de enero de 2021

NORMAS RELATIVAS A LA CERTIFICACIÓN DE LAS RESERVAS TÉCNICAS Y LAS AUDITORÍAS EXTERNAS ACTUARIALES



Gobierno Bolivariano
de Venezuela

Ministerio del Poder Popular de
Economía, Finanzas y Comercio Exterior

Superintendencia de la
Actividad Aseguradora



213°, 165° y 25°

SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

Providencia: SAA-_____

Fecha: _____



El Superintendente de la Actividad Aseguradora tiene dentro de sus atribuciones dictar sus manuales de normas y procedimientos que regulan la Actividad Aseguradora.

Por cuanto la Ley de la Actividad Aseguradora establece que las empresas de seguros y de medicina prepagada deben realizar el correspondiente cierre del ejercicio económico al 31 de diciembre de cada año, y las empresas de reaseguros al 30 de junio de cada año, acompañados de la certificación de las reservas técnicas y el informe correspondiente, suscritos por un actuario independiente inscrito en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, con base a las normas que a tal efecto se dicten.

En virtud de lo anterior, acuerda dictar las siguientes:

NORMAS RELATIVAS A LA CERTIFICACIÓN DE LAS RESERVAS TÉCNICAS Y LAS AUDITORÍAS EXTERNAS ACTUARIALES

Del objeto

Artículo 1. Las presentes normas tienen por objeto establecer los lineamientos para la certificación de las reservas técnicas y su correspondiente informe, conforme con lo dispuesto en el artículo 79 de la Ley de la Actividad Aseguradora, así como para las auditorías externas actuariales que la Superintendencia de la Actividad Aseguradora ordene realizar a las empresas de seguro, de medicina prepagada y de reaseguros.

De la certificación de las reservas técnicas

Artículo 2. La certificación de las reservas técnicas será emitida por un actuario independiente, basándose en el modelo establecido en estas normas, siempre que, a su juicio profesional, las reservas técnicas constituidas por el sujeto regulado en sus estados financieros hayan sido calculadas y contabilizadas cumpliendo con lo establecido en la Ley de la Actividad Aseguradora, su Reglamento y las normas vigentes a la fecha de su constitución.

La certificación de las reservas para riesgos catastróficos debe efectuarse sobre el monto imputable al ejercicio económico o periodo, según corresponda.

De la suficiencia de las reservas técnicas

Artículo 3. Los actuarios independientes deben verificar la suficiencia de las reservas técnicas, cuidando que el sujeto regulado las cuantifique adecuadamente, conforme con las obligaciones derivadas de sus contratos.

Del informe

Artículo 4. Conjuntamente con la certificación de las reservas técnicas, los actuarios independientes deben elaborar el informe correspondiente a la certificación, el cual deberá describir las metodologías y criterios utilizados para la determinación de cada una de las reservas técnicas.

En el caso de las reservas para siniestros ocurridos y no notificados, deben utilizarse métodos estadísticos actuariales, tales como el *Link Ratio Media Simple*, Máximo o Ponderado, el Método de Regresión Lineal o el *ChainLadder*, entre otros modelos reconocidos de aplicación internacional en la práctica actuarial.

El informe debe mostrar un resumen por ramo comercializado del monto de las reservas técnicas sobre las cuales se emite la certificación. En el caso de las reservas para riesgos catastróficos, debe considerarse la clasificación por grupos de riesgos independientes establecidos en las normas dictadas a tal efecto.

Asimismo, debe señalar los hechos o situaciones que son necesarios explicar, completar o ampliar, que de ser omitidos podrían dar lugar a interpretaciones erróneas de los resultados presentados.

De las irregularidades observadas

Artículo 5. Si durante el proceso de certificación el actuario independiente detecta irregularidades en la constitución de las reservas técnicas o en cualesquiera de las variables involucradas, deberá presentar oportunamente por escrito un informe dirigido al presidente ejecutivo del sujeto regulado o a quien haga sus veces, en el cual debe señalar, además de las irregularidades detectadas, las acciones que considere necesarias que debe ejecutar el sujeto regulado para garantizar la correcta constitución de las reservas técnicas, a los fines de su certificación.

Si en el proceso de revisión el actuario independiente detectase desviaciones entre los montos calculados por el sujeto regulado y los obtenidos por él, deberá elaborar un resumen de las reservas técnicas sobre las cuales se detectaron las desviaciones, dejando constancia del detalle de las irregularidades y estableciendo, si fuere posible, el origen de las mismas, sin omitir aspectos técnicos relevantes.



Si las irregularidades detectadas son recurrentes y el actuario independiente tiene conocimiento de esta situación, debe indicarlo en el informe.

Si durante el curso del proceso de revisión, el actuario independiente detectase irregularidades que atendiendo a principios actuariales reconocidos, así como a las disposiciones técnicas y legales vigentes, pudiesen poner en peligro la estabilidad económica, solvencia o liquidez del sujeto regulado, debe incluir dentro de este informe la situación observada y su opinión en relación con las implicaciones y efectos que haya provocado o pueda provocar en los resultados.

Del registro contable

Artículo 6. Una vez verificado por el actuario independiente que el monto constituido por concepto de reservas técnicas fue correctamente calculado por el sujeto regulado, debe constatar que las cantidades registradas en los estados financieros fueron adecuadamente contabilizadas en los grupos de pasivo, activo, ingreso y egreso.

De las reservas técnicas retenidas

Artículo 7. A los fines de determinar las reservas técnicas retenidas, el actuario independiente debe verificar las operaciones de reaseguro y retrocesión en función de la distribución del riesgo que se realice conforme a las condiciones establecidas en los contratos contenidos en el programa de reaseguro o de retrocesión del sujeto regulado, según corresponda.

De la oportunidad y presentación

de la certificación de las reservas técnicas

Artículo 8. Las empresas de seguros, de medicina prepagada y de reaseguro deben realizar la certificación de sus reservas técnicas trimestralmente, y remitirla con su respectivo informe a la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, con la firma autógrafa del actuario independiente, en los lapsos señalados a continuación:

1. Dentro de los sesenta (60) días continuos siguientes al cierre del ejercicio económico;
2. Dentro de los cuarenta y cinco (45) días continuos siguientes al cierre de cada trimestre, salvo el último.

De las auditorías externas actuariales



Artículo 9. La Superintendencia de la Actividad Aseguradora podrá ordenar a los sujetos regulados, cuando lo estime conveniente, que realicen auditorías externas en materia actuarial. El Actuario Independiente podrá ser designado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora y, en cualquier caso, serán por cuenta del sujeto regulado los correspondientes honorarios profesionales.

Si la Superintendencia de la Actividad Aseguradora requiere la realización de una auditoría externa actuarial para la verificación de la correcta constitución de las reservas técnicas del sujeto regulado, el actuario independiente designado debe seguir los lineamientos descritos en estas normas para la certificación de las reservas técnicas.

En aquellos casos en los cuales los objetivos sean distintos a la verificación de la correcta constitución de las reservas técnicas, el Actuario Independiente designado debe, sobre la base de las instrucciones y lineamientos dados por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, definir conjuntamente con esta el procedimiento a seguir.

Del informe de auditoría externa actuarial

Artículo 10. El actuario independiente designado deberá elaborar un informe contentivo de los resultados del proceso de auditoría realizado, el cual debe ser presentado al presidente ejecutivo del sujeto regulado o a quien haga sus veces y a la Superintendencia de la Actividad Aseguradora en el plazo establecido por esta última para realizar la auditoría.

El informe de auditoría externa actuarial debe identificar y destacar aquellos hechos o situaciones que, según el criterio del actuario independiente, requieran una explicación adicional, una ampliación o un complemento, para proporcionar una comprensión completa de la información presentada en el informe, hechos o situaciones que, de ser omitidos, podría llevar a interpretaciones incorrectas de los resultados presentados. Además, debe señalar cualquier información que tenga un impacto positivo o negativo en las operaciones o cuentas de los estados financieros que se han sometido a revisión.

Del modelo de certificación de las reservas técnicas

Artículo 11. Para la certificación de las reservas técnicas, los actuarios independientes deben utilizar el siguiente modelo, con su firma autógrafa y huella dactilar:



CERTIFICACIÓN DE LAS RESERVAS TÉCNICAS

Yo, _____, cedula de
identidad _____, Licenciado(a) en Ciencias Actuariales, inscrito(a)
con el código _____ en el Registro de Actuarios que lleva la
Superintendencia de la Actividad Aseguradora, actuando en mi carácter de
actuaria independiente **certifico** que la
empresa _____, inscrita en la
Superintendencia de la Actividad Aseguradora con el código _____,
al cierre del ejercicio económico (periodo) _____, los
montos de las reservas técnicas constituidas, incluyendo las porciones
correspondientes a los riesgos cedidos en reaseguros o retrocedidos, son
correctos y cabalmente calculados, cumpliendo la normativa que rige la
materia.

Esta certificación es efectuada sobre la base de los datos proporcionados por
la empresa, tomando en consideración en el ejercicio (o periodo), la cartera
de contratos vigentes, las primas consumidas, los siniestros pendientes de
pago y los contratos con reintegro por experiencia favorable.

Asimismo, certifico que la información y procedimientos contenidos en el
Informe adjunto, se ajustan a los lineamientos establecidos en las normas
relativas a la certificación de las reservas técnicas y las auditorías externas
actuariales.

Las reservas técnicas certificadas ascienden a:



RESERVAS TÉCNICAS	TOTALES	RETENIDAS
Reservas de Primas		
Seguros de Vida		
Reservas Matemáticas Vida Individual	_____	_____
Reservas para Riesgos en Curso Vida Individual	_____	_____
Reservas para Riesgos en Curso Vida Colectivo	_____	_____
Reservas para Riesgos en Curso Funerarios	_____	_____
Seguros Generales		
Reservas para Riesgos en Curso del Seguro de Personas No Vida	_____	_____
Reservas para Riesgos en Curso Patrimoniales	_____	_____
Reservas para Riesgos en Curso Obligatoriales o de Responsabilidad	_____	_____
Fianzas		
Reservas para Riesgos en Curso	_____	_____
Reservas para Prestaciones y Siniestros Pendientes de Pago		
Seguros de Vida		
Vida Individual	_____	_____
Vida Colectivo	_____	_____
Funerarios	_____	_____
Seguros Generales		
Personas No Vida	_____	_____
Patrimoniales	_____	_____
Obligatoriales o de Responsabilidad	_____	_____
Fianzas		
_____	_____	_____
Reservas para Siniestros Ocurridos y No Notificados		
Seguros de Vida		
Vida Individual	_____	_____
Vida Colectivo	_____	_____
Funerarios	_____	_____
Seguros Generales		
Personas No Vida	_____	_____
Patrimoniales	_____	_____
Obligatoriales o de Responsabilidad	_____	_____
Reservas para Riesgos Catastróficos		
Seguros Generales		
Personas No Vida	_____	_____
Patrimoniales	_____	_____
Obligatoriales o de Responsabilidad	_____	_____
Reservas para Reintegro por Experiencia Favorable		
Seguros de Vida		
Vida Colectivo	_____	_____
Funerarios Colectivo	_____	_____
Seguros Generales		
Personas No Vida	_____	_____
Patrimoniales	_____	_____
Obligatoriales o de Responsabilidad	_____	_____
RESERVAS TÉCNICAS POR OPERACIONES DE REASEGURO ACEPTADO		
Reservas de Primas		
Seguros de Vida		
Reservas Matemáticas Vida Individual	_____	_____
Reservas para Riesgos en Curso Vida Individual	_____	_____
Reservas para Riesgos en Curso Vida Colectivo	_____	_____
Reservas para Riesgos en Curso Funerarios	_____	_____
Seguros Generales		
Reservas para Riesgos en Curso del Seguro de Personas No Vida	_____	_____
Reservas para Riesgos en Curso Patrimoniales	_____	_____
Reservas para Riesgos en Curso Obligatoriales o de Responsabilidad	_____	_____
Fianzas		
Reservas para Riesgos en Curso	_____	_____
Reservas para Prestaciones y Siniestros Pendientes de Pago		
Seguros de Vida		
Vida Individual	_____	_____
Vida Colectivo	_____	_____
Funerarios	_____	_____
Seguros Generales		
Personas No Vida	_____	_____
Patrimoniales	_____	_____
Obligatoriales o de Responsabilidad	_____	_____
Fianzas		
_____	_____	_____
Reservas para Siniestros Ocurridos y No Notificados		
Seguros de Vida		
Vida Individual	_____	_____
Vida Colectivo	_____	_____
Funerarios	_____	_____
Seguros Generales		
Personas No Vida	_____	_____
Patrimoniales	_____	_____
Obligatoriales o de Responsabilidad	_____	_____
Reservas para Riesgos Catastróficos		
Seguros Generales		
Personas No Vida	_____	_____
Patrimoniales	_____	_____
Obligatoriales o de Responsabilidad	_____	_____
Reservas para Reintegro por Experiencia Favorable		
Seguros de Vida		
Vida Colectivo	_____	_____
Funerarios Colectivo	_____	_____
Seguros Generales		
Personas No Vida	_____	_____
Patrimoniales	_____	_____
Obligatoriales o de Responsabilidad	_____	_____



Del modelo para las empresas de medicina prepagada y de reaseguros

Artículo 12. Para el caso de la certificación de las reservas técnicas de las empresas de medicina prepagada y de reaseguro, los actuarios independientes deben utilizar el modelo contenido en el artículo anterior, con las modificaciones necesarias para adaptarlo a sus operaciones.

De la aplicación de las normas

Artículo 13. Las demás normativas prudenciales y actos administrativos conexos a la actividad aseguradora, que coliden con las presentes normas no serán aplicables.

De la publicidad

Artículo 14. Se ordena la publicación de las presentes normas en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, con el fin de coadyuvar con la divulgación de su contenido a todos los interesados y público en general.

De la vigencia

Artículo 15. Las presentes normas entrarán en vigencia a partir de la fecha de publicación en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

OMAR OROZCO COLMENARES
Superintendente de la Actividad Aseguradora (E)
Resolución N°003-2021 de fecha 18 de enero de 2021
G.O.R.B.V. N° 42.049 de fecha 18 de enero de 2021

NORMAS QUE REGULAN LA AUTORIZACIÓN Y EL EJERCICIO DE LA INTERMEDIACIÓN DE SEGUROS, MEDICINA PREPAGADA Y SOCIEDADES DE CORRETAJE DE SEGUROS Y REASEGUROS

213°, 165° y 25°

SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

Providencia: SAA-_____

Fecha: _____

El Superintendente de la Actividad Aseguradora tiene dentro de sus atribuciones dictar sus manuales de normas y procedimientos que regulan la Actividad Aseguradora.

Por cuanto la Ley de la Actividad Aseguradora dispone que la Superintendencia de la Actividad Aseguradora autorizará a los agentes exclusivos, corredores de seguros, sociedades de corretaje de seguros y sociedades de corretaje de reaseguros para actuar como intermediarios.

Por cuanto la autorización otorgada a los intermediarios de la actividad aseguradora, así como su ejercicio en el mercado asegurador están sujetos al cumplimiento de requisitos y condiciones específicas.



En virtud de lo anterior, acuerda dictar las siguientes:

NORMAS QUE REGULAN LA AUTORIZACIÓN Y EL EJERCICIO DE LA INTERMEDIACIÓN DE SEGUROS, MEDICINA PREPAGADA Y SOCIEDADES DE CORRETAJE DE SEGUROS Y REASEGUROS

Del objeto

Artículo 1. Las presentes normas tienen por objeto regular la intermediación de la actividad aseguradora, ejercida por los agentes, corredores y sociedades de corretaje de seguros y reaseguros debidamente autorizados por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

Del alcance

Artículo 2. Las presentes normas regirán a los intermediarios en las actividades de intermediación en la celebración de los contratos de seguros, reaseguros, medicina prepagada y de administración de riesgos, así como la asesoría a los tomadores, asegurados, beneficiarios, contratantes, usuarios y afiliados, los cuales además estarán sujetos a las disposiciones contenidas en la Ley de la Actividad Aseguradora, su Reglamento y demás normas prudenciales que involucren la actividad de intermediación.

Corresponderá a la Superintendencia de la Actividad Aseguradora decidir, en casos de duda, acerca de la naturaleza de las operaciones que realice una persona natural o jurídica. Si se determina que su actividad está regulada quedará sometida al régimen establecido para ellas.

Para determinar si una actividad es de intermediación o si una persona hace las veces de un intermediario de la actividad aseguradora, se analizarán los contratos suscritos, la publicidad presentada, los servicios que ofrece y cualesquiera otra que, a juicio de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, resulten necesarios para identificar su naturaleza.

Del Sistema Único de Trámites

Artículo 3. Las solicitudes para actuar como intermediario de la actividad aseguradora se realizarán a través del Sistema Único de Trámites de conformidad



con lo establecido en las normas que regulan los trámites y procedimientos administrativos sustanciados en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora a través de medios electrónicos.

De la traducción por intérprete público

Todo documento que se consigne en idioma diferente al castellano deberá ser traducido por intérprete público, de conformidad con la legislación de la República Bolivariana de Venezuela.

De las definiciones

Artículo 4. A los efectos de esta norma se entenderá por:

- 1. Actividad de Intermediación:** Actos que se realizan en la contratación de seguros mediante el intercambio de propuestas entre las empresas de seguros, de medicina prepagada o administradoras de riesgos y los tomadores, asegurados, beneficiarios, contratantes, usuarios y afiliados, que van desde el asesoramiento, aceptación del contrato, modificación, renovación y cancelación del mismo por cualquiera de las partes.
- 2. Agentes de la actividad aseguradora.** Personas naturales que intermedian entre los tomadores, asegurados, beneficiarios, contratantes, usuarios y afiliados con las empresas de seguros, medicina prepagada, administradoras de riesgos o sociedades de corretaje de seguros, en la cual tengan representación exclusiva;
- 3. Calificación profesional.** Conjunto de conocimientos y capacidades profesionales adquiridos en materia de actividad aseguradora, a través de la formación académica en institutos o universidades reconocidas por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.
- 4. Corredor de la actividad aseguradora.** Persona natural autorizada por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora para actuar como intermediario con una o varias empresas de seguros, medicina prepagada, administradoras de riesgos o sociedades de corretaje de seguros.
- 5. Intermediario:** Persona natural o jurídica autorizada por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora para actuar como agente, corredor o sociedad de corretaje de seguros o reaseguros.
- 6. Funciones ejecutivas.** Se derivan de los cargos gerenciales que desempeñen actividades de toma de decisiones complejas, necesarias para planificar, organizar, guiar, revisar, regularizar y evaluar los procesos de trabajos de las empresas de seguros y reaseguros, sociedades de corretaje de seguros y reaseguros, en el área de producción de seguros, comercialización, análisis de riesgo que impliquen el manejo directo de personal a su cargo.
- 7. Sociedades de Corretaje de Seguros.** Son personas jurídicas que actúan como intermediarios en la gestión de seguros.



- 8. Sociedades de Corretaje de Reaseguros.** Son personas jurídicas que actúan como intermediarios entre empresas de seguros o reaseguros.

Régimen de publicidad aplicable a los intermediarios

Artículo 5. El régimen de publicidad aplicable a los intermediarios se ajustará a lo dispuesto en la Ley de la Actividad Aseguradora, en el Reglamento y en las normas prudenciales que se dicten al efecto. Toda publicidad debe ser realizada de forma que evite confusión con otros sujetos regulados.

De la autorización para persona natural

Artículo 6. Para actuar como intermediario de la actividad aseguradora se requerirá autorización de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, previo cumplimiento de los requisitos establecidos en la Ley de la Actividad Aseguradora, su Reglamento y las presentes normas.

Las autorizaciones otorgadas a los intermediarios son de carácter intransferible y su vigencia dependerá del estricto cumplimiento de los requisitos formales establecidos por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora a través de los cuerpos normativos.

De los requisitos para ser agente o corredor

Artículo 7. Se otorgará autorización para actuar como agente o corredor de la actividad aseguradora únicamente a las personas naturales que cumplan con los siguientes requisitos:

1. Ser mayor de edad;
2. Tener grado de instrucción académica, mínimo de Técnico Superior Universitario afín a la materia de la actividad aseguradora. ;
3. Estar residenciado en la República Bolivariana de Venezuela;
4. Haber aprobado el examen de competencia profesional aplicado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, según lo previsto en las normas prudenciales que se dicten a tal efecto;
5. No encontrarse incurso en los impedimentos contenidos en la Ley de la Actividad Aseguradora.



En el caso de las solicitudes para ser agentes de la actividad aseguradora, además de los requisitos antes señalados, deberán contar con la postulación de la empresa de seguros, medicina prepagada, administradora de riesgos o sociedad de corretaje de seguros para los que desarrollará su actividad de manera exclusiva.

De los recaudos para solicitar la credencial como agente o corredor de seguros

Artículo 8. El documento de solicitud de autorización como agente o corredor de la actividad aseguradora deberá contener el nombre completo, nacionalidad, número de cédula de identidad, dirección, teléfono y correo electrónico. Adicionalmente deberá adjuntar en formato digital a través del Sistema Único de Trámites los siguientes recaudos vigentes:

1. Pago de las Tasas por Servicios establecidos en la Ley de la Actividad Aseguradora;
2. Copia de la cédula de identidad;
3. Copia del Registro único de información fiscal (RIF);
4. Fotografía de frente a color, en formato digital con las siguientes especificaciones: tener fondo blanco, sin atuendos que cubran el rostro, formato JPG, tamaño 4 cm. de alto x 3 cm. de ancho;
5. Copia del título de educación superior debidamente registrado;
6. Síntesis curricular acompañado de los soportes que acrediten la información suministrada;
7. Constancia de residencia;
8. Declaración Jurada de no estar incurso en las Incompatibilidades e Impedimentos establecidos en la Ley de la Actividad Aseguradora;
9. Declaración Jurada de Veracidad de los documentos y datos consignados.

Los trámites de solicitud, inscripción y actualización de las constancias de residencia y declaraciones juradas deberán ser realizadas personalmente por los intermediarios; no se procesarán cuando estén suscritos por personas distintas, aunque sean autorizados o apoderados judiciales.

Los títulos universitarios otorgados por universidades extranjeras deberán estar legalizados o apostillados y si fuera el caso, de conformidad con la legislación de la República Bolivariana de Venezuela.

Del cambio de estatus

Artículo 9. Podrán optar a la autorización para corredor de la actividad aseguradora por cambio de estatus, los agentes que hayan ejercido su actividad de intermediación durante un periodo superior a tres (03) años ininterrumpidos en una empresa de seguro, medicina prepagada, administradora de riesgos o sociedad de



corretaje de seguros, debiendo anexar la constancia de liberación expedida por la empresa o sociedad para la que intermediaba, en la cual indique que no mantiene deudas con la misma. Adicionalmente, deberá aprobar el examen de competencia profesional aplicado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, según lo previsto en las normas prudenciales que se dicten a tal efecto.

De las funciones ejecutivas

Artículo 10. En caso de que la solicitud sea por funciones ejecutivas, los solicitantes deberán presentar además una constancia emitida por la empresa de seguros, de medicina prepagada, administradora de riesgos o sociedad de corretaje de seguros para la cual prestó sus servicios por un mínimo de tres (3) años, en la que se detalle las funciones del cargo y su posición en el organigrama de la empresa. La misma deberá ser emitida en hoja membretada, con sello húmedo, suscrita por un representante autorizado para dirigir comunicaciones ante la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, con un periodo mínimo de tres (3) meses, previo a la fecha de la solicitud. Adicionalmente, deberá aprobar el examen de competencia profesional aplicado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, según lo previsto en las normas prudenciales que se dicten a tal efecto.

De las firmas personales

Artículo 11. La constitución de una firma personal podrá ser solicitada únicamente por corredores de la actividad aseguradora y requerirá la aprobación previa de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

La aprobación de la firma personal se realizará con el objeto de identificar su papelería, correspondencia y publicidad.

La publicidad de los corredores de la actividad aseguradora debe contar con la aprobación de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora conforme a las normas prudenciales que rigen la publicidad; asimismo deben hacer mención de tal carácter después de su nombre, de manera que no se induzca al público en el error de creer que negocia con una empresa de seguros o de medicina prepagada.

De los requisitos para obtener la autorización como sociedades de corretaje de seguros o reaseguros

Artículo 12. Son requisitos indispensables para obtener y mantener la autorización para operar como sociedades de corretaje de seguros o reaseguros, los siguientes:



1. Estar domiciliado en el Territorio de la República Bolivariana de Venezuela;
2. Tener un capital mínimo suscrito y pagado, según lo establecido en la Ley de la Actividad Aseguradora y las normas prudenciales dictadas al efecto;
3. Tener mínimo dos (2) accionistas. Si en la composición accionaria de la empresa, existen personas jurídicas deben incluir el Registro Mercantil de ésta, y adjuntar de las personas naturales propietarias de sus acciones, los documentos establecidos en el Reglamento de la Ley de la Actividad Aseguradora;
4. Poseer una Junta Directiva en cantidad impar, compuesta por al menos de tres (3) integrantes, de los cuales dos (2) deben ser corredores de la actividad aseguradora. Quienes conformen la Junta Directiva de las sociedades de corretaje de reaseguros, deberán tener experiencia en materia de reaseguros por igual tiempo;
5. Los integrantes de la Junta Directiva deben estar domiciliados y residenciados en el país;
6. Establecer una oficina accesible al público en los días y horas laborables, donde se realizarán principalmente los negocios de intermediación de seguros y de reaseguros, cuya dirección debe ser notificada a la Superintendencia de Actividad Aseguradora y figurar en el documento constitutivo de la sociedad de corretaje.

Recaudos para obtener la autorización como sociedades de corretaje de seguros o reaseguros

Artículo 13. Además de la solicitud para constituirse y obtener la autorización para operar como sociedades de corretaje de seguros o reaseguros, el representante de la empresa debe consignar, los siguientes recaudos:

1. Copia simple de cédula de identidad y Registro único de Información Fiscal (RIF) vigente, síntesis curricular con sus soportes de los accionistas y miembros de la Junta Directiva;
2. Constancias que demuestren la calificación profesional y comprobada experiencia para los integrantes de la Junta Directiva propuesta;
3. Balance personal de los accionistas y los integrantes de la Junta Directiva propuesta, acompañado del informe de preparación por un Contador Público Colegiado;
4. Declaraciones Juradas de no estar incurso en las incompatibilidades e impedimentos establecidos en la Ley de la Actividad Aseguradora;
5. Declaración de Impuesto sobre la Renta correspondiente al ejercicio económico inmediatamente anterior a la solicitud de los accionistas y miembros de la Junta Directiva;
6. Constancia de residencia de los integrantes de la Junta Directiva propuesta;
7. Proyecto del documento constitutivo estatutario, donde se establezca como objeto único de la sociedad la realización de la actividad de intermediación de seguros o reaseguros y especifique dirección completa del domicilio de la sede principal;
8. Copia del comprobante expedido por un banco comercial domiciliado en el país



en la que conste el depósito de al menos el cien por ciento (100%) del capital mínimo en bolívares conforme a lo establecido en la Ley de la Actividad Aseguradora;

9. Declaración Jurada del origen lícito de los fondos utilizados para la constitución de la sociedad mercantil y proporcionar la información necesaria para su verificación. Si los mismos provienen de personas jurídicas, deben anexar toda la documentación legal y financiera de la misma, salvo aquellas cuyos fondos provengan de instituciones financieras regidas por la ley que regula la materia bancaria;
10. Señalar el personal autorizado para representar a la sociedad y las personas autorizadas para dirigir y recibir comunicaciones ante la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, en ambos casos, deberán indicar nombre, apellido, cédula de identidad, profesión, cargo, números de teléfono y correo electrónico;
11. Otro que a juicio de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora considere necesario.

Del personal que realiza intermediación

en las sociedades de corretaje de seguros

Artículo 14. Solo pueden ejercer la actividad de intermediación en las sociedades de corretaje de la actividad aseguradora los corredores o agentes autorizados por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

De las sucursales de sociedades de

corretaje de reaseguros extranjeras

Artículo 15. Las sucursales de sociedades de corretaje de reaseguros extranjeras deberán cumplir con los siguientes requisitos a los fines de obtener la autorización:

1. Nombre completo, domicilio social, dirección, teléfonos y correos electrónicos de la sociedad de corretaje de reaseguro;
2. Poder amplio autenticado que acredite la personalidad y facultades del interesado para solicitar la inscripción. En cualquier caso, deberán indicarse los siguientes datos de la persona natural que tramitará la solicitud: nombres y apellidos, cédula de identidad o pasaporte, Registro único de Información Fiscal (RIF), teléfono principal y secundario, dirección, correo electrónico principal y secundario;
3. Certificado de la autoridad competente del país de su domicilio, acreditando que la sociedad de corretaje de o reaseguros se encuentra constituida legalmente en ese país y que posee autorización, no menor a cinco (5) años, para realizar en el extranjero operaciones de intermediación de reaseguro;
4. Copia certificada expedida por la autoridad competente del país de origen de los estatutos o contrato social de la sociedad de corretaje de reaseguros domiciliada y constituida en el exterior;



5. Documentos que demuestren que la sociedad de corretaje de reaseguros se encuentra constituida e inscrita en países, dominios, jurisdicciones, territorios o estados asociados, cooperativos en el marco de la lucha mundial contra los delitos de lavado de dinero y financiamiento del terrorismo, según los criterios emanados de los documentos públicos emitidos por el Grupo de Acción Financiera Internacional (GAFI) ;
6. Estados financieros correspondientes a los últimos tres (3) ejercicios, con los respectivos informes de auditores externos de reconocida trayectoria internacional;
7. Copia certificada por la autoridad competente de una póliza de responsabilidad civil o fianza que ampare los perjuicios que, por causa de errores u omisiones, ocasione a las empresas de seguros o reaseguros nacionales, con límite de responsabilidad mínimo de USD 1.000.000;
8. La Superintendencia de la Actividad Aseguradora podrá requerir cualquier otra información o recaudo adicional que considere necesaria para evaluar la solvencia, liquidez y experiencia de la sociedad de corretaje que solicita la inscripción en el registro de sociedades de corretaje de reaseguros extranjeras.

De las oficinas de representación

Artículo 16. Las sociedades de corretajes de reaseguros extranjeras que pretendan abrir una oficina de representación en el Territorio de la República, para la intermediación de riesgos de reaseguros, será necesaria su autorización e inscripción en el registro de Oficinas de Representación de Sucursales de Sociedades de Corretaje de Reaseguros.

De los requisitos para las oficinas de representación

Artículo 17. Para la autorización de las oficinas de representación, los interesados deberán cumplir con los siguientes recaudos:

1. Solicitud suscrita por el presidente de la sociedad de corretaje de reaseguros extranjera, junto con su síntesis curricular y sus soportes;
2. Información de la sociedad de corretaje de reaseguros extranjera donde detalle su domicilio social, dirección, teléfonos y correos electrónicos;
3. Situación financiera de la sociedad de corretaje de reaseguros extranjera;
4. Domicilio de la oficina propuesta para la representación de la sociedad de corretaje de reaseguro extranjera en el Territorio de la República;
5. Copia del documento constitutivo estatutario vigente;
6. Copia de la respectiva Acta de Asamblea o Junta Directiva donde discutan y aprueben la instalación de una oficina de representación en el Territorio de la República;
7. Certificado de la autoridad competente del país de su domicilio, acreditando que la sociedad de corretaje de o reaseguros se encuentra constituida legalmente en ese país y que posee autorización, no menor a cinco (5) años, para realizar en el extranjero operaciones de intermediación de reaseguro;



8. Copia certificada expedida por la autoridad competente del país de origen de los estatutos o contrato social de la sociedad de corretaje de reaseguros domiciliada y constituida en el exterior;
9. Documentos que demuestren que la sociedad de corretaje de reaseguros se encuentra constituida e inscrita en países, dominios, jurisdicciones, territorios o estados asociados, cooperativos en el marco de la lucha mundial contra los delitos de lavado de dinero y financiamiento del terrorismo, según los criterios emanados de los documentos públicos emitidos por el Grupo de Acción Financiera Internacional (GAFI) ;
10. Estados financieros correspondientes a los últimos tres (3) ejercicios, con los respectivos informes de auditores externos de reconocida trayectoria internacional;
11. Copia certificada por la autoridad competente de una póliza de responsabilidad civil o fianza que ampare los perjuicios que, por causa de errores u omisiones, ocasione a las empresas de seguros o reaseguros nacionales, con límite de responsabilidad mínimo de USD 1.000.000;
12. La Superintendencia de la Actividad Aseguradora podrá requerir cualquier otra información o recaudo adicional que considere necesaria para evaluar la solvencia, liquidez y experiencia de la sociedad de corretaje que solicita la inscripción en el registro de sociedades de corretaje de reaseguros extranjeras;
13. Cualquier otra información o recaudo adicional que la Superintendencia de la Actividad Aseguradora considere necesaria.

Del derecho de los herederos de los accionistas

de las sociedades de corretaje de seguros y reaseguros

Artículo 18. En caso de fallecimiento de alguno de los accionistas de las sociedades de corretaje de seguros o reaseguros, los herederos o legatarios de los mismos, deben notificar el fallecimiento del causante en un máximo de treinta (30) días hábiles.

Posteriormente, deberán remitir la Declaración de Únicos y Universales Herederos, la Declaración y Solvencia Sucesoral expedida por el Órgano competente en materia de tributos, conjuntamente con el Acta de Asamblea General en la que se acuerde el traspaso de acciones y los demás recaudos exigidos establecidos en los numerales 1, 3, 4 y 5 del artículo 12 de esta norma.

Del derecho de los herederos de los accionistas

para vender o ceder acciones

Artículo 19. Los herederos de los accionistas de las sociedades de corretaje de seguros o reaseguros, una vez cumplidos con los requisitos previstos en el artículo

anterior, podrán, a través de Asamblea General, enajenar las acciones cumpliendo con lo establecido en la Ley de la Actividad Aseguradora.

De la forma de retribución

Artículo 20. Las gestiones de los intermediarios serán retribuidas por las empresas de seguros, de medicina prepagada, administradoras de riesgos y las sociedades de corretaje de seguros, conforme con el arancel de comisiones, bonos y planes de estímulos previamente aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora para cada ejercicio económico, de acuerdo con los lineamientos previstos en las normas dictadas para tal fin.

Del pago de comisiones

Artículo 21. Las empresas de seguros, de medicina prepagada y administradoras de riesgos, deben pagar las comisiones a los intermediarios dentro de los ocho (8) días continuos siguientes al ingreso de la prima, cuota o remuneración en la empresa y la consignación de la factura correspondiente, sin condicionamiento de ningún tipo.

Las sociedades de corretaje de la actividad aseguradora deben pagar a sus agentes y corredores las comisiones dentro de los ocho (8) días continuos siguientes a la recepción de las mismas, conforme a lo establecido en el artículo 106 en la Ley de la Actividad Aseguradora.

En caso de primas y cuotas fraccionadas, las empresas de seguros, de medicina prepagada y las sociedades de corretaje de seguros, sólo podrán pagar comisión sobre la fracción de prima o cuota efectivamente ingresada.

De los anticipos a cuenta de comisiones

Artículo 22. Las empresas de seguros, de medicina prepagada, administradoras de riesgos y las sociedades de corretaje de seguros, podrán otorgar anticipos en dinero efectivo a cuenta de comisiones a los intermediarios. Estos anticipos no podrán exceder el sesenta por ciento (60%) del monto de las comisiones efectivamente cobradas en los últimos seis (6) meses.

Las empresas de seguros, de medicina prepagada, administradoras de riesgos y las sociedades de corretaje de seguros, no podrán conceder a los intermediarios préstamos para el financiamiento de primas o cuotas.

De las condiciones para el otorgamiento

de los anticipos

Artículo 23. Los anticipos previstos en el artículo anterior se otorgarán de conformidad con las condiciones siguientes:

1. Deben ser pagados en un plazo máximo de noventa (90) días continuos;



2. Deben ser garantizados a través de pagarés o letras de cambio a la orden;
3. No podrán existir anticipos pendientes de pago;
4. Deben haber transcurrido al menos ocho (8) meses desde el último anticipo no pagado a su vencimiento.

En los documentos por medio de los cuales se otorguen anticipos a cuenta de comisiones, los intermediarios deben autorizar a las empresas de seguros, de medicina prepagada, administradoras de riesgos y a las sociedades de corretaje de seguros para que, en caso de incumplimiento, dispongan de las comisiones que puedan corresponderles para el pago de sus obligaciones.

Préstamos a los intermediarios

Artículo 24. Las empresas de seguros, de medicina prepagada, administradoras de riesgos o sociedades de corretaje de seguros que celebren contratos de préstamos con los intermediarios deben requerir de éstos la constitución de garantías, preferentemente hipotecarias o prendarias, suficientes para responder del cabal cumplimiento de las respectivas obligaciones, mediante documentos registrados o autenticados, según sea el caso. Los intereses por los créditos otorgados serán calculados utilizando las tasas publicadas por el Banco Central de Venezuela.

Los intermediarios no podrán ser fiadores o avalistas de obligaciones contraídas con las empresas de seguros, de medicina prepagada, administradoras de riesgos o sociedades de corretaje de seguros.

De la Revocatoria

Artículo 25. La revocatoria consiste en la anulación de la autorización del intermediario de la actividad aseguradora, lo que conlleva la pérdida definitiva del número de credencial o el registro.

De la oportunidad para solicitar una nueva autorización

Artículo 26. Para poder ejercer nuevamente la intermediación de la actividad aseguradora, el sujeto revocado podrá solicitar una nueva autorización, transcurrido un periodo de cinco (05) años contados a partir de la revocatoria. En la solicitud se dará cumplimiento a los requisitos y recaudos exigidos para aquel que aspire por primera vez a la autorización, los cuales están previstos en la Ley de la Actividad Aseguradora, el Reglamento y esta normativa.

De los supuestos en los que aplica la



revocatoria de la autorización

Artículo 27. La Superintendencia de la Actividad Aseguradora revocará la autorización de los intermediarios, cuando:

1. Sea solicitada por el intermediario;
2. No inicien sus operaciones en el lapso de ciento veinte (120) días continuos después de otorgada la autorización, o no desarrollen las actividades para las cuales fueron autorizadas, conforme a lo previsto en la Ley de la Actividad Aseguradora y el Reglamento;
3. Incumplan alguno de los requisitos establecidos para el otorgamiento de la autorización, conforme a lo previsto en la Ley de la Actividad Aseguradora, el Reglamento y esta normativa;
4. Por cualquier causa comprobable, cesare sus operaciones;
5. Transcurrido un lapso de dos (2) años de suspensión, sin que haya solicitado su reactivación;
6. Hayan sido suspendidos en más de dos (2) ocasiones;
7. No se encuentre residenciado en el país;
8. Hayan cedido totalmente su cartera de clientes;
9. Efectúen labores de intermediación en la celebración de contratos con empresas no autorizadas por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora;
10. Realizada la intervención, se determine que no es posible la recuperación administrativa, técnica o financiera de la sociedad de corretaje de seguros o reaseguros;
11. Se acuerde la liquidación de la sociedad de corretaje de seguros o reaseguros;
12. Se declare el atraso, la quiebra, interdicción, inhabilitación del intermediario según sea el caso.

Efectos de la revocación sobre las comisiones de los intermediarios

Artículo 28. La revocación de la autorización para actuar como intermediario no implica la pérdida del derecho a recibir comisiones sobre los contratos cuya celebración o renovación se haya perfeccionado antes de la revocatoria.

De la aplicación de las normas

Artículo 29. Las demás normativas prudenciales y actos administrativos conexos a la actividad aseguradora, que coliden con las presentes normas no serán aplicables.

De la publicidad

Artículo 30. Se ordena la publicación de las presentes normas en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, con el fin de coadyuvar con la divulgación de su contenido a todos los interesados y público en general.



De la vigencia

Artículo 31. Las presentes normas entrarán en vigencia a partir de la fecha de publicación en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

OMAR OROZCO COLMENARES
Superintendente de la Actividad Aseguradora (E)
Resolución N°003-2021 de fecha 18 de enero de 2021
G.O.R.B.V. N° 42.049 de fecha 18 de enero de 2021

NORMAS QUE REGULAN LOS TRÁMITES Y PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS SUSTANCIADOS EN LA SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA (SUDEASEG) A TRAVÉS DE MEDIOS ELECTRÓNICOS



213°, 165° y 25°
SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

Providencia: SAA-_____

Fecha: _____

El Superintendente de la Actividad Aseguradora tiene dentro de sus atribuciones dictar sus manuales de normas y procedimientos que regulan la Actividad Aseguradora.

Por cuanto la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela establece en su que el Estado reconocerá el interés público de la ciencia, la tecnología, el conocimiento, la innovación y sus aplicaciones y los servicios de información necesarios por ser instrumentos fundamentales para el desarrollo económico, social y político del país, así como para la seguridad y soberanía nacional.

Por cuanto se creó el Viceministerio de Economía Digital, Banca, Seguros y Valores del Ministerio del Poder Popular de Economía, Finanzas y Comercio Exterior cuyo objetivo será articular y consolidar la economía digital al Sistema Financiero Nacional y demás competencias inherentes de conformidad con el ordenamiento jurídico vigente.

Por cuanto el Decreto N° 825 de fecha 10 de mayo de 2000, mediante el cual se declara el acceso y el uso de Internet como política prioritaria para el desarrollo cultural, económico, social y político de la República Bolivariana de Venezuela, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 36.955 de fecha 22 de mayo de 2000, establece que los organismos públicos deberán utilizar preferentemente Internet para el intercambio de información con los particulares y que su utilización deberá suscribirse a los fines del funcionamiento operativo de los Organismos Públicos tanto interna como externamente.

Por cuanto el Decreto con Rango, Valor y Fuerza de Ley de Mensaje de Datos y Firmas Electrónicas, establece que se otorga y reconoce eficacia y valor jurídico a la Firma Electrónica, al Mensaje de Datos y a toda información inteligible en formato electrónico, independientemente de su soporte material, atribuible a personas naturales o jurídicas, públicas o privadas, así como regular todo lo relativo a los Proveedores de Servicios de Certificación y los Certificados Electrónicos.

Por cuanto el Decreto con Rango, Valor y Fuerza de Ley Orgánica de la Administración Pública, establece que los órganos y entes de la Administración Pública deberán utilizar las tecnologías que desarrolle la ciencia, tales como los medios electrónicos o informáticos y telemáticos, para su organización, funcionamiento y relación con las personas.

Por cuanto el Decreto con Rango, Valor y Fuerza de Ley de Simplificación de Trámites Administrativos, establece en su artículo que cada órgano o ente de la



Administración Pública creará un sistema de información centralizada, automatizada, ágil y de fácil acceso que sirva de apoyo al funcionamiento de los servicios de atención al público y, asimismo, habilitar sistemas de transmisión electrónica de datos con el objeto que las personas interesadas envíen o reciban la información requerida en sus actuaciones frente a la Administración Pública, y que tales datos puedan ser compartidos con otros órganos y entes de la Administración Pública.

Por cuanto la Ley de Infogobierno, establece que el Poder Público, en el ejercicio de sus competencias, debe utilizar las tecnologías de información en su gestión interna, en las relaciones que mantengan entre los órganos y entes del Estado que lo conforman, en sus relaciones con las personas y con el Poder Popular.

Por cuanto el Decreto con Rango, Valor y Fuerza de Ley sobre Acceso e Intercambio Electrónico de Datos, Información y Documentos entre los Órganos y Entes del Estado, establece en lo atinente a la sustanciación electrónica de expedientes administrativos, que los órganos y entes del Estado podrán sustanciar sus actuaciones administrativas, total o parcialmente, por medios electrónicos y que serán aplicables a los expedientes administrativos electrónicos, todas las normas sobre procedimiento administrativo, en la medida en que no sean incompatibles con la naturaleza del medio empleado y tendrá la misma validez jurídica y probatoria que el expediente físico.

En virtud de lo anterior, acuerda dictar las siguientes:

NORMAS QUE REGULAN LOS TRÁMITES Y PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS SUSTANCIADOS EN LA SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA (SUDEASEG) A TRAVÉS DE MEDIOS ELECTRÓNICOS

Del objeto de las normas

Artículo 1. El objeto del presente instrumento es regular la presentación, transmisión e intercambio de documentos electrónicos o digitales por parte de los sujetos regulados e interesados para la tramitación de una solicitud o procedimiento administrativo, así como instrumentar las características del Domicilio Electrónico.

De la obligación de aplicar los procedimientos electrónicos

Artículo 2. Los trámites y procedimientos administrativos consagrados en la Ley de la Actividad Aseguradora deberán sustanciarse y expresarse a través de los medios electrónicos que al efecto establezcan estas normas.

De los principios

Artículo 3. Los trámites y procedimientos electrónicos deberán cumplir con los principios de confidencialidad, integridad, debida diligencia, privacidad, disponibilidad de la información, interoperabilidad de las tecnologías de información,

seguridad de la información, responsabilidad, eficiencia, legalidad, adecuación tecnológica, conservación y reutilización en los casos que sea permitido.

De los conceptos

Artículo 4. A los fines de estas normas, se entiende por:

Código de barra: código representado en líneas paralelas de distinto grosor usadas en la gestión documental electrónica para la organización y ubicación de los documentos físicos y electrónicos.

Código QR: es un módulo que permite mostrar la información almacenada en una matriz de datos o en un código de barras bidimensional.

Entorno Digital: plataformas, aplicaciones, dominio o ámbito habilitado por las tecnologías y dispositivos digitales, que soportan los procesos, servicios, infraestructuras, y que permiten interactuar con los sujetos regulados, con personas y con otros órganos y entes de la Administración Pública a través de medios virtuales.

Expediente electrónico: registro electrónico que contiene todos los documentos y datos que se corresponden con las actuaciones y resoluciones asociadas a un trámite o procedimiento administrativo.

Documento electrónico o digital: documento que contiene un dato, diseños o información acerca de un hecho o acto, capaz de causar efectos jurídicos.

Domicilio Electrónico: domicilio habitual que establecerán los sujetos regulados o interesados para efectos de recibir comunicaciones o notificaciones en los trámites y procedimientos realizados en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

Gestión documental electrónica: conjunto de procesos relacionados a la gestión del ciclo de vida de los documentos, desde su creación, recepción o captura hasta su disposición final.

Identidad Digital: es el conjunto de atributos que individualiza e identifica a una persona natural o jurídica para los trámites y procedimientos llevados a cabo en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

Interoperabilidad: capacidad que tienen los diversos organismos de la Administración Pública para intercambiar, transferir y utilizar, de manera uniforme y eficiente, datos, información y documentos por medios electrónicos, entre sus sistemas de información.

Repositorio digital: plataforma empleada para el depósito de los documentos digitales y cuyo objetivo es organizar, almacenar y preservar los documentos creados o recibidos en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

Seguridad de la información: condición que resulta del establecimiento y mantenimiento de medios de protección, que garanticen un estado de inviolabilidad de influencias o de actos hostiles específicos que puedan propiciar el acceso a la información no autorizada, o que afecten la operatividad de las funciones de un sistema de computación, bajo los principios de confidencialidad, integridad, privacidad y disponibilidad de la información.

Sistema Único de Trámites: plataforma digital establecida por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora para gestionar todas las solicitudes, requerimientos y procedimientos establecidos en la Ley de la actividad aseguradora.



Tecnología de información: tecnología destinada a la aplicación, análisis, estudio y procesamiento en forma automática de información. Esto incluye procesos de obtención, creación, cómputo, almacenamiento, modificación, manejo, movimiento, transmisión, recepción, distribución, intercambio, visualización, control y administración, en formato electrónico, magnético, óptico, o cualquier otro medio similar o equivalente que se desarrolle en el futuro, que involucre el uso de dispositivos físicos y lógicos.

Tecnología *Blockchain*: conjunto de tecnologías que permiten llevar un registro descentralizado y distribuido de las operaciones digitales, sin necesidad de la intermediación de terceros.

Trazabilidad: conjunto de movimientos que hacen con los documentos electrónicos y los rastros digitales que dejan.

Del expediente electrónico

Artículo 5. Todo trámite o procedimiento administrativo, bien que se inicie de oficio o a petición de parte interesada, deberá constar en un expediente electrónico.

Transitoriamente, los expedientes que hayan iniciado su trámite en forma física, antes de la implementación del Sistema Único de Trámites, podrán continuar su tramitación en soporte papel, pero las actuaciones que de ellos se produzcan deberán realizarse en formato digital, adjuntándose su impresión al expediente.

Todos los documentos que se remitan en soporte de papel deberán ser digitalizados de acuerdo a las presentes normas y agregados al correspondiente trámite o expediente electrónico.

Del contenido del expediente electrónico

Artículo 6. Los interesados tendrán acceso permanente al expediente electrónico el cual contendrá un registro actualizado de todas las actuaciones que se verifiquen en el trámite y procedimiento administrativo, de acuerdo con cada etapa del mismo. A los fines de identificar el estatus del trámite o procedimiento, el Sistema Único de Trámites informará a los sujetos regulados e interesados las siguientes fases: recepción de documentos, en revisión, en correcciones, aprobados o negados.

De los documentos y expedientes electrónicos reservados

Artículo 7. El Superintendente de la Actividad Aseguradora podrá solicitar a la Dirección competente del sistema de gestión documental electrónica que determinado expediente, por su importancia y derechos involucrados, se mantenga reservado para éste o para la Dirección que al efecto designe. En sistema se identificará como Expediente Confidencial.

Asimismo, el Superintendente de la Actividad Aseguradora podrá solicitar la Dirección competente del sistema de gestión documental electrónica la habilitación de documentos de carácter reservado.

La Superintendencia de la Actividad Aseguradora dictará las normas sobre el repositorio digital y de la naturaleza y trámite de los documentos electrónicos reservados.

De la presentación de documentos por los Sujetos Regulados o los Interesados

Artículo 8. Los sujetos regulados y los interesados deberán presentar y llenar las solicitudes, formularios, documentos y todo antecedente que sea requerido por la Ley, el reglamento y por las normas prudenciales dictadas a tal efecto.

De la confrontación de documentos en papel

Artículo 9. El sujeto regulado deberá conservar por un lapso de diez (10) años el documento que fue emitido en físico o papel y cuya copia fue digitalizada para los efectos del trámite o procedimiento. Tal exigencia podrá eximirse si el documento contiene un mecanismo de autenticación, verificable en la copia digitalizada, tales como, un código de barra, código QR, los relacionados con la tecnología *Blockchain* o cualquier otro que con motivo de la interoperabilidad establezca la Administración Pública.

Asimismo, en cualquier momento, para cotejar la autenticidad o veracidad de los documentos emitidos en soporte de papel con respecto a sus copias digitalizadas, se podrá requerir al sujeto regulado o interesado que lo presente a la vista de la Superintendencia para su verificación de cara al documento digitalizado.

Los documentos digitalizados que resultaren falsos, harán incurrir en las responsabilidades correspondientes y, si fuere el caso, se remitirán las actuaciones al Ministerio Público para los fines legales consiguientes.

De la consulta del expediente electrónico

Artículo 10. Los expedientes electrónicos estarán a disposición de los sujetos regulados o interesados en cualquier momento a través del Sistema Único de Trámites. Para tal efecto, los sujetos regulados o interesados deberán comprobar su identidad digital mediante los mecanismos de autenticación que establezca la Superintendencia de la Actividad Aseguradora en el Sistema Único de Trámites.

De las copias de documentos del expediente electrónico

Artículo 11. Los sujetos regulados e interesados podrán obtener copia de los documentos que reposan en el expediente electrónico. De igual manera, podrán obtener copia certificada, previa solicitud en el Sistema Único de Trámites, a través de los medios de veracidad que al efecto se establezcan, tales como, un código de barra, código QR, los relacionados con la tecnología *Blockchain* o cualquier otro que, con motivo de la interoperabilidad, establezca la Administración Pública.

De la solicitud de copias

Artículo 12. En los supuestos que los órganos o entes de la Administración Pública soliciten la remisión de copias de expedientes administrativos electrónicos o documentos electrónicos, se remitirán por medios electrónicos salvo que la solicitud indique expresamente que los mismos se remitan en papel.

De las copias a los interesados o sujetos regulados

Artículo 13. La Superintendencia de la Actividad Aseguradora podrá establecer el pago de un precio público por los costos de copias fotostáticas.

El Superintendente mediante acto administrativo determinará el valor de los costos de reproducción, la forma de pago y mecanismos de cobro.

Del Domicilio Electrónico

Artículo 14. La Superintendencia de la Actividad Aseguradora solicitará a los sujetos regulados e interesados la creación o registro de un correo electrónico, con el fin de realizar los trámites, procedimientos y denuncias, a los fines de establecer el Domicilio Electrónico; adicionalmente, se les exigirá que informen con carácter obligatorio la identificación y correo electrónico de una persona autorizada principal y un máximo de cinco (5) personas autorizadas para poder interactuar con esta Superintendencia.

El Domicilio Electrónico estará constituido por ese entorno digital que disponga la Superintendencia de la Actividad Aseguradora para que los interesados y los sujetos regulados puedan recibir las notificaciones, información y comunicaciones de los trámites, procedimientos y denuncias que se hayan iniciado a petición de parte o de oficio por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

Por tal motivo, será considerado el medio electrónico válido de notificación para todos los efectos legales; excepcionalmente, se podrá practicar la notificación personal a que alude el artículo 73 de la Ley Orgánica de Procedimientos Administrativos. En cualquier caso, toda notificación que afecte los derechos subjetivos o sus intereses legítimos, personales y directos, deberá contener el texto íntegro del acto, e indicar, si fuere el caso, los recursos que proceden con expresión de los términos para ejercerlos y de los órganos o tribunales ante los cuales deban interponerse.

Tales correos o usuarios dejarán una trazabilidad de la hora o momento en el que se realizó determinada solicitud, se remitió una notificación o se realizó cualquier actuación dentro del Sistema Único de Trámites.

Del cambio del Domicilio Electrónico

Artículo 15. Los interesados o sujetos regulados solicitarán el cambio del Domicilio Electrónico. En el caso de los sujetos regulados, la dirección de correos electrónicos cuya modificación se solicitará será la principal, esta es, la que se informó al

momento del registro en el Sistema Único de Trámites y el de la persona autorizada principal.

Los cambios en el Domicilio Electrónico se dejarán constancia en los correspondientes expedientes electrónicos.

De la obligatoriedad del registro en el Sistema Único de Trámites

Artículo 16. El registro en el Sistema Único de Trámites es obligatorio, y su no incumplimiento acarreará la imposibilidad de realizar trámites en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora. En los supuestos que se instruyan procedimientos administrativos de oficio, y se requiera notificar a algún sujeto regulado o interesado y éste no estuviere registrado en el Sistema Único de Trámites, se practicará una notificación en los términos establecidos en el artículo 73 de la Ley Orgánica de Procedimientos Administrativos.

En la referida notificación deberá informarse al sujeto regulado o interesado para que se registre en el Sistema Único de Trámites, cree su identidad digital y, por lo tanto, su Domicilio Electrónico como medio de notificación válido para todos los efectos legales.

En casos excepcionales, la Superintendencia de la Actividad Aseguradora podrá crear la identidad digital de determinados sujetos regulados o interesados y se lo notificará de conformidad con el artículo 73 de la Ley Orgánica de Procedimientos Administrativos. Practicada esa notificación se entenderá creado el Domicilio Electrónico.

De la eficacia de la notificación electrónica

Artículo 17. La notificación electrónica se considerará eficaz desde el momento de su remisión al Domicilio Electrónico, dejándose expresa constancia en el expediente electrónico el día que se practicó tal actuación. No obstante ello, los lapsos para recurrir, ejercer los derechos o cumplir con determinada solicitud requerida por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, comenzarán a computarse el día hábil siguiente a su remisión electrónica.

En ese sentido, todo lo referido a los términos y plazos se regirá por las normas establecidas en el artículo 42 de la Ley Orgánica de Procedimientos Administrativos.

De la aplicación supletoria de la Ley Orgánica de Procedimientos Administrativos

Artículo 18. Para todo lo no regulado en este Procedimiento se aplicará de forma supletoria la Ley Orgánica de Procedimientos Administrativos, siempre que no colide con los principios de automatización y digitalización en los que se fundamenta las presentes normas.

De la aplicación de las normas



Artículo 19. Las demás normativas prudenciales y actos administrativos conexos a la actividad aseguradora, que coliden con las presentes normas no serán aplicables.

De la publicidad

Artículo 20. Se ordena la publicación de las presentes normas en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, con el fin de coadyuvar con la divulgación de su contenido a todos los interesados y público en general.

De la vigencia

Artículo 21. Las presentes normas entrarán en vigencia a partir de la fecha de publicación en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

OMAR OROZCO COLMENARES

Superintendente de la Actividad Aseguradora (E)

Resolución N°003-2021 de fecha 18 de enero de 2021

G.O.R.B.V. N° 42.049 de fecha 18 de enero de 2021



NORMAS POR LAS QUE SE REGIRÁN LOS EXÁMENES DE COMPETENCIA PROFESIONAL PARA LOS ASPIRANTES A OBTENER LA CREDENCIAL DE AGENTES Y CORREDORES DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA



Gobierno Bolivariano
de Venezuela

Ministerio del Poder Popular de
Economía, Finanzas y Comercio Exterior

Superintendencia de la
Actividad Aseguradora



213°, 165° y 25°

SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

Providencia: SAA-_____

Fecha: _____



El Superintendente de la Actividad Aseguradora tiene dentro de sus atribuciones dictar sus manuales de normas y procedimientos que regulan la Actividad Aseguradora, en consecuencia, acuerda dictar:

Las siguientes:

NORMAS POR LAS QUE SE REGIRÁN LOS EXÁMENES DE COMPETENCIA PROFESIONAL PARA LOS ASPIRANTES A OBTENER LA CREDENCIAL DE AGENTES Y CORREDORES DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

Del objeto

Artículo 1. Las presentes normas tienen por objeto establecer los lineamientos generales que rigen el procedimiento para la presentación de los exámenes de competencia profesional para los aspirantes a obtener la credencial de agentes y corredores de la actividad aseguradora.

De la postulación

Artículo 2. Las empresas de seguros, de medicina prepagada y las sociedades de corretaje de seguros o los colegios de productores de seguros de cada zona del país, estos últimos por delegación de las empresas de seguros, de medicina prepagada o de las sociedades de corretaje de la actividad aseguradora, están facultados para efectuar las postulaciones de las personas interesadas en la presentación del examen de competencia profesional para obtener la autorización como agente.

En el caso del examen para la credencial de corredor de la actividad aseguradora, la postulación debe hacerla el aspirante.

La postulación se realizará a través del Sistema Único de Trámites. Excepcionalmente se recibirán postulaciones de forma física en la sede de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

De los requisitos para la postulación

Artículo 3. A los fines de la postulación, los aspirantes, las empresas de seguros, de medicina prepagada, las sociedades de corretaje de seguros o los colegios de productores de seguros de cada zona del país, estos últimos por delegación de las empresas de seguros o sociedades de corretaje de la actividad aseguradora, según sea el caso, deberán consignar ante la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, por lo menos con treinta (30) días continuos de anticipación a la fecha de celebración de cada examen, los siguientes documentos:

1. Solicitud firmada por el interesado;



2. Copia ampliada de la cédula de identidad;
3. Título de técnico superior universitario o título universitario;
4. Declaración Jurada de no encontrarse incurso en ninguna de las incompatibilidades o impedimentos para desempeñarse como agente o corredor de la actividad aseguradora, de conformidad con lo previsto en la Ley de la Actividad Aseguradora y su Reglamento;
5. Currículo;
6. Carta de postulación de la empresa para la cual intermediará (agentes del a actividad aseguradora);
7. Constancia de residencia;
8. Correo electrónico;
9. Fotografía de frente a color, en formato digital con las siguientes especificaciones: tener fondo blanco, sin atuendos que cubran el rostro, formato JPG, tamaño 4 cm. de alto x 3 cm. de ancho;

Del desistimiento

Artículo 4. En caso de que el aspirante, la empresa de seguros, de medicina prepagada, sociedad de corretaje de seguros o el colegio de productores de seguros, este último por delegación de la empresa de seguros, de medicina prepagada o sociedad de corretaje de la actividad aseguradora, desee dejar sin efecto una postulación, debe hacerlo a través del Sistema Único de Trámites con por lo menos tres (3) días hábiles de anticipación a la fecha de celebración del examen.

Excepcionalmente, podrá solicitar el desistimiento por escrito ante la Superintendencia de la Actividad Aseguradora con por lo menos tres (3) días hábiles de anticipación a la fecha de celebración del examen.

Del listado acta de examen

Artículo 5. Recibidas las solicitudes, la Dirección de Registro y Regulación de la Actividad Aseguradora elaborará el “Listado acta de examen de competencia profesional” de las personas inscritas para la presentación del examen, el cual indicará los nombres y apellidos, así como las cédulas de identidad de cada uno de los participantes, la empresa postulante, si fuere el caso, y el número de veces que cada participante ha presentado; igualmente, contará con cuatro (4) columnas adicionales: una para la firma de los aspirantes en señal de asistencia, una para la colocación de la nota, una para el resultado del examen y la última para la firma de los examinados en señal de haber sido notificados de los resultados.

Serán enviados un total de dos (2) ejemplares del “Listado acta de examen de competencia profesional” y del “Acta de revisión de examen de competencia profesional” a la Dirección Actuarial de la Actividad Aseguradora dentro de los siete (7) días hábiles siguientes al cierre del lapso de postulación.



La Superintendencia de la Actividad Aseguradora inscribirá un mínimo de diez (10) y un máximo de cuarenta y cinco (45) personas, escogidas proporcionalmente de acuerdo con el número de postulados por los interesados.

Excepcionalmente, el Superintendente de la Actividad Aseguradora podrá acordar la celebración del examen de competencia con menos del número mínimo o máximo de participantes establecidos, cuando imperen razones de necesidad o urgencia.

De la notificación de la fecha del examen

Artículo 6. Verificados los recaudos, la Superintendencia de la Actividad Aseguradora informará a los postulantes vía correspondencia o correo electrónico, por lo menos con quince (15) días hábiles de anticipación a la fecha de presentación del examen, las personas que efectivamente quedaron inscritas.

Del Jurado

Artículo 7. El Jurado examinador estará constituido por tres (3) personas: un (1) servidor público de la Dirección de Registro y Regulación de la Actividad Aseguradora, un (1) servidor público de la Dirección Actuarial de la Actividad Aseguradora, designados por el Superintendente de la Actividad Aseguradora, y un (1) representante de la Cámara de Aseguradores de Venezuela, todos con sus respectivos suplentes. A los fines de la designación del representante y su suplente por parte de la Cámara de Aseguradores de Venezuela, ésta debe presentar, con al menos tres (3) días hábiles de anticipación a la presentación de cada examen, una terna a la consideración del Superintendente de la Actividad Aseguradora; quien elegirá un (1) nombre de dicha terna como Jurado Principal y designará un (1) segundo nombre como suplente, para el caso de falta del Jurado Principal.

En ningún caso, el representante de la Cámara de Aseguradores de Venezuela podrá participar como Jurado en los exámenes en los cuales esté inscrito por lo menos el veinte por ciento (20%) de aspirantes postulados por la empresa a la que pertenezca.

De los exámenes extraordinarios en el interior del país para aspirantes a agentes

Artículo 8. En el caso que los miembros del Jurado deban ser trasladados al interior del país para la realización de un examen extraordinario, las empresas de seguros, de medicina prepagada, sociedades de corretaje de la actividad aseguradora o los colegios de productores de seguros de cada zona del país, estos últimos por delegación de las empresas de seguros, de medicina prepagada o sociedades de corretaje de la actividad aseguradora, cuyos participantes estén postulados para la presentación del examen de competencia profesional, deben cubrir todos los gastos que se ocasionen con motivo de la celebración del examen y garantizar, como mínimo, el cumplimiento de los siguientes requisitos:

1. Proporcionar el traslado del Jurado designado a la ciudad donde sea llevado a cabo el examen. En este sentido, cuando corresponda, los vuelos de ida y



- vuelta deben realizarse en horarios que permitan al Jurado llegar al lugar de destino en horas diurnas y por líneas aéreas que así lo garanticen;
2. Proporcionar el lugar donde será hospedado el Jurado, el cual debe contar con las condiciones mínimas de seguridad, higiene y comodidad;
 3. Asegurarse de que el lugar donde se presentará el examen reúna las especificaciones señaladas en el Artículo 14 de estas normas;
 4. Entregar los viáticos a que haya lugar, por lo menos con dos (2) días hábiles de antelación a la fecha de salida del Jurado al lugar donde será llevado a cabo el examen, cuyo monto en bolívares será equivalente a cien (100) unidades monetarias por día, al tipo de cambio oficial de la moneda de mayor valor, publicado por el Banco Central de Venezuela, a la fecha de la entrega de los viáticos;
 5. Garantizar la cobertura de cualquier otro gasto en el que incurra el Jurado por la celebración del examen como consecuencia de eventos extraordinarios o de fuerza mayor.

El monto de los viáticos deberá ser revisado anualmente por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

De la comparecencia del Jurado

Artículo 9. Todos los miembros del Jurado deben estar presentes el día y la hora de celebración del examen, por lo menos con quince (15) minutos de anticipación a la hora fijada. El examen no podrá iniciarse si no estuviesen presentes todos los miembros del Jurado.

De la incomparecencia del Jurado

Artículo 10. Si algún miembro del Jurado tuviese alguna causal que le impida participar en el examen de competencia profesional, debe manifestarlo por escrito al Superintendente de la Actividad Aseguradora dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a la notificación de su designación, salvo causa de fuerza mayor, en cuyo supuesto el Superintendente de la Actividad Aseguradora o a quien se le delegue tal responsabilidad, designará al respectivo suplente.

Si transcurridos treinta (30) minutos de la hora fijada para la presentación del examen de competencia no comparece uno o varios de los miembros del Jurado se convocará al suplente. En el supuesto que la falta sea tanto del miembro principal como de su suplente, el Superintendente de la Actividad Aseguradora nombrará a un jurado de los servidores públicos de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora para suplir dicha ausencia.

De las decisiones del Jurado

Artículo 11. Las decisiones del Jurado se tomarán por mayoría. Los votos salvados se harán constar en el acta del examen respectivo.

Del examen ordinario



Artículo 12. Los exámenes ordinarios se celebrarán mensualmente el primer viernes hábil de cada mes, a las nueve (9) de la mañana o a las dos (2) de la tarde, en el edificio sede de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

La Superintendencia de la Actividad Aseguradora podrá realizar exámenes extraordinarios, según sea necesario. Los exámenes se efectuarán en las ciudades indicadas por el Superintendente de la Actividad Aseguradora.

Del cronograma de los exámenes

Artículo 13. La Superintendencia de la Actividad Aseguradora elaborará y remitirá a la Cámara de Aseguradores de Venezuela, en el mes de diciembre de cada año, un cronograma en el cual se especificarán las fechas para la presentación de los exámenes ordinarios de competencia profesional. Asimismo, le notificará a la Cámara de Aseguradores de Venezuela, las fechas y lugares donde se realizarán los exámenes extraordinarios, si fuere el caso.

De las instalaciones

Artículo 14. El examen de competencia profesional debe ser llevado a cabo en un lugar adecuado. Si el Jurado considera que el local escogido no permite su realización correcta, podrá suspenderlo o pedir que se asigne otro local.

De la identificación de los postulados

Artículo 15. El Jurado identificará, antes del inicio del examen, a cada uno de los postulados, constatando la identidad de la persona presente con su cédula de identidad. Si la persona no tuviese cédula de identidad laminada, deberá presentar el pasaporte o cualquier otro documento de identificación donde aparezca su fotografía.

De la elaboración del examen

Artículo 16. La elaboración del examen guardando la debida diversidad, cubriendo al menos diez (10) de los temas incluidos en el temario contenido en estas normas.

De la permanencia en el recinto

Artículo 17. En la realización del examen, así como en la notificación de los resultados, sólo podrán permanecer en el recinto el Jurado examinador y los presentantes. Una vez iniciado el examen, ninguna persona podrá entrar al sitio donde se esté desarrollando. El Jurado velará que los aspirantes firmen el "Listado acta de examen de competencia profesional". Excepcionalmente, el Superintendente de la Actividad Aseguradora podrá autorizar el ingreso de otras personas, con carácter de observadores, al lugar donde se realiza el examen.

De la duración del examen

Artículo 18. El examen tendrá una duración de una (1) hora, correspondiendo al Jurado indicar a los postulados la hora de inicio y finalización del mismo. Los miembros del Jurado examinador, una vez entregados los exámenes a todos los



postulados asistentes, concederán un lapso de diez (10) minutos para aclarar las dudas que pudiesen presentarse en relación con el desarrollo del proceso. El Jurado participará en voz alta la finalización de esos diez (10) minutos, al término de los cuales los participantes no podrán formular preguntas.

De la puntuación

Artículo 19. Cada pregunta formulada tendrá el valor de un (1) punto. La puntuación del examen será de cero (0) a veinte (20) puntos. El Jurado calificará los resultados de cada examen como aprobado o reprobado, dejando constancia de ello y de la nota obtenida en el “Listado acta de examen de competencia profesional”. Para ser aprobados, los aspirantes deberán obtener, como mínimo, una puntuación de catorce (14) puntos.

De la notificación del resultado

Artículo 20. Una vez que todos los aspirantes presentes hayan culminado y entregado los exámenes, el Jurado deberá calificar en forma inmediata e informar de los resultados a los participantes, quienes firmarán el “Listado acta de examen de competencia profesional” en señal de haber sido notificados.

Del expediente

Artículo 21. Los exámenes aprobados formarán parte del expediente del intermediario de la actividad aseguradora. Los correspondientes a los reprobados serán resguardados en el archivo central de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora por un periodo de un (1) año calendario.

De los reprobados

Artículo 22. Los interesados que no aprueben el examen correspondiente podrán ser postulados para la presentación de un nuevo examen.

Del derecho a la revisión del examen

Artículo 23. Solo tendrán derecho a la revisión del examen aquellos evaluados que obtengan una puntuación igual a trece (13) puntos. En caso de que el tiempo no fuese suficiente, el Jurado se reunirá el día o días hábiles siguientes en las horas que se fijen por mayoría de votos, debiendo notificar a aquellos que habiendo solicitado la revisión, la misma no hubiese podido efectuarse, con el objeto de que asistan a la revisión respectiva.

El Jurado del examen podrá ser convocado por el Superintendente de la Actividad Aseguradora para atender y dar respuesta a cualquier recurso formulado por los presentantes del examen relacionado con el resultado del mismo.

De la revisión del examen

Artículo 24. La revisión del examen será llevada a cabo una vez notificados los resultados a los participantes, sólo podrán estar presentes los miembros del Jurado



y el participante. En la revisión se verificará que la sumatoria de la puntuación sea correcta, asimismo será tomada en cuenta cualquier inquietud presentada por el participante con respecto al fondo de cualquier pregunta; el Jurado examinador estará en la obligación de estudiar lo razonado por el evaluado y tomará la decisión a la que hubiese lugar. El Jurado levantará un acta de Revisión del examen en el cual dejará constancia de las razones que motivaron la modificación o mantenimiento de las notas obtenidas por los presentantes, indicando si aprobaron o reprobaron el examen.

Del recurso de reconsideración

Artículo 25. Aquel evaluado que esté inconforme con su resultado podrá interponer por ante la Superintendencia de la Actividad Aseguradora un Recurso de Reconsideración, indicando detalladamente en su escrito las razones de su inconformidad, según lo establecido en la Ley Orgánica de Procedimientos Administrativos.

Del temario para el examen de competencia profesional

Artículo 26. El temario que será evaluado en los exámenes de competencia profesional, será el siguiente:

TEMA 1.- El Seguro. Concepto. Reseña histórica del seguro. Ahorro. Azar. Diferencia entre seguro y ahorro. Diferencia entre seguro y azar. Ley de los Grandes Números.

TEMA 2.- El riesgo. Concepto y características. Clasificaciones.

TEMA 3.- El Seguro en Venezuela. Ley de la Actividad Aseguradora y su Reglamento. Decretos, Resoluciones y Providencias publicadas, referentes a la actividad aseguradora. Normas contenidas en la Legislación positiva venezolana sobre seguros y medicina prepagada. Función del seguro privado como una manifestación de la seguridad social. La Superintendencia de la Actividad Aseguradora. La Cámara de Aseguradores de Venezuela y las Asociaciones de Productores.

TEMA 4.- Normas sobre la Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo y Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva en la Actividad Aseguradora.

TEMA 5.- El contrato de seguro y de medicina prepagada. Normas que Regulan la Relación Contractual de la Actividad Aseguradora. Elementos del contrato. Perfeccionamiento del contrato. Obligaciones del Asegurador y del Asegurado o Afiliado. Nulidad y anulación. La renovación.

TEMA 6.- La Póliza. Concepto. Características. Modelos de Pólizas, Condiciones particulares y generales. Coberturas, exoneraciones de responsabilidad y exclusiones. Diferencias. Anexos. Solicitud y cuadro de la póliza.



TEMA 7.- La Prima. Concepto. Clases de Prima. El cálculo de la prima. Efectos del no pago de la prima. Fraccionamiento. Gastos de emisión de la póliza. Efectos de la Insuficiencia de la prima. Pago de la prima en el periodo de gracia y consecuencias.

TEMA 8.- El Siniestro. Definición. Declaración. Documentos necesarios para su tramitación. Responsabilidad del tomador, del asegurado y del beneficiario. Ajuste y liquidación de siniestros. Responsabilidad del intermediario de la actividad aseguradora ante el siniestro acaecido al asegurado. Diferencia entre prescripción y caducidad.

TEMA 9.- Las Reservas. Concepto. Características. Tipos. Representación de las reservas. Efectos de la insuficiencia de reservas.

TEMA 10.- El Margen de Solvencia y el Patrimonio Propio no Comprometido. Concepto. Efectos de la insuficiencia del Patrimonio Propio no Comprometido.

TEMA 11.- Clasificación de los Seguros: Seguro de Vida. Seguros Generales.

TEMA 12.- Seguro de Vida. Concepto y alcance. Planes clásicos en el seguro de vida individual. Coberturas opcionales: incapacidad, muerte accidental, renta por incapacidad total o permanente, desmembramiento, beneficio por fallecimiento, seguro funerario. Condiciones generales en la póliza de seguro de vida. Vigencia. Modificación. Cambio de planes. Edad. Declaraciones erróneas de la edad. Suicidio. Indisputabilidad. Tomador y beneficiario de la póliza. Prueba en caso de fallecimiento e incapacidad. Primas. Pago de la prima. Período de gracia. Caducidad. Rehabilitación. Valores garantizados. Rescate. Seguro saldado. Seguro prorrogado. Préstamos documentados y automáticos. Opciones de liquidación. Bases técnicas.

TEMA 13.- Seguro Colectivo de Vida. Concepto y alcance. Condiciones de la póliza. Cobertura básica y coberturas opcionales. Exclusiones y limitaciones. El siniestro. Tarificación.

TEMA 14.- Seguros Generales. Definición y características. Clasificación. Interés asegurado. Suma asegurada. Sobreseguro e infraseguro. La indemnización, sus formas. Deducibles y franquicia.

TEMA 15.- Seguro funerario de servicios. Concepto, características y alcance. Condiciones de la póliza. Cobertura básica y coberturas opcionales. Exclusiones y limitaciones. Bases de indemnización. El siniestro. Tarificación.

TEMA 16.- Seguros de Accidentes Personales. Concepto, características y alcance. Condiciones de la póliza. Cobertura básica y coberturas opcionales. Exclusiones y limitaciones. Bases de indemnización. El siniestro. Tarificación.



TEMA 17.- Seguro Individual de Hospitalización, Cirugía y Maternidad. Concepto, características y alcance. Condiciones de la póliza. Cobertura básica y coberturas opcionales. Exclusiones y limitaciones. Bases de indemnización. El siniestro. Tarificación. Exámenes médicos.

TEMA 18.- Seguro Colectivo de Hospitalización, Cirugía y Maternidad. Concepto, características y alcance. Condiciones de la póliza. Cobertura básica y coberturas opcionales. Exclusiones y limitaciones. Bases de indemnización. El siniestro. Tarificación. Exámenes médicos.

TEMA 19.- Seguro de Incendio. Concepto, características y alcance. Condiciones de la póliza. Cobertura básica y coberturas opcionales. Exclusiones y limitaciones. Bases de indemnización. El siniestro. Tarificación. Cláusulas adicionales. Nota de cobertura provisional. Regulaciones especiales: primer riesgo, primera pérdida, seguro a base de declaraciones mensuales. Bases de indemnización. Deducible.

TEMA 20.- Seguro de Lucro Cesante por Incendio. Forma Inglesa. Forma Americana. Concepto, características y alcance. Condiciones de la póliza. Cobertura básica y coberturas opcionales. Exclusiones y limitaciones. Bases de indemnización. El siniestro. Tarificación. Cláusulas adicionales.

TEMA 21.- Ramos Técnicos de Ingeniería: Seguro de Construcción. Seguro de Montaje. Seguro de Equipos de Contratistas. Seguro de Rotura de Maquinaria. Seguro de Equipos Electrónicos: Concepto, características y alcance. Condiciones de la póliza. Cobertura básica y coberturas opcionales. Exclusiones y limitaciones. Bases de indemnización. El siniestro. Tarificación. Cláusulas adicionales.

TEMA 22.- Seguro de Lucro Cesante por Rotura de Maquinaria. Forma Inglesa. Forma Americana. Concepto, características y alcance. Condiciones de la póliza. Cobertura básica y coberturas opcionales. Exclusiones y limitaciones. Bases de indemnización. El siniestro. Tarificación. Cláusulas adicionales.

TEMA 23.- Seguro de Sustracción Ilegítima. Concepto, características y alcance. Condiciones de la póliza. Cobertura básica y coberturas opcionales. Exclusiones y limitaciones. Bases de indemnización. El siniestro. Tarificación. Cláusulas adicionales. Nota de cobertura provisional. Cláusulas de primer riesgo, primera pérdida, seguro a base de declaraciones mensuales.

TEMA 24.- Seguro de Transporte Marítimo y Aéreo. Concepto, características y alcance. Condiciones de la póliza. Cobertura básica y coberturas opcionales. Exclusiones y limitaciones. Bases de indemnización. El siniestro. Tarificación. Cláusulas adicionales.

TEMA 25.- Seguro de Transporte Terrestre. Concepto, características y alcance. Condiciones de la póliza. Cobertura básica y coberturas opcionales. Exclusiones y

limitaciones. Bases de indemnización. El siniestro. Tarificación. Cláusulas adicionales.

TEMA 26.- Seguro de Casco de Nave. Concepto, características y alcance. Condiciones de la póliza. Cobertura básica y coberturas opcionales. Exclusiones y limitaciones. Bases de indemnización. El siniestro. Tarificación. Cláusulas adicionales.

TEMA 27.- Seguro Aviación. Concepto, características y alcance. Condiciones de la póliza. Cobertura básica y coberturas opcionales. Exclusiones y limitaciones. Bases de indemnización. El siniestro. Tarificación. Cláusulas adicionales.

TEMA 28.- Seguro de Riesgos Especiales. Distintos tipos de coberturas. Concepto, características y alcance. Condiciones de la póliza. Cobertura básica y coberturas opcionales. Exclusiones y limitaciones. Bases de indemnización. El siniestro. Tarificación. Cláusulas adicionales.

TEMA 29.- Seguro de Responsabilidad Civil General. Concepto, características y alcance. Condiciones de la póliza. Cobertura básica y coberturas opcionales. Exclusiones y limitaciones. Bases de indemnización. El siniestro. Tarificación. Cláusulas adicionales.

TEMA 30.- Seguro de Responsabilidad Patronal. Concepto, características y alcance. Condiciones de la póliza. Cobertura básica y coberturas opcionales. Exclusiones y limitaciones. Bases de indemnización. El siniestro. Tarificación. Cláusulas adicionales. La Ley Orgánica del Trabajo, las Trabajadoras y los Trabajadores.

TEMA 31.- Seguro de Responsabilidad Empresarial. Concepto, características y alcance. Condiciones de la póliza. Cobertura básica y coberturas opcionales. Exclusiones y limitaciones. Bases de indemnización. El siniestro. Tarificación. Cláusulas adicionales. La Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente del Trabajo.

TEMA 32.- Seguro de Casco de Vehículos Terrestres. Concepto, características y alcance. Condiciones de la póliza. Cobertura básica y coberturas opcionales. Exclusiones y limitaciones. Bases de indemnización. El siniestro. Tarificación. Cláusulas adicionales.

TEMA 33.- Seguro de Responsabilidad Civil de Vehículos. Concepto, características y alcance. Condiciones de la póliza. Cobertura básica y coberturas opcionales. Exclusiones y limitaciones. Bases de indemnización. El siniestro. Tarificación. Cláusulas adicionales. Póliza de seguro de responsabilidad civil para el transporte Internacional de carga y pasajeros.

TEMA 34.- Seguro de Crédito a la Exportación. Concepto, características y alcance. Condiciones de la póliza. Cobertura básica y coberturas opcionales. Exclusiones y

limitaciones. Bases de indemnización. El siniestro. Tarificación. Cláusulas adicionales.

TEMA 35.- Seguro Agrícola y Pecuario. Concepto, características y alcance. Condiciones de la póliza. Cobertura básica y coberturas opcionales. Exclusiones y limitaciones. Bases de indemnización. El siniestro. Tarificación. Cláusulas adicionales.

TEMA 36.- Seguros Bancarios. Concepto, características y alcance. Condiciones de la póliza. Cobertura básica y coberturas opcionales. Exclusiones y limitaciones. Bases de indemnización. El siniestro. Tarificación. Cláusulas adicionales.

TEMA 37.- Seguro de Fidelidad de Empleados. Concepto, características y alcance. Condiciones de la póliza. Cobertura básica y coberturas opcionales. Exclusiones y limitaciones. Bases de indemnización. El siniestro. Tarificación. Cláusulas adicionales.

TEMA 38.- Microseguros, seguros inclusivos y seguros masivos. Concepto, características y alcance. Condiciones de la póliza. Coberturas. Exclusiones y limitaciones. Bases de indemnización. El siniestro. Tarificación. Cláusulas adicionales. Régimen aplicable.

TEMA 39.- Fianza. Concepto, características y alcance. Diferencia entre fianza y garantía financiera. Características de la fianza. Distintos tipos de fianzas. La fianza en la actividad aseguradora.

TEMA 40.- El contrato de medicina prepagada. Concepto, características y alcance. Condiciones del contrato. Cobertura básica y coberturas opcionales. Exclusiones y limitaciones. Prestación del servicio. El siniestro. Tarificación. Exámenes médicos. Modalidades.

TEMA 41.- El Reaseguro. Concepto. Finalidad, retención y cesión. El contrato y sus características principales. Tipos: automático y facultativo. Modalidades: proporcional y no proporcional.

TEMA 42.- Los intermediarios. Agentes, corredores y sociedades de corretaje. Sus obligaciones. Principios éticos que rigen la actividad.

TEMA 43.- Los peritos evaluadores, inspectores de riesgo y ajustadores de pérdidas. Conceptos y disposiciones legales que los rigen.

TEMA 44.- Las Financiadoras de primas. Concepto. Disposiciones legales que las rigen.

TEMA 45.- Métodos alternos para la resolución de conflictos en la actividad aseguradora.

TEMA 46. De la protección y defensa de los derechos del tomador, asegurado, beneficiario, contratante, usuario y afiliado.

De la aplicación de las normas

Artículo 27. Las demás normativas prudenciales y actos administrativos conexos a la actividad aseguradora, que coliden con las presentes normas no serán aplicables.

De la publicidad

Artículo 28. Se ordena la publicación de las presentes normas en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, con el fin de coadyuvar con la divulgación de su contenido a todos los interesados y público en general.

De la vigencia

Artículo 29. Las presentes normas entrarán en vigencia a partir de la fecha de publicación en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

OMAR OROZCO COLMENARES
Superintendente de la Actividad Aseguradora (E)
Resolución N°003-2021 de fecha 18 de enero de 2021
G.O.R.B.V. N° 42.049 de fecha 18 de enero de 2021



NORMAS SOBRE EL ARBITRAJE EN LA SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA



Gobierno Bolivariano
de Venezuela

Ministerio del Poder Popular de
Economía, Finanzas y Comercio Exterior

Superintendencia de la
Actividad Aseguradora



213°, 165° y 25°

SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

Providencia: SAA-_____

Fecha: _____



El Superintendente de la Actividad Aseguradora tiene dentro de sus atribuciones dictar sus manuales de normas y procedimientos que regulan la Actividad Aseguradora.

Por cuanto la Ley de la Actividad Aseguradora instituye el arbitraje como medio alternativo de resolución de conflictos, según lo establecido en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.

Por cuanto la Ley de la Actividad Aseguradora, dispone que la Superintendencia de la Actividad Aseguradora podrá llevar a cabo procedimientos de arbitraje como medio de solución de conflictos en la actividad aseguradora.

Por cuanto la Ley de la Actividad Aseguradora atribuye la competencia al Superintendente de la Actividad Aseguradora de resolver con carácter de árbitro arbitrador, las controversias que se susciten entre los sujetos regulados y entre éstos y los tomadores, asegurados, beneficiarios, contratantes, usuarios y afiliados, cuando las partes lo hayan establecido de mutuo acuerdo

Por cuanto la Ley de la Actividad Aseguradora dispone el derecho de solicitar la mediación de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, en la resolución de los conflictos o controversias con ocasión de la ejecución del contrato y recibir un trato justo, respetuoso, oportuno y digno de sus funcionarios o funcionarias y de los sujetos regulados.

En virtud de lo anterior, acuerda dictar las siguientes:

NORMAS SOBRE EL ARBITRAJE EN LA SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

De la definición

Artículo 1. A los fines de estas normas, el arbitraje es un medio de resolución de conflictos que surge de la autonomía de la voluntad de las partes mediante un acuerdo o cláusula arbitral, delegando en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora la solución de una controversia, y éste, investido como árbitro y siguiendo el procedimiento determinado en estas normas, decide resolver la controversia mediante un laudo arbitral de obligatorio cumplimiento para las partes.



Del acuerdo arbitral

Artículo 2. El acuerdo arbitral es un convenio independiente y posterior a la contratación de los sujetos regulados entre sí o de éstos con los tomadores, asegurados, beneficiarios, contratantes, usuarios y afiliados, en el que pactan resolver las controversias suscitadas entre ellos mediante un arbitraje que será llevado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora. Surge de forma voluntaria y excepcional una vez agotado el proceso conciliatorio con el objeto de dirimir los conflictos por el arbitraje.

De la cláusula arbitral

Artículo 3. La cláusula arbitral es todo anexo o cláusula contenida en un contrato válido y vigente que estipula que las soluciones de las controversias en el sector asegurador, suscitadas por los sujetos regulados entre sí o de éstos con los tomadores, asegurados, beneficiarios, contratantes, usuarios y afiliados, con ocasión de la ejecución o inejecución del contrato, estará sometido al conocimiento de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, con el fin de resolver la disputa mediante un arbitraje. La cláusula arbitral tiene su fuente en el contrato de seguro respectivo y surte efecto con la suscripción del mismo.

Los sujetos regulados entre sí o de éstos con los tomadores, asegurados, beneficiarios, contratantes, usuarios y afiliados, podrán someterse al arbitraje de las presentes normas sin necesidad que los contratos o condiciones generales suscritos los contemplen.

De los árbitros

Artículo 4. El Superintendente de la Actividad Aseguradora es el competente para ejercer como árbitro en la resolución de conflicto, de conformidad con lo establecido en la normativa legal vigente, sin embargo, podrá delegar en un funcionario de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora para que actúe con el carácter de árbitro.

El Superintendente o quien este delegue, podrá invitar a expertos internos o externos, quienes podrán emitir opiniones sobre el caso sujeto a arbitraje y sus informes serán valorados bajo las reglas de la sana crítica.

De la exclusión de la jurisdicción

Artículo 5. La cláusula o acuerdo arbitral debe indicar la exclusión de la jurisdicción ordinaria de los tribunales de la República Bolivariana de Venezuela y la voluntad de comprometerse a solucionar la disputa mediante el arbitraje en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.



De la solicitud del procedimiento de arbitraje

Artículo 6. El procedimiento de arbitraje se iniciará mediante una solicitud dirigida por una de las partes al Superintendente de la Actividad Aseguradora, la cual será evaluada en un lapso de tres (3) días hábiles para su aceptación o rechazo y la misma será notificada a la contraparte, con la finalidad que manifieste su voluntad de someterse a dicho proceso en un lapso de veinte (20) días hábiles.

Si la otra parte rechaza el arbitraje de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora le notificará al solicitante y se archivará la solicitud.

En el supuesto que el arbitraje sea aceptado por ambas partes, el Superintendente de la Actividad Aseguradora dictará un auto de apertura el cual le notificará en un lapso de cinco (5) días hábiles.

Del contenido de la solicitud

Artículo 7. La solicitud del procedimiento de arbitraje deberá contener como mínimo lo siguiente:

1. El nombre completo o razón social, domicilio, datos relativos a su creación o registro, número de teléfono y correo electrónico de cada una de las partes, para lograr su notificación;
2. Los elementos de hecho y de derecho en los que se fundamenta la pretensión;
3. La identificación de las partes y de sus representantes o abogados que les asistan, con su poder de representación debidamente autenticado, incluyendo direcciones físicas, electrónicas, números telefónicos y demás datos relevantes para la identificación y contacto de las partes;
4. Copia del contrato que contenga la cláusula arbitral o del acuerdo arbitral suscrito entre las partes. (si aplica);
5. Copia de la cédula de identidad y del Registro único de Información Fiscal (RIF) del solicitante actualizado.

Del despacho saneador

Artículo 8. Cuando el escrito de la solicitud de arbitraje resulte ambiguo, de difícil comprensión, o no llenare los extremos exigidos en estas normas, el Superintendente de la Actividad Aseguradora lo notificará al solicitante, comunicándole las omisiones o faltas observadas a fin de que en el plazo de tres (3) días hábiles proceda a subsanarlos.

Si el solicitante no subsana en el lapso anteriormente indicado se declarará el desistimiento de la solicitud de arbitraje, archivándose la solicitud.



Del conflicto de intereses

Artículo 9. Cuando exista algún conflicto de interés, falta de independencia o imparcialidad en el cumplimiento de sus funciones como árbitro en el procedimiento de arbitraje en la persona delegada, el Superintendente de la Actividad Asegurada tendrá un lapso de dos (02) días hábiles siguientes a la recepción de la notificación, para designar a otro funcionario.

De la sede del arbitraje

Artículo 10. La sede donde tendrá lugar el arbitraje será la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

Del secretario

Artículo 11. En aras de contribuir con la resolución de las controversias de manera eficaz y eficiente, y de acuerdo a las circunstancias del caso, el Superintendente de la Actividad Aseguradora o a quien éste delegue podrá nombrar un Secretario, quien tendrá como función apoyar el procedimiento de arbitraje en las gestiones administrativas del caso, bajo los siguientes términos:

1. El Superintendente es responsable de seleccionar y supervisar al Secretario, a quien no se le podrá delegar bajo ninguna circunstancia la función decisoria o valorativa de las posiciones de hecho o de derecho de las partes. En cada procedimiento arbitral se podrá designar únicamente a un (1) Secretario, que deberá ser de profesión abogado;
2. Antes de ser nombrado, el candidato propuesto como Secretario deberá firmar un acuerdo de confidencialidad. Si el candidato considera que existe algún impedimento de hecho o de derecho para el cumplimiento de sus funciones, deberá rechazar su nombramiento o inhibirse inmediatamente;
3. El Superintendente podrá a su simple discreción y sin tener que justificar su decisión, prescindir de los servicios del Secretario;
4. El Secretario desempeñará sus funciones de conformidad con estas normas, el Código de Ética de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora y demás normativas vigentes que rigen la materia y según el acuerdo de confidencialidad firmado;
5. El Secretario podrá excusarse de participar en el procedimiento arbitral para el que fue designado, si existen causas justificadas;
6. Asistir al árbitro en las gestiones administrativas necesarias para la tramitación de los expedientes a su cargo;
7. Coordinar con el árbitro el calendario para la realización de las audiencias;
8. Mantener la organización de los escritos, solicitudes y demás diligencias que presenten las partes;
9. Asistir al árbitro con investigaciones sobre cuestiones de derecho;
10. Asistir a las audiencias y deliberaciones privadas del procedimiento arbitral, y registrar el tiempo invertido;
11. Ejercer las demás labores administrativas que le asigne el árbitro durante el procedimiento arbitral, absteniéndose en todo momento, de asumir una



función decisoria o valorativa de las posiciones de hecho o de derecho de las partes.

Del compromiso arbitral

Artículo 12. Una vez constituido en árbitro el Superintendente de la Actividad Aseguradora o a quien éste delegue, procederá a citar a las partes para que suscriban el compromiso arbitral, el cual no requerirá para su validez de autenticación.

Del lapso probatorio

Artículo 13. Al día siguiente de haberse celebrado el acto de suscripción del compromiso arbitral, comenzará a correr el lapso probatorio de quince (15) días hábiles para promover pruebas; sin embargo, las partes, de común acuerdo, en cualquier estado del procedimiento arbitral, podrán hacer evacuar cualquier clase de prueba en que tengan interés.

De la admisibilidad de las pruebas

Artículo 14. Al cuarto (4to) día hábil siguiente a la culminación del lapso para la promoción de pruebas, el Superintendente de la Actividad Aseguradora o a quien éste delegue como árbitro, deberá pronunciarse sobre la admisión de las pruebas, y desechar las que aparezcan manifiestamente ilegales o impertinentes.

De la oposición de pruebas

Artículo 15. Dentro de los primeros tres (3) días hábiles siguientes a la culminación del lapso de promoción de pruebas, las partes podrán oponerse a la admisión de las pruebas promovidas.

De la evacuación de pruebas

Artículo 16. Admitidas las pruebas, comenzará a computarse un término de treinta (30) días destinados a la evacuación de las pruebas.

Del pronunciamiento y motivación del Laudo

Artículo 17. Vencido el lapso probatorio el Superintendente de la Actividad Aseguradora o a quien éste delegue como árbitro, deberá dirimir la controversia en un plazo no mayor de treinta (30) días hábiles, el cual deberá ser por escrito, motivado y fundamentado de manera sucinta, debe ser integral y autosuficiente, por lo que contendrá toda la información requerida para su reconocimiento o ejecución. En este sentido, debe expresar la decisión sobre el fondo de la controversia, así como los resultados de todas las experticias que hayan sido requeridas.

De la libertad de apreciación

Artículo 18. El Superintendente de la Actividad Aseguradora o a quien éste delegue como árbitro, actuará en el procedimiento con entera libertad, según le parezca más conveniente al interés de las partes, de acuerdo con lo dispuesto en

la Ley, y en las normas prudenciales que dicte la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

De la aplicación supletoria

Artículo 19. Supletoriamente se aplicará lo dispuesto en la Ley Orgánica de Procedimientos Administrativos, el Código de Procedimiento Civil y la ley que regule la materia de arbitraje.

De la ejecución del laudo arbitral

Artículo 20. El laudo arbitral será ejecutado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora de conformidad con la Ley Orgánica de Procedimientos Administrativos, salvo que por expresa disposición legal o así se considere, sea encomendada a la autoridad judicial.

Cuando la parte que haya sido declarada perdidosa por el laudo y no ha cumplido voluntariamente con el mismo, se le impondrán multas sucesivas mientras permanezca el incumplimiento, sin menoscabo de realizar todas las actuaciones o mecanismos atribuidos por la ley para ejecutar forzosamente la decisión.

De la decisión sobre las costas del arbitraje

Artículo 21. Las costas del arbitraje incluirán los gastos administrativos determinados por el Superintendente de la Actividad Aseguradora el cual será informado a las partes al inicio del proceso. El pago de las costas corresponde a la parte perdidosa en el proceso arbitral.

De la disposición derogatoria

Artículo 22. Quedan derogadas las demás normativas y actos administrativos conexos a la actividad aseguradora, que coliden con las presentes normas.

De la aplicación de las normas

Artículo 23. Las demás normativas prudenciales y actos administrativos conexos a la actividad aseguradora, que coliden con las presentes normas no serán aplicables.

De la publicidad

Artículo 24. Se ordena la publicación de las presentes normas en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, con el fin de coadyuvar con la divulgación de su contenido a todos los interesados y público en general.

De la vigencia



Artículo 25. Las presentes normas entrarán en vigencia a partir de la fecha de publicación en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

OMAR OROZCO COLMENARES
Superintendente de la Actividad Aseguradora (E)
Resolución N°003-2021 de fecha 18 de enero de 2021
G.O.R.B.V. N° 42.049 de fecha 18 de enero de 2021

NORMAS SOBRE LAS CONDICIONES GENERALES DE LAS PÓLIZAS DE SEGUROS OBLIGACIONALES O DE RESPONSABILIDAD



213°, 165° y 25°

SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

Providencia: SAA-_____

Fecha: _____

El Superintendente de la Actividad Aseguradora tiene dentro de sus atribuciones dictar sus manuales de normas y procedimientos que regulan la Actividad Aseguradora.

Por cuanto la Ley de la Actividad Aseguradora dispone que la Superintendencia de la Actividad Aseguradora podrá establecer, mediante acto administrativo, los modelos de contratos y tarifas que deben mantener carácter general y uniforme, cuando el interés común así lo requiera.



Por cuanto es competencia de esta Superintendencia de la Actividad Aseguradora verificar y garantizar que los sujetos regulados cumplan con las disposiciones contenidas en la Ley de la Actividad Aseguradora.

En virtud de lo anterior, acuerda dictar las siguientes:

NORMAS SOBRE LAS CONDICIONES GENERALES DE LAS PÓLIZAS DE SEGUROS OBLIGACIONALES O DE RESPONSABILIDAD

Aprobación con carácter general y uniforme

Artículo 1. Aprobar con carácter general y uniforme las Condiciones Generales de las Pólizas de Seguros Obligatorios o de Responsabilidad, en los términos que se transcriben a continuación:

PÓLIZA DE SEGURO DE {Indicar nombre completo del Seguro Obligacional o de Responsabilidad}

Entre {RAZÓN SOCIAL DEL ASEGURADOR},{REGISTRO DE INFORMACIÓN FISCAL (R.I.F.)}, {DATOS DE REGISTRO MERCANTIL O REGISTRO SUBALTERNO}, que en adelante se denominará el Asegurador, representada por el ciudadano _____ en su carácter de _____, facultado según consta en documento inscrito ante la Notaría Pública _____, el ____ de _____ de _____, bajo el N° _____, Tomo _____, y el Tomador, identificado en el Cuadro Póliza Recibo, han convenido en suscribir el presente contrato de seguro, el cual está conformado y se registrará por las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, el Cuadro Póliza Recibo, la Solicitud de Seguro y los demás documentos que formen parte integrante del mismo.

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA 1. OBJETO DEL SEGURO.

Mediante este seguro el Asegurador se compromete a cubrir los riesgos mencionados en las Condiciones Particulares y Anexos, si los hubiere, y a indemnizar al Asegurado o al Beneficiario aquellas sumas por las cuales el Asegurado sea declarado legalmente responsable y esté obligado a pagar a terceros, mediante sentencia definitivamente firme, por eventos amparados por este



contrato, hasta por la suma asegurada indicada como límite en el Cuadro Póliza Recibo.

CLÁUSULA 2. DEFINICIONES GENERALES.

A los efectos de este contrato, queda expresamente convenido entre las partes que los siguientes términos tendrán los significados que se indican, siendo que el género masculino incluirá también al femenino, cuando corresponda, salvo que del texto de este contrato se desprenda una interpretación diferente:

1. **ASEGURADO:** Persona natural o jurídica que en sus bienes o intereses económicos está expuesta a los riesgos amparados por este contrato.
2. **ASEGURADOR:** Persona jurídica que asume los riesgos cubiertos en este contrato.
3. **BENEFICIARIO:** Persona natural o jurídica que tiene el derecho de recibir el pago de la indemnización a que hubiere lugar. El Tomador, el Asegurado o el Beneficiario pueden ser o no la misma persona.
4. **CONDICIONES PARTICULARES:** Aquellas que contemplan aspectos concretamente relativos al riesgo que se asegura.
5. **CUADRO PÓLIZA RECIBO:** Documento en el que se indica, como mínimo, la siguiente información: número de la Póliza; identificación completa del Asegurador y de su domicilio principal; identificación completa del Tomador y del Asegurado; dirección del Tomador; dirección de cobro; dirección del Asegurado; duración del contrato; fecha de emisión del contrato; vigencia del recibo; coberturas contratadas, básicas y opcionales, distinguiendo para cada cobertura: la suma asegurada, el deducible, si lo hubiere, y el monto de la prima; lugar y forma de pago de la prima; identificación del intermediario de la actividad aseguradora y firmas del Asegurador y del Tomador.
6. **DOCUMENTOS QUE FORMAN PARTE DEL CONTRATO DE SEGURO:** La Solicitud de Seguro; el documento de cobertura provisional, si lo hubiere; las Condiciones Generales; las Condiciones Particulares; el Cuadro Póliza Recibo; los anexos que se emitan para complementar o modificar la póliza y los demás documentos que, por su naturaleza, formen parte del contrato.
7. **PRIMA:** Contraprestación que, en función del riesgo, debe pagar el Tomador al Asegurador en virtud de la celebración del contrato.
8. **RIESGO:** Posible ocurrencia por azar de un acontecimiento que no dependa exclusivamente de la voluntad del Tomador, Asegurado o Beneficiario, que ocasione una necesidad económica, y cuya aparición real o existencia se previene y garantiza en este contrato.
9. **SINIESTRO:** Materialización del riesgo que da origen a la obligación de indemnizar por parte del Asegurador, que corresponda conforme con el presente contrato.
10. **SOLICITUD DE SEGURO:** Cuestionario que proporciona el Asegurador, el cual contiene un conjunto de preguntas relativas a la identificación del Tomador, del Propuesto Asegurado y del Beneficiario, así como también la identificación, la descripción detallada y la ubicación de los bienes o intereses que se pretendan



asegurar y demás datos que puedan influir en la estimación del riesgo, que deben ser contestadas en su totalidad y con exactitud por el Tomador o el Propuesto Asegurado, constituyendo dicha declaración la base legal para la emisión del contrato de seguro.

Adicionalmente, deberá contener el detalle de las coberturas que se pretenden contratar, distinguiendo las coberturas básicas de las opcionales, señalando expresamente que estas últimas no serán de obligatoria suscripción por parte del Tomador o del Propuesto Asegurado.

11. **SUMA ASEGURADA:** Límite máximo de responsabilidad del Asegurador.
12. **TOMADOR:** Persona natural o jurídica que obrando por cuenta propia o ajena, contrata el seguro con el Asegurador, trasladándole los riesgos y obligándose al pago de la prima.

CLÁUSULA 3. EXCLUSIONES GENERALES.

Esta póliza no cubre:

1. Pérdidas, gastos, daños o responsabilidades que sean consecuencia o que se den en el curso de: guerra, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas (haya habido declaración de guerra o no), insubordinación militar, levantamiento militar, insurrección, rebelión, revolución, guerra civil, guerra intestina, poder militar o usurpación de poder, proclamación del estado de excepción, acto de terrorismo o acto de cualquier persona que actúe en nombre de o en relación con alguna organización que realice actividades dirigidas a la destitución por la fuerza del gobierno o influenciarlo mediante el terrorismo o la violencia.
2. Pérdidas, gastos, daños o responsabilidades que sean consecuencia de: fisión o fusión nuclear, radiaciones ionizantes y contaminantes radioactivos.
3. Pérdidas, gastos, daños o responsabilidades que sean consecuencia de: nacionalización, confiscación, incautación, requisa, comiso, embargo, expropiación, destrucción o daño por orden de cualquier gobierno o autoridad pública legalmente constituida o de facto, a menos que dicha destrucción sea ejecutada para detener la propagación de los daños causados por cualquier riesgo asegurado.

CLÁUSULA 4. EXONERACIONES DE RESPONSABILIDAD.

El Asegurador no estará obligado al pago de la indemnización en los siguientes casos:

1. Si el Tomador, Asegurado, Beneficiario o cualquier persona que obre por cuenta de éstos presenta una reclamación fraudulenta o engañosa, o si en cualquier tiempo emplea medios o documentos engañosos o dolosos para sustentar una reclamación o para derivar otros beneficios relacionados con este contrato.
2. Si el siniestro ha sido ocasionado por dolo del Tomador, Asegurado o Beneficiario.
3. Si el siniestro ha sido ocasionado por culpa grave del Tomador, Asegurado o Beneficiario, o de cualquier persona que obre por cuenta de ellos, salvo que esté expresamente cubierto en las Condiciones Particulares. No obstante, el



- Asegurador estará obligado al pago de la indemnización si el siniestro ha sido ocasionado en cumplimiento de deberes legales de socorro o en tutela de intereses comunes con el Asegurador en lo que respecta a este contrato.
4. Si el siniestro se inicia antes de la duración del contrato y continúa después de que los riesgos hayan comenzado a correr por cuenta del Asegurador.
 5. Si el Tomador, Asegurado o Beneficiario no empleare los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del siniestro, siempre que este incumplimiento se produjera con la manifiesta intención de perjudicar o engañar al Asegurador.
 6. Si el Tomador o Asegurado actúa con dolo o culpa grave en la declaración de las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo, según lo señalado en la Cláusula 8. Declaraciones en la Solicitud de Seguro, de estas Condiciones Generales.
 7. Si el Tomador, Asegurado o Beneficiario intencionalmente omitiere dar aviso al Asegurador sobre la contratación de pólizas que cubran el mismo riesgo amparado por el presente contrato o si el Tomador hubiese celebrado el segundo o posteriores contratos de seguros, sobre los mismos riesgos, con el fin de procurarse un provecho ilícito.
 8. Si el Asegurado o el Beneficiario incumpliere lo establecido en la Cláusula 14. Subrogación de Derechos, de estas Condiciones Generales, a menos que compruebe que el incumplimiento es debido a una causa extraña no imputable a él.
 9. Si el Tomador, Asegurado, Beneficiario o cualquier persona que obre por cuenta de éstos, actuando con dolo o culpa grave, obstaculiza los derechos del Asegurador estipulados en este contrato.
 10. Otras exoneraciones de responsabilidad que se establezcan en las Condiciones Particulares de este contrato.

CLÁUSULA 5. DURACIÓN DEL CONTRATO.

La duración del contrato se hará constar en el Cuadro Póliza Recibo, con indicación de la fecha de emisión, la hora y día de su iniciación y vencimiento.

A falta de indicación expresa, los riesgos cubiertos comienzan a correr por cuenta del Asegurador a las 12 m. del día de inicio de la duración del contrato y terminarán a la misma hora del día de su vencimiento.

CLÁUSULA 6. PAGO DE LA PRIMA.

El Tomador debe pagar la primera prima en el plazo de diez (10) días continuos contados a partir de la fecha de inicio de la duración del contrato. Si la prima no es pagada o se hace imposible su cobro por causa imputable al Tomador en el plazo establecido, el Asegurador tendrá derecho a exigir el pago correspondiente o resolver el contrato, debiendo notificar al Tomador su decisión dentro de los tres (3) días hábiles siguientes. En caso de resolución, ésta tendrá efecto desde el inicio de la duración del contrato. Si el Asegurador no ejerce su derecho a resolver el contrato de seguro, no podrá negarse a recibir el pago de la prima vencida.

Si ocurriese un siniestro en el plazo convenido para el pago de la primera prima o en el plazo de tres (3) días previsto para la notificación de la decisión del Asegurador,



indicados en el párrafo anterior, el Asegurador pagará la indemnización, siempre que el Tomador pague antes de su vencimiento la prima correspondiente.

El pago de la prima solamente conserva en vigor el contrato por el tiempo al cual corresponda dicho pago, según conste en el Cuadro Póliza Recibo.

Contra el pago de la prima, el Asegurador entregará al Tomador el Cuadro Póliza Recibo o recibo de prima correspondiente, según sea el caso, firmado y sellado. La entrega podrá efectuarse en forma impresa o a través de los mecanismos electrónicos acordados para ello que consten en la solicitud de seguro, con su acuse de recibo.

Las primas pagadas en exceso no darán lugar a responsabilidad alguna por parte del Asegurador por el exceso, sino única y exclusivamente al reintegro sin intereses del excedente, aun cuando aquellas hubieren sido aceptadas formalmente por éste.

CLÁUSULA 7. LUGAR Y MEDIO DE PAGO DE LAS PRIMAS.

Las primas correspondientes a este contrato serán pagadas directamente en las oficinas del Asegurador. No obstante, podrán ser pagadas bajo cualquier mecanismo o medio acordado por las partes.

El Asegurador podrá cobrar las primas a domicilio y dar aviso de sus vencimientos y, si lo hiciere, no sentará precedente de tal obligación y podrá suspender esta gestión en cualquier momento, previo aviso.

CLÁUSULA 8. FRACCIONAMIENTO DE LA PRIMA.

Si el pago de la prima es fraccionado, se entiende que tal fraccionamiento es una facilidad de pago y no implica modificación del período de duración del contrato. En este caso, si el Tomador no pagase cualquier fracción de la prima dentro de los *{El Asegurador podrá establecer el número de días hábiles que considere conveniente para el pago de la fracción prima, siempre que no sea inferior a cinco (5) días hábiles}* días hábiles siguientes a la fecha de la finalización de la última fracción pagada, el Asegurador tiene derecho a exigir la prima debida o a resolver el contrato, debiendo notificar al Tomador su decisión dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la culminación del plazo anterior.

Si ocurriese un siniestro amparado durante alguno de los plazos mencionados, el Asegurador procederá de conformidad con las siguientes reglas:

1. Descontar del monto indemnizable la fracción de prima vencida. No obstante, si el monto a pagar es por la totalidad de la suma asegurada, el Asegurador podrá deducir las fracciones de primas pendientes para completar la totalidad de la prima de la duración del contrato.
2. Si el monto indemnizable es menor a la fracción de prima vencida, el Asegurador pagará la indemnización, siempre que el Tomador pague la referida fracción de prima vencida, antes del vencimiento del respectivo plazo.

En caso de resolución por falta de pago de una fracción de prima vencida, ésta tendrá efecto desde la fecha de finalización del periodo cubierto por la última fracción de prima



pagada, siempre que el Asegurador lo haya notificado previamente al Tomador o al Asegurado.

Si el Asegurado no ejerce su derecho a resolver el contrato de seguro, no podrá negarse a recibir el pago de la fracción de prima vencida.

CLÁUSULA 9. DECLARACIONES EN LA SOLICITUD DE SEGURO.

El Tomador o Propuesto Asegurado al llenar la solicitud, debe declarar con exactitud al Asegurador, de acuerdo con el cuestionario y demás requerimientos que le indique, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.

El Asegurador, debe participar al Tomador o Asegurado, en el plazo de cinco (5) días hábiles siguientes, que ha tenido conocimiento de un hecho no declarado en la solicitud que pueda influir en la valoración del riesgo, y podrá ajustar o resolver el contrato, mediante comunicación impresa o a través de los mecanismos electrónicos acordados para ello, con acuse de recibo, dirigida al Tomador o Asegurado, según corresponda, en el plazo de un (1) mes, contado a partir del conocimiento de los hechos.

En caso de resolución, ésta se producirá a partir del décimo sexto (16°) día continuo siguiente a su notificación, siempre que la parte proporcional de la prima, deducida la comisión pagada al intermediario de la actividad aseguradora, correspondiente al período que falte por transcurrir, se encuentre a disposición del Tomador en la caja del Asegurador. Corresponderán al Asegurador, las primas relativas al período de seguro transcurrido, hasta el momento en que haga esta notificación.

El Asegurador no podrá resolver el contrato cuando el hecho que ha sido objeto de reserva o inexactitud ha desaparecido antes del siniestro.

Si el siniestro sobreviene antes de que el Asegurador haga cualquiera de las notificaciones a que se refiere esta Cláusula o antes de que se haga efectiva la resolución del contrato, la indemnización se reducirá en la misma proporción que existe entre la prima convenida y la que se hubiese establecido de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si el Tomador o Asegurado actúa con dolo o culpa grave, el Asegurador quedará liberado del pago de la indemnización y de la devolución de la prima.

Cuando el contrato esté referido a varias personas, bienes o intereses y la reserva o inexactitud se contrajese sólo a uno o varios de ellos, el contrato subsistirá con todos sus efectos respecto a los restantes, si ello fuere técnicamente posible.

CLÁUSULA 10. FALSEDADES Y RETICENCIAS DE MALA FE.

Las falsedades y reticencias de mala fe por parte del Tomador o Asegurado realizadas en la solicitud de seguros, debidamente probadas, serán causa de nulidad absoluta del contrato, si son de tal naturaleza que el Asegurador, de haberlas conocido, no hubiese contratado o lo hubiese hecho en otras condiciones.



Las falsedades y reticencias de mala fe por parte del Tomador, Asegurado o Beneficiario en la reclamación del siniestro, debidamente probadas, serán causa de nulidad absoluta del contrato y exoneran del pago de la indemnización al Asegurador.

No hay lugar a la devolución de prima al Tomador en los supuestos de nulidad del contrato contemplados en esta Cláusula.

CLÁUSULA 11. PLURALIDAD DE SEGUROS.

Cuando un interés estuviese asegurado contra el mismo riesgo, por dos o más aseguradores, el Tomador, Asegurado o Beneficiario estará obligado, salvo pacto en contrario, a poner en conocimiento de esa circunstancia a todos los aseguradores, al momento de la presentación de los documentos solicitados para la tramitación del siniestro, con indicación del nombre de cada uno de ellos, número y período de duración de cada contrato.

Si el Tomador, Asegurado o Beneficiario, intencionalmente omite ese aviso o hubiese celebrado el segundo o los posteriores contratos de seguro, con la finalidad de procurarse un provecho ilícito, los aseguradores no quedan obligados frente a aquél. Sin embargo, conservarán sus derechos derivados de los respectivos contratos. En este caso, deberán tener prueba fehaciente de la conducta dolosa del Tomador, Asegurado o Beneficiario.

Los aseguradores contribuirán al abono de la indemnización en proporción a la suma propia asegurada, sin que pueda superarse la cuantía del daño. Dentro de ese límite, el Asegurado o Beneficiario podrá solicitar a cada Asegurador, en el orden que él establezca, la indemnización debida, según el respectivo contrato. El Asegurador que ha pagado una cantidad superior a la que proporcionalmente le corresponda, podrá repetir contra el resto de ellos.

En caso de contrataciones de buena fe de una pluralidad de seguros, todos los contratos serán válidos, y obligarán a cada uno de los aseguradores, a pagar hasta el valor del daño sufrido, dentro de los límites de la suma que hubiesen asegurado, proporcionalmente a lo que le corresponda en virtud de los otros contratos celebrados.

Cuando exista una pluralidad de seguros, en caso de siniestro, el Asegurado o Beneficiario no podrá renunciar a los derechos que le correspondan, según el contrato de seguro o aceptar modificaciones de los mismos con uno de los aseguradores, en perjuicio de los demás.

CLÁUSULA 12. PAGO DE INDEMNIZACIONES.

Todo pago que deba efectuar el Asegurador en virtud de cualquier reclamación amparada por el presente contrato y como consecuencia de cualquier responsabilidad atribuible legalmente al Asegurado o por cualquier daño o pérdida sufrida por éste, será realizado dentro de los veinte (20) días continuos siguientes, contados desde el momento en que la



cantidad que el Asegurado esté obligado a pagar haya sido determinada, bien por sentencia definitivamente firme contra el Asegurado, después de haberse efectuado el juicio correspondiente, o mediante acuerdo por escrito entre el Asegurado, el reclamante y el Asegurador, o luego de haberse recibido el último recaudo solicitado o del informe del ajuste de pérdidas, si fuera el caso, salvo por causa extraña no imputable al Asegurador.

CLÁUSULA 13. RECHAZO DEL SINIESTRO.

El Asegurador debe notificar por escrito al Tomador, Asegurado o Beneficiario, en el plazo señalado en la Cláusula anterior, las causas de hecho y de derecho que a su juicio justifiquen el rechazo, total o parcial, de la indemnización exigida.

CLÁUSULA 14. SUBROGACIÓN DE DERECHOS.

El Asegurador que ha pagado la indemnización, queda subrogado de pleno derecho, hasta la concurrencia del monto pagado, en los derechos y acciones del Tomador, Asegurado o Beneficiario contra los terceros responsables.

Salvo el caso de dolo, la subrogación no se efectuará contra las personas de cuyos hechos debe responder civilmente el Asegurado, ni contra el causante del siniestro vinculado con el Asegurado hasta el segundo grado de parentesco por consanguinidad o que sea su cónyuge o la persona con quien mantenga unión estable de hecho.

El Asegurado o Beneficiario no podrá, en ningún momento, renunciar a sus derechos de exigir a otras personas la reparación por los daños y pérdidas que éstas le hubiesen ocasionado.

En caso de siniestro, el Asegurado o Beneficiario está obligado a realizar a expensas del Asegurador, cuantos actos sean necesarios y todo lo que éste pueda razonablemente requerir, con el objeto de permitir que ejerza los derechos que le correspondan por subrogación, sean antes o después del pago.

Si el Asegurado o Beneficiario incumpliere lo establecido en esta Cláusula, perderá el derecho al pago que le otorga este contrato o estará obligado a reintegrar el monto de la indemnización, si esta ya se hubiese efectuado, a menos que compruebe que el incumplimiento es debido a una causa extraña no imputable a él.

CLÁUSULA 15. ARBITRAJE.

Las partes podrán someter a un procedimiento de arbitraje las divergencias que se susciten en la interpretación, aplicación y ejecución del contrato. La tramitación del arbitraje se ajustará a lo dispuesto en la ley que regule la materia de arbitraje y supletoriamente al Código de Procedimiento Civil.



El Superintendente de la Actividad Aseguradora actuará como árbitro arbitrador en aquellos casos en que sea designado de mutuo acuerdo entre ambas partes, con motivo de las controversias que se susciten en la interpretación, aplicación y ejecución del contrato. En este supuesto, la tramitación del arbitraje se ajustará a lo dispuesto en las normas que regulan el arbitraje en la actividad aseguradora.

El laudo arbitral será de obligatorio cumplimiento.

CLÁUSULA 16. CADUCIDAD.

El Tomador, Asegurado o Beneficiario perderá todo derecho a ejercer acción judicial contra el Asegurador o convenir con éste a someterse al Arbitraje previsto en la Cláusula anterior, si no lo hubiere hecho antes de transcurrir el plazo de un (1) año contado a partir de la fecha de la notificación, por escrito:

1. Del rechazo, total o parcial, del siniestro.
2. De la decisión del Asegurador sobre la inconformidad del Tomador, Asegurado o Beneficiario respecto a la indemnización.

A los efectos de esta disposición, se entenderá iniciada la acción judicial una vez que sea consignado el libelo de demanda por ante los órganos jurisdiccionales.

CLÁUSULA 17. PRESCRIPCIÓN.

Salvo lo dispuesto en leyes especiales, las acciones derivadas de este contrato prescriben a los tres (3) años contados a partir del hecho que dio nacimiento a la obligación.

CLÁUSULA 18. OBLIGACIONES DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO.

1. El Tomador y el Propuesto Asegurado deben llenar la Solicitud de Seguro y declarar, con sinceridad y exactitud, todas las circunstancias necesarias para identificar el bien o interés asegurable y apreciar la extensión de los riesgos, en los términos indicados en este contrato.
2. El Asegurado debe prestar toda la colaboración necesaria para facilitar la realización de las inspecciones de riesgo, así como también los ajustes de daños, según sea el caso.
3. El Tomador debe pagar la prima en la forma, frecuencia, lugar y tiempo convenidos en este contrato.
4. El Asegurado debe emplear el cuidado de un diligente padre de familia para prevenir el siniestro o para aminorar sus consecuencias.
5. El Tomador, Asegurado o Beneficiario hará saber al Asegurador, dentro del plazo establecido en las Condiciones Particulares de este contrato, la ocurrencia de un siniestro, expresando claramente las causas y circunstancias del suceso ocurrido.
6. El Asegurado o Beneficiario debe tomar las medidas necesarias para salvaguardar el interés asegurado o para conservar sus restos, si fuera el caso.



7. El Tomador, Asegurado o Beneficiario debe declarar, al momento de contratar la póliza y al tiempo de exigir el pago del siniestro, los contratos de seguros que existen y que cubren el mismo riesgo.
8. El Tomador, Asegurado o Beneficiario debe probar la ocurrencia del siniestro a través de la consignación de toda la información necesaria para la indemnización del mismo, que sea solicitada por el Asegurador para verificar las circunstancias y consecuencias del siniestro.
9. El Tomador, Asegurado o Beneficiario debe realizar diligentemente todas las acciones necesarias y destinadas a garantizar al Asegurador el ejercicio de su derecho de subrogación, si fuere el caso.
10. El Tomador o el Asegurado, en caso de cambio de dirección de cobro, domicilio, habitación u oficina, según sea el caso, debe notificar por escrito al Asegurador dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la fecha de haber efectuado el cambio, a menos que esta obligación sea considerada una agravación de riesgo, en cuyo caso se aplicará el plazo previsto para ello.
11. El Tomador o Asegurado debe cumplir con todas y cada una de las obligaciones, responsabilidades y condiciones establecidas en los diferentes documentos que integran el presente contrato.

CLÁUSULA 19. OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR.

1. Informar al Tomador o Asegurado, mediante la entrega de la Póliza y demás documentos, la extensión de los riesgos asumidos y aclarar, en cualquier tiempo, todas las dudas y consultas que éste le formule.
2. Entregar el Cuadro Póliza Recibo al Tomador junto con copia de la Solicitud de Seguro, las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, los Anexos, si los hubiere, y los demás documentos que formen parte integrante del contrato de seguro. En la renovación la obligación procederá para los nuevos documentos o para aquellos que hayan sido modificados. La entrega de los documentos señalados deberá efectuarse en los términos acordados por las partes.
3. Proceder al ajuste de daños, si fuera el caso, luego de recibida la notificación para la tramitación del siniestro, conforme con lo establecido en las Condiciones Particulares de este contrato.
4. Pagar la suma asegurada o la indemnización que corresponda en caso de siniestro, en los plazos establecidos en este contrato o rechazar la cobertura del siniestro, mediante aviso por escrito y debidamente motivado.
5. Entregar al Asegurado o al intermediario de la actividad aseguradora, una copia de la sentencia definitivamente firme que generó la reclamación o del informe del ajuste de pérdidas que contenga los cálculos utilizados para determinar la indemnización, según corresponda.
6. Cumplir con todas y cada una de las obligaciones, responsabilidades y condiciones establecidas en los diferentes documentos que integran el contrato de seguro.

CLÁUSULA 20. MODIFICACIONES.



Las solicitudes de modificación del contrato deben ser solicitadas a través de cualquier mecanismo acordado por las partes.

Se consideran aceptadas las solicitudes efectuadas por el Tomador o Asegurado, si el Asegurador no la rechaza dentro de los diez (10) días hábiles siguientes de haberla recibido.

La modificación de la suma asegurada o del deducible requerirá siempre aceptación expresa de la otra parte. En caso contrario, se presumirá aceptada por el Asegurador con la emisión del Cuadro Póliza Recibo o recibo de prima, en el que se modifique la suma asegurada o el deducible y, por el Tomador o el Asegurado, con el pago de la diferencia de prima correspondiente, si la hubiere.

Si la modificación propuesta por el Asegurador es efectiva a partir de la renovación del contrato, debe ser comunicada al Tomador mediante notificación impresa o a través de los mecanismos electrónicos acordados para ello, con acuse de recibo, con un plazo no menor a un (1) mes de anticipación a la conclusión del período de seguro en curso.

En caso de desacuerdo del Tomador, si el Asegurador decide mantener o renovar el contrato, deberá hacerlo bajo las mismas condiciones de suma asegurada y deducible vigentes al momento de la propuesta de modificación.

Las modificaciones se harán constar mediante Anexos, debidamente firmados por un representante del Asegurador y el Tomador, los cuales prevalecerán sobre las Condiciones Particulares y éstas sobre las Condiciones Generales de la Póliza.

Si la modificación requiere pago de prima adicional se aplicará lo dispuesto al respecto en este contrato.

CLÁUSULA 21. TERMINACIÓN ANTICIPADA.

El Asegurador podrá dar por terminado este contrato, con efecto a partir del decimosexto (16°) día continuo siguiente a la fecha del acuse de recibo de la notificación que envíe al Tomador, siempre y cuando se encuentre en la caja del Asegurador, a disposición de aquél, el importe correspondiente a la parte proporcional de la prima no consumida, por el período que falte por transcurrir.



A su vez, el Tomador o Asegurado podrá dar por terminado el contrato de seguro, con efecto a partir del día hábil siguiente al de la recepción de la notificación enviada al Asegurador, o de cualquier fecha posterior que en ella se señale. En este caso, dentro de los quince (15) días continuos siguientes, el Asegurador debe poner a disposición del Tomador, la parte proporcional de la prima, deducida la comisión pagada al intermediario de la actividad aseguradora, correspondiente al período que falte por transcurrir.

La terminación anticipada de la póliza se efectuará sin perjuicio del derecho del Asegurado o Beneficiario a indemnizaciones por siniestros ocurridos con anterioridad a la fecha de terminación anticipada, en cuyo caso, no procederá devolución de prima cuando las indemnizaciones sean por la totalidad de la suma asegurada.

CLÁUSULA 22. AVISOS.

Todo aviso o comunicación que una parte deba dar a la otra respecto al contrato, deberá hacerse mediante comunicación impresa o a través de los mecanismos electrónicos acordados para ello, con acuse de recibo, dirigida a la dirección del Tomador o Asegurado que conste en el contrato, según corresponda, al domicilio principal o sucursal del Asegurador, o a través de los medios electrónicos acordados por las partes.

Las comunicaciones relacionadas con la tramitación de siniestros que sean entregadas al intermediario de la actividad aseguradora producen el mismo efecto que si hubiesen sido entregadas a la otra parte, salvo estipulación en contrario.

El intermediario de la actividad aseguradora será administrativa y civilmente responsable en caso de que no haya entregado la correspondencia a su destinatario, en un plazo de tres (3) días hábiles, contados a partir de su recepción.

CLÁUSULA 23. TRASPASO.

Ningún traspaso o cesión de los derechos sobre este contrato será válido si no ha sido aprobado previamente por el Asegurador, tanto para el cedente como para el cesionario. La aprobación por parte del Asegurador debe constar en Anexo emitido a la presente Póliza.

CLÁUSULA 24. AUTORIZACIONES.

El Tomador, Asegurado o Beneficiario no podrá incurrir en gasto alguno, judicial o extrajudicial, ni hacer ningún pago, ni celebrar ningún arreglo o liquidación, ni admitir responsabilidad con respecto a cualquiera de los riesgos cubiertos que pueda presumirse responsabilidad a cargo del Asegurador, de acuerdo con este contrato, sin autorización escrita del Asegurador.

CLÁUSULA 25. DOMICILIO ESPECIAL.

Para todos los efectos y consecuencias derivadas o que puedan derivarse de esta Póliza, las partes eligen como domicilio especial, único y excluyente de cualquier otro,



el lugar donde se celebró el contrato de seguros, a cuya Jurisdicción declaran someterse las partes.

El Tomador

Por El Asegurador

Del uso obligatorio de las condiciones

Artículo 2. Las Condiciones Generales previstas en estas normas, serán de uso obligatorio en la comercialización de las Pólizas de Seguros Obligatoriales o de Responsabilidad y no podrán sufrir modificación alguna.

De la aprobación de documentos

Artículo 3. Las Tarifas, las Condiciones Particulares, Anexos y demás documentos pertinentes, que formen parte integrante de las Pólizas de Seguros Obligatoriales o de Responsabilidad y que se requieran para su comercialización, deben ser presentadas por los sujetos regulados interesados ante la Superintendencia de la Actividad Aseguradora para su aprobación.

De la inclusión de cláusulas en las condiciones particulares y anexos

Artículo 4. Las cláusulas relativas a plazo de gracia; renovaciones; agravación y disminución del riesgo; alcance territorial de la cobertura; deducible, si lo hubiere; coberturas; sumas aseguradas; bases de indemnización; otras exclusiones y exoneraciones de responsabilidad de carácter particular; rehabilitación, ajuste de daños, si lo hubiere; peritaje y cualquier otra que de acuerdo con las características de los riesgos amparados tengan que estar expresamente señaladas en el contrato, deberán constar, si corresponde, en las Condiciones Particulares o Anexos de las Pólizas de Seguros Obligatoriales o de Responsabilidad. En tal caso, los sujetos regulados interesados deben presentar estos documentos ante la Superintendencia de la Actividad Aseguradora para su aprobación.

De los anexos no sujetos a aprobación

Artículo 5. No requerirán aprobación previa los Anexos que se utilicen para cambiar el nombre de los sujetos que intervienen en el contrato, el domicilio, la fecha en que se inicia o que finaliza la cobertura de los riesgos o cualesquiera otras condiciones que no impliquen modificaciones al condicionado de la Póliza o documentos aprobados por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.



De la denominación comercial

Artículo 6. A los efectos de la comercialización de los contratos de seguros obligacionales o de responsabilidad, las empresas de seguros podrán agregar a sus pólizas la denominación comercial de su preferencia.

De la referencia al defensor del tomador, asegurado o beneficiario de la actividad aseguradora

Artículo 7. Las empresas de seguros deben hacer referencia en las Condiciones Particulares y en los Cuadros Pólizas Recibos de sus Pólizas de Seguros Patrimoniales, a la existencia del Defensor del tomador, asegurado, beneficiario, contratante, usuario y afiliado de la actividad aseguradora; y que en caso de cualquier denuncia, reclamo o queja, podrán acudir a la Unidad de Defensa del Sujeto Regulado o comunicarse a través de los mecanismos dispuestos para ello.

De la restricción de modificar pólizas con carácter general y uniforme

Artículo 8. Las empresas de seguros no podrán utilizar las Condiciones Generales previstas en estas normas para modificar las pólizas de seguro que hayan sido dictadas por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora con carácter general y uniforme, por lo que se mantienen vigentes las actuales regulaciones de esos contratos.

De la aplicación de las normas

Artículo 9. Las demás normativas prudenciales y actos administrativos conexos a la actividad aseguradora, que coliden con las presentes normas no serán aplicables.

De la publicidad

Artículo 10. Se ordena la publicación de las presentes normas en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, con el fin de coadyuvar con la divulgación de su contenido a todos los interesados y público en general.

De la vigencia



Artículo 11. Las presentes normas entrarán en vigencia a partir de la fecha de publicación en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

OMAR OROZCO COLMENARES

Superintendente de la Actividad Aseguradora (E)

Resolución N°003-2021 de fecha 18 de enero de 2021

G.O.R.B.V. N° 42.049 de fecha 18 de enero de 2021



Gobierno Bolivariano
de Venezuela

Ministerio del Poder Popular de
Economía, Finanzas y Comercio Exterior

Superintendencia de la
Actividad Aseguradora



NORMAS SOBRE LAS CONDICIONES GENERALES DE LAS PÓLIZAS DE SEGUROS PATRIMONIALES



213°, 165° y 25°

SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

Providencia: SAA-_____

Fecha: _____

El Superintendente de la Actividad Aseguradora tiene dentro de sus atribuciones dictar sus manuales de normas y procedimientos que regulan la Actividad Aseguradora.

Por cuanto la Ley de la Actividad Aseguradora dispone que la Superintendencia de la Actividad Aseguradora podrá establecer, mediante acto administrativo, los modelos de contratos y tarifas que deben mantener carácter general y uniforme, cuando el interés común así lo requiera.

Por cuanto es competencia de esta Superintendencia de la Actividad Aseguradora verificar y garantizar que los sujetos regulados cumplan con las disposiciones contenidas en la Ley de la Actividad Aseguradora.

En virtud de lo anterior, acuerda dictar las siguientes:

NORMAS SOBRE LAS CONDICIONES GENERALES DE LAS PÓLIZAS DE SEGUROS PATRIMONIALES

Aprobación con carácter general y uniforme

Artículo 1. Aprobar con carácter general y uniforme las Condiciones Generales de las Pólizas de Seguros Patrimoniales, en los términos que se transcriben a continuación:

PÓLIZA DE SEGURO DE {Indicar nombre completo del Seguro Patrimonial}

Entre {RAZÓN SOCIAL DEL ASEGURADOR},{REGISTRO DE INFORMACIÓN FISCAL (R.I.F.)}, {DATOS DE REGISTRO MERCANTIL O REGISTRO



SUBALTERNO}, que en adelante se denominará el Asegurador, representada por el ciudadano _____ en su carácter de _____, facultado según consta en documento inscrito ante la Notaría Pública _____, el ____ de _____ de _____, bajo el N° _____, Tomo _____, y el Tomador, identificado en el Cuadro Póliza Recibo, han convenido en suscribir el presente contrato de seguro, el cual está conformado y se regirá por las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, el Cuadro Póliza Recibo, la Solicitud de Seguro y los demás documentos que formen parte integrante del mismo.

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA 26. OBJETO DEL SEGURO.

Mediante este seguro el Asegurador se compromete a cubrir los riesgos mencionados en las Condiciones Particulares y Anexos, si los hubiere, y a indemnizar al Asegurado o al Beneficiario por la pérdida o daño que pueda sufrir el bien amparado por el presente contrato, hasta por la suma asegurada indicada como límite en el Cuadro Póliza Recibo.

CLÁUSULA 27. DEFINICIONES GENERALES.

A los efectos de este contrato, queda expresamente convenido entre las partes que los siguientes términos tendrán los significados que se indican, siendo que el género masculino incluirá también al femenino, cuando corresponda, salvo que del texto de este contrato se desprenda una interpretación diferente:

- 13. ASEGURADO:** Persona natural o jurídica que en sus bienes o intereses económicos está expuesta a los riesgos amparados por este contrato.
- 14. ASEGURADOR:** Persona jurídica que asume los riesgos cubiertos en este contrato.
- 15. BENEFICIARIO:** Persona natural o jurídica que tiene el derecho de recibir el pago de la indemnización a que hubiere lugar. El Tomador, el Asegurado o el Beneficiario pueden ser o no la misma persona.
- 16. CONDICIONES PARTICULARES:** Aquellas que contemplan aspectos concretamente relativos al riesgo que se asegura.
- 17. CUADRO PÓLIZA RECIBO:** Documento en el que se indica, como mínimo, la siguiente información: número de la Póliza; identificación completa del Asegurador y de su domicilio principal; identificación completa del Tomador y del Asegurado; dirección del Tomador; dirección de cobro; dirección del Asegurado; duración del contrato; fecha de emisión del contrato; vigencia del recibo; coberturas contratadas, básicas y opcionales, distinguiendo para cada cobertura: la suma asegurada, el deducible, si lo hubiere, y el monto de la prima; lugar y forma de pago de la prima; identificación del intermediario de la actividad aseguradora y firmas del Asegurador y del Tomador.
- 18. DOCUMENTOS QUE FORMAN PARTE DEL CONTRATO DE SEGURO:** La



Solicitud de Seguro; el documento de cobertura provisional, si lo hubiere; las Condiciones Generales; las Condiciones Particulares; el Cuadro Póliza Recibo; los anexos que se emitan para complementar o modificar el contrato y los demás documentos que, por su naturaleza, formen parte del contrato.

19. **PRIMA:** Contraprestación que, en función del riesgo, debe pagar el Tomador al Asegurador en virtud de la celebración del contrato.
20. **RIESGO:** Posible ocurrencia por azar de un acontecimiento que no dependa exclusivamente de la voluntad del Tomador, Asegurado o Beneficiario, que ocasione una necesidad económica, y cuya aparición real o existencia se previene y garantiza en este contrato.
21. **SINIESTRO:** Materialización del riesgo que da origen a la obligación de indemnizar por parte del Asegurador, que corresponda conforme con el presente contrato.
22. **SOLICITUD DE SEGURO:** Cuestionario que proporciona el Asegurador, el cual contiene un conjunto de preguntas relativas a la identificación del Tomador, del Propuesto Asegurado y del Beneficiario, así como también la identificación, la descripción detallada y la ubicación de los bienes o intereses que se pretendan asegurar y demás datos que puedan influir en la estimación del riesgo, que deben ser contestadas en su totalidad y con exactitud por el Tomador o el Propuesto Asegurado, constituyendo dicha declaración la base legal para la emisión del contrato de seguro.
Adicionalmente, deberá contener el detalle de las coberturas que se pretenden contratar, distinguiendo las coberturas básicas de las opcionales, señalando expresamente que estas últimas no serán de obligatoria suscripción por parte del Tomador o del Propuesto Asegurado.
23. **SUMA ASEGURADA:** Límite máximo de responsabilidad del Asegurador.
24. **TOMADOR:** Persona natural o jurídica que obrando por cuenta propia o ajena, contrata el seguro con el Asegurador, trasladándole los riesgos y obligándose al pago de la prima.

CLÁUSULA 28. EXCLUSIONES GENERALES.

Esta póliza no cubre:

4. Pérdidas, gastos o daños que sean consecuencia o que se den en el curso de: guerra, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas (haya habido declaración de guerra o no), insubordinación militar, levantamiento militar, insurrección, rebelión, revolución, guerra civil, guerra intestina, poder militar o usurpación de poder, proclamación del estado de excepción, acto de terrorismo o acto de cualquier persona que actúe en nombre de o en relación con alguna organización que realice actividades dirigidas a la destitución por la fuerza del gobierno o influenciarlo mediante el terrorismo o la violencia.
5. Pérdidas, gastos o daños que sean consecuencia de: fisión o fusión nuclear, radiaciones ionizantes y contaminantes radioactivos.
6. Pérdidas, gastos o daños que sean consecuencia de: nacionalización, confiscación, incautación, requisa, comiso, embargo, expropiación,



destrucción o daño por orden de cualquier gobierno o autoridad pública legalmente constituida o de facto, a menos que dicha destrucción sea ejecutada para detener la propagación de los daños causados por cualquier riesgo asegurado.

CLÁUSULA 29. EXONERACIONES DE RESPONSABILIDAD.

El Asegurador no estará obligado al pago de la indemnización en los siguientes casos:

11. Si el Tomador, Asegurado, Beneficiario o cualquier persona que obre por cuenta de éstos presenta una reclamación fraudulenta o engañosa, o si en cualquier tiempo emplea medios o documentos engañosos o dolosos para sustentar una reclamación o para derivar otros beneficios relacionados con este contrato.
12. Si el siniestro ha sido ocasionado por dolo del Tomador, Asegurado o Beneficiario.
13. Si el siniestro ha sido ocasionado por culpa grave del Tomador, Asegurado, Beneficiario o de cualquier persona que obrare por cuenta de ellos. No obstante, el Asegurador estará obligado al pago de la indemnización si el siniestro ha sido ocasionado en cumplimiento de deberes legales de socorro o en tutela de intereses comunes con el Asegurador en lo que respecta a este contrato.
14. Si el siniestro se inicia antes de la duración del contrato y continúa después de que los riesgos hayan comenzado a correr por cuenta del Asegurador.
15. Si el Tomador, Asegurado o Beneficiario no empleare los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del siniestro, siempre que este incumplimiento se produjera con la manifiesta intención de perjudicar o engañar al Asegurador.
16. Si el Tomador o Asegurado actúa con dolo o culpa grave en la declaración de las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo, según lo señalado en la Cláusula 9. Declaraciones en la Solicitud de Seguro, de estas Condiciones Generales.
17. Si el Tomador, Asegurado o Beneficiario intencionalmente omitiere dar aviso al Asegurador sobre la contratación de pólizas que cubran el mismo riesgo amparado por el presente contrato o si el Tomador hubiese celebrado el segundo o posteriores contratos de seguros, sobre los mismos riesgos, con el fin de procurarse un provecho ilícito.
18. Si el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario incumpliere lo establecido en la Cláusula 14. Subrogación de Derechos, de estas Condiciones Generales, a menos que compruebe que el incumplimiento es debido a una causa extraña no imputable a él.
19. Si el Tomador, Asegurado, Beneficiario o cualquier persona que obre por cuenta de éstos, actuando con dolo o culpa grave, obstaculiza los derechos del Asegurador estipulados en este contrato.
20. Otras exoneraciones de responsabilidad que se establezcan en las Condiciones Particulares de este contrato.

CLÁUSULA 30. DURACIÓN DEL CONTRATO.

La duración del contrato se hará constar en el Cuadro Póliza Recibo, con indicación de la fecha de emisión, la hora y día de su iniciación y vencimiento.



A falta de indicación expresa, los riesgos cubiertos comienzan a correr por cuenta del Asegurador a las 12 m. del día de inicio de la duración del contrato y terminarán a la misma hora del día de su vencimiento.

CLÁUSULA 31. PAGO DE LA PRIMA.

El Tomador debe pagar la primera prima en el plazo de diez (10) días continuos contados a partir de la fecha de inicio de la duración del contrato. Si la prima no es pagada o se hace imposible su cobro por causa imputable al Tomador en el plazo establecido, el Asegurador tendrá derecho a exigir el pago correspondiente o resolver el contrato, debiendo notificar al Tomador su decisión dentro de los tres (3) días hábiles siguientes. En caso de resolución, ésta tendrá efecto desde el inicio de la duración del contrato. Si el Asegurador no ejerce su derecho a resolver el contrato de seguro, no podrá negarse a recibir el pago de la prima vencida.

Si ocurriese un siniestro en el plazo convenido para el pago de la primera prima o en el plazo de tres (3) días previsto para la notificación de la decisión del Asegurador, indicados en el párrafo anterior, el Asegurador pagará la indemnización, siempre que el Tomador pague antes de su vencimiento la prima correspondiente.

El pago de la prima solamente conserva en vigor el contrato por el tiempo al cual corresponda dicho pago, según conste en el Cuadro Póliza Recibo.

Contra el pago de la prima, el Asegurador entregará al Tomador el Cuadro Póliza Recibo o recibo de prima correspondiente, según sea el caso, firmado y sellado. La entrega podrá efectuarse en forma impresa o a través de los mecanismos electrónicos acordados para ello que consten en la solicitud de seguro, con su acuse de recibo.

Las primas pagadas en exceso no darán lugar a responsabilidad alguna por parte del Asegurador por el exceso, sino única y exclusivamente al reintegro sin intereses del excedente, aun cuando aquellas hubieren sido aceptadas formalmente por éste.

CLÁUSULA 32. LUGAR Y MEDIO DE PAGO DE LAS PRIMAS.

Las primas correspondientes a este contrato serán pagadas directamente en las oficinas del Asegurador. No obstante, podrán ser pagadas bajo cualquier mecanismo o medio acordado por las partes.

El Asegurador podrá cobrar las primas a domicilio y dar aviso de sus vencimientos y, si lo hiciere, no sentará precedente de tal obligación y podrá suspender esta gestión en cualquier momento, previo aviso.

CLÁUSULA 33. FRACCIONAMIENTO DE LA PRIMA.

Si el pago de la prima es fraccionado, se entiende que tal fraccionamiento es una facilidad de pago y no implica modificación del período de duración del contrato. En este caso, si el Tomador no pagase cualquier fracción de la prima dentro de los *{El Asegurador podrá establecer el número de días hábiles que considere conveniente para el pago de la fracción prima, siempre que no sea inferior a cinco (5) días hábiles}* días hábiles siguientes a la fecha de la finalización de la última fracción pagada, el Asegurador tiene derecho a exigir la prima debida o a resolver el contrato, debiendo



notificar al Tomador su decisión dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la culminación del plazo anterior.

Si ocurriese un siniestro amparado durante alguno de los plazos mencionados, el Asegurador procederá de conformidad con las siguientes reglas:

3. Descontar del monto indemnizable la fracción de prima vencida. No obstante, si el monto a pagar es por la totalidad de la suma asegurada, el Asegurador podrá deducir las fracciones de primas pendientes para completar la totalidad de la prima de la duración del contrato.
4. Si el monto indemnizable es menor a la fracción de prima vencida, el Asegurador pagará la indemnización, siempre que el Tomador pague la referida fracción de prima vencida, antes del vencimiento del respectivo plazo.

En caso de resolución por falta de pago de una fracción de prima vencida, ésta tendrá efecto desde la fecha de finalización del periodo cubierto por la última fracción de prima pagada, siempre que el Asegurador lo haya notificado previamente al Tomador o al Asegurado.

Si el Asegurador no ejerce su derecho a resolver el contrato de seguro, no podrá negarse a recibir el pago de la fracción de prima vencida.

CLÁUSULA 34. DECLARACIONES EN LA SOLICITUD DE SEGURO.

El Tomador o Propuesto Asegurado al llenar la solicitud, debe declarar con exactitud al Asegurador, de acuerdo con el cuestionario y demás requerimientos que le indique, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.

El Asegurador, debe participar al Tomador o Asegurado, en el plazo de cinco (5) días hábiles siguientes, que ha tenido conocimiento de un hecho no declarado en la solicitud que pueda influir en la valoración del riesgo, y podrá ajustar o resolver el contrato, mediante comunicación impresa o a través de los mecanismos electrónicos acordados para ello, con acuse de recibo, dirigida al Tomador o Asegurado, según corresponda, en el plazo de un (1) mes, contado a partir del conocimiento de los hechos.

En caso de resolución, ésta se producirá a partir del décimo sexto (16°) día continuo siguiente a su notificación, siempre que la parte proporcional de la prima, deducida la comisión pagada al intermediario de la actividad aseguradora, correspondiente al período que falte por transcurrir, se encuentre a disposición del Tomador en la caja del Asegurador. Corresponderán al Asegurador, las primas relativas al período de seguro transcurrido, hasta el momento en que haga esta notificación.

El Asegurador no podrá resolver el contrato cuando el hecho que ha sido objeto de reserva o inexactitud ha desaparecido antes del siniestro.

Si el siniestro sobreviene antes que el Asegurador haga cualquiera de las notificaciones a que se refiere esta Cláusula o antes de que se haga efectiva la resolución del contrato, la indemnización se reducirá en la misma proporción que existe entre la prima convenida y la que se hubiese establecido de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si el Tomador o Asegurado actúa con dolo o culpa



grave, el Asegurador quedará liberado del pago de la indemnización y de la devolución de la prima.

Cuando el contrato esté referido a varios bienes o intereses y la reserva o inexactitud se contrajese sólo a uno o varios de ellos, el contrato subsistirá con todos sus efectos respecto a los restantes, si ello fuere técnicamente posible.

CLÁUSULA 35. FALSEDADES Y RETICENCIAS DE MALA FE.

Las falsedades y reticencias de mala fe por parte del Tomador o Asegurado realizadas en la solicitud de seguros, debidamente probadas, serán causa de nulidad absoluta del contrato, si son de tal naturaleza que el Asegurador, de haberlas conocido, no hubiese contratado o lo hubiese hecho en otras condiciones.

Las falsedades y reticencias de mala fe por parte del Tomador, Asegurado o Beneficiario en la reclamación del siniestro, debidamente probadas, serán causa de nulidad absoluta del contrato y exoneran del pago de la indemnización al Asegurador.

No hay lugar a la devolución de prima al Tomador en los supuestos de nulidad del contrato contemplados en esta Cláusula.

CLÁUSULA 36. PLURALIDAD DE SEGUROS.

Cuando un interés estuviese asegurado contra el mismo riesgo por dos o más aseguradores, el Tomador, Asegurado o Beneficiario estará obligado, salvo pacto en contrario, a poner en conocimiento de esa circunstancia a todos los aseguradores, al momento de la presentación de los documentos solicitados para la tramitación del siniestro, con indicación del nombre de cada uno de ellos, número y período de duración de cada contrato.

Si el Tomador, Asegurado o Beneficiario, intencionalmente omite ese aviso o hubiese celebrado el segundo o los posteriores contratos de seguro con la finalidad de procurarse un provecho ilícito, los aseguradores no quedan obligados frente a aquél. Sin embargo, conservarán sus derechos derivados de los respectivos contratos. En este caso, deberán tener prueba fehaciente de la conducta dolosa del Tomador, Asegurado o Beneficiario.

Los aseguradores contribuirán al abono de la indemnización en proporción a la suma propia asegurada, sin que pueda superarse la cuantía del daño. Dentro de ese límite, el Asegurado o Beneficiario podrá solicitar a cada Asegurador, en el orden que él establezca, la indemnización debida, según el respectivo contrato. El Asegurador que ha pagado una cantidad superior a la que proporcionalmente le corresponda, podrá repetir contra el resto de ellos.

En caso de contrataciones de buena fe de una pluralidad de seguros, incluso por una suma total superior al valor asegurable, todos los contratos serán válidos, y obligarán



a cada uno de los aseguradores a pagar hasta el valor del daño sufrido, dentro de los límites de la suma que hubiesen asegurado, proporcionalmente a lo que le corresponda en virtud de los otros contratos celebrados.

Cuando exista una pluralidad de seguros, en caso de siniestro, el Asegurado o Beneficiario no podrá renunciar a los derechos que le correspondan según el contrato de seguro, o aceptar modificaciones de los mismos con uno de los aseguradores, en perjuicio de los demás.

CLÁUSULA 37. PAGO DE INDEMNIZACIONES.

El Asegurador debe pagar la indemnización que corresponda en un plazo que no exceda de veinte (20) días continuos siguientes, contados a partir de la fecha en que haya recibido el último recaudo solicitado o del informe del ajuste de pérdidas, si fuera el caso, salvo por causa extraña no imputable al Asegurador.

CLÁUSULA 38. RECHAZO DEL SINIESTRO.

El Asegurador debe notificar por escrito al Tomador, Asegurado o Beneficiario, en el plazo señalado en la Cláusula anterior, las causas de hecho y de derecho que a su juicio justifiquen el rechazo, total o parcial, de la indemnización exigida.

CLÁUSULA 39. SUBROGACIÓN DE DERECHOS.

El Asegurador que ha pagado la indemnización, queda subrogado de pleno derecho, hasta la concurrencia del monto pagado, en los derechos y acciones del Tomador, Asegurado o Beneficiario contra los terceros responsables.

Salvo el caso de dolo, la subrogación no se efectuará contra las personas de cuyos hechos debe responder civilmente el Asegurado, ni contra el causante del siniestro vinculado con el Asegurado hasta el segundo grado de parentesco por consanguinidad o que sea su cónyuge o la persona con quien mantenga unión estable de hecho.

El Asegurado o Beneficiario no podrá, en ningún momento, renunciar a sus derechos de exigir a otras personas la reparación por los daños y pérdidas que éstas le hubiesen ocasionado.

En caso de siniestro, el Asegurado o Beneficiario está obligado a realizar a expensas del Asegurador, cuantos actos sean necesarios y todo lo que éste pueda razonablemente requerir, con el objeto de permitir que ejerza los derechos que le correspondan por subrogación, sean antes o después del pago.



Si el Asegurado o Beneficiario incumpliere lo establecido en esta Cláusula, perderá el derecho al pago que le otorga este contrato o estará obligado a reintegrar el monto de la indemnización, si esta ya se hubiese efectuado, a menos que compruebe que el incumplimiento es debido a una causa extraña no imputable a él.

CLÁUSULA 40. ARBITRAJE.

Las partes podrán someter a un procedimiento de arbitraje las divergencias que se susciten en la interpretación, aplicación y ejecución del contrato. La tramitación del arbitraje se ajustará a lo dispuesto en la ley que regule la materia de arbitraje y supletoriamente al Código de Procedimiento Civil.

El Superintendente de la Actividad Aseguradora actuará como árbitro arbitrador en aquellos casos en que sea designado de mutuo acuerdo entre ambas partes, con motivo de las controversias que se susciten en la interpretación, aplicación y ejecución del contrato. En este supuesto, la tramitación del arbitraje se ajustará a lo dispuesto en las normas que regulan el arbitraje en la actividad aseguradora.

El laudo arbitral será de obligatorio cumplimiento.

CLÁUSULA 41. CADUCIDAD.

El Tomador, Asegurado o Beneficiario perderá todo derecho a ejercer acción judicial contra el Asegurador o convenir con éste a someterse al Arbitraje previsto en la Cláusula anterior, si no lo hubiere hecho antes de transcurrir el plazo de un (1) año contado a partir de la fecha de la notificación, por escrito:

3. Del rechazo, total o parcial, del siniestro.
4. De la decisión del Asegurador sobre la inconformidad del Tomador, Asegurado o Beneficiario respecto a la indemnización o al cumplimiento de la obligación a través de proveedores de insumos o servicios.

A los efectos de esta disposición, se entenderá iniciada la acción judicial una vez que sea consignado el libelo de demanda por ante los órganos jurisdiccionales.

CLÁUSULA 42. PRESCRIPCIÓN.

Salvo lo dispuesto en leyes especiales, las acciones derivadas de este contrato prescriben a los tres (3) años contados a partir del hecho que dio origen a la obligación.

CLÁUSULA 43. OBLIGACIONES DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO.

12. El Tomador y el Propuesto Asegurado deben llenar la Solicitud de Seguro y declarar, con sinceridad y exactitud, todas las circunstancias necesarias para identificar el bien o interés asegurable y apreciar la extensión de los riesgos, en los términos indicados en este contrato.
13. El Asegurado debe prestar toda la colaboración necesaria para facilitar la realización de las inspecciones de riesgo, así como también los ajustes de daños, según sea el caso.



14. El Tomador debe pagar la prima en la forma, frecuencia, lugar y tiempo convenidos en este contrato.
15. El Asegurado debe emplear el cuidado de un diligente padre de familia para prevenir el siniestro o para aminorar sus consecuencias.
16. El Tomador, Asegurado o Beneficiario hará saber al Asegurador, dentro del plazo establecido en las Condiciones Particulares de este contrato, la ocurrencia de un siniestro, expresando claramente las causas y circunstancias del suceso ocurrido.
17. El Asegurado o Beneficiario debe tomar las medidas necesarias para salvaguardar o recobrar el bien asegurado o para conservar sus restos.
18. El Tomador, Asegurado o Beneficiario debe declarar, al momento de contratar la póliza y al tiempo de exigir el pago del siniestro, los contratos de seguros que existen y que cubren el mismo riesgo.
19. El Tomador, Asegurado o Beneficiario debe probar la ocurrencia del siniestro a través de la consignación de toda la información necesaria para la indemnización del mismo, que sea solicitada por el Asegurador para verificar las circunstancias y consecuencias del siniestro.
20. El Tomador, Asegurado o Beneficiario debe realizar diligentemente todas las acciones necesarias y destinadas a garantizar al Asegurador el ejercicio de su derecho de subrogación, si fuere el caso.
21. El Tomador o Asegurado, en caso de cambio de dirección de cobro, domicilio, habitación u oficina, según sea el caso, debe notificar por escrito al Asegurador dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la fecha de haber efectuado el cambio, a menos que esta obligación sea considerada una agravación de riesgo, en cuyo caso se aplicará el plazo previsto para ello.
22. El Tomador, Asegurado o Beneficiario debe cumplir con todas y cada una de las obligaciones, responsabilidades y condiciones establecidas en los diferentes documentos que integran el presente contrato.

CLÁUSULA 44. OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR.

1. Informar al Tomador o Asegurado, mediante la entrega de la Póliza y demás documentos, la extensión de los riesgos asumidos y aclarar, en cualquier tiempo, todas las dudas y consultas que éste le formule.
2. Entregar el Cuadro Póliza Recibo al Tomador junto con copia de la Solicitud de Seguro, las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, los Anexos, si los hubiere, y los demás documentos que formen parte integrante del contrato de seguro. En la renovación la obligación procederá para los nuevos documentos o para aquellos que hayan sido modificados. La entrega de los documentos señalados deberá efectuarse en los términos acordados por las partes.
3. Proceder al ajuste de daños, luego de recibida la notificación para la tramitación del siniestro, conforme con lo establecido en las Condiciones Particulares de este contrato.
4. Pagar la suma asegurada o la indemnización que corresponda en caso de siniestro, en los plazos establecidos en este contrato o rechazar su cobertura, mediante aviso por escrito y debidamente motivado.



5. Entregar al Asegurado o al intermediario de la actividad aseguradora, una copia del informe del ajuste de pérdidas que contenga los cálculos utilizados para determinar la indemnización.
6. Cumplir con todas y cada una de las obligaciones, responsabilidades y condiciones establecidas en los diferentes documentos que integran el contrato de seguro.

CLÁUSULA 45. MODIFICACIONES.

Las solicitudes de modificación del contrato deben ser solicitadas a través de cualquier mecanismo acordado por las partes. Se consideran aceptadas las solicitudes efectuadas por el Tomador o Asegurado, si el Asegurador no la rechaza dentro de los diez (10) días hábiles siguientes de haberla recibido.

La modificación de la suma asegurada o del deducible requerirá siempre aceptación expresa de la otra parte. En caso contrario, se presumirá aceptada por el Asegurador con la emisión del Cuadro Póliza Recibo o recibo de prima en el que se modifique la suma asegurada o el deducible y, por el Tomador o Asegurado, con el pago de la diferencia de prima correspondiente, si la hubiere.

Si la modificación propuesta por el Asegurador es efectiva a partir de la renovación del contrato, debe ser comunicada al Tomador mediante notificación impresa o a través de los mecanismos electrónicos acordados para ello, con acuse de recibo, con un plazo no menor a un (1) mes de anticipación a la conclusión del período de seguro en curso.

En caso de desacuerdo del Tomador, si el Asegurador decide mantener o renovar el contrato, deberá hacerlo bajo las mismas condiciones de suma asegurada y deducible vigentes al momento de la propuesta de modificación.

Las modificaciones se harán constar mediante Anexos, debidamente firmados por un representante del Asegurador y el Tomador, los cuales prevalecerán sobre las Condiciones Particulares y éstas sobre las Condiciones Generales de la Póliza.

Si la modificación requiere pago de prima adicional se aplicará lo dispuesto al respecto en este contrato.



CLÁUSULA 46. TERMINACIÓN ANTICIPADA.

El Asegurador podrá dar por terminado este contrato, con efecto a partir del decimosexto (16°) día continuo siguiente a la fecha del acuse de recibo de la notificación que envíe al Tomador, siempre y cuando se encuentre en la caja del Asegurador, a disposición de aquél, el importe correspondiente a la parte proporcional de la prima no consumida, por el período que falte por transcurrir.

A su vez, el Tomador o Asegurado podrá dar por terminado el contrato de seguro, con efecto a partir del día hábil siguiente al de la recepción de la notificación enviada al Asegurador, o de cualquier fecha posterior que en ella se señale. En este caso, dentro de los quince (15) días continuos siguientes, el Asegurador debe poner a disposición del Tomador, la parte proporcional de la prima, deducida la comisión pagada al intermediario de la actividad aseguradora, correspondiente al período que falte por transcurrir.

La terminación anticipada de la póliza se efectuará sin perjuicio del derecho del Asegurado o Beneficiario a indemnizaciones por siniestros ocurridos con anterioridad a la fecha de terminación anticipada, en cuyo caso, no procederá devolución de prima cuando las indemnizaciones sean por la totalidad de la suma asegurada.

CLÁUSULA 47. AVISOS.

Todo aviso o comunicación que una parte deba dar a la otra respecto al contrato deberá hacerse mediante comunicación impresa o a través de los mecanismos electrónicos acordados para ello, con acuse de recibo, dirigida a la dirección del Tomador o Asegurado que conste en el contrato, según corresponda, al domicilio principal o sucursal del Asegurador o a través de los medios electrónicos acordados por las partes.

Las comunicaciones relacionadas con la tramitación de siniestros que sean entregadas al intermediario de la actividad aseguradora producen el mismo efecto que si hubiesen sido entregadas a la otra parte, salvo estipulación en contrario.

El intermediario de la actividad aseguradora será administrativa y civilmente responsable en caso de que no haya entregado la correspondencia a su destinatario, en un plazo de tres (3) días hábiles, contados a partir de su recepción.

CLÁUSULA 48. TRASPASO.

Ningún traspaso o cesión de los derechos sobre este contrato será válido si no ha sido aprobado previamente por el Asegurador, tanto para el cedente como para el cesionario. La aprobación por parte del Asegurador debe constar en Anexo emitido a la presente Póliza.

CLÁUSULA 49. DOMICILIO ESPECIAL.

Para todos los efectos y consecuencias derivadas o que puedan derivarse de este contrato, las partes eligen como domicilio especial, único y excluyente de cualquier



otro, el lugar donde se celebró el contrato de seguros, a cuya Jurisdicción declaran someterse las partes.

El Tomador

Por El Asegurador

Del uso obligatorio de las condiciones

Artículo 2. Las Condiciones Generales previstas en estas normas, serán de uso obligatorio en la comercialización de las Pólizas de Seguros Patrimoniales y no podrán sufrir modificación alguna.

De la aprobación de documentos

Artículo 3. Las Tarifas, las Condiciones Particulares, Anexos y demás documentos pertinentes, que formen parte integrante de las Pólizas de Seguros Patrimoniales y que se requieran para su comercialización, deben ser presentadas por los sujetos regulados interesados ante la Superintendencia de la Actividad Aseguradora para su aprobación.

De la inclusión de cláusulas en las condiciones particulares y anexos

Artículo 4. Las cláusulas relativas a plazo de gracia; renovaciones; infraseguro y sobreseguro; agravación y disminución del riesgo; alcance territorial de la cobertura; deducible, si lo hubiere; coberturas; sumas aseguradas; bases de indemnización; otras exclusiones y exoneraciones de responsabilidad de carácter particular; rehabilitación, ajuste de daños; peritaje y cualquier otra que de acuerdo con las características de los riesgos amparados tengan que estar expresamente señaladas en el contrato, deberán constar, si corresponde, en las Condiciones Particulares o Anexos de las Pólizas de Seguros Patrimoniales. En tal caso, los sujetos regulados interesados deben presentar estos documentos ante la Superintendencia de la Actividad Aseguradora para su aprobación.

De los anexos no sujetos a aprobación

Artículo 5. No requerirán aprobación previa los Anexos que se utilicen para cambiar el nombre de los sujetos que intervienen en el contrato, el domicilio, la fecha en que se inicia o que finaliza la cobertura de los riesgos o cualesquiera otras condiciones que

no impliquen modificaciones al condicionado de la Póliza o documentos aprobados por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

De la denominación comercial

Artículo 6. A los efectos de la comercialización de los contratos de seguros patrimoniales, las empresas de seguros podrán agregar a sus pólizas la denominación comercial de su preferencia.

De la referencia al defensor del tomador, asegurado o beneficiario de la actividad aseguradora

Artículo 7. Las empresas de seguros deben hacer referencia en las Condiciones Particulares y en los Cuadros Pólizas Recibos de sus Pólizas de Seguros Patrimoniales, a la existencia del Defensor del tomador, asegurado, beneficiario, contratante, usuario y afiliado de la actividad aseguradora; y que en caso de cualquier denuncia, reclamo o queja, podrán acudir a la Unidad de Defensa del Sujeto Regulado o comunicarse a través de los mecanismos dispuestos para ello.

De la restricción de modificar pólizas

con carácter general y uniforme

Artículo 8. Las empresas de seguros no podrán utilizar las Condiciones Generales previstas en estas normas, para modificar las pólizas de seguro que hayan sido dictadas por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora con carácter general y uniforme, por lo que se mantienen vigentes las actuales regulaciones de esos contratos.

De la aplicación de las normas

Artículo 9. Las demás normativas prudenciales y actos administrativos conexos a la actividad aseguradora, que coliden con las presentes normas no serán aplicables.

De la publicidad

Artículo 10. Se ordena la publicación de las presentes normas en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, con el fin de coadyuvar con la divulgación de su contenido, a todos los interesados y público en general.

De la vigencia

Artículo 11. Las presentes normas entrarán en vigencia a partir de la fecha de publicación en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.



OMAR OROZCO COLMENARES

Superintendente de la Actividad Aseguradora (E)
Resolución N.º 003 de fecha 18 de enero de 2021
G.O.R.B.V. N.º 42.049 de fecha 18 de enero de 2021

NORMAS RELATIVAS AL CONTRATO DE REASEGURO



213°, 165° y 25°

SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

Providencia: SAA-_____

Fecha: _____

El Superintendente de la Actividad Aseguradora tiene dentro de sus atribuciones dictar sus manuales de normas y procedimientos que regulan la Actividad Aseguradora.

Por cuanto la Ley de la Actividad Aseguradora, establece las condiciones mínimas que deben contener los contratos de reaseguro establecidas en el reglamento de la referida ley y las normas que dicte la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

En virtud de lo anterior, acuerda dictar las siguientes:

NORMAS RELATIVAS AL CONTRATO DE REASEGURO

Del objeto

Artículo 16. Las presentes normas tienen por objeto regular el contrato de reaseguro, así como establecer el contenido mínimo que deben contener los contratos obligatorios o automáticos en las modalidades de reaseguro proporcional y no proporcional obligatorio y facultativo puro.

De la definición del reaseguro

Artículo 17. Aquel mediante el cual una persona jurídica denominada cedente o retrocedente transfiere, total o parcialmente, los riesgos asumidos a otra persona llamada reasegurador, cesionario o retrocesionario, de conformidad con los términos que se pacten en la negociación.



Del régimen aplicable

Artículo 18. Los contratos de reaseguro y de retrocesión se rigen por el derecho común y no están sometidos a las disposiciones sobre el contrato de seguro.

De la prueba

Artículo 19. El contrato automático de reaseguro relativo a una serie de cesiones de riesgos debe probarse por escrito. Las cesiones de reaseguros facultativos se demuestran por cualquier medio de prueba admitido por la ley.

De los efectos

Artículo 20. El contrato de reaseguro sólo crea relaciones entre las empresas de seguros o de medicina prepagada y la empresa de reaseguros; sin embargo, ésta sigue la suerte de la primera en el riesgo que le hubiese sido cedido.

Cuando la cesión supere el cincuenta por ciento (50%) de la cobertura del contrato de seguro o de medicina prepagada, no podrá limitarse la relación directa entre el tomador, asegurado, beneficiario, contratante, usuario o afiliado y el reasegurador.

En el contrato de retrocesión, el retrocesionario seguirá la suerte del retrocedente hasta el límite de su participación y de acuerdo con los términos y condiciones pactadas.

De las partes del contrato

Artículo 21. Son partes del contrato de reaseguro:

1. La cedente, persona que asume riesgos de terceros y los transfiere total o parcialmente a otro sujeto denominado reasegurador o cesionario. La cedente podrá ser la empresa de seguros o de medicina prepagada;
2. El reasegurador o cesionario, persona que acepta los riesgos transferidos por la cedente. Podrá ser la empresa de reaseguros o la empresa de seguros actuando bajo tal carácter;
3. El intermediario de reaseguros, si lo hubiere;

En los contratos de retrocesión las partes son las que actúen como reaseguradores, en su condición de retrocedentes o retrocesionarios.

Del reaseguro de vida individual

Artículo 22. En los contratos de reaseguros de vida individual a prima de riesgo se entiende que la prima de reaseguro será la que corresponda a un contrato de seguro de vida temporal a un (1) año renovable, aplicado al riesgo efectivamente cubierto que se transfiere al reasegurador.

Los contratos de reaseguros de vida individual a prima original se registrarán por las condiciones establecidas en el contrato de seguro inicialmente suscrito por la cedente.

De la cesión total del riesgo

Artículo 23. Las empresas de seguros que cedan la totalidad o una porción muy significativa del riesgo son las responsables frente a los tomadores, asegurados o beneficiarios, aun cuando estos reciban el beneficio de reclamar directamente al reasegurador la indemnización en caso de siniestro.

Las empresas de seguros deben contabilizar en sus estados financieros todos los movimientos que se generen en las referidas cesiones. En tal sentido, no pueden limitarse a registrar el “fee” o comisión que reciben del reasegurador, sino que deben contabilizar el monto total de la prima pagada por el tomador, la totalidad de los siniestros, las primas cedidas en reaseguro y cualquier otra operación que se origine, tal como ocurre en las cesiones parciales de reaseguro.

Del contenido mínimo del contrato de reaseguro proporcional obligatorio

Artículo 24. Los contratos de reaseguro proporcional obligatorio suscritos por los sujetos regulados deben contener como mínimo, las siguientes condiciones generales y particulares:

1. Identificación completa de las partes involucradas en el contrato, es decir, el cedente, el reasegurador y, si lo hubiere, el intermediario de reaseguro, incluyendo sus domicilios;



2. Tipo de Contrato: Naturaleza jurídica del contrato de reaseguro, estableciendo claramente que el contrato es un acuerdo de reaseguro proporcional y su tipo, de acuerdo a su funcionamiento;
3. Alcance territorial;
4. Vigencia;
5. Naturaleza de los riesgos cubiertos, incluyendo reglas o condiciones que definan con detalle los riesgos amparados, como el ramo y la moneda de suscripción de las coberturas del riesgo origina;
6. Exclusiones;
7. Condiciones económicas:
 - 7.1 Moneda;
 - 7.2 Porcentaje de retención para contratos de tipo cuota parte o pleno de retención para contratos de excedente;
 - 7.3 Límite máximo de aceptación de riesgos o límite de capacidad contractual;
 - 7.4 Entrada y salida de cartera;
 - 7.5 La comisión del reaseguro, incluyendo todo tipo de contraprestación similar pautada, escalas de comisión, comisiones adicionales entre otros;
 - 7.6 Gastos del reasegurador, impuestos, contribuciones especiales;
 - 7.7 Cálculo de participación en utilidades;
 - 7.8 Siniestros al contado;
 - 7.9 Porcentaje de participación del reasegurador (%): Debe indicar el porcentaje de responsabilidad que asume cada reasegurador participante, aplicable sobre la parte del riesgo cedido;
 - 7.10 Cualquier otra condición de tipo de económica que afecte la cobertura establecida por las partes;
8. Período que comprenderán las cuentas y los plazos para su envío, conformación y cancelación de saldos;
9. Condiciones para su terminación;
10. Legislación aplicable, incluyendo las de resolución de conflictos;
11. Debe indicar que el Reasegurador se compromete a cancelar los saldos derivados de las condiciones contractuales en moneda de libre convertibilidad y que no tiene impedimentos legales, al momento de la suscripción, que le impidan realizar dichos pagos.

Del contenido mínimo del contrato de reaseguro no proporcional obligatorio

Artículo 25. Los contratos de reaseguro no proporcional obligatorio suscritos por los sujetos regulados deben contener como mínimo, las siguientes condiciones generales y particulares:



1. Identificación completa de las partes involucradas en el contrato, es decir, el cedente, el reasegurador y, si lo hubiere, el intermediario de reaseguro, incluyendo sus domicilios;
2. Naturaleza jurídica del contrato de reaseguro, estableciendo claramente que es un acuerdo de reaseguro no proporcional y el tipo que se establece, de acuerdo a su funcionamiento;
3. Alcance territorial;
4. Vigencia;
5. Naturaleza de los riesgos cubiertos, incluyendo reglas o condiciones que definan con detalle los riesgos amparados, como el ramo y la moneda de suscripción de las coberturas del riesgo original;
6. Exclusiones;
7. Condiciones económicas:
 - 7.1. Moneda del contrato;
 - 7.2. Número de capas de cobertura (solo para contratos de tipo Exceso de Pérdida): Número total de capas de cobertura que posee el contrato, detallando para cada una de ellas todos los datos de carácter técnico incluidos en este artículo, que varían según la capa de cobertura;
 - 7.3. Prioridad o Retención;
 - 7.4. Límite de indemnización por riesgo: Monto máximo a indemnizar por parte del reasegurador para cada siniestro ocurrido, especificado por cada capa en el caso de los contratos de tipo Exceso de Pérdida o XL;
 - 7.5. Límite de indemnización por evento: Monto máximo a indemnizar por parte del reasegurador por cada evento que involucra varios siniestros simultáneos, especificado por cada capa en el caso de los contratos de tipo Exceso de Pérdida;
 - 7.6. Estimado de primas retenidas: Volumen total estimado de primas retenidas por la empresa cedente de los tipos de riesgo cubiertos por el contrato, para el período de vigencia del mismo, que se utilizó como base para el cálculo de la prima de reaseguro;
 - 7.7. Prima de reaseguro o método explícito de su determinación: Monto que la cedente paga al reasegurador en contraprestación del riesgo asumido por este, incluyendo la descripción detallada de cualquier procedimiento o cálculo necesario para su completa determinación;
 - 7.8. Método acordado entre las partes para posibles reinstalaciones de la cobertura (restitución del límite de cobertura disponible para la indemnización de posibles siniestros, después de que esta haya sido consumida por un siniestro previo), así como el costo explícito de estas;



- 7.9. Límite de agregado: Monto de la responsabilidad máxima de la cobertura que el reasegurador asumirá por la totalidad de los siniestros que ocurran durante el período de vigencia del contrato;
 - 7.10. Porcentaje de participación del reasegurador (%): Debe indicar el porcentaje de responsabilidad que asume cada reasegurador participante en el contrato, aplicable sobre la parte del riesgo cedido;
 - 7.11. Cualquier otra condición de tipo de económica que afecte la cobertura establecida por las partes.
8. Procedimiento para el manejo de las reclamaciones, incluyendo procedimiento para el pago de éstas;
 9. Legislación aplicable, incluyendo las condiciones preestablecidas para la resolución de conflictos;
 10. Condiciones para la terminación;
 11. Debe indicar que el Reasegurador se compromete a cancelar los saldos derivados de las condiciones contractuales en moneda de libre convertibilidad y que no tiene impedimentos legales, al momento de la suscripción, que le impidan realizar dichos pagos.

Del contenido mínimo del contrato de reaseguro facultativo obligatorio

Artículo 26. Los contratos de reaseguro facultativo obligatorio suscritos por los sujetos regulados deben indicar su contenido de acuerdo con los artículos anteriores, indicando de forma taxativa, según sea el contrato proporcional o no proporcional, todas las condiciones pautadas que definan su funcionamiento o aplicación.

Del contenido mínimo del contrato de reaseguro facultativo puro

Artículo 27. Los contratos de reaseguro facultativo puro suscritos por los sujetos regulados deben contener como mínimo, los siguientes datos como parte de sus condiciones generales y particulares:

1. Identificación de las partes que intervienen en el contrato cedente, reasegurador e intermediario de reaseguros, si lo hubiere;
2. Además, debe especificar su modalidad de la colocación (proporcional o no proporcional) ;



3. Datos de Identificación del riesgo original suscrito por la cedente, incluyendo:
 - 3.1. Nombre del tomador, asegurado o afianzado;
 - 3.2. Número de póliza o contrato;
 - 3.3. Número de recibo;
 - 3.4. Índole del riesgo;
 - 3.5. Coberturas aseguradas;
 - 3.6. Moneda;
 - 3.7. Coberturas reaseguradas;
 - 3.8. Otras descripciones técnicas de los bienes u objeto del seguro;
 - 3.9. Ubicación del riesgo;
 - 3.10. Vigencia de la póliza o contrato;
 - 3.11. Suma asegurada o afianzada;
 - 3.12. Prima o contraprestación del Riesgo;
4. Vigencia de la Cesión de Reaseguro;
5. Cuantía de la retención (porcentaje o monto, deducible establecido por el reasegurador), prioridad según la modalidad de reaseguro y el tipo de contrato, o la forma explícita de cálculo de ésta;
6. Suma reasegurada o límite de cobertura del reaseguro;
7. Prima de reaseguro. En el caso de reaseguro proporcional debe señalar tanto la prima bruta cedida como la prima neta de gastos reembolsables;
8. En caso de tratarse de un reaseguro Facultativo Proporcional, deberá indicar, adicionalmente, las siguientes condiciones económicas:
 - 8.1. Comisión del reaseguro reembolsable por el reasegurador;
 - 8.2. Debe detallar los Impuestos y Otros Gastos Reembolsables por el Reasegurador;
 - 8.3. Cualquier otra condición de tipo de económica que se establezca derivada de la cobertura proporcional (otras contraprestaciones pautadas como comisiones adicionales o reintegro por experiencia favorable, entre otros), establecida por las partes;
9. En caso de tratarse de un reaseguro Facultativo Proporcional, deberá indicar adicionalmente las siguientes condiciones económicas:
 - 9.1. Límite de indemnización por riesgo: Monto máximo a indemnizar por parte del reasegurador;
 - 9.2. Cualquier otra condición de tipo de económica que se establezca derivada de la cobertura no proporcional (deducibles, capas, % de siniestralidad), establecida por las partes;
10. Se debe indicar el porcentaje de participación del reasegurador o los reaseguradores en función de la cobertura de reaseguro;



11. Firma y Sello de todas las partes del contrato que intervienen en la Cesión de Reaseguro: El Slip o Nota de reaseguro debe estar firmada y sellada por el reasegurador, en concordancia con la colocación del riesgo. El Certificado de Cesión de Reaseguro Facultativo, emitido por la empresa cedente, puede servir como prueba de la existencia de la colocación en reaseguro facultativo, siempre y cuando esté firmado y sellado por los reaseguradores participantes.

De la participación del mercado nacional

Artículo 28. Las empresas de seguros y de medicina prepagada están obligadas a ceder en el mercado nacional no menos de treinta por ciento (30%) de las primas provenientes de los contratos de reaseguro automáticos y facultativo, en las formas de reaseguro proporcional o no proporcional.

Las operaciones de reaseguro realizadas entre las empresas de seguros nacionales no se consideran parte de la protección a la participación del mercado nacional.

A los efectos de la excepción prevista en la Ley, sólo serán consideradas causas imputables a las empresas de reaseguro nacionales, la falta de capacidad financiera o la decisión voluntaria de no aceptar el riesgo. Las empresas de seguros y de medicina prepagada deberán mantener a disposición de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora los soportes documentales que justifiquen la excepción.

Las empresas deberán demostrar esta participación cada año, a través de la remisión de los contratos de reaseguro suscritos en régimen automático, el listado correspondiente a la colocación de los riesgos en régimen facultativo y la declaración anual de su programa de reaseguro, el cual deberá corresponder con lo reflejado en los Estados Financieros de la empresa.

Esta información deberá ser remitida en los términos y condiciones que determine la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

En el supuesto que las empresas de reaseguro nacionales no puedan otorgar las mismas condiciones económicas que las empresas de reaseguro extranjeras, aquéllas deberán justificar técnicamente esta situación por

escrito a la empresa cedente. En dicho caso, la empresa cedente podrá aceptar o no las condiciones de la reaseguradora local, sin que esto afecte lo dispuesto en este artículo.

De la aplicación de las normas

Artículo 29. Las demás normativas prudenciales y actos administrativos conexos a la actividad aseguradora, que coliden con las presentes normas no serán aplicables.

De la publicidad

Artículo 30. Se ordena la publicación de las presentes normas en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, con el fin de coadyuvar con la divulgación de su contenido, a todos los interesados y público en general,

De la vigencia

Artículo 31. Las presentes normas entrarán en vigencia a partir de la fecha de publicación en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

OMAR OROZCO COLMENARES

Superintendente de la Actividad Aseguradora (E)

Resolución N°003 de fecha 18 de enero de 2021

G.O.R.B.V. N° 42.049 de fecha 18 de enero de 2021

NORMAS QUE REGULAN LA AUTORIZACIÓN Y LOS REGISTROS DE LOS ACTUARIOS EN LA ACTIVIDAD ASEGURADORA



213°, 165° y 25°

SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

Providencia: SAA-_____

Fecha: _____

El Superintendente de la Actividad Aseguradora tiene dentro de sus atribuciones dictar sus manuales de normas y procedimientos que regulan la Actividad Aseguradora.

Por cuanto de conformidad con la Ley de la Actividad Aseguradora, los reglamentos actuariales que sirvan de fundamento para la elaboración de las tarifas deben estar suscritos por actuarios residentes en el país e inscritos en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

Por cuanto las empresas de seguros y de medicina prepagada deben remitir la certificación de las reservas técnicas y el informe correspondiente, suscrito por un actuario independiente inscrito en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, con base en las normas que a tal efecto se dicten.

Por cuanto las empresas de seguros y de medicina prepagada deben remitir el margen de solvencia y patrimonio propio no comprometido correspondiente al último trimestre del ejercicio económico, suscrito por quien ejerza la función ejecutiva del sujeto regulado y por el actuario independiente inscrito en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, acompañado de la certificación del Acta de la Junta Directiva en la cual fueron presentados.

Por cuanto conforme con las normas sobre los planes de incentivos para retribuir las gestiones de los intermediarios de la actividad aseguradora, los estudios técnicos que justifiquen los planes de estímulos deben estar suscritos por un actuario inscrito en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

Por cuanto es competencia de esta Superintendencia de la Actividad Aseguradora verificar y garantizar que los sujetos regulados cumplan con las disposiciones contenidas en la Ley de la Actividad Aseguradora.

En virtud de lo anterior, acuerda dictar las siguientes:

NORMAS QUE REGULAN LA AUTORIZACIÓN Y LOS REGISTROS DE LOS ACTUARIOS EN LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

Del objeto

Artículo 1. Las presentes normas tienen por objeto establecer la regulación y requisitos que deben reunir las personas naturales que aspiren a inscribirse en los registros de actuarios de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora y obtener la autorización para actuar como actuario independiente.

Del Sistema Único de Trámites

Artículo 2. Todas las solicitudes a las que aluden estas normas se realizarán a través del Sistema Único de Trámites, de conformidad con las previsiones normativas contenidas en las normas que regulan los trámites y procedimientos administrativos sustanciados en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora a través de medios electrónicos.

Excepcionalmente y por causas justificadas, la Superintendencia de la Actividad Aseguradora podrá autorizar la consignación de documentos a través de medios físicos.

De la traducción por intérprete público

Artículo 3. Todo documento que se consigne en idioma diferente al castellano deberá ser traducido por intérprete público, de conformidad con la legislación de la República Bolivariana de Venezuela.

De los requisitos comunes para actuar como actuario y como actuario independiente

Artículo 4. Las personas que aspiren inscribirse en los registros de actuarios en la actividad aseguradora deberán consignar la siguiente información:

1. Nombre y apellido, cédula de identidad, pasaporte (opcional), Registro único de Información Fiscal (RIF), teléfono principal y secundario, fecha de nacimiento, nacionalidad, estado civil, dirección, correo electrónico principal y secundario (ambos obligatorios), ocupación y oficio;



2. Constancia de residencia;
3. Fotografía de frente a color, en formato digital con las siguientes especificaciones: tener fondo blanco, sin atuendos que cubran el rostro, formato JPG, tamaño 4 cm de alto x 3 cm de ancho;
4. Declaración de autenticidad, donde señale que la información suministrada es verdadera y que el solicitante autoriza la verificación por parte de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora de los datos suministrados;
5. Declaración de no estar incurso en ninguno de los supuestos de incompatibilidad e impedimentos establecidos en la Ley de la Actividad Aseguradora, su reglamento y las normas dictadas al efecto.

De los requisitos exigidos para la inscripción en el registro de actuarios de la actividad aseguradora

Artículo 5. Las personas que aspiren a inscribirse en el registro de actuarios de la actividad aseguradora, deberán consignar y cumplir con las siguientes exigencias:

1. Tener un título de educación universitaria en ciencias actuariales;
2. Datos académicos: nombre de la universidad; título obtenido; año de egreso; oficina, número, folio, protocolo, tomo y fecha de registro;
3. Síntesis curricular actualizada;

Los títulos que provengan de universidades extranjeras deberán anexar el pensum y el programa de estudios realizados. Asimismo, deben estar legalizados o apostillados.

De las actuaciones de los actuarios de la actividad aseguradora

Artículo 6. Los actuarios inscritos en el registro de actuarios de la actividad aseguradora son los únicos autorizados para suscribir los reglamentos actuariales que sirvan de fundamento para el cálculo de las tarifas utilizadas por las empresas de seguros y de medicina prepagada en la comercialización de sus contratos, así como para los estudios técnicos que justifiquen los planes de estímulos utilizados para remunerar las gestiones de los intermediarios de la actividad aseguradora.

De los requisitos exigidos a los actuarios independientes

Artículo 7. Las personas que aspiren a obtener la autorización para actuar como actuarios independientes y, por ende, la inscripción en el registro de Actuarios Independientes, además de los requisitos establecidos en el artículo 4 de estas normas, deberán consignar y cumplir con las siguientes exigencias:



1. Tener un título de educación universitaria en ciencias actuariales;
2. Datos académicos: nombre de la universidad; título obtenido; año de egreso; oficina, número, folio, protocolo, tomo y fecha de registro;
3. Haber trabajado al menos dos (2) años en empresas de seguros, de reaseguros, de medicina prepagada o en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora; o como consultor o asesor actuarial de estos por igual tiempo; o, en su defecto, haber realizado los cursos de formación establecidos por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, a los fines del cabal ejercicio de la actividad;
4. Síntesis curricular actualizada, con expresa mención de las empresas a las cuales ha prestado servicios como actuario, con indicación de tipos de trabajo y de las correspondientes fechas en cada caso, y otros documentos comprobatorios del mencionado ejercicio como actuario, cuya apreciación quedará a juicio de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

Los títulos que provengan de universidades extranjeras deberán anexar el pensum y el programa de estudios realizados. Asimismo, deben estar legalizados o apostillados.

De la certificación de las reservas técnicas

Artículo 8. Los actuarios independientes de la actividad aseguradora son los únicos autorizados para suscribir la certificación de las reservas técnicas, las auditorías externas actuariales, el margen de solvencia y el patrimonio propio no comprometido de las empresas de seguros, de medicina prepagada y de reaseguros, siempre que no tengan relación laboral alguna con estas.

Del procedimiento

Artículo 9. Una vez efectuada la solicitud de inscripción en cualquiera de los registros previstos en estas normas, la Superintendencia de la Actividad Aseguradora dispondrá de veinte (20) días hábiles para analizarla y emitir su pronunciamiento. Si hubiere omisiones u observaciones, deben ser notificadas al solicitante, quien dispondrá de un plazo máximo de quince (15) días hábiles para efectuar las correcciones correspondientes.

La demora o falta de entrega de las correcciones en el plazo antes mencionado son imputables al interesado; en consecuencia, quedará sin efecto la solicitud y se entenderá desistido el trámite.

De la renovación



Artículo 10. Transcurridos tres (3) años, el interesado deberá renovar la inscripción en el registro, en cuyo caso deberá actualizar los datos y recaudos que le sean solicitados a través del Sistema Único de Trámites.

De la aplicación de las normas

Artículo 11. Las demás normativas prudenciales y actos administrativos conexos a la actividad aseguradora, que coliden con las presentes normas no serán aplicables.

De la publicidad

Artículo 12. Se ordena la publicación de las presentes normas en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, con el fin de coadyuvar con la divulgación de su contenido, a todos los interesados y público en general.

De la vigencia

Artículo 13. Las presentes normas entrarán en vigencia a partir de la fecha de publicación en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

OMAR OROZCO COLMENARES

Superintendente de la Actividad Aseguradora (E)

Resolución N°003 de fecha 18 de enero de 2021

G.O.R.B.V. N° 42.049 de fecha 18 de enero de 2021



NORMAS PARA OBTENER LA AUTORIZACIÓN PARA ACTUAR COMO AUXILIAR DE SEGURO EN LA ACTIVIDAD ASEGURADORA



213°, 165° y 25°



SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

Providencia: SAA-_____

Fecha: _____

El Superintendente de la Actividad Aseguradora tiene dentro de sus atribuciones dictar sus manuales de normas y procedimientos que regulan la Actividad Aseguradora.

Por cuanto la Ley de la Actividad Aseguradora establece que en virtud del análisis de la experiencia profesional del solicitante, otorgará la autorización para actuar como perito evaluador, ajustador de pérdidas e inspector de riesgos sólo en los ramos de seguros para los que el interesado tenga calificación profesional. Además, señala que las personas jurídicas podrán ser inscritas en el registro como perito evaluador, ajustador de pérdidas e inspector de riesgos, siempre que tengan por objeto principal la realización de dicha actividad y las personas naturales que intervengan en los avalúos, ajustes e inspecciones, se encuentren autorizadas para actuar como tales.

Por cuanto los requisitos para obtener la autorización que permita actuar como perito evaluador, ajustador de pérdidas e inspector de riesgos estarán establecidos en el reglamento de la ley y las normas que a tal efecto se dicten.

Por cuanto es competencia de esta Superintendencia de la Actividad Aseguradora verificar y garantizar que los sujetos regulados cumplan con las disposiciones contenidas en la Ley de la Actividad Aseguradora.

En virtud de lo anterior, acuerda dictar las siguientes:

NORMAS PARA OBTENER LA AUTORIZACIÓN PARA ACTUAR COMO AUXILIAR DE SEGURO EN LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

Del objeto

Artículo 2. Las presentes normas tienen por objeto establecer los requisitos y recaudos que las personas naturales o jurídicas deben consignar a la Superintendencia de la Actividad Aseguradora cuando aspiren obtener la autorización para actuar como auxiliares de seguro.

De las definiciones

Artículo 3. A los efectos de estas normas, se entiende por auxiliares de seguro:

1. **Perito evaluador:** persona que efectúa estimaciones del valor de los bienes sobre los cuales las empresas de seguros asumen riesgos o que formen parte de su patrimonio.
2. **Ajustador de pérdidas:** persona que determina el monto que alcanza la pérdida sufrida por el asegurado como consecuencia de los siniestros ocurridos



a bienes sobre los cuales se han celebrado los correspondientes contratos de seguro.

3. **Inspector de riesgos:** persona que hace el reconocimiento y examen, previo a la contratación, de los riesgos y grado de peligrosidad a los que están expuestos los bienes, así como las recomendaciones de los sistemas de protección y medidas de prevención adecuadas.

Del Sistema Único de Trámites

Artículo 4. Todas las solicitudes para actuar como auxiliar de seguro se realizará a través del Sistema Único de Trámites de conformidad con las previsiones normativas contenidas en las normas que regulan los trámites y procedimientos administrativos sustanciados en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora a través de medios electrónicos.

Excepcionalmente y por causas justificadas, la Superintendencia de la Actividad Aseguradora podrá autorizar la consignación de documentos a través de medios físicos.

De la traducción por intérprete público

Artículo 5. Todo documento que se consigne en idioma diferente al castellano deberá ser traducido por intérprete público, de conformidad con la legislación de la República Bolivariana de Venezuela.

De los requisitos para actuar como auxiliar de seguro

Artículo 6. Toda persona que aspire a obtener la autorización para actuar como auxiliar de seguro, deberá contar con los siguientes requisitos:

4. Ser mayor de edad y civilmente hábil;
5. Estar residenciado en el país;
6. Poseer título de educación universitaria o tener experiencia comprobable no menor de tres (3) años, afín con la autorización requerida;
7. No estar incurso en las incompatibilidades e impedimentos previstos en la Ley de la Actividad Aseguradora, el Reglamento y las normas dictadas al efecto;
8. No ser empleado o encontrarse bajo relación de dependencia de empresas de seguros y de reaseguros; de sociedades de corretaje de seguros y de reaseguros; ni ser intermediario de la Actividad Aseguradora.

De los datos básicos para actuar como auxiliar de seguro

Artículo 7. Toda persona que aspire a obtener la autorización para actuar como auxiliar de seguro, deberá registrar los siguientes datos básicos en el Sistema Único de Trámites:

1. Datos personales: nombres y apellidos del interesado, cédula de identidad o pasaporte, Registro único de Información (RIF), teléfono principal y secundario, fecha de nacimiento, nacionalidad, estado civil, sexo, dirección, correo electrónico principal y secundario;



2. Datos del ejercicio de la actividad: ramo o ramos específicos en las áreas correspondientes en las cuales pretende desempeñarse en esta actividad;
3. Datos académicos: nombre de la universidad o instituto; título obtenido; año de egreso; oficina, número, folio, protocolo, tomo y fecha de registro;
4. Declaración de autenticidad, donde señale que la información suministrada es verdadera y que el solicitante autoriza la verificación por parte de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora;
5. Declaración de no estar incurso en ninguno de los supuestos de incompatibilidad e impedimentos establecidos en la Ley de la Actividad Aseguradora, su reglamento y las normas dictadas al efecto.

De los datos básicos de la autorización para actuar como auxiliar de seguro

Artículo 8. Toda persona que aspire a obtener la autorización para actuar como auxiliar de seguro, deberá adjuntar los siguientes recaudos en el Único de Trámites:

1. Título obtenido;
2. Cédula de identidad o pasaporte;
3. Fotografía de frente a color, en formato digital con las siguientes especificaciones: tener fondo blanco, sin atuendos que cubran el rostro, formato JPG, tamaño 4 cm. de alto x 3 cm. de ancho;
4. Constancia de residencia con fecha de emisión no mayor a tres (3) meses;
5. Síntesis curricular actualizada;
6. Constancias que respalden la información laboral y académica proporcionada en la síntesis curricular;
7. Constancia de estar inscrito en asociaciones gremiales o en otras instituciones públicas o privadas como auxiliar de seguro, de ser el caso.

Los títulos que provengan de universidades extranjeras deberán estar apostillados o legalizados, según sea el caso.

De la autorización para las sociedades de auxiliares de seguro

Artículo 9. La Superintendencia de la Actividad Aseguradora podrá autorizar a personas jurídicas para actuar como sociedades de auxiliares de seguro, siempre que tengan por objeto principal la realización de estas actividades, a cuyos fines el solicitante deberá consignar, lo siguiente:

1. Datos personales del representante legal, accionista (si es persona natural) y Junta Directiva: nombres y apellidos, cédula de identidad o pasaporte, Registro único de Información Fiscal (RIF), teléfono principal y secundario, fecha de nacimiento, nacionalidad, estado civil, sexo, dirección, correo electrónico principal y secundario;
2. Datos del accionista (si es persona jurídica): razón social, dirección de la sede principal, teléfono principal y secundario, correo electrónico principal y



- secundario. En este caso, deberá consignarse la información a que se refiere el numeral anterior de los accionistas de la persona jurídica;
3. Datos de la sociedad de auxiliares de seguro: razón social, dirección de la sede principal, teléfono principal y secundario, correo electrónico principal y secundario;
 4. Datos del ejercicio de la actividad: ramo o ramos específicos en los cuales pretende desempeñar en esta actividad;
 5. Declaración Jurada de no estar incurso en alguna de las prohibiciones previstas en la Ley, su reglamento y las normas dictadas al efecto para los accionistas y miembros de la Junta Directiva;
 6. Declaración de Autenticidad, donde señale que la información suministrada es verdadera y que el solicitante autoriza la verificación, por parte de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora de los datos suministrados;
 7. Declaración Jurada del origen de los fondos.

De los datos del representante legal o accionista

Artículo 10. El representante legal, accionista (persona natural) y Junta Directiva de las personas jurídicas que pretenda actuar como sociedades de auxiliares de seguro, deberá consignar, lo siguiente:

8. Cédula de identidad o pasaporte;
 1. Registro único de Información Fiscal (RIF) ;
 2. Fotografía de frente a color, en formato digital con las siguientes especificaciones: tener fondo blanco, sin atuendos que cubran el rostro, formato JPG, tamaño 4 cm. de alto x 3 cm. de ancho;
 3. Constancia de residencia con fecha de emisión no mayor a tres (3) meses.
 4. Síntesis curricular actualizada;
 5. Balance personal y declaración del Impuesto sobre la Renta, correspondiente al ejercicio inmediatamente anterior a la solicitud.

De los ramos autorizados

Artículo 11. La autorización de las sociedades de auxiliares de seguro estará sujeta a los ramos en los cuales estén autorizadas por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, las personas naturales que suscribirán las actividades específicas de avalúos, ajustes e inspecciones, según corresponda, en representación de la persona jurídica.

De las prohibiciones

Artículo 12. Los auxiliares de seguros no podrán realizar directa o indirectamente de forma simultánea, gestiones de intermediación de seguros o reaseguros; de representación de cualquier forma de empresas de reaseguros o de sociedades de corretaje de reaseguros; ni ser integrantes de juntas directivas, gerentes, accionistas o empleados de estas; ejercer la representación de empresas de seguros o de reaseguros extranjeras inscritas, ni de Auxiliares de Seguros no domiciliados en el país.



Queda prohibido a los Auxiliares de Seguros realizar inspecciones de riesgos, ajustes de pérdidas y peritajes de avalúos, a empresas no autorizadas por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

De los buques mercantes

Artículo 13. Quienes aspiren a ejercer las actividades de auxiliares sobre buques mercantes, deberán anexar a su solicitud la documentación que demuestre que se desempeñan como peritos navales, de conformidad con la Ley de Títulos, Licencias y Permisos de la Marina Mercante.

Del procedimiento

Artículo 14. Una vez efectuada la solicitud, la Superintendencia de la Actividad Aseguradora dispondrá de veinte (20) días hábiles para analizarla y emitir su pronunciamiento al respecto. Si hubiere omisiones u observaciones, deben ser notificadas al solicitante, quien dispondrá de un plazo máximo de quince (15) días hábiles para efectuar las correcciones correspondientes.

La demora o falta de entrega de las correcciones en el plazo antes mencionado, son imputables al interesado; en consecuencia, quedará sin efecto la solicitud y se entenderá desistido el trámite.

De la renovación

Artículo 15. Transcurridos tres (3) años, el interesado deberá renovar la inscripción como auxiliar de seguro, en cuyo caso deberá actualizar a través de los mecanismos dispuestos para ello, los datos y recaudos que le sean solicitados.

De la aplicación de las normas

Artículo 16. Las demás normativas prudenciales y actos administrativos conexos a la actividad aseguradora, que coliden con las presentes normas no serán aplicables.

De la publicidad

Artículo 17. Se ordena la publicación de las presentes normas en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, con el fin de coadyuvar con la divulgación de su contenido a todos los interesados y público en general.

De la vigencia

Artículo 18. Las presentes normas entrarán en vigencia a partir de la fecha de publicación en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.



OMAR OROZCO COLMENARES

Superintendente de la Actividad Aseguradora (E)

Resolución N°003-2021 de fecha 18 de enero de 2021

G.O.R.B.V. N° 42.049 de fecha 18 de enero de 2021

NORMAS RELATIVAS AL REGISTRO DE EMPRESAS DE REASEGUROS EXTRANJERAS



213°, 165° y 25°

SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

Providencia: SAA-_____

Fecha: _____

El Superintendente de la Actividad Aseguradora tiene dentro de sus atribuciones dictar sus manuales de normas y procedimientos que regulan la Actividad Aseguradora.

Por cuanto la Superintendencia de la Actividad Aseguradora debe mantener un registro de las empresas de reaseguros domiciliadas y constituidas en el exterior que sean autorizadas para realizar operaciones de reaseguros en la República Bolivariana de Venezuela, las cuales deben cumplir los requisitos y trámites establecidos en el reglamento de la ley y las normas que a tal efecto se dicten, conforme con el artículo 68 de la Ley de la Actividad Aseguradora.

En virtud de lo anterior, acuerda dictar las siguientes:

NORMAS RELATIVAS AL REGISTRO DE EMPRESAS DE REASEGUROS EXTRANJERAS

Del objeto

Artículo 1. Las presentes normas tienen por objeto establecer los requisitos y recaudos que las empresas de reaseguros domiciliadas y constituidas en el exterior deben reunir y consignar a la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, para la inscripción en el registro de empresas de reaseguros extranjeras.

Del alcance

Artículo 2. Las empresas de reaseguros domiciliadas y constituidas en el exterior que tengan interés de operar con empresas de seguros y de reaseguros constituidas en la República Bolivariana de Venezuela, deben solicitar su inscripción en el registro que lleva la Superintendencia de la Actividad Aseguradora para tal fin.

Del Sistema Único de Trámites

Artículo 3. Todas las solicitudes a las que aluden estas normas se realizarán a través del Sistema Único de Trámites, de conformidad con las previsiones normativas contenidas en las normas que regulan los trámites y procedimientos administrativos sustanciados en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora a través de medios electrónicos.

Excepcionalmente y por causas justificadas, la Superintendencia de la Actividad Aseguradora podrá autorizar la consignación de documentos a través de medios físicos.



De la traducción por intérprete público

Artículo 4. Todo documento que se consigne en idioma diferente al castellano deberá ser traducido por intérprete público, de conformidad con la legislación de la República Bolivariana de Venezuela.

De las certificaciones

Artículo 5. Los poderes y las certificaciones deben haber sido expedidas con no más de seis (6) meses de anterioridad a la fecha de presentación de la solicitud, además deben ser legalizadas o apostilladas, según corresponda.

Del interesado

Artículo 6. La solicitud de inscripción en el registro de empresas de reaseguros extranjeras podrá ser realizada por cualquier persona natural o jurídica autorizada por la empresa de reaseguro domiciliada y constituida en el exterior.

De las formalidades para la inscripción

Artículo 7. A los fines de la inscripción en el registro de empresas de reaseguros extranjeras, el interesado deberá señalar y consignar, a través de los mecanismos dispuestos para tal fin, la siguiente información:

1. Nombre completo, domicilio social, dirección, teléfonos y correos electrónicos del reasegurador;
2. Poder amplio autenticado que acredite la personalidad y facultades del interesado para solicitar la inscripción. En cualquier caso, deberán indicarse los siguientes datos de la persona natural que tramitará la solicitud: nombres y apellidos, cédula de identidad o pasaporte, Registro único de Información Fiscal (R.I.F.), teléfono principal y secundario, dirección, correo electrónico principal y secundario;
3. Certificado de la autoridad competente del país de su domicilio que acredite que la empresa de reaseguros se encuentra constituida legalmente en ese país y que posee autorización, no menor a cinco (5) años, para realizar en el extranjero operaciones de reaseguro, reafianzamiento o ambas, indicando los ramos en que puede operar y que no tiene impedimentos para el pago de las cuentas técnicas de reaseguros en moneda de libre convertibilidad;
4. Copia certificada expedida por la autoridad competente del país de origen de los estatutos o contrato social de la empresa;
5. Documentos que demuestren que la empresa reaseguradora se encuentra constituida e inscrita en países, dominios, jurisdicciones, territorios o estados asociados, cooperativos, en el marco de la lucha mundial contra los delitos de administración de riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo y Financiamiento a la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (LC/FT/FPADM) y otros ilícitos, según los criterios emanados de los documentos públicos emitidos por el Grupo de Acción Financiera Internacional (GAFI) ;



6. Calificación de la capacidad financiera a escala internacional elaborada por alguna de las siguientes calificadoras de riesgos, que no tenga más de doce (12) meses de antigüedad a la fecha de la solicitud:

Agencia Calificadora	Calificación Internacional mínima aceptada
Standard & Poor's	A-
Fitch Ratings	A-
Moody's	A3
A.M Best	a

Para el establecimiento de la calificación, se tomarán en cuenta las siguientes condiciones y criterios:

- a. Podrán aceptarse calificaciones que procedan de agencias calificadoras distintas a las señaladas, en cuyo caso la Superintendencia de la Actividad Aseguradora evaluará su admisibilidad.
 - b. En el evento de existir varias calificaciones vigentes sobre una misma reaseguradora, se debe tener en cuenta, para el cumplimiento de este requisito, la de mayor calificación.
 - c. En ningún caso se podrá admitir calificadoras de riesgo a escala local.
 - d. Si la empresa de reaseguro extranjera inscrita descendiera a cualquiera posición por debajo de los niveles mínimos de clasificación de riesgo establecidos, la Superintendencia de la Actividad Aseguradora procederá a la exclusión de su registro.
7. Estados financieros correspondientes a los últimos tres (3) ejercicios, con los respectivos informes de auditores externos de reconocida trayectoria internacional;
8. La Superintendencia de la Actividad Aseguradora podrá requerir cualquier otra información o recaudo adicional que considere necesario para evaluar la solvencia, liquidez y experiencia de la empresa que solicita la inscripción en el registro de empresas de reaseguros extranjeras.

Del mercado de reaseguros de Lloyd's of London

Artículo 8. Para los fines de la inscripción en el registro de empresas de reaseguros extranjeras, el mercado de seguros y reaseguros de Lloyd's of London será considerado como un solo reasegurador. Lloyd's of London deberá, a través de la persona natural o jurídica que realiza el trámite, remitir a la Superintendencia lista de los Sindicatos miembros de Lloyd's.

De la aprobación

Artículo 9. Verificada la información consignada, la Superintendencia de la Actividad Aseguradora tendrá un lapso de veinte (20) días hábiles para resolver la



solicitud. En el supuesto que alguna información o documentación resulte ambigua o insuficiente, se ordenará la subsanación al interesado quien contará con un lapso de treinta (30) días continuos para remitir la información. De no hacerlo en dicho lapso se entenderá desistido su trámite.

De la renovación

Artículo 10. La renovación de la inscripción en el registro se efectuará cada tres (3) años y deberá actualizarse la información consignada en la solicitud de inscripción.

De la actualización

Artículo 11. Las empresas de reaseguros inscritas en el registro a que se refiere estas normas, están obligadas a remitir cualquier modificación de la información suministrada para efectos de su inscripción o renovación, en el plazo de treinta (30) días hábiles contados a partir de la modificación.

De la aplicación de las normas

Artículo 12. Las demás normativas prudenciales y actos administrativos conexos a la actividad aseguradora, que coliden con las presentes normas no serán aplicables.

De la publicidad

Artículo 13. Se ordena la publicación de las presentes normas en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, con el fin de coadyuvar con la divulgación de su contenido a todos los interesados y público en general.

De la vigencia

Artículo 14. Las presentes normas entrarán en vigencia a partir de la fecha de publicación en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

OMAR OROZCO COLMENARES
Superintendente de la Actividad Aseguradora (E)
Resolución N°003-2021 de fecha 18 de enero de 2021
G.O.R.B.V. N° 42.049 de fecha 18 de enero de 2021

NORMAS RELATIVAS AL REGISTRO DE SOCIEDADES DE CORRETAJE DE REASEGUROS EXTRANJERAS



213°, 165° y 25°
SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

Providencia: SAA-_____

Fecha: _____

El Superintendente de la Actividad Aseguradora tiene dentro de sus atribuciones dictar sus manuales de normas y procedimientos que regulan la Actividad Aseguradora.

Por cuanto la Superintendencia de la Actividad Aseguradora debe llevar y mantener, además de los registros de inscripción de los sujetos regulados, cualquier otro registro que establezca la ley, su reglamento y las normas que regulan la materia.

Por cuanto la Ley de la Actividad Aseguradora aplica a toda actividad aseguradora desarrollada en la República Bolivariana de Venezuela o materializada en el extranjero, que tenga relación con riesgos o personas situadas en el Territorio Nacional, realizada por los sujetos regulados y por todas aquellas personas naturales o jurídicas que desarrollen operaciones y negocios jurídicos calificados como actividad aseguradora, así como a las personas que representan el interés general objeto del presente marco normativo.

En virtud de lo anterior, acuerda dictar las siguientes:

NORMAS RELATIVAS AL REGISTRO DE SOCIEDADES DE CORRETAJE DE REASEGUROS EXTRANJERAS

Del objeto

Artículo 15. Las presentes normas tienen por objeto establecer los requisitos y recaudos para las sociedades de corretaje de reaseguros domiciliadas y constituidas en el exterior, que pretendan realizar operaciones de intermediación de reaseguros en la República Bolivariana de Venezuela, sin constituir una oficina de representación, sucursal, establecimiento permanente o base fija en el país.

Del alcance

Artículo 16. Las sociedades de corretaje de reaseguros domiciliadas y constituidas en el exterior que tengan interés de operar con empresas de seguros y de reaseguros constituidas en la República Bolivariana de Venezuela, deben solicitar su inscripción en el registro que lleva la Superintendencia de la Actividad Aseguradora para tal fin.

Del Sistema Único de Trámites

Artículo 17. Todas las solicitudes a las que aluden estas normas se realizarán a través del Sistema Único de Trámites, de conformidad con las previsiones normativas contenidas en las normas que regulan los trámites y procedimientos



administrativos sustanciados en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora a través de medios electrónicos.

Excepcionalmente y por causas justificadas, la Superintendencia de la Actividad Aseguradora podrá autorizar la consignación de documentos a través de medios físicos.

De la traducción por intérprete público

Artículo 18. Todo documento que se consigne en idioma diferente al castellano deberá ser traducido por intérprete público, de conformidad con la legislación de la República Bolivariana de Venezuela.

De las certificaciones

Artículo 19. Los poderes y las certificaciones deben haber sido expedidas con no más de seis (6) meses de anterioridad a la fecha de presentación de la solicitud, además deben ser legalizadas o apostilladas, según corresponda.

Del interesado

Artículo 20. La solicitud de inscripción en el registro de sociedades de corretaje de reaseguros extranjeras podrá ser realizada por cualquier persona natural o jurídica autorizada por la sociedad de corretaje de reaseguros domiciliada y constituida en el exterior.

De las formalidades para la inscripción

Artículo 21. A los fines de la inscripción en el registro de sociedades de corretaje de reaseguros extranjeras, el interesado deberá señalar y consignar, a través de los mecanismos dispuestos para tal fin, la siguiente información:

9. Nombre completo, domicilio social, dirección, teléfonos y correos electrónicos de la sociedad de corretaje de reaseguro;
10. Poder amplio autenticado que acredite la personalidad y facultades del interesado para solicitar la inscripción. En cualquier caso, deberán indicarse los siguientes datos de la persona natural que tramitará la solicitud: nombres y apellidos, cédula de identidad o pasaporte, Registro único de Información Fiscal (R.I.F.), teléfono principal y secundario, dirección, correo electrónico principal y secundario;
11. Certificado de la autoridad competente del país de su domicilio, acreditando que la sociedad de corretaje de reaseguros se encuentra constituida legalmente en ese país y que posee autorización, no menor a cinco (5) años, para realizar en el extranjero operaciones de intermediación de reaseguro;
12. Copia certificada expedida por la autoridad competente del país de origen de los estatutos o contrato social de la sociedad de corretaje de reaseguros domiciliada y constituida en el exterior;
13. Documentos que demuestren que la sociedad de corretaje de reaseguros se encuentra constituida e inscrita en países, dominios, jurisdicciones, territorios o estados asociados, cooperativos, en el marco de la lucha mundial contra los



- delitos de administración de riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo y Financiamiento a la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (LC/FT/FPADM) y otros ilícitos, según los criterios emanados de los documentos públicos emitidos por el Grupo de Acción Financiera Internacional (GAFI) ;
14. Estados financieros correspondientes a los últimos tres (3) ejercicios, con los respectivos informes de auditores externos de reconocida trayectoria internacional;
 15. Copia certificada por la autoridad competente de una póliza de responsabilidad civil o fianza que ampare los perjuicios que, por causa de errores u omisiones, ocasione a las empresas de seguros o reaseguros constituidas en la República Bolivariana de Venezuela, con límite de responsabilidad mínimo de USD 1.000.000;
 16. La Superintendencia de la Actividad Aseguradora podrá requerir cualquier otra información o recaudo adicional que considere necesario para evaluar la solvencia, liquidez y experiencia de la sociedad de corretaje que solicita la inscripción en el registro de sociedades de corretaje de reaseguros extranjeras.

De la aprobación

Artículo 22. Verificada la información consignada, la Superintendencia de la Actividad Aseguradora tendrá un lapso de veinte (20) días hábiles para resolver la solicitud. En el supuesto que alguna información o documentación resulte ambigua o insuficiente, se ordenará la subsanación al interesado quien contará con un lapso de treinta (30) días continuos para remitir la información. De no hacerlo en dicho lapso se entenderá desistido su trámite.

En el supuesto que la información esté completa, la Superintendencia de la Actividad Aseguradora notificará a la sociedad de corretaje de reaseguro y procederá la inclusión en el registro.

De la renovación

Artículo 23. La renovación de la inscripción en el registro se efectuará cada tres (3) años y deberá actualizarse la información consignada en la solicitud de inscripción.

De la actualización

Artículo 24. Las sociedades de reaseguros inscritas en el registro a que se refiere estas normas, están obligadas a remitir cualquier modificación de la información suministrada para efectos de su inscripción o renovación, en el plazo de treinta (30) días hábiles contados a partir de la modificación.

Del orden de prelación para operar

Artículo 25. Las empresas de seguros, de medicina prepagada y de reaseguros constituidas en la República Bolivariana de Venezuela que pretendan ceder sus riesgos con la mediación de sociedades de corretaje, podrán efectuarlo con las

sociedades de corretaje de reaseguros constituidas en el país o, si no fuere posible o resulte infructuosa recurrir a estas, con las sociedades de corretaje de reaseguro inscritas en el registro a que se refieren estas normas.

De la aplicación de las normas

Artículo 26. Las demás normativas prudenciales y actos administrativos conexos a la actividad aseguradora, que coliden con las presentes normas no serán aplicables.

De la publicidad

Artículo 27. Se ordena la publicación de las presentes normas en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, con el fin de coadyuvar con la divulgación de su contenido a todos los interesados y público en general.

De la vigencia

Artículo 28. Las presentes normas entrarán en vigencia a partir de la fecha de publicación en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

OMAR OROZCO COLMENARES
Superintendente de la Actividad Aseguradora (E)
Resolución N°003-2021 de fecha 18 de enero de 2021
G.O.R.B.V. N° 42.049 de fecha 18 de enero de 2021

NORMAS PARA LA DIVULGACIÓN Y PUBLICIDAD EN LA ACTIVIDAD ASEGURADORA



213°, 165° y 25°
SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

Providencia: SAA-_____

Fecha: _____

El Superintendente de la Actividad Aseguradora tiene dentro de sus atribuciones dictar sus manuales de normas y procedimientos que regulan la Actividad Aseguradora.

Por cuanto el artículo la Ley de la Actividad Aseguradora establece que la divulgación y publicidad de los sujetos regulados debe ser previamente aprobada por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora. Además, señala que la publicidad no podrá tener aseveraciones u ofrecimientos falsos, o no comprobables, o que puedan dar lugar a confusión en el público y deberá ajustarse a las condiciones y requisitos establecidos en la ley, su reglamento, las normas que a tal efecto se dicten, la ley que rige la materia de publicidad, las normas que regulan la libre competencia y al contenido de los contratos de seguros, de reaseguros o de medicina prepagada.

Por cuanto son aplicables a las asociaciones cooperativas que realicen actividad aseguradora las disposiciones previstas en la ley para las empresas de seguros, en lo relativo a la aprobación de la publicidad.

Por cuanto los tomadores, asegurados, beneficiarios o contratantes, respecto de los sujetos regulados, deben ser protegidos de la oferta y publicidad engañosa o abusiva, los métodos comerciales coercitivos o desleales que distorsionen la libertad de elegir y las prácticas o cláusulas abusivas impuestas por los sujetos regulados.

Por cuanto es competencia de esta Superintendencia de la Actividad Aseguradora verificar y garantizar que los sujetos regulados cumplan con las disposiciones contenidas en la Ley de la Actividad Aseguradora.

En virtud de lo anterior, acuerda dictar las siguientes.

**NORMAS PARA LA DIVULGACIÓN Y PUBLICIDAD EN LA ACTIVIDAD
ASEGURADORA**

Del objeto

Artículo 1. Las presentes normas tienen por objeto establecer los lineamientos generales que rigen la divulgación y publicidad de los sujetos regulados por la Ley de la Actividad Aseguradora.



Únicamente los sujetos regulados por la Ley de la Actividad Aseguradora podrán solicitar autorización para la divulgación y publicidad a las que se refieren estas normas.

La divulgación y publicidad debe estar orientada a conservar e incrementar la confianza en el sector asegurador venezolano, así como proporcionar información y orientación sobre las actividades realizadas por los sujetos regulados de la actividad aseguradora.

De las definiciones

Artículo 2. A los efectos de estas normas, se entiende por:

1. Aplicación: Programa informático diseñado como herramienta para permitir a los usuarios realizar uno o diversos tipos de tareas;
2. Campaña publicitaria: Conjunto de estrategias de comunicación que se realizan con el objetivo de dar a conocer una idea o promocionar un producto o servicio a partir del llamado de atención o interés generado en un determinado conjunto de personas;
3. *Chatbot*: Anglicismo que refiere a software basado en inteligencia artificial que permite mantener conversaciones en tiempo real por texto o por voz con los usuarios para resolver sus inquietudes o dar servicio al cliente;
4. Comercial: Soporte visual o audiovisual de corta duración que transmite un mensaje en el cual se limita un hecho fundamental o un conocimiento de carácter publicitario;
5. Cuña publicitaria: Soporte auditivo de corta duración que transmite un mensaje en el cual se limita un hecho fundamental o un conocimiento de carácter publicitario;
6. Divulgación: Difusión masiva o restringida, por cualquier medio o canal, de la publicidad de los sujetos regulados por la actividad aseguradora;
7. Imagen corporativa: Conjunto de elementos que identifican al sujeto regulado; puede referirse a un dibujo, figura, ícono, símbolo u otro;
8. Etiquetar o *taggear*: Incluir a un usuario dentro de una publicación en las redes sociales incorporando el enlace de su cuenta;
9. Influenciador o *Influencer*: Aquella persona con capacidad para influir sobre otras, principalmente a través de las redes sociales;
10. Lema o eslogan: Frase u oración breve, expresiva y fácil de recordar;
11. Logo: Distintivo de una persona, marca o producto, compuesto por elementos gráficos, textuales o imágenes;
12. Medio de divulgación: Aquel que sirve para publicar, difundir o propagar mensajes o contenidos, este puede ser: mobiliario urbano para información (MUPI), tótem, prensa, pancarta, radio, televisión, valla, web, blog y red social, entre otros;
13. Mencionar: incluir a un usuario en una publicación, historia o comentario en las redes sociales;



14. Página web: Documento electrónico que contiene información textual, visual o sonora que se encuentra alojado en un servidor y puede ser accesible mediante el uso de navegadores;
15. Publicidad: Toda forma de comunicación destinada a dar a conocer la organización y las actividades de los sujetos regulados, así como las características, ventajas y cualidades o beneficios de los productos y servicios que pueden prestar o comercializar, con el fin de estimular su adquisición o contratación;
16. Publicidad comparativa: Toda aquella comunicación que reclame ventajas de un producto o servicio, respecto de un competidor, mediante la comparación de sus características, atributos o beneficios;
17. Producto: Contrato de seguro o de medicina prepagada que se pretende divulgar y publicitar.

Del contenido

Artículo 3. Las declaraciones, aseveraciones u ofrecimientos contenidos en la publicidad deben ser comprobables y corresponderse con la capacidad real de cumplimiento por parte de los sujetos regulados, tendrán el mismo valor de una oferta pública y los obligará en los términos en que se hayan divulgado.

De la identificación del sujeto regulado

Artículo 4. Toda publicidad debe señalar la denominación social o personal del sujeto regulado, con indicación expresa del tipo de actividad aseguradora para la cual está autorizado, sin usar abreviaturas, y su código de registro en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

Los intermediarios de la actividad aseguradora deberán incluir en su material publicitario el término: agente de la actividad aseguradora, corredor de la actividad aseguradora, sociedad de corretaje de seguro o sociedad de corretaje de reaseguro de la actividad aseguradora, según corresponda, debiendo además evitar cualquier otra referencia ambigua que pueda suscitar equivocación sobre la naturaleza de las operaciones.

Por tal motivo, los intermediarios de la actividad aseguradora en la mediación de productos de seguros o medicina prepagada deben señalar de manera clara e inequívoca la empresa que ofrece el producto y, por ende, asume el riesgo.

De las prohibiciones

Artículo 5. Toda publicidad debe abstenerse de:

1. Contener declaraciones, afirmaciones u ofrecimientos falsos, engañosos o que den lugar a la confusión en el público;
2. Inducir o incitar al miedo o error a su destinatario;
3. Perjudicar o afectar a un competidor;
4. Violar normas jurídicas, éticas o ambientales;



5. Incluir mensajes o imágenes subliminales, abusivas, discriminatorias, violentas, ofensivas, vulgares o de odio, que sean capaces de estimular un comportamiento perjudicial o peligroso para la salud o seguridad de las personas;
6. Utilizar denominaciones que no correspondan a la actividad aseguradora para cual ha sido autorizada por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora o palabras que puedan dar a entender que se refiere a otro tipo de sujeto regulado, a los fines de inducir en confusión a los tomadores, asegurados, beneficiarios, contratantes, usuarios, afiliados o al público en general.

De la publicidad comparativa

Artículo 6. Los corredores de la actividad aseguradora que realicen intermediación con una o varias empresas de seguros, medicina prepagada, sociedades de corretaje de seguros o administradoras de riesgos, que hagan publicidad comparativa, lo harán siguiendo principios de ética corporativa y, por lo tanto, no debe resultar ofensiva ni injuriosa para quien resulte aludido por el anuncio, el producto o el servicio comparado, ni dar lugar a confusión entre los factores a comparar. En ese sentido, la publicidad comparativa será autorizada, siempre que se garanticen los siguientes principios y exigencias:

1. Que las coberturas de los productos pertenecientes a su cartera o servicios tengan similares características;
2. La comparación deberá ser objetiva y verificable en una o más características de las coberturas de los productos pertenecientes a su cartera o servicios comparados;
3. La comparación no debe menospreciar la imagen o la marca de la empresa que será objeto de la misma.

Las empresas de seguros, de medicina prepagada, de administración de riesgos y los agentes exclusivos no podrán hacer publicidad comparativa.

De la publicidad hecha por influenciadores

Artículo 7. Los mensajes publicitarios realizados por influenciadores deberán indicar en su promoción que la misma está sujeta a alguna relación contractual con el sujeto regulado.

Los mensajes publicitarios que contengan testimonios, deben ser auténticos de personas que aseguren haber adquirido el producto o recibido el servicio prestado en el anuncio, originados de vivencias adquiridas por una experiencia directa. Por tal motivo, no deben utilizarse testimonios que puedan inducir a error y que:

1. No sean reales;
2. Alteren el mensaje de quien brinda testimonio;
3. Contengan declaraciones equívocas;
4. Lleve a conclusiones equivocadas o erróneas.



Los sujetos regulados deberán comprometerse a que, en el supuesto que la persona que entrega el testimonio y tenga algún interés económico con el anunciante, indique expresamente en el mensaje que la promoción que está realizando es pagada por aquél o que lo hace en virtud de un intercambio comercial.

Si la Superintendencia de la Actividad Aseguradora determina que el anuncio realizado por algún influenciador se hizo a espaldas de las exigencias de este artículo se entenderá que la publicidad no fue aprobada y con ello se impondrán las sanciones establecidas en la Ley, previa a la sustanciación de un procedimiento.

De la identificación por redes sociales

Artículo 8. En todas las redes sociales de los sujetos regulados se deberá indicar:

1. Denominación social o personal del sujeto regulado, sin usar abreviaturas;
2. En el área de descripción de la red social, se deberá indicar la providencia autorizatoria y el número de registro en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, su página web y cualquier otro dato que permita su plena identificación;
3. En el caso que tenga logos, en la foto de perfil, se colocará aquel que fue aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora y que permita su plena identificación;
4. Los sujetos regulados, persona natural, podrán colocar cualquier foto de perfil; sin embargo, los intermediarios de la actividad aseguradora, persona natural, no deberán adjuntar imágenes que hagan creer que son sociedades de corretaje de seguros, empresas de seguros, de medicina prepagada, de reaseguros o administradoras de riesgos.

De la publicación a través de las redes sociales

Artículo 9. Toda publicidad en materia aseguradora que se publique a través de las redes sociales se etiquetará o mencionará a la cuenta o las cuentas oficiales de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

Si los sujetos regulados realizan publicaciones sin etiquetar o mencionar a la cuenta o las cuentas oficiales de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, se entenderá que la publicidad no fue aprobada y con ello se impondrán las sanciones establecidas en la Ley, previa a la sustanciación de un procedimiento.

Excepcionalmente, la Superintendencia de la Actividad Aseguradora podrá crear cuentas de redes sociales destinadas al control de las publicaciones, en cuyo caso se informará la denominación de la misma a los sujetos regulados a través de Circular o Aviso Público.

De la publicidad de productos



Artículo 10. En las publicidades que realicen los intermediarios de la actividad aseguradora sobre productos de seguros o de medicina prepagada, deberán indicar la providencia y fecha mediante la cual se autorizó la comercialización de los mismos, así como el sujeto regulado que los ofrece y comercializa.

De los requisitos y formalidades para la solicitud de autorización

Artículo 11. La solicitud de autorización para la divulgación y publicidad debe formularse a través de los mecanismos establecidos para tal fin por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora y contener, como mínimo, lo siguiente:

1. En caso de persona natural: nombre completo, cédula de identidad, nacionalidad, Registro único de Información Fiscal (R.I.F.), dirección, teléfono, correo electrónico y número de registro ante la Superintendencia de la Actividad Aseguradora;
2. En caso de ser persona jurídica: denominación social, Registro único de Información Fiscal (R.I.F.), domicilio, teléfono, correo electrónico y número de registro ante la Superintendencia de la Actividad Aseguradora. La persona natural que realice la solicitud debe estar autorizada por el sujeto regulado e indicar nombre completo, cédula de identidad, teléfono, correo electrónico y el carácter con el que actúa;
3. Tipo de material publicitario y medios a través del cual se pretenda divulgar; El referido material debe estar expresado en idioma castellano de manera clara, comprensible y objetiva, así como elaborado en un tamaño y tipo de letra que garantice sea legible;
4. Fecha en que se pretende iniciar la divulgación de la publicidad, indicando, si fuere el caso, el período en que se mantendrá la difusión al alcance del público;
5. Indicación de los códigos y fechas de aprobación de los productos que se pretendan divulgar, si fuere el caso;
6. Carta de autorización de las personas naturales o jurídicas mencionadas en el material publicitario.

La solicitud debe acompañarse del texto y de las imágenes que se pretendan difundir. Para la divulgación por medios audiovisuales, debe incluirse el guion descriptivo y gráfico del comercial. En caso de divulgación a través de la web, aplicaciones móviles o redes sociales, debe consignarse el contenido de las pantallas.

De las condiciones especiales

Artículo 12. Sin perjuicio de lo previsto en el artículo anterior, el tipo de material publicitario que debe acompañar la solicitud de autorización, según el caso, será:

1. Aplicación: Versión demostrativa de cada uno de los enlaces o menú del programa. En caso de incluirse un *Chatbot*, se debe mostrar cada una de las



- funciones y especificar las respuestas automáticas que se generarán para los usuarios;
2. Comercial: El guion gráfico (*story board*) y guion-texto, indicando tiempo de duración;
 3. Cuña publicitaria: El guion-texto, indicando tiempo de duración;
 4. Imagen corporativa: Arte completo que se desea difundir;
 5. Lema o eslogan: Arte contentivo de la expresión que se desea difundir;
 6. Logo: Arte o texto contentivo de la expresión a ser evaluada;
 7. Página web: Versión demostrativa de cada uno de los enlaces del portal y el nombre del dominio donde será difundido. El nombre del dominio debe ser cónsono con la actividad aseguradora que ejerce el sujeto regulado. En caso de incluirse un *Chatbot*, se debe mostrar cada una de las funciones y especificar las respuestas automáticas que se generarán para los usuarios.

Del tratamiento especial

Artículo 13. El sujeto regulado que realice u ordene la divulgación y publicidad de productos y servicios, debe dar cumplimiento estricto al ordenamiento jurídico aplicable en las materias de propiedad intelectual, derechos de los niños, niñas y adolescentes, y las referidas a cualquier otro grupo de personas en situación de vulnerabilidad.

Del procedimiento

Artículo 14. Una vez efectuada la solicitud, la Superintendencia de la Actividad Aseguradora dispondrá de treinta (30) días hábiles para analizar su contenido y emitir pronunciamiento al respecto. Si hubiere modificaciones, deben ser notificadas al solicitante, quien dispondrá de un plazo de cinco (05) días hábiles para efectuar las correcciones indicadas.

La demora o falta de entrega de las modificaciones ordenadas en el plazo antes mencionado, son imputables al sujeto regulado; en consecuencia, quedará sin efecto la solicitud y se entenderá desistida.

De la publicidad no autorizada

Artículo 15. El uso de material publicitario o medio de divulgación no autorizado dará lugar a que la Superintendencia de la Actividad Aseguradora ordene de forma inmediata el retiro de la publicidad e imponga las sanciones a que haya lugar.

Del período de divulgación

Artículo 16. Cuando la solicitud de aprobación establezca un período para la divulgación de la publicidad o ésta contenga declaraciones que puedan variar en el transcurso del tiempo, la autorización será otorgada indicando su período de divulgación.



En el caso de anunciar una publicidad a través de las redes sociales, la vida útil del anuncio no debe ser superior al período solicitado para la divulgación de la publicidad.

De la obligación de indicar datos de aprobación

Artículo 17. Otorgada la autorización del material publicitario, el sujeto regulado debe incluir en éste, el código y la fecha de aprobación correspondiente, así como el período de divulgación, si fuere el caso.

Queda excluido de esta obligación el material publicitario referido exclusivamente al lema o logo del sujeto regulado.

De la publicidad no sujeta a aprobación

Artículo 18. No requiere aprobación previa por parte de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, la divulgación de material publicitario en los siguientes términos:

1. Anuncios donde el sujeto regulado:
 - 1.1. Haga mención a su nombre completo o denominación social, a su denominación comercial o a un logo o lema de su propiedad, siempre que estos se encuentren previamente aprobados por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora. Se incluyen anuncios de búsqueda donde se visualice la página web del sujeto regulado previamente aprobada por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora y los anuncios para el patrocinio de cualquier evento deportivo, recreativo o cultural;
 - 1.2. Señale los ramos en los cuales ha quedado autorizado para operar, siempre que no incluya el nombre específico de los productos a comercializar;
 - 1.3. Se refieran exclusivamente a la apertura, cambio de domicilio, traslado o cierre de locales, oficinas, sucursales, agencias o centros de inspección de los sujetos regulados; o a asuntos administrativos internos o que se limiten a expresar una felicitación o manifestación de condolencia;
2. Material de punto de compra (P.O.P), destinado a promocionar al sujeto regulado, tales como: almanaques, bolígrafos, tarjetas de presentación, agendas, franelas, gorras, bandanas, vasos y llaveros; en cuyo caso, sólo podrá aparecer el nombre completo o razón social del sujeto regulado, así como su denominación comercial, lema o logo, previamente aprobados por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora;
3. Los íconos diseñados para identificar los ramos que comercializa o en los cuales efectúa intermediación.

En estos supuestos podrá incluirse, la razón social o denominación comercial, lema o logo del sujeto regulado, siempre que estén aprobados por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

De los límites de gasto publicitario

Artículo 19. Los gastos asociados a publicidad en ningún caso podrán exceder del cinco por ciento (5%) del total de los gastos administrativos.

De la aplicación de las normas

Artículo 20. Las demás normativas prudenciales y actos administrativos conexos a la actividad aseguradora, que coliden con las presentes normas no serán aplicables.

De la publicidad de las normas

Artículo 21. Se ordena la publicación de las presentes normas en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, con el fin de coadyuvar con la divulgación de su contenido a todos los interesados y público en general.

De la vigencia

Artículo 22. Las presentes normas entrarán en vigencia a partir de la fecha de publicación en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

OMAR OROZCO COLMENARES
Superintendente de la Actividad Aseguradora (E)
Resolución N°003-2021 de fecha 18 de enero de 2021
G.O.R.B.V. N° 42.049 de fecha 18 de enero de 2021



NORMAS DE CONCILIACIÓN DE LA SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA



213°, 165° y 25°
SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

Providencia: SAA-_____

Fecha: _____

El Superintendente de la Actividad Aseguradora tiene dentro de sus atribuciones dictar sus manuales de normas y procedimientos que regulan la Actividad Aseguradora.

Por cuanto la Ley de la Actividad Aseguradora instituye la conciliación como medio alternativo de resolución de conflictos, según lo establecido en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.

Por cuanto la Actividad Aseguradora, dispone que la Superintendencia de la Actividad Aseguradora podrá llevar a cabo procedimientos de conciliación como medio de solución de conflictos en la actividad aseguradora.

Por cuanto, la Ley de la Actividad Aseguradora atribuye la competencia al Superintendente de la Actividad Aseguradora, de resolver con carácter de conciliador, las controversias que se susciten entre los sujetos regulados y entre éstos y los tomadores, asegurados, beneficiarios, contratantes, usuarios y afiliados, cuando las partes lo hayan establecido de mutuo acuerdo

Por cuanto la Ley de la Actividad Aseguradora dispone el derecho de solicitar la mediación de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, en la resolución de los conflictos o controversias con ocasión de la ejecución del contrato y recibir un trato justo, respetuoso, oportuno y digno de sus funcionarios o funcionarias y de los sujetos regulados.

Por cuanto la Ley de la Actividad Aseguradora prevé las sanciones correspondientes con ocasión de la no comparezcan, sin causa justificada, a los actos conciliatorios previstos en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

En virtud de lo anterior, acuerda dictar las siguientes.

NORMAS DE CONCILIACIÓN DE LA SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

**Capítulo I
Disposiciones Comunes**

Del objeto



Artículo 1. Las presentes normas tienen por objeto regular la conciliación como medio alternativo de solución de conflictos que serán llevados por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora en su carácter de conciliador.

De la delegación

Artículo 2. El Superintendente de la Actividad Aseguradora en ejercicio de sus atribuciones legales, podrá delegar en servidores públicos adscritos a la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, el carácter de conciliadores para que actúen como tales en los procedimientos de conciliación.

De los principios

Artículo 3. El procedimiento de conciliación que seguirá la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, estará fundamentado en los principios de buena fe, participación, transparencia, reserva de la información, veracidad, imparcialidad, eficacia, eficiencia y celeridad administrativa.

De la representación

Artículo 4. Los representantes de las partes que actuarán en el procedimiento conciliatorio deben estar facultados suficientemente para actuar como tales.

En el caso de la representación por poder notariado, el mismo deberá cumplir con las reglas señaladas en la Ley que regula la materia.

En el caso de carta de autorización, deberá indicar:

1. Nombre completo, correo electrónico, dirección de habitación, número de cédula de identidad, Registro único de Información Fiscal (R.I.F.), teléfonos de quien autoriza y del autorizado;
2. Identificación de la persona o sujeto regulado contra la cual opera la denuncia, indicando número de expediente y año;
3. Resumen o narración de los hechos (exposición concisa y precisa).

Capítulo II

De la conciliación en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora

De la conciliación

Artículo 5.- La conciliación es un medio alternativo de solución de conflictos, en la cual las personas, sean naturales o jurídicas, deciden resolver aquellas denuncias, reclamos o quejas, con ocasión a las controversias derivadas de la ejecución o incumplimiento del contrato de seguro, reaseguros y cualquier otra operación relacionada con la actividad aseguradora, puede ser solicitada ante la:

1. Unidad de Defensa del tomador, asegurado, beneficiario, contratante, usuario y afiliado. La cual remitirá a la Dirección de Defensoría de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora la solicitud con todos los recaudos para dar inicio al procedimiento conciliatorio;



2. Dirección de Defensoría del tomador, asegurado, beneficiario, contratante, usuario y afiliado de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, en los casos que sean presentados ante la sala técnica situacional y ameriten el procedimiento de conciliación.

De la notificación del acto conciliatorio

Artículo 6.- La sala de conciliación de la Dirección de Defensoría del tomador, asegurado, beneficiario, contratante, usuario y afiliado una vez recibido el expediente contentivo con los soportes y actas levantadas de la Unidad de Defensa o de la sala técnica situacional, el funcionario conciliador encargado verificará los requisitos exigidos en estas normas, procediendo a elaborar la boleta de notificación para la celebración del acto conciliatorio, la boleta contendrá el lugar, día y hora en que se realizará el acto, quedando a derecho las partes para las próximas audiencias.

El funcionario conciliador podrá convocar como máximo tres (3) audiencias conciliatorias, a los fines de procurar la resolución de la denuncia, reclamo o queja.

Una vez que haya tenido lugar la audiencia conciliatoria debe levantar un acta que recoja lo debatido y, especialmente, contendrá los puntos admitidos y controvertidos por las partes.

De la asistencia al acto conciliatorio

Artículo 7.- Una vez notificadas las partes, es de carácter obligatorio su asistencia. En los casos de hechos fortuitos o fuerza mayor que imposibilite su asistencia, las partes deben notificar la inasistencia a través de los medios electrónicos que a tal efecto disponga la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, el funcionario conciliador encargado dejará constancia mediante acta respectiva.

En el supuesto que el sujeto regulado no asista a la audiencia conciliatoria sin justificación, se aplicará lo previsto en el artículo 126 numeral 12 de la Ley de la Actividad Aseguradora.

Si el asegurado o la parte solicitante, no asiste a dos audiencias conciliatorias se entenderá tácitamente su falta de interés de no continuar con el procedimiento conciliatorio, y se procederá al cierre y archivo del mismo.

Si a la segunda convocatoria el sujeto regulado no asiste a la referida audiencia, podrá ser resuelta con las pruebas o documentos que reposan en el expediente.

Del acuerdo por conciliación

Artículo 8.- El funcionario conciliador en caso de que las partes lleguen a un acuerdo levantará un acta dejando constancia de ello, con indicación del lapso del cumplimiento por parte del sujeto regulado.

Asimismo, debe realizar la supervisión y monitoreo de la materialización del acuerdo y dejar constancia de su cumplimiento en el expediente; verificando el mismo se procederá a su cierre y archivo.

En caso de que el sujeto regulado no cumpla con lo acordado ni con el plazo establecido, se dejará constancia mediante acta, y se iniciará el procedimiento administrativo sancionatorio respectivo.

Si no existe un acuerdo satisfactorio entre las partes, la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, informará al asegurado o a la parte solicitante, sobre los recursos de reconsideración y jerárquico, según lo estipulado en la Ley que regula la materia contencioso - administrativa.

Del acto administrativo que pone fin al procedimiento conciliatorio

Artículo 9.- El acto administrativo que pone fin al procedimiento conciliatorio, contendrá el pronunciamiento del funcionario conciliador con respecto a la responsabilidad del sujeto regulado por algún incumplimiento establecido en la Ley de la Actividad Aseguradora, e indicará motivadamente las razones de hecho y de derecho, que servirán de fundamento para establecer si se encuentran incursos en algún ilícito administrativo previsto en la Ley que regula la materia.

De la formalidad del acta

Artículo 10.- Todas las actas realizadas con ocasión del procedimiento conciliatorio, deben cumplir con las formalidades establecidas en la Ley que regula la materia contencioso – administrativa, así como también, deben ser suscritas por las partes y por el funcionario conciliador.

Se exceptúan aquellos casos de hechos fortuitos o fuerza mayor que imposibiliten la asistencia.

Del desarrollo de la audiencia de conciliación

Artículo 11. La audiencia de conciliación se realizará en la fecha y hora pactada con una duración de treinta (30) minutos. El funcionario conciliador, podrá extender el tiempo antes mencionado, según la complejidad del caso.

La audiencia de conciliación iniciará en la fecha y hora fijada, estableciéndose un lapso de espera de quince (15) minutos.

Las partes deben mantener en las audiencias de conciliación el comportamiento debido, manteniendo la moral y buenas costumbres.

De la aplicación de las normas

Artículo 12. Las demás normativas prudenciales y actos administrativos conexos a la actividad aseguradora, que coliden con las presentes normas no serán aplicables.

De la publicidad de la norma

Artículo 13. Se ordena la publicación de las presentes normas en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, con el fin de coadyuvar con la divulgación de su contenido a todos los interesados y público en general.

De la vigencia

Artículo 14. Las presentes normas entrarán en vigencia a partir de la fecha de publicación en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

OMAR OROZCO COLMENARES

Superintendente de la Actividad Aseguradora (E)

Resolución N°003 de fecha 18 de enero de 2021

G.O.R.B.V. N° 42.049 de fecha 18 de enero de 2021

NORMAS PARA REGULAR LOS CONTRATOS DE LOS FONDOS ADMINISTRADOS SUSCRITOS POR LAS EMPRESAS DE SEGUROS, MEDICINA PREPAGADA Y ADMINISTRADORAS DE RIESGOS



213°, 165° y 25°

SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

Providencia: SAA-_____

Fecha: _____

El Superintendente de la Actividad Aseguradora tiene dentro de sus atribuciones dictar sus manuales de normas y procedimientos que regulan la Actividad Aseguradora.

Por cuanto la Superintendencia de la Actividad Aseguradora tiene la atribución de dictar medidas que regulen los procesos inherentes a las operaciones de los fondos o contratos administrados por las empresas administradoras de riesgos, a fin de garantizar el interés general representado por los derechos y garantías, de todos los sujetos involucrados.

Resuelve dictar las siguientes:

NORMAS PARA REGULAR LOS CONTRATOS DE LOS FONDOS ADMINISTRADOS SUSCRITOS POR LAS EMPRESAS DE SEGUROS, MEDICINA PREPAGADA Y ADMINISTRADORAS DE RIESGOS

Del objeto y ámbito de aplicación

Artículo 1. Las presentes normas tienen por objeto establecer el procedimiento de regulación y funcionamiento de las operaciones concernientes a los contratos de fondos administrados, administración de riesgos o administración de siniestros, que pueden realizar las empresas de seguros, medicina prepagada y administradoras de riesgos.

De la definición de fondo administrado

Artículo 2. A los efectos de estas normas, es el mecanismo mediante el cual una empresa, sociedad u organismo público o privado destina una cantidad de dinero para su constitución, cuya administración e inversión es realizada de manera conjunta por el contratante y el sujeto regulado, a los fines de amparar con controles de costos, los gastos incurridos por los afiliados o usuarios en ocasión de siniestros cubiertos que pudieran presentarse, donde el contratante está en la libertad de establecer las coberturas, condiciones y límites de acuerdo con sus necesidades.

De las partes del contrato

Artículo 3. Son partes del contrato de administración de riesgos:

1. La empresa que administre el riesgo;
2. El contratante, persona que, obrando por cuenta propia o ajena, suscribe un contrato de administración de riesgos;



3. El afiliado o usuario, persona que incurre en los gastos ocasionados por el siniestro;
4. El beneficiario, aquel en cuyo favor, se ha establecido la indemnización que pagara la empresa que administre riesgos.

El contratante, el afiliado o usuario y el beneficiario, pueden ser o no la misma persona.

Del contrato de administración de riesgos

Artículo 4. Los El contratos que suscriban las empresas de seguros, medicina prepagada y administradoras de riesgos deben establecer expresamente que no están asumiendo riesgos económicos y financieros, estar redactados en idioma castellano y deberá contener como mínimo:

1. Razón social, Registro único de Información Fiscal (R.I.F.), datos de la oficina de Registro Mercantil y dirección de la sede principal de la empresa que administre los riesgos, identificación de la persona que actúa en su nombre, el carácter con el que actúa y los datos del documento donde conste su representación;
2. Identificación completa del contratante y el carácter con el cual contrata, así como de los afiliados o usuarios y beneficiarios, o la forma de identificarlos;
3. La vigencia del contrato, con indicación de la fecha en que se extienda, la hora y día de su inicio y vencimiento, o el modo de determinarlos;
4. El monto del fondo o el modo de calcularlo, la forma y lugar de su transferencia a la empresa que administre riesgos, su forma de inversión y la distribución del rendimiento que produzca, así como los mecanismos para su reposición, de ser el caso;
5. Monto de la remuneración que será percibida por la empresa que administre riesgos, o la forma de determinarla, así como otros gastos de administración que correspondan;
6. El límite máximo de responsabilidad por siniestro a cargo del fondo;
7. Las condiciones generales y particulares;
8. Las firmas del representante de la empresa y del contratante;
9. La frecuencia con la que se rendirá las cuentas sobre el manejo del fondo.

De las condiciones del contrato

Artículo 5. A los efectos de estas normas, se entiende por condiciones generales aquellas que establecen el conjunto de principios acordados por las partes para regular los contratos de administración de riesgos que se emitan en la misma modalidad. Son condiciones particulares, aquellas que contemplan los aspectos concretamente relativos a los riesgos objeto de indemnización en caso de siniestro.



De la contraprestación

Artículo 6. La administración de fondos tendrá carácter oneroso, por consiguiente, el sujeto regulado responsable de su administración, recibirá una contraprestación monetaria por el servicio prestado.

De las obligaciones de las empresas que administren riesgo

Artículo 7. Son obligaciones de las empresas de seguros, medicina prepagada y administradoras de riesgos, las siguientes:

1. Entregar al contratante el contrato y demás documentos, así como aclarar cualquier duda que éste, el usuario o afiliado le formule;
2. Aplicar la debida diligencia en la identificación del contratante, usuario, afiliado y beneficiario que formen parte del contrato de fondo administrado;
3. Pagar la indemnización o prestar el servicio, a través de los proveedores que haya determinado para ello, según corresponda, en caso de siniestro, o rechazar mediante acto motivado, en los plazos previstos en la Ley de la Actividad Aseguradora;
4. Informar al contratante, dentro de los plazos previstos en el contrato, en forma impresa o a través de los mecanismos electrónicos acordados entre las partes, el detalle del destino de los fondos que haya recibido;
5. Garantizar el destino de los recursos del fondo. Si las partes así lo convienen, se podrá establecer la contratación de una fianza de anticipo y de fiel cumplimiento.

De las obligaciones del contratante afiliado o usuario

Artículo 8. El contratante, afiliado o usuario, según el caso deberá:

1. Transferir a la empresa que administre riesgos el monto inicial y los adicionales, correspondientes al fondo a administrar en la forma, lugar y tiempo convenidos, a los efectos de mantener su suficiencia;
2. Probar la ocurrencia del siniestro, a través de la consignación de toda la información necesaria para la indemnización del mismo, o para la prestación del servicio requerido, que sea solicitada por la empresa que administre riesgos;
3. Mantener actualizados los registros correspondientes a los afiliados o usuarios y beneficiarios.

De la responsabilidad

Artículo 9. El contrato sobre los fondos o contratos administrados indicará expresamente que el sujeto regulado no asume riesgo alguno, sin embargo, cumplirá sus obligaciones y será responsable, de conformidad con lo establecido en las leyes vigentes, por la pérdida o dolo de los fondos asignados.



De la disposición transitoria

Artículo 10. Los fondos o contratos administrados existentes se adecuarán a la presente norma, una vez su entrada en vigencia.

De las disposiciones supletorias

Artículo 11. En todo lo no previsto en esta norma se aplicará, en cuanto sea procedente, lo dispuesto en la Ley de la Actividad Aseguradora, el Código de Comercio, el Código Civil, la Ley Orgánica de Procedimientos Administrativos, la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos y las leyes especiales que regulan las instituciones financieras.

De la publicidad

Artículo 12. Se ordena la publicación de las presentes normas en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, con el fin de coadyuvar con la divulgación de su contenido a todos los interesados y público en general.

De la divulgación

Artículo 13. Las presentes normas entrarán en vigencia a partir de la fecha de publicación en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

OMAR OROZCO COLMENARES
Superintendencia de la Actividad Aseguradora (E)
Resolución N° 003 del 18 de enero de 2021
G.O.R.B.V. N° 42.049 del 18 de enero de 2021

NORMAS PARA LA REGULACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LAS OPERACIONES DE LOS FONDOS ADMINISTRADOS SUSCRITOS POR LAS EMPRESAS DE SEGUROS Y DE MEDICINA PREPAGADA REGULADAS POR LA LEY DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA



213°, 165° y 25°

SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

Providencia: SAA-_____

Fecha: _____

El Superintendente de la Actividad Aseguradora tiene dentro de sus atribuciones dictar sus manuales de normas y procedimientos que regulan la Actividad Aseguradora, en consecuencia, acuerda dictar las siguientes:

NORMAS PARA LA REGULACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LAS OPERACIONES DE LOS FONDOS ADMINISTRADOS SUSCRITOS POR LAS EMPRESAS DE SEGUROS Y DE MEDICINA PREPAGADA REGULADAS POR LA LEY DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

Del objeto y ámbito de aplicación

Artículo 19. Las presentes normas tienen por objeto establecer el procedimiento de regulación y funcionamiento de las operaciones concernientes a los contratos de fondos administrados, administración de riesgos o administración de siniestros, que pueden realizar las empresas de seguros y las empresas de medicina prepagada, reguladas por la Ley de la Actividad Aseguradora.

De la definición de fondo administrado

Artículo 20. Mecanismo mediante el cual una empresa, sociedad u organismo público o privado destina una cantidad de dinero para su constitución, cuya administración e inversión es realizada de manera conjunta por el contratante y el sujeto regulado, a los fines de amparar con controles de costos, los gastos incurridos por los afiliados o usuarios en ocasión de siniestros cubiertos que pudieran presentarse, donde el contratante está en la libertad de establecer las coberturas, condiciones y límites de acuerdo con sus necesidades.

De la responsabilidad

Artículo 21. El contrato sobre los fondos o contratos administrados no confiere riesgo alguno para las empresas que lo administran; sin embargo, estas cumplirán sus obligaciones y serán responsables de conformidad con lo establecido en las leyes vigentes por la pérdida o dolo de los fondos asignados. De igual manera, podrá garantizarse el cumplimiento del objeto del contrato mediante una fianza de fiel cumplimiento, emitida por una institución financiera o empresa de seguros, si las partes así lo establecen en el contrato.



Del contrato

Artículo 22. El contrato que suscriban las empresas de seguros y las empresas de medicina prepagada por administración de fondos debe estar enmarcado en la forma, condiciones y características del Contrato de Administración de Riesgos establecido por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

De la organización

Artículo 23. Los sujetos regulados deben mantener una o más cuentas bancarias por los fondos o contratos administrados en moneda nacional o extranjeras, en instituciones bancarias domiciliadas en el país. En el caso de tener una sola cuenta bancaria para estos fondos, deben llevar auxiliares contables por cada contrato.

De la información necesaria

Artículo 24. Las empresas de seguros y medicina prepagada deben mantener a disposición de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, la siguiente información:

4. Relación detallada de los fondos o contratos administrados;
5. Composición, análisis y soportes de los saldos que conforman las cuentas relacionadas con fondos o contratos administrados;
6. Conciliaciones bancarias mensuales de las cuentas registradas en las instituciones del sector bancario (moneda nacional y extranjera) relacionadas de los fondos o contratos administrados.

Del soporte de los saldos

Artículo 25. Las empresas de seguros y medicina prepagada deben suministrar mensualmente a las empresas contratantes la composición, análisis y soportes de los saldos que conforman las cuentas relacionadas con fondos o contratos administrados.

De los registros contables

Artículo 26. Las operaciones de administración de fondos efectuadas por las empresas de seguros y las empresas de medicina prepagada, deberán ser contabilizada en cuentas de orden correspondientes a fondos o contratos administrados y se reflejarán y publicarán junto con el balance de situación, de acuerdo con las Normas de Contabilidad y Código de Cuentas para Empresas de Seguros y Empresas de Medicina Prepagada emitido por este Órgano.

Los fondos administrados no requieren constitución ni representación de las reservas técnicas.

De la contabilización de remuneraciones

Artículo 27. Las empresas de seguros y las empresas de medicina prepagada deberán contabilizar las remuneraciones obtenidas por administración de fondos



con crédito a la cuenta de ingresos por servicios – por fondos o contratos administrados.

Del registro contable de las contrataciones

Artículo 28. Los registros contables de las contrataciones en moneda extranjera deberán efectuarse en Bolívares, al tipo de cambio oficial, determinada por el Banco Central de Venezuela.

De la remisión de la información financiera

Artículo 29. Las empresas de seguros y medicina prepagada deben enviar conjuntamente con los estados financieros analíticos mensuales, los anexos contables con la información detallada de los fondos de acuerdo con las Normas de Contabilidad y Código de Cuentas para Empresas de Seguros y Empresas de Medicina Prepagada emitido por este Órgano.

De la inversión y rendimiento de los recursos

Artículo 30. Si las partes así lo acuerdan, podrán establecer un plan de inversión de los recursos no corrientes, el cual quedará establecido en el contrato suscrito entre las partes, así como el uso o destino del rendimiento de la inversión. Bajo ninguna circunstancia prevalecerá la intención de inversión sobre el cumplimiento del objeto del contrato, ni se alegará la inversión para justificar la falta de pago de la indemnización de siniestros.

De la prohibición

Artículo 31. Las empresas de seguros y las empresas de medicina prepagada no podrán utilizar los fondos recibidos para uso propio, tampoco podrán solicitar a los bancos e instituciones financieras, créditos o préstamos garantizados sobre los recursos administrados a su favor o del contratante.

De la disposición transitoria

Artículo 32. Los fondos o contratos administrados existentes se adecuarán a las presentes normas, una vez ésta entre en vigencia.

De las empresas administradoras de riesgos

Artículo 33. Son aplicables a las empresas administradoras de riesgo, en lo que corresponda, las disposiciones contenidas en estas normas.

De la publicidad

Artículo 16. Se ordena la publicación de las presentes normas en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, con el fin de coadyuvar con la divulgación de su contenido a todos los interesados y público en general.

De la vigencia

Artículo 17. Las presentes normas entrarán en vigencia a partir de la fecha de publicación en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.



Gobierno Bolivariano
de Venezuela

Ministerio del Poder Popular de
Economía, Finanzas y Comercio Exterior

Superintendencia de la
Actividad Aseguradora



OMAR OROZCO COLMENARES
Superintendencia de la Actividad Aseguradora (E)

Resolución N° 003 del 18 de enero de 2021
G.O.R.B.V. N° 42.049 del 18 de enero de 2021

NORMAS PARA ELABORAR LOS REGLAMENTOS ACTUARIALES DE LAS TARIFAS APLICABLES EN LOS CONTRATOS DE SEGUROS Y DE MEDICINA PREPAGADA



213°, 165° y 25°

SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

Providencia: SAA-_____

Fecha: _____

El Superintendente de la Actividad Aseguradora tiene dentro de sus atribuciones dictar sus manuales de normas y procedimientos que regulan la Actividad Aseguradora.

Por cuanto la Ley de la Actividad Aseguradora establece que las tarifas utilizadas por las empresas de seguros o de medicina prepagada deben cumplir con los principios, condiciones, requisitos y lineamientos establecidos en el reglamento de la referida ley y las normas que se dicten al efecto.

Por cuanto es competencia de esta Superintendencia de la Actividad Aseguradora verificar y garantizar que los sujetos regulados cumplan con las disposiciones contenidas en la Ley de la Actividad Aseguradora.

En virtud de lo anterior, acuerda dictar las siguientes:

NORMAS PARA ELABORAR LOS REGLAMENTOS ACTUARIALES DE LAS TARIFAS APLICABLES EN LOS CONTRATOS DE SEGUROS Y DE MEDICINA PREPAGADA

Del objeto

Artículo 1. Las presentes normas tienen por objeto establecer los criterios, elementos y parámetros generales para la elaboración de los reglamentos actuariales contentivos de las tarifas aplicables en los contratos de seguros y de medicina prepagada.

Del ámbito de aplicación

Artículo 2. Las presentes normas serán de aplicación obligatoria por parte de las empresas de seguros y de medicina prepagada, en la elaboración de los reglamentos actuariales contentivos de las tarifas aplicables a los contratos que suscriban con sus tomadores o contratantes, según sea el caso.

De los principios técnicos de la tarifa

Artículo 3. Las tarifas aplicables a los contratos de seguros y de medicina prepagada deben garantizar los siguientes principios:

1. **Principio de Equidad:** La prima o cuota debe presentar una correlación positiva con el riesgo amparado, de acuerdo con las condiciones del riesgo. Por tanto, la



- tarifa debe garantizar el equilibrio financiero entre las primas o cuotas que deben pagar los tomadores o contratantes y el costo de las indemnizaciones, prestaciones o servicios a cargo de los sujetos regulados, según corresponda;
2. **Principio de suficiencia:** La tarifa debe proveer ingresos suficientes para cubrir, al menos, la prima o cuota de riesgo y los gastos de gestión inherentes a las operaciones del sujeto regulado, esto es, los costos de intermediación y administración, así como la utilidad esperada.

De la fuente de información para elaborar la tarifa

Artículo 4. Las empresas de seguros y de medicina prepagada deben elaborar sus tarifas aplicables con base en estadísticas pertenecientes al sujeto regulado que la elabora.

De la información estadística

Artículo 5. La información estadística utilizada como base técnica en la elaboración de las tarifas debe contar con las características siguientes:

- a. **Homogénea:** Los datos estadísticos objeto de estudio deben tener características comunes de tipo cualitativo y cuantitativo;
- b. **Representativa:** El tamaño de la muestra debe corresponder a un número de elementos de la población que garantice un nivel de significación razonable y cubra un período adecuado, de manera que queden expresadas apropiadamente y con un bajo nivel de error todas las características que se quieren observar de la población;
- c. **Actualizada:** La validez de la información en el tiempo debe reflejar la realidad actual de sucesos que se desean medir;
- d. **Verificable:** Los datos son susceptibles de ser comprobados a través de fuentes objetivas.

De la imposibilidad del uso de estadísticas propias

Artículo 6. En aquellas operaciones en las que no sea posible contar con información estadística que cumpla con las características señaladas en el párrafo anterior, las empresas de seguros y de medicina prepagada podrán fundamentar sus tarifas en información estadística del mercado nacional de la actividad aseguradora, de cualquier institución u organismo reconocido, público o privado, que publique datos específicos del riesgo objeto de la tarifa.

Del uso de tarifas aprobadas con carácter general y uniforme

Artículo 7. En el caso del uso de tarifas contenidas en regulaciones con carácter general y uniforme derogadas, como base para la elaboración de nuevas tarifas a aplicar en los contratos de seguros o de medicina prepagada, los sujetos regulados deben realizar las adecuaciones y actualizaciones pertinentes, en los casos que lo ameriten, conjuntamente con la remisión de la respectiva justificación técnica para dicho uso.



De las otras fuentes de información

Artículo 8. Los sujetos regulados podrán emplear como bases técnicas, en la elaboración de sus reglamentos actuariales, además de los insumos señalados en el artículo precedente, cualquiera de las siguientes fuentes de información:

1. Experiencias estadísticas de mercados de seguros o de medicina prepagada internacionales;
2. Estadística internacional relativa al riesgo que se asegura, emitida por instituciones reconocidas y de acceso público, siempre que no esté disponible en los mercados nacionales de seguros o de medicina prepagada;
3. El respaldo de reaseguradores inscritos en el registro que a tales efectos lleva la Superintendencia de la Actividad Aseguradora;
4. El respaldo de proveedores de insumos o servicios; o
5. Estudios comparativos de tarifas de empresas nacionales dedicadas a la actividad aseguradora.

De las tarifas respaldadas por contratos de reaseguro

Artículo 9. En los supuestos de tarifas respaldadas por contratos de reaseguro, el sujeto regulado debe consignar copia de los contratos de reaseguro suscritos vigentes, donde se indique expresamente la duración del respaldo, incluyendo cualquier anexo relacionado con el mismo, en especial los contentivos de las coberturas y tarifas, todo ello suscrito entre las partes.

En este caso, debe señalarse de forma explícita, si las primas o cuotas propuestas por el reasegurador son de riesgo o comerciales.

De las notas de cobertura o cartas de respaldo

Artículo 10. Los sujetos regulados podrán soportar la elaboración de las tarifas aplicables con notas de cobertura de la sociedad de corretaje de reaseguros o del reasegurador, o con carta de este último respaldando la cobertura, las cuales deben contener, como mínimo: identificación del reasegurador; identificación de la empresa de seguros o de medicina prepagada; indicación del ramo; coberturas; tarifa propuesta; duración y porcentaje del respaldo; firma del representante y sello de la sociedad de corretaje de reaseguros o del reasegurador. La tarifa debe señalar de forma explícita, si las primas o cuotas propuestas son de riesgo o comerciales

De las tarifas respaldadas por proveedores de insumos o servicios

Artículo 11. En aquellas coberturas en que el sujeto regulado pretenda cumplir sus compromisos a través de un proveedor de insumos o servicios, debe remitirse el respectivo contrato suscrito por las partes, cuyo período que falte por transcurrir, al momento de la solicitud, no sea menor de tres (3) meses. El contrato debe incluir su duración, la descripción de las coberturas, el ramo en el que se aplica y las tarifas correspondientes, así como cualquier anexo relacionado con el mismo.

De los estudios comparativos de tarifas o de mercados



Artículo 12. En el supuesto de estudios comparativos de tarifas, deben seleccionarse al menos tres (3) tarifas de productos equivalentes o similares al propuesto, incluyendo un estudio comparativo de las coberturas, exclusiones, exoneraciones y demás restricciones que justifiquen la selección.

De los criterios generales para la elaboración de los reglamentos actuariales

Artículo 13. Los reglamentos actuariales contentivos de las tarifas aplicables a los contratos de seguros y de medicina prepagada, deben cumplir con los siguientes criterios generales:

1. Presentar de manera clara la información, supuestos, fórmulas, procedimientos y métodos utilizados, de forma tal que pueda evaluarse su validez;
2. Los procedimientos y métodos empleados en la determinación de la tarifa deben basarse en modelos reconocidos de la práctica actuarial;
3. Ajustarse a la notación actuarial reconocida internacionalmente. En caso de requerirse terminología o notación matemática, estadística, financiera o cualquier otra, debe ser explícitamente definida. En el supuesto de que el actuario establezca sus propios símbolos, debe definir el significado de los mismos, de manera que no quede sujeto a interpretaciones que puedan conducir a error, confusión o indefinición;
4. Los parámetros, símbolos y conceptos utilizados deben estar íntegramente especificados. Los que correspondan a valores estimados deben estar expresados en términos algebraicos, con independencia de que se incluya una explicación conceptual de estos;
5. Las hipótesis, supuestos o teorías planteadas deben basarse en criterios prudenciales, técnicamente justificados, que describan o expliquen, con un grado razonable de confiabilidad, las condiciones o sucesos no confirmados;
6. Debe existir congruencia entre lo establecido en los condicionados del producto y el reglamento actuarial correspondiente.

De la estructura de los reglamentos actuariales

Artículo 14. Los reglamentos actuariales elaborados para la determinación de las tarifas aplicables a los contratos de seguros y de medicina prepagada deben contener, como mínimo, los elementos y parámetros establecidos en la estructura detallada en las presentes normas.

De las características del producto

Artículo 15. Los reglamentos actuariales deben establecer las características técnicas del producto a ser comercializado, presentando los siguientes aspectos:

1. Denominación del sujeto regulado;
2. Identificación del reglamento actuarial;
3. Identificación del producto:
 - 3.1. Nombre de la póliza, contrato o anexo;
 - 3.2. Nombre comercial, si lo hubiere, asignado a la póliza, contrato o anexo;
 - 3.3. Ramo al cual pertenece;



- 3.4. Si se refiere a un anexo, nombre de la póliza o contrato al cual se pretende adherir.
4. Modalidad de comercialización:
 - 4.1. Indicar si el producto se comercializará bajo la modalidad individual, colectiva o flota, según sea el caso;
 - 4.2. Indicar los canales de comercialización del producto: de forma directa, mediante intermediarios de la actividad aseguradora o a través de canales alternativos;
 - 4.3. Indicar si el producto se refiere a un Microseguro, Seguro Inclusivo, Seguro Masivo, Microplan, Plan Inclusivo o Plan Masivo de Medicina Prepagada;
5. Moneda del contrato: indicar la moneda o monedas de comercialización del seguro.

De la descripción de las coberturas

Artículo 16. Los reglamentos actuariales deben detallar las coberturas previstas en el condicionado de cada producto, básicas y opcionales, así como los bienes, personas o intereses a los cuales va dirigido; la indemnización que se otorgará en caso de siniestro; así como cualquier otra característica relevante del riesgo amparado; todo en concordancia con lo indicado en las condiciones generales y particulares del correspondiente contrato.

De las bases técnicas de la tarifa

Artículo 17. Los reglamentos actuariales deben indicar los insumos fundamentales utilizados para el cálculo de la tarifa, como se describe a continuación:

1. Descripción y fuente de la información estadística y datos utilizados para determinar los valores de frecuencia, severidad, montos promedios o de cualquier otro parámetro necesario para fundamentar técnicamente las tarifas resultantes;
2. Cualquier aspecto relevante sobre la modificación, depuración y transformación que se haya realizado a los datos utilizados;
3. En caso de imposibilidad de emplear estadísticas propias, descripción de la información estadística del mercado nacional de la actividad aseguradora, de cualquier institución u organismo reconocido, público o privado, o de cualesquiera otras fuentes de información utilizadas para la elaboración de la tarifa, según lo dispuesto en los artículos 6, 7 y 8 de las presentes normas;
4. Estimación futura de la siniestralidad, utilizando el método que el sujeto regulado considere conveniente, si aplica, empleando para ello modelos estándares de la práctica actuarial. Tales proyecciones deben basarse en hipótesis razonables y, de ser el caso, considerando información oficial;
5. Tasa de interés técnico utilizada para el cálculo de la prima o cuota neta, pura o de riesgo, si fuere el caso;
6. Las hipótesis, supuestos o teorías planteadas que se hayan tenido en cuenta para el cálculo de la tarifa, sin perjuicio de que puedan incluirse en cualquier otro lugar de la estructura del reglamento actuarial, si fuere conveniente.



De los procedimientos y fundamentos para el cálculo de la prima o cuota de riesgo

Artículo 18. En los reglamentos actuariales deben presentarse los supuestos, fórmulas, parámetros, procedimientos y métodos para el cálculo de la prima o cuota neta, pura o de riesgo, correspondiente a los riesgos amparados por los contratos de seguros o de medicina prepagada, señalando como mínimo, según corresponda:

1. Fórmula o procedimiento utilizado para el cálculo;
2. Fundamentos teóricos aplicados;
3. Valor y metodología de cálculo de los parámetros que formen parte de las fórmulas o procedimientos utilizados para la obtención de la prima o cuota neta, pura o de riesgo;
4. Fórmulas de cálculo o valores de los deducibles o copagos que apliquen, así como la forma en que estos se reflejarán en el cálculo de la prima o cuota neta, pura o de riesgo;
5. Desarrollo preciso del procedimiento utilizado para el cálculo de los recargos y descuentos sobre la prima o cuota neta, pura o de riesgo, si los hubiere, así como la justificación de su aplicación;
6. Para aquellas coberturas que incluyan los riesgos catastróficos a que se refiere la Ley de la Actividad Aseguradora, deben especificarse las primas o cuotas netas, puras o de riesgo correspondientes a estos.

De los procedimientos y fundamentos para el cálculo de la prima o cuota comercial

Artículo 19. En los reglamentos actuariales deben indicarse los procedimientos, fórmulas y parámetros, con los que se calculará la prima o cuota comercial o de tarifa, correspondiente a los riesgos amparados por los contratos de seguros o de medicina prepagada, señalando como mínimo, según corresponda:

1. Fórmula o procedimiento utilizado para el cálculo;
2. Márgenes razonables de recargos comerciales:
 - 2.1. Comisión: Porcentaje fijo sobre la prima o cuota comercial o de tarifa, de conformidad con el Arancel de Comisiones aprobado al sujeto regulado, por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora;
 - 2.2. Gastos de administración: Porcentaje fijo sobre la prima o cuota comercial o de tarifa, basado en los gastos administrativos del sujeto regulado en el ramo de que se trate, cuya determinación debe estar justificada. La Superintendencia de la Actividad Aseguradora podrá fijar criterios para el establecimiento de este recargo;
 - 2.3. Margen de utilidad: Porcentaje fijo sobre la prima o cuota comercial o de tarifa que no excederá de quince por ciento (15%), excepto para el ramo de salud que no podrá ser mayor a cinco por ciento (5%). No obstante, la Superintendencia de la Actividad Aseguradora podrá fijar criterios para el establecimiento de este recargo.



3. Desarrollo preciso del procedimiento utilizado para el cálculo de los descuentos o recargos sobre la prima o cuota comercial o de tarifa, si los hubiere, así como la justificación de su aplicación;
4. Para aquellas coberturas que incluyan los riesgos catastróficos a que se refiere la Ley de la Actividad Aseguradora, deben especificarse las primas o cuotas comerciales o de tarifa correspondientes a tales riesgos.

De las tablas de primas o cuotas

Artículo 20. Deben incluirse las tablas de las primas o cuotas netas, puras o de riesgo y las tablas de las primas o cuotas comerciales o de tarifa, para cada cobertura, básicas y opcionales, discriminadas por plan o combinación de suma asegurada y deducible, así como por modalidad individual o colectiva, si es el caso.

Del fraccionamiento de las primas o cuotas

Artículo 21. Si el contrato de seguros o de medicina prepagada prevé el fraccionamiento de la prima o cuota comercial o de tarifa, debe detallarse en el reglamento actuarial la fórmula o procedimiento utilizado para su determinación.

De las tarifas para los seguros de vida

Artículo 22. En el caso de los seguros de vida, las tarifas se sustentarán en cálculos actuariales basados en las tablas de mortalidad o de supervivencia de rentistas y las tasas de interés técnico, necesarias para el cálculo de las primas de riesgo, así como de las reservas matemáticas.

De los reglamentos actuariales para los seguros de vida

Artículo 23. Los reglamentos actuariales para los seguros de vida deben considerar, además de lo establecido en los artículos precedentes, si corresponde, los criterios, hipótesis, parámetros, procedimientos y métodos especificados para estos seguros, conforme a las presentes normas.

De las tablas de mortalidad o de supervivencia de rentistas

Artículo 24. Para la determinación de las tarifas en los seguros de vida, deben emplearse tablas actualizadas de mortalidad o de supervivencia de rentistas, que se adapten en lo posible a la experiencia de los asegurados en la República Bolivariana de Venezuela.

De las tablas de mortalidad de los seguros colectivos de vida

Artículo 25. En el cálculo de las tarifas de los seguros colectivos de vida, deben emplearse tablas de mortalidad de grupos, reconocidas en la práctica actuarial.

De la tasa de interés técnico



Artículo 26. La tasa de interés técnico, debe fijarse con un criterio conservador, tomando en cuenta un tipo de interés posible de lograr en un periodo de tiempo equivalente a la vigencia del seguro, considerando las tasas de interés pasivas publicadas por el Banco Central de Venezuela, para seguros en moneda nacional. La Superintendencia de la Actividad Aseguradora podrá establecer criterios particulares para la determinación de esta tasa.

En todo caso, el valor de la tasa de interés técnico utilizado, debe justificarse conforme a los principios reconocidos en la práctica actuarial para estos efectos.

De las reservas matemáticas

Artículo 27. Los reglamentos actuariales para los seguros de vida deben indicar las fórmulas de la reserva pura terminal, fraccionada y de balance, teniendo en cuenta que si para la determinación de cualquiera de éstas se emplea la reserva modificada, deberá calcularse conforme a lo indicado en estas normas para este tipo de reserva.

El cómputo de las reservas de los seguros temporales, saldados, prorrogados, rentas contingentes o ciertas y otros valores de opción, se debe efectuar con base en la fórmula de la reserva pura.

En las pólizas de seguros que incluyan beneficios adicionales, debe indicarse el método de cálculo de las respectivas reservas de primas.

De las reservas modificadas

Artículo 28. Los reglamentos actuariales para los seguros de vida deben indicar las fórmulas de las reservas modificadas, si estuviesen previstas, las cuales podrán calcularse por el método que se estime conveniente, siempre que resulte igual o mayor a la que se obtendría al disminuir la reserva pura en una cantidad decreciente con la vigencia de la póliza. Esta cantidad podrá ser, para el final del primer año, como máximo, igual a la reserva pura de primer año de un seguro ordinario de vida para la misma edad, sin exceder del valor de la reserva pura del respectivo plan.

En los años sucesivos de renovación, dicha cantidad disminuirá en la misma proporción en que lo hace el valor de una renta contingente sobre una vida de edad de un (1) año superior a la del asegurado, a la fecha de emisión de su seguro, por el período restante de pago de primas.

De los valores de rescate

Artículo 29. En los reglamentos actuariales para los seguros de vida deben detallarse las fórmulas de los valores de rescate, cuyo cálculo podrá hacerse por el método que se estime conveniente, siempre que los valores de rescate que resulten, sean iguales o mayores al exceso, si lo hubiere, de las reservas puras sobre el valor actual de una renta contingente anticipada por un monto igual, como máximo, a la suma de un porcentaje de la prima pura nivelada del contrato más siete por mil (7×1.000) del monto asegurado, dividido entre una renta contingente anticipada para la edad de emisión y con período igual al de pago de primas. Esta cantidad irá disminuyendo con la vigencia de la póliza hasta extinguirse con la expiración del término de pago de primas.



Para definir el porcentaje antes citado, se elegirá el menor valor entre la unidad y el que resulte de dividir el período de pago de primas entre veinte (20).

En caso de capitales o primas variables, se deberá tomar el monto medio actuarial equivalente o la prima nivelada actuarial equivalente, sin que esta última supere a la prima pura del primer año.

En los planes de seguro de vida en caso de muerte, a prima única, los valores de rescate no podrán ser inferiores a las reservas puras.

En los planes de seguro de vida en caso de supervivencia, se concederán valores de rescate sólo durante el período anterior al pago de la renta o del capital total. Cuando estos planes sean tomados a prima única, los valores de rescate no podrán ser inferiores a las reservas puras.

De los seguros saldados y prorrogados

Artículo 30. Los reglamentos actuariales para los seguros de vida deben indicar las fórmulas de los seguros saldados, prorrogados y de cualquier otra opción anticipada o al vencimiento.

De los ejemplos numéricos

Artículo 31. Para cada una de las fórmulas descritas en el procedimiento de cálculo de la tarifa para los seguros de vida, los respectivos reglamentos actuariales deben presentar ejemplos numéricos a las edades de veinte (20), cuarenta (40) y sesenta (60) años. De igual forma, deben incluir la demostración de la suficiencia de la prima para los ejemplos numéricos contemplados.

Cuando en la demostración se reduzca la mortalidad por condiciones de reaseguro, debe remitirse carta del reasegurador que la respalde.

De los otros aspectos técnicos o financieros

Artículo 32. En los reglamentos actuariales contentivos de las tarifas aplicables tanto para los seguros de vida y seguros generales, como para los planes de medicina prepagada, debe incluirse en la estructura, en la ubicación conveniente, cualquier otro concepto, procedimiento, variable o parámetro de carácter técnico o financiero, que a juicio del actuario que suscribe el reglamento actuarial, sea necesario en la elaboración de la tarifa.

De la suscripción del actuario

Artículo 33. Los reglamentos actuariales contentivos de las tarifas aplicables a los contratos de seguros y de medicina prepagada deben ser suscritos por un actuario, residente en el país e inscrito en el registro que al efecto lleva la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, y deben contener la firma del mismo, en original.

Los reglamentos actuariales podrán ser suscritos mediante la firma digital del actuario, debidamente registrada en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

De la base de datos



Artículo 34. Las empresas de seguros y de medicina prepagada deben remitir a la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, conjuntamente con los reglamentos actuariales, las bases de datos estadísticas depuradas, en medios magnéticos o digitales, de la información estadística utilizada para la elaboración de la tarifa, así como de los cálculos efectuados en la ejecución de los procedimientos necesarios para el cálculo de la misma, cuya estructura permita verificar los valores, variables y parámetros obtenidos en la aplicación de la metodología actuarial descrita en el reglamento.

De la solicitud de aprobación

Artículo 35. Toda solicitud de aprobación de un nuevo producto o sus modificaciones en cuanto al riesgo amparado o cualquier otra que implique variaciones en la tarifa, deben estar acompañadas de su respectivo reglamento actuarial.

De la obligación de conservar la documentación

Artículo 36. Las empresas de seguros y de medicina prepagada deben mantener a disposición de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, en forma impresa y digital, las tarifas y sus respectivos reglamentos actuariales, conjuntamente con las bases de datos y los archivos magnéticos y digitales que soporten el cálculo de las mismas, así como las condiciones generales, condiciones particulares, anexos y demás documentos que formen parte de los contratos, con sus correspondientes oficios de aprobación.

De la aplicación de las normas

Artículo 37. Las demás normativas prudenciales y actos administrativos conexos a la actividad aseguradora que coliden con las presentes normas no serán aplicables.

De la publicidad

Artículo 38. Se ordena la publicación de las presentes normas en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, con el fin de coadyuvar con la divulgación de su contenido a todos los interesados y público en general.

De la vigencia

Artículo 39. Las presentes normas entrarán en vigencia a partir de la fecha de publicación en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

OMAR OROZCO COLMENARES

Superintendente de la Actividad Aseguradora (E)

Resolución N.º 003 de fecha 18 de enero de 2021
G.O.R.B.V. N.º 42.049 de fecha 18 de enero de 2021



NORMAS QUE ESTABLECEN EL CONTENIDO MÍNIMO DE LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE LOS CONTRATOS DE SEGURO DE SALUD



213°, 165° y 25°

SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

Providencia: SAA-_____

Fecha: _____

El Superintendente de la Actividad Aseguradora tiene dentro de sus atribuciones dictar sus manuales de normas y procedimientos que regulan la Actividad Aseguradora.

Por cuanto producto de la entrada en vigencia de la Ley de la Actividad Aseguradora, el sector Asegurador incursiona en una etapa de adaptación al nuevo marco legal establecido, lo cual provoca la actualización, reestructuración y adecuación por parte de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora de las Pólizas de Seguro de Salud.

Por cuanto es competencia de esta Superintendencia de la Actividad Aseguradora verificar y garantizar que los sujetos regulados cumplan con las disposiciones contenidas en la Ley de la Actividad Aseguradora.

En virtud de lo anterior, acuerda dictar las siguientes:

NORMAS QUE ESTABLECEN EL CONTENIDO MÍNIMO DE LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE LOS CONTRATOS DE SEGURO DE SALUD

Del objeto

Artículo 23. Las presentes normas tienen por objeto aprobar con carácter general y uniforme el contenido mínimo de las condiciones generales y particulares de los contratos de seguro de salud.

Del contenido mínimo de las Condiciones Generales

Artículo 24. El contenido mínimo de las Condiciones Generales de los contratos de seguro de salud se transcribe en los términos que se muestran a continuación:

CLÁUSULA. OBJETO DEL SEGURO

El Asegurador se compromete a asumir los riesgos indicados en este contrato, hasta la suma asegurada señalada en el Cuadro Póliza Recibo.

CLÁUSULA. DEFINICIONES GENERALES

A los efectos de este contrato, queda expresamente convenido entre las partes que los siguientes términos tendrán los significados que se indican, siendo que el género masculino incluirá también al femenino, cuando corresponda, salvo que del texto se desprenda una interpretación diferente:



1. **ASEGURADOR:** Persona jurídica que asume los riesgos cubiertos en este contrato;
2. **TOMADOR:** Persona natural o jurídica que contrata el seguro y se obliga a pagar la prima correspondiente al Asegurador;
3. **ASEGURADO:** Persona natural expuesta a los riesgos cubiertos y amparados por este contrato;
4. **ASEGURADO TITULAR:** Asegurado indicado con este carácter en el Cuadro Póliza Recibo, quien ejerce los derechos de los Asegurados ante el Asegurador;
5. **BENEFICIARIO:** Persona que tiene el derecho de recibir el pago de la indemnización a que hubiere lugar. En caso de reembolso, el Asegurador pagará la indemnización al Asegurado titular, independientemente de la persona que haya incurrido en los gastos;
6. **EDAD:** Es la correspondiente a la fecha de cumpleaños más cercana, anterior o posterior, al momento de emisión o renovación del contrato;
7. **DOCUMENTOS QUE FORMAN PARTE DEL CONTRATO DE SEGURO:** Las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, la Solicitud de Seguro, el Cuadro Póliza Recibo, los Anexos que se emitan para complementar o modificar el contrato y los demás documentos que por su naturaleza formen parte del contrato;
8. **SOLICITUD DE SEGURO:** Cuestionario que proporciona el Asegurador, el cual contiene un conjunto de preguntas relativas a la identificación del tomador, de los propuestos Asegurados y de los Beneficiarios, así como también del estado de salud de cada una de las personas que estarán amparadas por el contrato y demás datos que puedan influir en la estimación del riesgo, que deben ser contestadas en su totalidad y con exactitud por el tomador o propuesto Asegurado titular, según corresponda, constituyendo dicha declaración la base legal para la emisión de este contrato;
9. **CUADRO PÓLIZA RECIBO:** Documento en el que se indica, como mínimo, la siguiente información: número de la Póliza, identificación completa del Asegurador y de su domicilio principal, identificación completa del tomador, de los Asegurados y de los Beneficiarios, dirección del tomador, dirección de cobro, dirección del Asegurado titular, nombre del intermediario de la actividad Aseguradora, riesgos cubiertos, suma asegurada, monto de la prima, forma de pago, duración del contrato, fecha de emisión del contrato, deducible, si lo hubiere, y firmas del Asegurador y del tomador;
10. **CONDICIONES PARTICULARES:** Aquellas que contemplan aspectos concretamente relativos al riesgo que se asegura;
11. **PRIMA:** Contraprestación que, en función del riesgo, debe pagar el tomador al Asegurador en virtud de la celebración de este contrato;
12. **SINIESTRO:** Materialización del riesgo que da origen a la obligación de indemnizar por parte del Asegurador;
13. **DEDUCIBLE:** Cantidad indicada en el Cuadro Póliza Recibo que deberá asumir el Asegurado, y en consecuencia no será pagada por el Asegurador en caso de ocurrencia de un siniestro cubierto por este contrato;
14. **SUMA ASEGURADA:** Límite máximo de responsabilidad del Asegurador, indicado en el Cuadro Póliza Recibo.



CLÁUSULA. EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

El Asegurador no estará obligado al pago de la indemnización en los siguientes casos:

1. Si el tomador, el Asegurado, el Beneficiario o cualquier persona que obre por cuenta de éstos presenta una reclamación fraudulenta o engañosa, o si en cualquier tiempo emplea medios o documentos engañosos o dolosos para sustentar una reclamación o para derivar otros beneficios relacionados con este contrato;
2. Si el siniestro ha sido ocasionado por dolo del tomador, del Asegurado o del Beneficiario;
3. Si el siniestro ha sido ocasionado por culpa grave del tomador, del Asegurado o del Beneficiario o de cualquier persona que obre por cuenta de ellos. No obstante, el Asegurador estará obligado al pago de la indemnización si el siniestro ha sido ocasionado en cumplimiento de deberes legales de socorro o en tutela de intereses comunes con el Asegurador, en lo que respecta a este contrato;
4. Si el siniestro se inicia antes de la duración de este contrato y continúa después de que los riesgos hayan comenzado a correr por cuenta del Asegurador;
5. Si el tomador, el Asegurado o el Beneficiario no empleare los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del siniestro, siempre que este incumplimiento se produjera con la manifiesta intención de perjudicar o engañar al Asegurador;
6. Si el tomador o el Asegurado titular actúa con dolo o culpa grave, según lo señalado en la Cláusula relacionada con las Declaraciones en la Solicitud de Seguro, de estas Condiciones Generales;
7. Si el tomador, Asegurado o el Beneficiario incumpliere lo establecido en la Cláusula relativa a la Subrogación de Derechos, de estas Condiciones Generales, a menos que compruebe que el incumplimiento es debido a una causa extraña no imputable a él;
8. Si el tomador, el Asegurado, el Beneficiario o cualquier persona que obre por cuenta de éstos, actuando con dolo o culpa grave, obstaculiza los derechos del Asegurador estipulados en este contrato;
9. Otras exoneraciones de responsabilidad que se establezcan en las Condiciones Particulares de este contrato.

CLÁUSULA. DURACIÓN DEL CONTRATO

La duración del contrato será anual y se hará constar en el Cuadro Póliza Recibo, con indicación de la fecha de emisión, la hora y día de su iniciación y vencimiento.

CLÁUSULA. PAGO DE LA PRIMA

El tomador debe pagar la primera prima anual en el plazo de diez (10) días continuos contados a partir de la fecha de inicio de la duración del contrato. Si la prima no es



pagada o se hace imposible su cobro por causa imputable al tomador en el plazo establecido, el Asegurador tendrá derecho a exigir el pago correspondiente o resolver el contrato, debiendo notificar al tomador su decisión dentro de los tres (3) días hábiles siguientes. En caso de resolución, esta tendrá efecto desde el inicio de la duración del contrato. Si el Asegurador no ejerce su derecho a resolver el contrato de seguro, no podrá negarse a recibir el pago de la prima vencida.

Si ocurriese un siniestro en el plazo convenido para el pago de la primera prima o en el plazo de tres (3) días previsto para la notificación de la decisión del Asegurador, indicados en el párrafo anterior, el Asegurador pagará la indemnización, siempre que el tomador pague antes de su vencimiento la prima correspondiente.

El pago de la prima solamente conserva en vigor el contrato por el tiempo al cual corresponda dicho pago, según conste en el Cuadro Póliza Recibo.

Contra el pago de la prima, el Asegurador entregará al tomador el Cuadro Póliza Recibo o recibo de prima correspondiente, según sea el caso, firmado y sellado. La entrega podrá efectuarse en forma impresa o a través de los mecanismos electrónicos acordados para ello, que consten en la solicitud de seguro, con su acuse de recibo.

Las primas pagadas en exceso no darán lugar a responsabilidad alguna por parte del Asegurador por el exceso, sino única y exclusivamente al reintegro sin intereses del excedente, aun cuando aquellas hubieren sido aceptadas formalmente por éste.

CLÁUSULA. RENOVACIÓN

El contrato se entenderá renovado automáticamente al finalizar el último día de duración del período de vigencia anterior y por un plazo igual, siempre que el tomador pague la prima correspondiente al nuevo período, de acuerdo con lo establecido en la Cláusula Plazo de Gracia, de estas Condiciones Generales, entendiéndose que la renovación no implica un nuevo contrato, sino la continuidad del anterior.

Las partes pueden negarse a la prórroga del contrato mediante una notificación efectuada a la otra parte en forma impresa o a través de los mecanismos electrónicos acordados, con un plazo de por los menos un (1) mes de anticipación a la conclusión del período de duración en curso.

Transcurridos dos (2) años ininterrumpidos desde la celebración del contrato, el Asegurador no podrá anular o negarse a renovar en las mismas condiciones, siempre que el tomador pague la prima correspondiente.

CLÁUSULA. PLAZO DE GRACIA

Se concede un plazo de gracia de **(indicar plazo, mínimo treinta (30) días continuos)** para el pago de la prima de renovación del contrato, contados a partir de la fecha de terminación de la duración anterior. Si ocurriere un siniestro en este plazo, el Asegurador pagará la indemnización, previa deducción de la prima correspondiente. Si el monto del siniestro es menor a la prima de renovación, el Asegurador pagará la indemnización, siempre que el tomador pague la prima en el plazo de gracia concedido. Si la prima no es pagada en el referido plazo, el contrato



quedará sin validez y efecto a partir de la fecha de terminación de la duración del contrato anterior.

CLÁUSULA. DECLARACIONES EN LA SOLICITUD DE SEGURO

El tomador y el propuesto Asegurado titular, al llenar la solicitud, deben declarar con exactitud al Asegurador todos los datos que le sean requeridos.

Corresponde al propuesto Asegurado titular declarar con precisión la información solicitada en el cuestionario y cumplir con los demás requerimientos exigidos por el Asegurador para la valoración del riesgo.

El Asegurador deberá participar al tomador o Asegurado, en el plazo de cinco (5) días hábiles siguientes, que ha tenido conocimiento de un hecho no declarado en la solicitud que pueda influir en la valoración del riesgo, y podrá ajustar o resolver el contrato, mediante comunicación impresa o a través de los mecanismos electrónicos acordados para ello, con acuse de recibo, dirigida al tomador o Asegurado según corresponda, en el plazo de un (1) mes, contado a partir del conocimiento de los hechos. En caso de resolución, ésta se producirá a partir del decimosexto (16º) día continuo siguiente a su notificación, siempre que la parte proporcional de la prima, deducida la comisión pagada al intermediario de la actividad Aseguradora, correspondiente al período que falte por transcurrir, se encuentre a disposición del Tomador en la caja del Asegurador. Corresponderán al Asegurador las primas relativas al período de seguro transcurrido, hasta el momento en que se haga esta notificación.

Si el siniestro sobreviene antes que el Asegurador haga cualquiera de las notificaciones a que se refiere esta cláusula o antes de que se haga efectiva la resolución del contrato, la indemnización se reducirá en la misma proporción que existe entre la prima convenida y la que se hubiese establecido de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si el Tomador actúa con dolo o culpa grave, el Asegurador quedará liberado del pago de la indemnización y de la devolución de la prima.

Cuando el contrato esté referido a varias personas y la reserva o inexactitud se contrajese solo a una o varias de ellas, el contrato subsistirá con todos sus efectos respecto a las restantes, si ello fuere técnicamente posible.

CLÁUSULA. FALSEDADES Y RETICENCIAS DE MALA FE

Las falsedades y reticencias de mala fe por parte del Tomador o Asegurado realizadas en la solicitud de seguros, debidamente probadas, serán causa de nulidad absoluta del contrato, si son de tal naturaleza que el Asegurador, de haberlas conocido, no hubiese contratado o lo hubiese hecho en otras condiciones.

Las falsedades y reticencias de mala fe por parte del Tomador, Asegurado o Beneficiario en la reclamación del siniestro, debidamente probadas, serán causa de nulidad absoluta del contrato y exoneran del pago de la indemnización al Asegurador.



No hay lugar a la devolución de prima en los supuestos de nulidad del contrato contemplados en esta cláusula.

CLÁUSULA. PAGO DE INDEMNIZACIONES

El Asegurador deberá pagar la indemnización que corresponda en un plazo que no exceda de veinte (20) días continuos siguientes, contados a partir de la fecha en que haya recibido el ultimo recaudo solicitado, salvo por causa extraña no imputable al Asegurador.

CLÁUSULA. SUBROGACIÓN DE DERECHOS

El Asegurador que ha pagado la indemnización, queda subrogado de pleno derecho, hasta la concurrencia del monto pagado, en los derechos y acciones del Tomador, Asegurado o del Beneficiario contra los terceros responsables.

Salvo el caso de dolo, la subrogación no se efectuará contra las personas de cuyos hechos debe responder civilmente el Asegurado, ni contra el causante del siniestro vinculado con el Asegurado hasta el segundo grado de parentesco por consanguinidad o que sea su cónyuge o la persona con quien mantenga unión estable de hecho.

El Asegurado o el Beneficiario no podrá, en ningún momento, renunciar a sus derechos de recobrar de otras personas los daños y pérdidas que éstas le hubiesen ocasionado.

En caso de siniestro, el Asegurado o el Beneficiario está obligado a realizar a expensas del Asegurador, cuantos actos sean necesarios y todo lo que ésta pueda razonablemente requerir, con el objeto de permitir que éste ejerza los derechos que le correspondan por subrogación, sean antes o después del pago.

Si el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario incumpliere lo establecido en esta cláusula, perderá el derecho al pago que le otorga este contrato, a menos que compruebe que el incumplimiento es debido a una causa extraña no imputable a él.

CLÁUSULA. OTROS CONTRATOS DE SALUD

Al momento de notificar la ocurrencia del siniestro, el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario está obligado a informar al Asegurador la existencia de cualquier otro contrato de salud que ampare al Asegurado que activó la cobertura del contrato.

Cuando el Asegurado se encuentre amparado por varios contratos de salud que estén obligados a pagar la indemnización sobre un mismo siniestro, escogerá el orden en que presentará las reclamaciones, notificando a todas las empresas la ocurrencia del siniestro en los plazos establecidos en los respectivos contratos de salud, y se deberá indemnizar, según los beneficios y límites de cada uno de ellos, hasta el monto total de los gastos cubiertos, previa deducción de los montos pagados por los otros contratos.



CLÁUSULA. ARBITRAJE

Las partes podrán someter a un procedimiento de arbitraje las divergencias que se susciten en la interpretación, aplicación y ejecución del contrato. La tramitación del arbitraje se ajustará a lo dispuesto en la ley que regule la materia de arbitraje y supletoriamente al Código de Procedimiento Civil.

El Superintendente de la Actividad Aseguradora actuará como árbitro arbitrador en aquellos casos en que sea designado de mutuo acuerdo entre ambas partes, con motivo de las controversias que se susciten en la interpretación, aplicación y ejecución del contrato. En este supuesto, la tramitación del arbitraje se ajustará a lo dispuesto en las normas que regulan el arbitraje en la actividad Aseguradora.

El laudo arbitral será de obligatorio cumplimiento.

CLÁUSULA. CADUCIDAD

El Tomador, Asegurado o Beneficiario perderá todo derecho a ejercer acción judicial contra la empresa de seguros, o convenir con esta someterse al arbitraje, si no lo hubiere hecho antes de transcurrir el plazo de un (1) año, contado a partir de la fecha de la notificación, por escrito:

1. Del rechazo, total o parcial, del siniestro;
2. De la decisión de la empresa de seguros sobre la inconformidad del tomador, Asegurado o Beneficiario respecto a la indemnización o al cumplimiento de la obligación a través de proveedores de insumos o servicios.

A los efectos de esta disposición, se entenderá iniciada la acción judicial una vez que sea consignado el libelo de demanda por ante los Órganos jurisdiccionales.

CLÁUSULA. PRESCRIPCIÓN

Salvo lo dispuesto en leyes especiales, las acciones derivadas del contrato de seguro prescriben a los tres (3) años, contados a partir del hecho que dio origen a la obligación.

CLÁUSULA. MODIFICACIÓN Y REHABILITACIÓN

Las solicitudes de modificación y rehabilitación del contrato deben ser solicitadas a través de cualquier mecanismo acordado por las partes.

Se consideran aceptadas las solicitudes efectuadas por el Tomador o Asegurado si el Asegurador no la rechaza dentro de los diez (10) días hábiles siguientes de haberla recibido. Este plazo será de veinte (20) días hábiles cuando la modificación o rehabilitación conforme a las condiciones de este contrato, hagan necesario un reconocimiento médico. El requerimiento del Asegurador de que se realicen exámenes médicos no implica la aceptación a que se refiere esta cláusula.

El contrato de seguro puede ser rehabilitado a solicitud del Tomador, siempre que los Asegurados se encuentren en buen estado de salud, según declaración de salud o reconocimiento médico a cargo del Asegurado. En este supuesto, se requiere la aceptación del Asegurador y el pago de la prima pendiente, entrando el contrato



nuevamente en vigor en la fecha indicada en el Cuadro Póliza Recibo. El Asegurador reconocerá la antigüedad obtenida por los Asegurados, pero no estarán amparados los gastos incurridos desde la fecha de resolución del contrato hasta su rehabilitación (***debe indicarse el alcance de este reconocimiento, en lo que se refiere a la aplicación de los plazos de espera y exclusiones temporales, si estuviesen establecidos en el contrato, y los riesgos que tendrán cobertura inmediata, en los cuales deben incluirse los accidentes. Asimismo, en cualquier caso, podrá establecerse un plazo de espera adicional, que no exceda de tres (3) meses, contado a partir de la rehabilitación.***).

No se convendrá la rehabilitación, una vez transcurridos noventa (90) días continuos desde la fecha de resolución del contrato.

La modificación de la suma asegurada o el deducible requerirá siempre aceptación expresa de la otra parte. En caso contrario, se presumirá aceptada por el Asegurador con la emisión del Cuadro Póliza Recibo o recibo de prima, en el que se modifique la suma asegurada o el deducible y, por parte del Tomador o el Asegurado Titular, con el pago de la diferencia de prima correspondiente, si la hubiere. Si la modificación propuesta por el Asegurador es efectiva a partir de la renovación del contrato, debe ser comunicada al Tomador mediante comunicación impresa o a través de los mecanismos electrónicos acordados para ello, con acuse de recibo, en un plazo no menor a un (1) mes de anticipación a la conclusión del período de seguro en curso. En caso de desacuerdo del Tomador, si el Asegurador decide mantener o renovar el contrato, deberá hacerlo bajo las mismas condiciones de suma asegurada y deducible vigentes al momento de la propuesta de modificación, sin perjuicio de la obligación del Asegurador de renovar el contrato, conforme con lo indicado en la Cláusula (***indicar número***) Renovación de estas Condiciones Generales.

Las modificaciones se harán constar mediante Anexos, debidamente firmados por un representante del Asegurador y el Tomador, los cuales prevalecerán sobre las Condiciones Particulares y éstas sobre las Condiciones Generales de este contrato. Si la modificación requiere pago de prima adicional se aplicará lo dispuesto al respecto en este contrato.

CLÁUSULA. AVISOS

Todo aviso o comunicación que una parte deba dar a la otra respecto al contrato deberá hacerse mediante comunicación impresa o a través de los mecanismos electrónicos acordados para ello, con acuse de recibo, dirigido al domicilio principal o sucursal del Asegurador o a la dirección del Tomador o del Asegurado que conste en el contrato, según sea el caso.

Las comunicaciones relacionadas con la tramitación de siniestros que sean proporcionadas, por cualquier medio, al intermediario de la actividad Aseguradora, producen el mismo efecto que si hubiesen sido entregadas a la otra parte, salvo estipulación en contrario indicada expresamente en el contrato.

El intermediario de la actividad Aseguradora será administrativa y civilmente responsable en caso de que no haya entregado la notificación a su destinatario en un plazo de tres (3) días hábiles, contados a partir de su recepción.

CLÁUSULA. DOMICILIO ESPECIAL



Para todos los efectos y consecuencias derivadas o que puedan derivarse de este contrato, las partes eligen como domicilio especial, único y excluyente de cualquier otro, el lugar donde se celebró el contrato, a cuya Jurisdicción declaran someterse las partes.

Del contenido mínimo de las Condiciones Particulares

Artículo 3. El contenido mínimo de las condiciones particulares de los contratos de seguro de salud se transcribe en los términos que se muestran a continuación:

CLÁUSULA. INTERPRETACIÓN DE TÉRMINOS

A los efectos de este contrato, los términos que se señalan a continuación tendrán el siguiente significado:

1. **ACCIDENTE:** Suceso violento, súbito, externo y ajeno a la intencionalidad del Asegurado, que le cause a este último lesiones corporales;
2. **EMERGENCIA MÉDICA:** Condición que compromete la vida o la integridad física del Asegurado, cuya atención no puede ser diferida y su diagnóstico ha sido hecho por un médico calificado de la institución hospitalaria prestadora de los servicios de salud;
3. **ENFERMEDAD:** Alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo, que origine reducción de su capacidad funcional y que requiera de tratamiento médico o intervención quirúrgica;
4. **ENFERMEDAD PREEXISTENTE:** Enfermedad o lesión que pueda comprobarse ha sido adquirida con anterioridad a la fecha de inicio de la vigencia del contrato o de la inclusión del Asegurado en el seguro, y sea conocida por el Tomador o el Asegurado al momento de la suscripción del contrato o de la inclusión del Asegurado en el mismo;
5. **INSTITUCIÓN HOSPITALARIA:** Establecimiento permanente con permiso sanitario vigente para suministrar asistencia médica, autorizado por el organismo público competente. No serán consideradas instituciones hospitalarias para los efectos de este contrato de seguro, lugares de descanso, geriátricos, spas, hidroclínicas y cualquier institución que suministre tratamientos similares, centros exclusivos para tratamiento de farmacodependientes, de dipsómanos (alcohólicos), enfermos mentales o desordenes de conducta, ni lugares donde proporcionen tratamientos naturistas, terapias alternativas, y acupuntura;
6. **MÉDICO:** Persona natural acreditada conforme a la ley para ejercer la profesión médica en el país donde presta sus servicios, en cualquiera de sus modalidades y especialidades;
7. **PROCEDIMIENTO EXPERIMENTAL O INVESTIGATIVO:** Tratamiento médico, intervención quirúrgica, suministro, medicamento, procedimiento médico u hospitalario que:
 - 7.1. No haya sido aceptado como seguro, efectivo y apropiado para el tratamiento médico de enfermedades por el consenso de las



- organizaciones profesionales que están reconocidas por la comunidad médica internacional; o
- 7.2. Su uso éste restringido a objetivos clínicos disciplinados que posean valor o beneficio para propósitos clínicos de la disciplina y estudios científicos; o
 - 7.3. No se haya probado de manera objetiva que posea valor o beneficio terapéutico; o
 - 7.4. Este bajo estudio, investigación, en un período de prueba o en cualquier fase de un experimento o ensayo clínico.
- 8. TRATAMIENTO MÉDICO:** Conjunto de medidas realizadas u ordenadas por un médico que se ponen en práctica para la curación o alivio de una enfermedad o lesión, incluyendo medicamentos prescritos, insumos o prótesis;
- 9. ATENCIÓN AMBULATORIA:** Atención médica suministrada a un Asegurado cuando su permanencia en la Institución Hospitalaria sea menor de 24 horas;
- 10. COSTO RAZONABLE:** Promedio calculado por el Asegurador de los gastos cubiertos por tratamientos médicos o intervenciones quirúrgicas de instituciones hospitalarias ubicadas en una misma área geográfica, que sean de la misma categoría o equivalente a aquella donde fue atendido el Asegurado, los cuales correspondan a una intervención quirúrgica o tratamiento médico igual o similar, libre de complicaciones y que de acuerdo a las condiciones de este contrato de seguro se encuentran cubiertos.
- Este promedio será calculado sobre la base de las estadísticas que tenga el Asegurador de los gastos facturados en el mes calendario inmediatamente anterior a la fecha en que el Asegurado incurrió en los gastos, incrementado según el Índice Nacional de Precios al Consumidor (I.N.P.C) del Banco Central de Venezuela registrado en el mismo mes. Cuando este promedio no pueda ser obtenido, el costo razonable será el monto facturado.
- No obstante, si el Asegurador hubiere acordado con algún proveedor un baremo, deberá efectuar la indemnización de los servicios prestados por este proveedor de acuerdo con el referido baremo.
- De ser el caso, el costo razonable de los gastos cubiertos debe ajustarse a los baremos o la estructura de precios que el Estado haya fijado en el área de prestación de servicios de salud.
- Este concepto es aplicable a toda adquisición de insumos, suministros, instrumentos especiales, equipos médicos o a cualquier otro gasto médico amparado e incurrido con motivo de la asistencia;
- 11. MÉDICAMENTO NECESARIO:** Conjunto de medidas o procedimientos ordenados y suministrados por un médico o institución hospitalaria, que se ponen en práctica para el tratamiento, curación o alivio de una enfermedad o lesión, bajo las siguientes características:
1. Que sea apropiado para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad o lesión del Asegurado;
 2. Que sea congruente con las normas profesionales aceptadas en la práctica de la medicina en la República Bolivariana de Venezuela y por la Federación



- Médica Venezolana o por la comunidad médica del país donde se presta el servicio o tratamiento;
3. Que el nivel de servicio o suministro sea idóneo y pueda ser proporcionado sin riesgo para el Asegurado;
 4. Que no sea primordialmente para el confort o la conveniencia personal del Asegurado, de su familia o de su médico.

(El Asegurador podrá incluir o excluir definiciones de acuerdo con las características del producto de seguro que pretenda comercializar).

CLÁUSULA. PROCEDIMIENTO EN CASO DE ACTIVACIÓN DE LA COBERTURA

1. El Tomador, Asegurado o Beneficiario podrá solicitar el reembolso de los gastos incurridos. El Asegurador pagará la indemnización al Asegurado Titular con base en los documentos originales de: las certificaciones médicas, informaciones del proveedor del servicio, facturas, récipes con indicación médica concernientes a los productos o servicios expresamente cubiertos por este contrato y dispensados al Asegurado, que cumplan con las exigencias legales. Si otra empresa de la actividad Aseguradora hubiere pagado parte de los gastos incurridos por el Asegurado, deben entregarse al Asegurador el finiquito y las facturas originales indemnizadas, con el sello correspondiente;

El Tomador, Asegurado o Beneficiario deberá notificar el siniestro, dentro del plazo máximo de diez (10) días hábiles siguientes de haber recibido los productos o servicios o a su egreso de la institución hospitalaria, según sea el caso, utilizando los formularios usuales del Asegurador, y consignar los recaudos antes señalados, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes de haber efectuado la notificación; Asimismo, el Tomador, Asegurado o Beneficiario se comprometen a suministrar al Asegurador, en especial en los casos de tratamiento continuado o prolongado, mensualmente, en original, las facturas de los productos o servicios recibidos y amparados por este contrato. Cuando el Asegurado reciba los servicios fuera de la República Bolivariana de Venezuela, las facturas deberán ser traducidas al idioma castellano, si fuere el caso, y estar legalizadas o apostilladas, según sea el caso. La indemnización se efectuará al costo razonable que tengan los servicios en ***(debe indicarse si son los de la República Bolivariana de Venezuela o el país donde se recibieron los servicios)***, en la moneda establecida en el Cuadro Póliza Recibo o en la moneda nacional al tipo de cambio oficial de venta vigente, establecida por el Banco Central de Venezuela, para la fecha en que el Asegurador efectúe el pago, siempre que la reclamación resulte válida según las condiciones de este contrato; El Asegurador podrá solicitar, sólo en una (1) oportunidad, en función de la información suministrada por el Tomador, Asegurado o Beneficiario, nuevos recaudos para la evaluación del siniestro y la determinación del pago que pudiera corresponder, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la entrega de los recaudos inicialmente solicitados. El Tomador, Asegurado o Beneficiario tendrá un lapso de treinta (30) días hábiles, contados desde la fecha de recepción de la



solicitud, para entregar los nuevos recaudos solicitados, salvo por causa extraña no imputable al Tomador, Asegurado o Beneficiario. En caso de que el Asegurado Titular quede incapacitado o hubiere fallecido antes de recibir el pago de la indemnización, el reembolso corresponderá a sus Beneficiarios, y en su defecto, a sus causahabientes;

2. El Tomador, el Asegurado o el Beneficiario podrá solicitar Carta Aval al Asegurador. En este supuesto, deberá suministrar el presupuesto detallado de los gastos médicos por los productos y los servicios a ser prestados por el proveedor, así como los resultados de los exámenes preoperatorios y el informe médico donde se señale el diagnóstico, el tratamiento médico o la intervención quirúrgica a efectuarse. El Tomador, el Asegurado o el Beneficiario deberá remitir estos documentos, como mínimo, con diez (10) días hábiles de anticipación a la fecha en que deba realizarse el tratamiento médico o la intervención quirúrgica;

El Asegurador podrá solicitar, a su costo, una segunda evaluación médica o documentos adicionales a los descritos anteriormente, en una sola oportunidad. La solicitud debe efectuarse como máximo dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a la fecha en que se entregó el último de los documentos requeridos en el párrafo anterior; En este caso, se establece un plazo de cinco (5) días hábiles para que el Asegurado se someta a la segunda evaluación médica o para que sean consignados los nuevos recaudos solicitados por el Asegurador, según sea el caso, contados a partir de la fecha de solicitud, salvo causa extraña no imputable al Tomador, al Asegurado o al Beneficiario. El Asegurador está obligado a ofrecer un listado de por lo menos tres (3) médicos especialistas, con la finalidad de que el Asegurado escoja quién efectuará la evaluación médica;

El Asegurador se compromete a entregar la Carta Aval al Asegurado dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha en que fueron consignados los documentos antes mencionados y se hubiere concluido la evaluación médica, si fuere el caso;

3. En los supuestos de emergencia médica, a solicitud de la Institución Hospitalaria, el Asegurador debe informar de forma inmediata, a través de cualquier mecanismo previsto para ello, que el Asegurado se encuentra amparado por este contrato;

4. El Asegurador utilizará todos los mecanismos necesarios para procurar que el Asegurado reciba atención inmediata;

5. El Asegurado tiene el derecho a escoger libremente el proveedor que le prestará los servicios o suministros garantizados por este contrato, salvo aquellas coberturas que por su naturaleza deban ser garantizadas exclusivamente por un proveedor específico, conforme con las Condiciones Particulares o Anexos de este Contrato. El Asegurador podrá suscribir contratos con proveedores que aseguren la prestación de estos servicios o suministros. En este supuesto, indicará trimestralmente, mediante avisos colocados en cada una de sus oficinas de atención al público y en los medios de información electrónicos, los referidos proveedores;

6. Cualquiera sea el caso, la indemnización estará sujeta a un análisis previo realizado por el Asegurador, a fin de que éste pueda determinar que la lesión o enfermedad que originó la solicitud está cubierta por el contrato;



7. El Asegurado autoriza al médico tratante y a la Institución Hospitalaria para dar información acerca de su estado físico, historia clínica y demás circunstancias que originaron la reclamación, relevándolos de guardar el secreto médico;
8. Si después de haberse hecho efectivo el pago, resultare que los gastos incurridos por el Asegurado y pagados por el Asegurador, fueren originados o relacionados con algunas de las exclusiones o limitaciones de este contrato, el Asegurador procederá a recuperar del Asegurado Titular o de la persona que haya recibido la indemnización, el monto que haya sido pagado indebidamente.

De la adaptación del contenido mínimo

Artículo 5. El contenido mínimo al que se refiere estas normas podrá adaptarse a las particularidades de los seguros o coberturas de salud que puedan comercializarse conforme con la ley, previa aprobación de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

De las tarifas

Artículo 6. Las tarifas remitidas por las empresas de seguros para su aprobación, deben incluir primas sin limitación alguna por edad.

Del recargo comercial por utilidad

Artículo 7. Para efectos de la determinación de las tarifas del seguro de salud, el recargo comercial por utilidad esperada no podrá ser superior a cinco por ciento (5%) de la prima comercial.

Del uso de los documentos que estuvieron aprobados con carácter general y uniforme

Artículo 8. Las empresas de seguros podrán seguir utilizando las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares y el Anexo de Cobertura de Maternidad de la Póliza de Seguro de Salud Individual, prevista en la Providencia N° 003856 de fecha 18 de noviembre de 2013, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 40.316 de fecha 16 de diciembre del mismo año, siempre que estén ajustadas al ordenamiento jurídico vigente, previa aprobación de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, sin perjuicio de su aplicación para los contratos en curso.

De la aplicación de las normas

Artículo 9. Las demás normativas prudenciales y actos administrativos conexos a la actividad Aseguradora, que coliden con las presentes normas no serán aplicables.

De la publicidad

Artículo 10. Se ordena la publicación de las presentes normas en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, con el fin de coadyuvar con la divulgación de su contenido a todos los interesados y público en general.



De la vigencia

Artículo 11. Las presentes normas entrarán en vigencia a partir de la fecha de publicación en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

OMAR OROZCO COLMENARES

Superintendente de la Actividad Aseguradora (E)

Resolución N.º 003 de fecha 18 de enero de 2021

G.O.R.B.V. N.º 42.049 de fecha 18 de enero de 2021



NORMAS QUE REGULAN LOS CONTRATOS DE SEGURO Y DE MEDICINA PREPAGADA

213°, 165° y 25°



SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

Providencia: SAA-_____

Fecha: _____

El Superintendente de la Actividad Aseguradora tiene dentro de sus atribuciones dictar sus manuales de normas y procedimientos que regulan la Actividad Aseguradora, en consecuencia, acuerda dictar las siguientes:

NORMAS QUE REGULAN LOS CONTRATOS DE SEGURO Y DE MEDICINA PREPAGADA

SECCIÓN I

Disposiciones fundamentales

Del objeto

Artículo 1. Las presentes normas tienen por objeto regular, en sus distintas modalidades, los contratos de seguro y de medicina prepagada.

Estas normas se aplicarán en forma supletoria a contratos de seguro regidos por leyes especiales.

Del carácter irrenunciable de los derechos

Artículo 2. Los derechos de los tomadores, asegurados, beneficiarios, contratantes, usuarios y afiliados son irrenunciables. Será nula toda acción, acuerdo o estipulación que implique su renuncia, disminución o menoscabo.

En caso de duda se aplicarán las cláusulas contractuales que sean más beneficiosas para el tomador, asegurado, beneficiario, contratante, usuario y afiliado.

Del carácter mercantil

Artículo 3. Los contratos a los que se refieren estas normas, cualquiera sea su modalidad, se considerarán mercantiles cuando sean suscritos entre comerciantes. Si el tomador, asegurado, beneficiario, contratante, usuario o afiliado no es comerciante sólo tendrá carácter mercantil para la otra parte.

De los principios de interpretación

Artículo 4. Cuando sea necesario interpretar los contratos a los que se refieren estas normas, se utilizarán los principios siguientes:



1. Se presumirá que los contratos han sido celebrados de buena fe, quien alegue lo contrario deberá probarlo;
2. Las relaciones derivadas de los contratos se rigen por estas normas y por las disposiciones que convengan las partes a falta de disposición expresa o cuando estas normas o la ley así lo permitan. En caso de duda, se aplicará la analogía; cuando no sea posible aplicarla, el intérprete recurrirá a la costumbre, a los usos y a la práctica generalmente observada en el mercado asegurador venezolano. Solo se acudirá a las normas de derecho civil cuando no exista disposición expresa en la normativa que regula la actividad aseguradora o en la costumbre mercantil;
3. Los hechos de las partes contratantes, anteriores, coetáneos y subsiguientes a la celebración del contrato, que tengan relación con lo que se discute, serán la mejor explicación de la intención de las partes al tiempo de celebrarse la convención;
4. Cuando una cláusula sea ambigua u oscura se interpretará a favor del tomador, asegurado, beneficiario, contratante, usuario o afiliado;
5. Las cláusulas relativas a la caducidad de derechos del tomador, asegurado, beneficiario, contratante, usuario o afiliado deben ser de interpretación restrictiva, a menos que la interpretación extensiva los beneficie.

De la nulidad de las cláusulas abusivas

Artículo 5. Los contratos a los que se refieren estas normas se redactarán en forma clara y precisa. Las cláusulas que contengan las coberturas, exclusiones y exoneraciones de responsabilidad se destacarán de modo especial para facilitar su identificación.

Serán nulas las cláusulas abusivas o lesivas de los derechos de los tomadores, asegurados, beneficiarios, contratantes, usuarios o afiliados.

SECCIÓN II

Del contrato de seguro

TÍTULO I

De las disposiciones generales



De la definición del contrato de seguro

Artículo 6. Aquel en virtud del cual una empresa de seguros, a cambio de una prima, asume las consecuencias de riesgos ajenos que no se produzcan por acontecimientos que dependan enteramente de la voluntad del tomador, asegurado o beneficiario, comprometiéndose a indemnizar, dentro de los límites pactados, el daño producido al asegurado o a pagar un capital, una renta u otras prestaciones convenidas, todo subordinado a la ocurrencia del evento cubierto por la póliza.

Las disposiciones del contrato de seguro se aplicarán a los convenios mediante los cuales una persona, a cambio de una contraprestación, se obliga a prestar un servicio o pagar una cantidad de dinero en caso de que ocurra un acontecimiento futuro e incierto, y que no dependa exclusivamente de la voluntad de la persona contratante o beneficiaria.

De las características del contrato

Artículo 7. El contrato de seguro es consensual, bilateral, oneroso, aleatorio, de buena fe y de ejecución sucesiva.

Del objeto del contrato

Artículo 8. El contrato de seguro puede cubrir toda clase de riesgos si existe interés asegurable, salvo prohibición expresa.

De la causa del contrato

Artículo 9. Todo interés legítimo en la no materialización de un riesgo que sea susceptible de valoración económica puede ser causa de un contrato de seguro.

Pueden asegurarse las personas y los bienes de lícito comercio, en cuya conservación tenga el asegurado un interés económico legítimo.

De las partes del contrato

Artículo 10. Son partes del contrato de seguro:



1. La empresa de seguros, quien asume los riesgos;
2. El tomador, persona que traslada los riesgos;
3. El asegurado, persona que en sí misma, en sus bienes o en sus intereses económicos está expuesta al riesgo;
4. El beneficiario, aquel en cuyo favor se ha establecido la indemnización que pagará la empresa de seguros.

El tomador puede obrar por cuenta propia o ajena. El tomador, asegurado o beneficiario pueden ser o no la misma persona.

De los documentos del contrato

Artículo 11. Forman parte del contrato de seguro: la solicitud de seguro; el documento de cobertura provisional, si lo hubiere; las Condiciones Generales; las Condiciones Particulares; el Cuadro Recibo, Cuadro Póliza, recibo de prima; los anexos que se emitan para complementar o modificar la póliza; y los demás documentos que, por su naturaleza, formen parte del contrato.

TÍTULO II

De la contratación del seguro

De la solicitud y la proposición de seguro

Artículo 12. La proposición de seguro obliga a la empresa de seguros a mantenerla durante un plazo de diez (10) días continuos contados a partir de su emisión, siempre y cuando el reasegurador, si lo hubiere, mantenga las condiciones y no se hayan modificado las características del riesgo, ni se haya evidenciado reticencia o declaraciones falsas del tomador o propuesto asegurado.

El requerimiento de la empresa de seguros de que el propuesto asegurado se realice un examen médico no implica aceptación.

Por acuerdo expreso de las partes, los efectos del seguro podrán retrotraerse al momento en que se presentó la solicitud o se formuló la proposición.

La solicitud de seguro debe contener, al menos:

1. Datos de identificación del tomador, propuesto asegurado y beneficiario;
2. Cuestionario elaborado por la empresa de seguros para la evaluación del riesgo;
3. En el caso de los seguros de daños, debe incluirse descripción detallada y ubicación de los bienes o intereses que se pretendan asegurar;
4. Detalle de las coberturas que se pretenden contratar, distinguiendo las básicas de las opcionales. Las coberturas opcionales siempre deben



- contar con una leyenda en la que se indique que no son de obligatoria suscripción por el tomador o propuesto asegurado;
5. Las declaraciones de fe que correspondan;
 6. Firmas y huellas dactilares del tomador y propuesto asegurado.

De la modificación y rehabilitación

Artículo 13. Las solicitudes de modificación y rehabilitación del contrato deben ser solicitadas a través de cualquier mecanismo acordado por las partes.

Se consideran aceptadas las solicitudes efectuadas por el tomador o asegurado, si la empresa de seguros no la rechaza dentro de los diez (10) días hábiles de haberla recibido. Este plazo será de veinte (20) días hábiles cuando la modificación o rehabilitación, conforme a las condiciones del contrato, hagan necesario un reconocimiento médico. El requerimiento de la empresa de seguros que se realicen exámenes médicos no implica la aceptación a que se refiere este artículo.

La modificación de la suma asegurada o del deducible requerirá siempre aceptación expresa de la otra parte. En caso contrario, se presumirá aceptada por la empresa de seguros con la emisión del recibo de prima en el que se modifique la suma asegurada o el deducible y, por el tomador o asegurado, con el pago de la diferencia de prima correspondiente, si la hubiere. Si la modificación propuesta por la empresa de seguros es efectiva a partir de la renovación del contrato, debe ser comunicada al tomador con un plazo no menor a un (1) mes de anticipación a la conclusión del período de seguro en curso. En caso de desacuerdo del tomador, si la empresa de seguros decide mantener o renovar el contrato, deberá hacerlo bajo las mismas condiciones de suma asegurada y deducible vigentes al momento de la propuesta de modificación.

Las modificaciones se harán constar mediante anexos, debidamente firmados por un representante de la empresa de seguros y el tomador, los cuales prevalecerán sobre las Condiciones Particulares y éstas sobre las Condiciones Generales de la póliza.

De la modificación del contrato por las autoridades

Artículo 14. Si durante la vigencia del contrato fueren modificadas, por disposición de las autoridades competentes, algunas de sus cláusulas, el contrato continuará bajo las nuevas condiciones. No obstante, si en virtud de las modificaciones el tomador debe pagar un eventual aumento de prima por el período a transcurrir, tendrá derecho a decidir si paga el incremento de



prima o continúa con el contrato en los términos originalmente pactados hasta la finalización de la duración en curso.

TÍTULO III

Del seguro por cuenta propia, de otro o de quien corresponda

De los contratos por cuenta propia o de otro

Artículo 15. El tomador puede celebrar el contrato por cuenta propia; por cuenta de otro, con o sin designación del beneficiario; y aun por cuenta de quien corresponda. El tomador deberá cumplir las obligaciones derivadas del contrato, salvo aquellas que, por su propia naturaleza, deban ser cumplidas por el asegurado o beneficiario; sin embargo, la empresa de seguros no podrá rechazar el cumplimiento por parte del asegurado o beneficiario de las obligaciones que correspondan al tomador.

A falta de estipulación en contrario, el contrato se entenderá celebrado por cuenta propia.

Los derechos que se derivan del contrato corresponderán al asegurado o beneficiario, según lo que se determine en el mismo.

De las excepciones

Artículo 16. La empresa de seguros podrá oponer al asegurado o beneficiario las excepciones que tenga contra el tomador concernientes al contrato; sin embargo, no podrá compensar los créditos que tenga contra el tomador con la indemnización que deba al asegurado o beneficiario, salvo que se trate de la prima por pagar del respectivo contrato.

Para el reembolso de las primas pagadas a la empresa de seguros y de los gastos del contrato, el tomador tiene privilegio sobre las sumas debidas por aquélla en el mismo grado que el mandatario por los créditos por gastos de conservación.

TÍTULO IV

De la celebración y prueba del contrato de seguro

Del perfeccionamiento y prueba

Artículo 17. El contrato de seguro y sus modificaciones se perfeccionan con el simple consentimiento de las partes.



La empresa de seguros está obligada a suministrar al tomador, en el momento de la celebración del contrato y a petición de parte, la póliza o el documento de cobertura provisional, con su Cuadro Recibo o Cuadro Póliza. Cualquiera de estos documentos es prueba de la existencia del contrato de seguro.

En el supuesto en que la empresa de seguros haya entregado el documento de cobertura provisional, debe proporcionar la póliza al tomador dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes.

Los documentos señalados en este artículo podrán ser suministrados a través de los mecanismos acordados por las partes, dejando constancia que la empresa de seguros ha cumplido con la obligación.

Los documentos señalados en este artículo podrán ser suministrados a través de los mecanismos acordados por las partes, dejando constancia que la empresa de seguros ha cumplido con la obligación.

Los terceros interesados en demostrar la existencia de un contrato de seguro, pueden acudir a todos los medios de prueba idóneos previstos en la ley, de acuerdo con la naturaleza del contrato.

Artículo 18. En los casos en que la empresa de seguros no entregue la póliza o sus anexos al tomador o asegurado, se tendrán como condiciones acordadas aquellas contenidas en los modelos de póliza que se encuentren aprobados por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora para el mismo ramo, cobertura y modalidad del contrato, según la prima que se haya pagado.

Si hubiese varias pólizas de esa empresa de seguros a las que esa prima sea aplicable, se entenderá que el contrato corresponde a la que sea más favorable para el asegurado o beneficiario.

De la póliza

Artículo 19. La póliza es el documento escrito donde constan las condiciones del contrato y debe contener, como mínimo:

1. Razón social, Registro único de Información Fiscal (R.I.F.), datos de la oficina de Registro Mercantil y dirección de la sede principal de la empresa de seguros, identificación de la persona que actúa en su nombre, el carácter con el que actúa y los datos del documento donde consta su representación;
2. Identificación completa del tomador y el carácter con el cual contrata, así como del asegurado y beneficiario, en el supuesto de que sean distintos;



3. La duración del contrato, con indicación de la fecha en que se extienda, la hora y día de su iniciación y vencimiento, o el modo de determinarlos;
4. Señalamiento de los riesgos asumidos;
5. Las sumas aseguradas y deducibles, si los hubiere, por coberturas contratadas, básicas y opcionales, o el modo de precisarlos, discriminados por persona, bien o interés asegurado, o el alcance de la cobertura;
6. Las primas y su especificación por coberturas contratadas, básicas y opcionales, o el modo de calcularlas, discriminadas por persona, bien o interés asegurado; así como la forma, frecuencia y lugar de su pago;
7. Identificación completa del intermediario de la actividad aseguradora, en caso de que intervenga en el contrato;
8. Las Condiciones Generales y Particulares que acuerden las partes del contrato;
9. Las firmas del representante de la empresa de seguros y del tomador o asegurado.

De las condiciones del contrato de seguro

Artículo 20. A los efectos de estas normas, se entiende por Condiciones Generales aquellas que establecen el conjunto de principios que prevé la empresa de seguros para regular todos los contratos de seguro que emita en el mismo ramo o modalidad.

Son Condiciones Particulares, aquellas que contemplan los aspectos concretamente relativos a los riesgos que se aseguran.

Las estipulaciones que modifiquen las condiciones previamente pactadas por las partes deberán constar mediante anexos que formarán parte del contrato de seguro.

De la obligación de firmar los anexos

Artículo 21. Los anexos de las pólizas que modifiquen sus condiciones para su validez deben estar firmados por la empresa de seguros y el tomador o asegurado, indicando claramente la póliza a la que pertenecen. En caso de discrepancia prevalecerá lo señalado en los anexos firmados por las partes.

Del carácter y cesión de la póliza

Artículo 22. La póliza puede ser nominativa, a la orden o al portador. La cesión de la póliza no produce efecto contra la empresa de seguros sin su autorización. La cesión de la póliza a la orden puede hacerse por simple endoso.



La empresa de seguros podrá oponer al cesionario o endosatario las excepciones que tenga contra el tomador, asegurado o beneficiario.

TÍTULO V **De las obligaciones de las partes**

De las obligaciones del tomador, asegurado o beneficiario

Artículo 23. El tomador, asegurado o beneficiario, según el caso, debe:

1. Llenar la solicitud de seguro, declarando con exactitud y sinceridad todas las circunstancias necesarias para identificar el interés, bienes o personas aseguradas y apreciar la extensión de los riesgos, en los términos indicados en estas normas;
2. Pagar la prima en la forma, lugar y tiempo convenidos;
3. Emplear el cuidado de un diligente padre de familia para prevenir el siniestro o para aminorar sus consecuencias;
4. Tomar las medidas necesarias para salvar o recobrar los bienes asegurados o para conservar sus restos;
5. Hacer saber a la empresa de seguros, en el plazo establecido en estas normas, después de la recepción de la noticia, el advenimiento de cualquier incidente que afecte su responsabilidad, expresando claramente las causas y circunstancias del suceso ocurrido;
6. Declarar al momento de contratar la póliza y al tiempo de exigir el pago del siniestro, los contratos de seguro que cubren el mismo riesgo;
7. Probar la ocurrencia del siniestro a través de la consignación de la información necesaria solicitada por la empresa de seguros para verificar las circunstancias y consecuencias del mismo;
8. Realizar todas las acciones necesarias para garantizar a la empresa de seguros el ejercicio de su derecho de subrogación, si fuere el caso;
9. Cualquier otra que se establezca en el contrato de seguro.

El contrato debe indicar de forma taxativa las personas obligadas en cada caso.

De las obligaciones de la empresa de seguros

Artículo 24. Son obligaciones de la empresa de seguros:

1. Informar al tomador y asegurado, mediante la entrega de la póliza y demás documentos, la extensión de los riesgos asumidos;
2. Aclarar cualquier duda que el tomador, asegurado o beneficiario le formule;



3. Pagar la suma asegurada o la indemnización en caso de siniestro, o rechazarlo mediante escrito motivado, en el plazo establecido en la Ley que regula la Actividad Aseguradora;
4. Cualquier otra que se establezca en el contrato de seguro.

TÍTULO VI De las declaraciones

De la solicitud de seguros

Artículo 25. El tomador o propuesto asegurado al llenar la solicitud, debe declarar con exactitud a la empresa de seguros, de acuerdo con el cuestionario y demás requerimientos que le indique, todas las circunstancias por ellos conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.

Forman parte de la solicitud de seguros las declaraciones de origen lícito de los fondos para el pago de la prima y de veracidad de la información suministrada, así como cualquier otra que la empresa de seguros considere necesaria para la suscripción del contrato.

La empresa de seguros debe participar al tomador o asegurado, en el plazo de cinco (5) días hábiles siguientes, que ha tenido conocimiento de un hecho no declarado en la solicitud que pueda influir en la valoración del riesgo, y podrá ajustar o resolver el contrato, mediante comunicación dirigida al tomador o asegurado, según corresponda, en el plazo de un (1) mes, contado a partir del conocimiento de los hechos.

En caso de resolución, ésta se producirá a partir del decimosexto (16°) día continuo siguiente a su notificación, siempre que la parte proporcional de la prima, deducida la comisión pagada al intermediario de la actividad aseguradora, correspondiente al período que falte por transcurrir, se encuentre a disposición del tomador en la caja de la empresa de seguros. Corresponderán a la empresa de seguros las primas relativas al período de seguro transcurrido, hasta el momento en que haga esta notificación. La empresa de seguros no podrá resolver el contrato cuando el hecho que ha sido objeto de reserva o inexactitud ha desaparecido antes del siniestro.

Si el siniestro sobreviene antes que la empresa de seguros haga cualquiera de las notificaciones a que se refiere este artículo o antes de que se haga efectiva la resolución del contrato, la indemnización se reducirá en la misma proporción que existe entre la prima convenida y la que se hubiese establecido de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si el tomador actúa con dolo o culpa grave, la empresa de seguros quedará liberada del pago de la indemnización y de la devolución de la prima.



Cuando el contrato esté referido a varias personas, bienes o intereses y la reserva o inexactitud se contrajese solo a uno o varios de ellos, el contrato subsistirá con todos sus efectos respecto a los restantes si ello fuere técnicamente posible.

El cuestionario utilizado por la empresa de seguros para la valoración del riesgo debe estar redactado en forma clara y concreta, procurando que las preguntas formuladas sean de fácil entendimiento y se circunscriban al riesgo que se pretende amparar.

De las falsedades y reticencias de mala fe

Artículo 26. Las falsedades y reticencias de mala fe por parte del tomador o asegurado realizadas en la solicitud de seguros serán causa de nulidad absoluta del contrato.

Las falsedades y reticencias de mala fe por parte del tomador, asegurado o beneficiario en la reclamación del siniestro serán causa de nulidad absoluta del contrato y exonera del pago de la indemnización a la empresa de seguros.

No hay lugar a la devolución de prima en los supuestos de nulidad del contrato contemplados en este artículo.

TÍTULO VII De la prima

De la definición

Artículo 27. La prima es la contraprestación que, en función del riesgo, debe pagar el tomador a la empresa de seguros en virtud de la celebración del contrato. Salvo pacto en contrario, la prima es pagadera en dinero.

La prima incluye todos los derechos, comisiones, gastos y recargos, con excepción de los impuestos que estén a cargo directo del tomador, asegurado o beneficiario.

La empresa de seguros no podrá cobrar cantidad alguna por otro concepto distinto al monto de la prima estipulado en la póliza.

De la obligación del pago

Artículo 28. El tomador está obligado al pago de la prima en las condiciones establecidas en la póliza.



En los contratos de seguro por cuenta ajena, la empresa de seguros puede reclamar el pago al asegurado o beneficiario cuando el tomador no hubiese pagado la prima en el plazo estipulado para ello.

En los seguros contratados en beneficio de terceros, la empresa de seguros tendrá derecho de compensar la prima con la prestación debida al asegurado o beneficiario.

En los seguros de daños, la empresa de seguros no puede rechazar el pago de la prima por un tercero a menos que exista oposición del asegurado.

De la oportunidad para el pago

Artículo 29. La prima es debida desde la celebración del contrato; sin embargo, será exigible con la entrega de la póliza, del Cuadro Recibo, Cuadro Póliza, recibo de prima o de la nota de cobertura provisional.

Del lugar y medio de pago

Artículo 30. Las primas correspondientes serán pagadas directamente en las oficinas de la empresa de seguros. No obstante, podrán ser pagadas bajo cualquier mecanismo o medio acordado por las partes.

La empresa de seguros podrá cobrar las primas a domicilio y dar aviso de sus vencimientos y, si lo hiciere, no sentará precedente de tal obligación y podrá suspender esta gestión en cualquier momento, previo aviso.

De la consecuencia del no pago

Artículo 31. Si la prima no ha sido pagada en la oportunidad en que es exigible, el riesgo no correrá por cuenta de la empresa de seguros. En este caso, ésta tiene derecho a resolver el contrato de seguro o a exigir el pago de la prima debida con fundamento en la póliza, debiendo notificar al tomador su decisión dentro de los tres (3) días hábiles siguientes.

Si ocurriese un siniestro en el plazo convenido para el pago de la primera prima o en el plazo de tres (3) días previsto para la notificación de la decisión de la empresa de seguros, indicados en el párrafo anterior, ésta pagará la indemnización, siempre que el Tomador pague antes de su vencimiento la prima correspondiente.

Fraccionamiento del pago de la prima



Artículo 32. Si las partes acuerdan fraccionar el pago de la prima, se entiende que este mecanismo constituye una facilidad de pago y no implica modificación de la duración del contrato.

En este caso, si el tomador no pagase alguna fracción dentro del plazo acordado por las partes, siempre que no sea inferior a cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de inicio de su vigencia, la empresa de seguros tiene derecho a exigir la fracción de prima debida o resolver el contrato con fundamento en la póliza, debiendo notificar al tomador su decisión dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la culminación del plazo anterior.

Si ocurriese un siniestro amparado durante los plazos mencionados, sin que se haya pagado la prima, la empresa de seguros procederá de conformidad con las siguientes reglas:

1. Descontar del monto indemnizable la fracción de prima vencida. No obstante, si el monto a pagar es por la totalidad de la suma asegurada, la empresa de seguros podrá deducir las fracciones de primas pendientes para completar la totalidad de la prima de la duración del contrato;
2. Si el monto indemnizable es menor a la fracción de prima vencida, la empresa de seguros pagará la indemnización, siempre que el tomador pague la referida fracción de prima vencida, antes del vencimiento del plazo dispuesto en este artículo.

En caso de resolución por falta de pago de una fracción de prima vencida, ésta tendrá efecto desde la fecha de finalización del periodo cubierto por la última fracción de prima pagada.

Si la empresa de seguros no ejerce su derecho a resolver el contrato de seguro, no podrá negarse a recibir el pago de la prima vencida.

De la duración del seguro

Artículo 33. La duración del seguro será por el período para el cual ha sido calculada la unidad de prima.

En caso de que no se haya especificado y no pueda determinarse de acuerdo con el reglamento actuarial, se presume que la prima cubre el período de un (1) año.

En el supuesto que las partes hayan acordado como facilidad de pago, la modalidad fraccionada, esta no afectará la duración para el cual ha sido

calculada la unidad de prima. No obstante, la vigencia se mantendrá con el pago de la prima fraccionada.

Del plazo de gracia

Artículo 34. Si el contrato prevé un plazo de gracia para el pago de la prima de renovación, durante ese período los riesgos serán a cargo de la empresa de seguros.

Ocurrido un siniestro en este plazo, la empresa de seguros pagará la indemnización previa deducción de la prima de renovación correspondiente.

Si el monto del siniestro es menor a la prima de renovación, la empresa de seguros pagará la indemnización, siempre que el tomador pague la prima en el plazo de gracia concedido. En caso de no ser pagada en el referido período, el contrato quedará sin efecto a partir de la fecha de terminación de la duración anterior del contrato.

TÍTULO VIII

Del riesgo

De la definición

Artículo 35. El riesgo es la posible ocurrencia por azar de un acontecimiento que no dependa exclusivamente de la voluntad del tomador, asegurado o beneficiario, que ocasione una necesidad económica, y cuya aparición real o existencia se previene y garantiza en la póliza.

Los hechos ciertos, salvo la muerte, y los de ocurrencia imposible, no constituyen riesgos, ni son susceptibles de ser asegurados. Tampoco constituye riesgo la incertidumbre subjetiva respecto a determinado hecho que se haya cumplido o no.

Del comienzo y finalización del riesgo

Artículo 36. A falta de indicación en la póliza, el riesgo comienza a correr por cuenta de la empresa de seguros, a las doce del mediodía (12 m.) de la fecha de inicio del contrato y terminará a la misma hora del último día de duración del contrato.

De la agravación del riesgo

Artículo 37. El tomador, asegurado o beneficiario, durante la vigencia del contrato, debe comunicar a la empresa de seguros todas las circunstancias



que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas al momento de la celebración del contrato no lo habría suscrito o lo habría hecho en otras condiciones. Esta notificación debe hacerse dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, contados a partir de la fecha en que sea conocida, salvo que medie una causa extraña no imputable.

Cuando la agravación del riesgo dependa de un acto del tomador, asegurado o beneficiario debe ser notificada a la empresa de seguros al menos cinco (5) días hábiles antes de que se produzca, salvo que medie una causa extraña no imputable.

La empresa de seguros debe indicar en sus pólizas aquellos hechos que, por su naturaleza, constituyan agravaciones de riesgos que deban ser notificados.

Conocido por la empresa de seguros que el riesgo se ha agravado, dispone de un plazo de diez (10) días continuos, contados a partir de la fecha de su conocimiento, para indicar las razones por las cuales resuelve el contrato o propone la modificación del mismo.

Notificada la modificación, el tomador o asegurado debe dar cumplimiento a las condiciones exigidas, en un plazo que no excederá de quince (15) días hábiles. Si el tomador o asegurado no actúa de acuerdo con las indicaciones de la empresa de seguros, se entenderá que el contrato ha sido terminado por aquél a partir del vencimiento del plazo.

En el supuesto de resolución del contrato, ésta se producirá a partir del decimosexto (16°) día continuo siguiente a su notificación, siempre que la parte proporcional de la prima, deducida la comisión pagada al intermediario de la actividad aseguradora, correspondiente al período que falte por transcurrir, se encuentre a disposición del tomador en la caja de la empresa de seguros.

En el caso de que el tomador, asegurado o beneficiario no haya efectuado la declaración y sobreviniere un siniestro, el deber de indemnización de la empresa de seguros se reducirá en la misma proporción que existe entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo, salvo que el tomador, asegurado o beneficiario haya actuado con dolo o culpa grave, en cuyo caso, la empresa de seguros quedará liberada de responsabilidad.



Cuando el contrato se refiera a varios bienes o intereses y el riesgo se hubiese agravado respecto de uno o algunos de ellos, el contrato subsistirá con todos sus efectos respecto de los restantes.

Las disposiciones contenidas en este artículo no aplican a los seguros de personas.

De la agravación del riesgo que no afecta el contrato

Artículo 38. La agravación del riesgo no producirá los efectos previstos en el artículo precedente, cuando:

1. No haya tenido influencia sobre el siniestro ni sobre la extensión de la responsabilidad que incumbe a la empresa de seguros;
2. Haya tenido lugar para proteger los intereses de la empresa de seguros con respecto de la póliza;
3. Se haya realizado para cumplir el deber de socorro que le impone la ley;
4. La empresa de seguros haya tenido conocimiento por otros medios de la agravación del riesgo, y no haya hecho uso de su derecho a resolver en el plazo de diez (10) días continuos;
5. La empresa de seguros haya renunciado expresa o tácitamente al derecho de proponer la modificación del contrato o darlo por terminado unilateralmente por esta causa. Se tendrá por hecha la renuncia a la propuesta de modificación o resolución unilateral si no la lleva a cabo en el plazo señalado en el artículo anterior.

De la disminución del riesgo

Artículo 39. El tomador, asegurado o beneficiario, durante la vigencia del contrato, podrá hacer del conocimiento de la empresa de seguros, todas aquellas circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por ésta en el momento de la celebración del contrato lo habría suscrito en condiciones más favorables para el asegurado.

La empresa de seguros debe devolver, en un plazo de quince (15) días hábiles contados a partir de la notificación, la prima cobrada en exceso por el período que falte por transcurrir, deducida la comisión pagada al intermediario de la actividad aseguradora.

En el caso de que el tomador, asegurado o beneficiario no haya efectuado la declaración de la disminución del riesgo y sobreviniere un siniestro, la empresa de seguros debe indemnizar al asegurado o beneficiario, según las condiciones originalmente pactadas en el contrato.



De la cesación del riesgo

Artículo 40. El contrato quedará sin efecto si el riesgo dejare de existir después de su celebración. No obstante, la empresa de seguros tendrá derecho al pago de las primas mientras la cesación del riesgo no le hubiese sido comunicada o no hubiere llegado a su conocimiento.

La prima correspondiente al período que falte por transcurrir, para el momento en que la empresa de seguros reciba la notificación o tenga conocimiento de la cesación del riesgo, se devolverá íntegramente.

Cuando los efectos del seguro deban comenzar en un momento posterior a la celebración del contrato y el riesgo hubiese cesado en el intervalo, la empresa de seguros tendrá derecho solamente al reembolso de los gastos administrativos ocasionados.

No hay lugar a la devolución de prima por desaparición del riesgo, si éste se debe a la ocurrencia de un siniestro debidamente indemnizado.

TÍTULO IX **De los siniestros**

De la definición

Artículo 41. El siniestro es la materialización del riesgo que da origen a la obligación de indemnizar por parte de la empresa de seguros.

Si el siniestro ha continuado después de vencido el contrato, la empresa de seguros responde del valor de la indemnización en los términos del contrato.

Si el siniestro se inicia antes de la vigencia del contrato y continúa después de que los riesgos hayan empezado a correr por cuenta de la empresa de seguros, ésta queda relevada de su obligación de indemnizar.

El tomador, asegurado o beneficiario debe probar la ocurrencia del siniestro, el cual se presume cubierto por la póliza; sin embargo, la empresa de seguros puede probar que existen circunstancias que, según el contrato de seguro, la ley o las presentes normas, la exoneran de responsabilidad.

De la definición de indemnización

Artículo 42. Pago que debe efectuar la empresa de seguros en caso de que ocurra un siniestro.



Del aviso y suministro de información

Artículo 43. El tomador, asegurado o beneficiario debe notificar a la empresa de seguros la ocurrencia del siniestro dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes de haber tenido conocimiento del hecho, salvo que se haya fijado en la póliza un plazo mayor.

La empresa de seguros quedará exonerada de toda responsabilidad si el obligado hubiese dejado de hacer la notificación del siniestro en el plazo fijado, a menos que se compruebe que no la realizó por una causa extraña que no le sea imputable.

El tomador, asegurado o beneficiario proporcionará a la empresa de seguros toda la información que le requiera sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro, conforme con lo establecido en la póliza.

De la obligación de aminorar las consecuencias del siniestro

Artículo 44. El tomador, asegurado o beneficiario debe emplear los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del siniestro. El incumplimiento de este deber dará derecho a la empresa de seguros de reducir la indemnización en la proporción correspondiente, teniendo en cuenta la importancia de los daños derivados del mismo y el grado de culpa del tomador, asegurado o beneficiario.

Si el incumplimiento se produjera con la manifiesta intención de perjudicar o engañar a la empresa de seguros, ésta quedará liberada de toda obligación derivada del siniestro.

Los gastos que se originen por el cumplimiento de la citada obligación, siempre que no sean inoportunos o desproporcionados a los bienes salvados, serán por cuenta de la empresa de seguros hasta el límite fijado en el contrato, incluso si tales gastos no han tenido resultados efectivos o positivos. En ausencia de pacto, se indemnizarán los gastos efectivamente originados, sin que esta indemnización, aunada a la del siniestro, pueda exceder de la suma asegurada.

La empresa de seguros que en virtud del contrato sólo deba indemnizar una parte del daño causado por el siniestro, debe reembolsar la parte proporcional de los gastos de salvamento, a menos que el tomador, asegurado o beneficiario haya actuado siguiendo sus instrucciones y haya demostrado que no eran razonables, en cuyo caso, serán a costa de la empresa de seguros.



De la sustitución de indemnización

Artículo 45. Cuando así esté establecido en el contrato de seguro y la naturaleza del interés o bien asegurado lo permita, la empresa de seguros podrá cumplir su obligación, siempre que el asegurado o beneficiario lo consienta previo al pago de la indemnización, prestando un servicio, reparando o entregando un bien que se encuentre en condiciones similares al que tenía el bien asegurado al momento del siniestro.

En el supuesto que la empresa de seguros esté autorizada para cumplir su obligación a través de proveedores, el asegurado podrá escoger libremente el proveedor para satisfacer sus necesidades cubiertas por el contrato, salvo en aquellas coberturas que por su naturaleza deban ser garantizadas exclusivamente por un proveedor específico, previa aprobación de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora

De la exoneración de responsabilidad

Artículo 46. La empresa de seguros no estará obligada al pago de la indemnización por los siniestros ocasionados por dolo del tomador, asegurado o beneficiario.

Igual efecto producirá cuando, para sustentar un siniestro o para procurarse beneficios derivados del contrato, se haga uso de artificios o medios capaces de engañar, inducir al error o sorprender la buena fe de la empresa de seguros.

En el supuesto de culpa grave, la empresa de seguros podrá quedar exonerada de responsabilidad, salvo que el tomador, asegurado o beneficiario haya actuado en cumplimiento de deberes legales de socorro o en tutela de intereses comunes con la empresa de seguros en lo que respecta al contrato de seguro.

Del pago de la indemnización por culpa grave

Artículo 47. La empresa de seguros debe pagar la indemnización cuando el siniestro haya sido ocasionado por culpa grave de las personas de cuyos hechos debe responder el tomador, asegurado o beneficiario, de conformidad con lo previsto en el contrato de seguros.

De la extensión de los riesgos



Artículo 48. La empresa de seguros puede asumir todos, algunos o parte de los riesgos a que esté expuesta la persona, el bien o el interés asegurado, según el tipo de contrato. Si las Condiciones Generales o particulares de la póliza no limitan el seguro a determinados riesgos, la empresa de seguros responderá de todos ellos, salvo disposición contraria de la ley o de estas normas.

De la suma asegurada por daños parciales

Artículo 49. En caso de indemnización por daños parciales, la empresa de seguros queda obligada, durante el período que falte por transcurrir de la duración del contrato, hasta por el total de la suma asegurada, salvo convención en contrario indicada expresamente en la póliza.

Del efecto de las notificaciones al intermediario

Artículo 50. Las comunicaciones relacionadas con la tramitación de siniestros que sean proporcionadas, por cualquier medio, al intermediario de la actividad aseguradora, producen el mismo efecto que si hubiesen sido entregadas a la otra parte, salvo estipulación en contrario indicada expresamente en la póliza.

El intermediario de la actividad aseguradora será administrativa y civilmente responsable en caso de que no haya entregado la notificación a su destinatario en un plazo de tres (3) días hábiles, contados a partir de su recepción.

TÍTULO X

De las nulidades del contrato de seguro

De la nulidad del contrato

Artículo 51. El contrato es nulo si al momento de su celebración el riesgo no existía o ya hubiere ocurrido el siniestro.

La empresa de seguros que no tenga conocimiento de los supuestos señalados en este artículo tiene derecho al reembolso de los gastos administrativos en que hubiere incurrido. Si el tomador o asegurado tenía conocimiento de tales hechos, la empresa tendrá derecho al pago de la totalidad de la prima convenida.

De las cargas no razonables

Artículo 52. Serán nulas las cargas no razonables que se impongan al tomador, asegurado o beneficiario.

TÍTULO XI

De la duración, renovación, caducidad y prescripción

De la duración y renovación

Artículo 53. La duración del contrato será estipulada por las partes. Si el contrato no estipulare duración, se entenderá celebrado por un (1) año.

Salvo pacto en contrario, el contrato se renovará tácitamente una o más veces, incluso por cláusulas convencionales; sin embargo, cada renovación no podrá exceder de un (1) año. Queda entendido que esta no implica un nuevo contrato, sino su continuidad. En este supuesto, las partes pueden negarse a la renovación del contrato mediante una notificación efectuada a la otra parte a través de los mecanismos acordados, con un plazo de un (1) mes de anticipación a la conclusión del período de seguro en curso.

Se consideran aceptadas las solicitudes de renovar el contrato si la empresa de seguros no las rechaza dentro de los cinco (5) días hábiles de haberlas recibidos.

La emisión de un Cuadro Recibo, cuadro de póliza o recibo de prima para un nuevo período y el pago de la prima son prueba de la renovación del contrato.

Las disposiciones contenidas en el presente artículo no son aplicables a los seguros de personas, en cuanto sean incompatibles.

De la terminación anticipada

Artículo 54. La empresa de seguros, el tomador o asegurado podrán, por simple voluntad, dar por terminado el contrato de seguro.

La empresa de seguros podrá dar por terminado el contrato, con efecto a partir del decimosexto (16°) día continuo siguiente a la fecha del acuse de recibo de la notificación que envíe al tomador, siempre y cuando se encuentre en la caja de la empresa de seguros, a disposición de aquél, el importe correspondiente a la parte proporcional de la prima no consumida por el período que falte por transcurrir.

A su vez, el tomador o asegurado podrá dar por terminado el contrato, con efecto a partir del día hábil siguiente al de la recepción de la notificación



enviada a la empresa de seguros o de cualquier fecha posterior que en ella se señale. En este caso, dentro de los quince (15) días continuos siguientes, la empresa de seguros debe poner a disposición del tomador la parte proporcional de la prima, deducida la comisión pagada al intermediario de la actividad aseguradora, correspondiente al período que falte por transcurrir.

La terminación anticipada de la póliza se efectuará sin perjuicio del derecho del asegurado o beneficiario a indemnizaciones por siniestros ocurridos con anterioridad a la fecha de terminación anticipada, en cuyo caso no procederá devolución de prima cuando las indemnizaciones sean por la totalidad de la suma asegurada.

La empresa de seguros no podrá dar por terminado anticipadamente, en los términos previstos en este artículo, los contratos de seguros obligatorios y de personas.

De la terminación por revocatoria de autorización

Artículo 55. Revocada la autorización a la empresa de seguros para operar en uno o varios ramos de seguros, se darán por terminados, con efectos inmediatos, los contratos de los ramos de seguros de que se trate, estando obligada al reembolso de la parte proporcional de la prima no consumida por el período que falte por transcurrir. La terminación aquí prevista no es aplicable a los seguros de vida, debiendo la empresa de seguros ceder la cartera.

En los seguros de vida, el asegurado que no se encuentre conforme con la cesión de cartera que haya sido acordada y haya formulado su oposición en el plazo indicado en la notificación de transferencia, tendrá derecho a la reserva matemática pura o la parte proporcional de la prima por el período que falte por transcurrir, según corresponda, calculada para el momento de la terminación.

En todo caso, quedan a salvo las eventuales acciones por daños y perjuicios.

De la caducidad

Artículo 56. El tomador, asegurado o beneficiario perderá todo derecho a ejercer acción judicial contra la empresa de seguros, o convenir con esta someterse al arbitraje, si no lo hubiere hecho antes de transcurrir el plazo de un (1) año, contado a partir de la fecha de la notificación, por escrito:

1. Del rechazo, total o parcial, del siniestro;



- De la decisión de la empresa de seguros sobre la inconformidad del tomador, asegurado o beneficiario respecto a la indemnización o al cumplimiento de la obligación a través de proveedores de insumos o servicios.

De la prescripción

Artículo 57. Salvo lo dispuesto en leyes especiales, las acciones derivadas del contrato de seguro prescriben a los tres (3) años, contados a partir del hecho que dio origen a la obligación.

TÍTULO XII

Del seguro contra los daños

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Del interés asegurable

Artículo 58. Puede ser materia del seguro contra los daños todo interés económico, directo o indirecto, en que un siniestro no se produzca.

La ausencia de interés asegurable al momento de la celebración produce la nulidad del contrato.

En un mismo contrato podrán estar incluidas coberturas para amparar diversos riesgos o tipos de seguro; sin embargo, deben cumplir con las disposiciones establecidas para cada seguro en particular.

Del principio indemnizatorio

Artículo 59. El seguro no puede ser objeto de enriquecimiento para el asegurado o beneficiario. Para la determinación del daño se atenderá al valor del interés asegurado al momento de la ocurrencia del siniestro.

Si el valor del interés asegurado al momento de la ocurrencia del siniestro es inferior a la suma asegurada, la empresa de seguros debe devolver la prima cobrada en exceso, salvo pacto en contrario, deducida la comisión pagada al intermediario de la actividad aseguradora, dentro del plazo de quince (15) días continuos siguientes a la fecha de ocurrencia del siniestro.



Las partes podrán establecer previamente que la indemnización será una cantidad determinada, independientemente del valor del interés asegurado.

De la variación de la suma asegurada

Artículo 60. Si por pacto expreso las partes convienen que la suma asegurada cubra totalmente el valor del interés asegurado durante la vigencia del contrato, la póliza debe contener necesariamente los criterios y procedimientos para adecuar la suma asegurada y las primas a las variaciones del valor de ese interés asegurado.

De la fijación del monto a indemnizar

Artículo 61. Cuando el monto de la indemnización no sea fijo, a falta de mecanismo o procedimiento para la determinación del valor o monto a pagar, existiendo dos valores posibles, la indemnización debe proceder por el monto más alto.

Del sobreseguro

Artículo 62. El contrato de seguro celebrado por un monto superior al valor en que debe estar asegurado el bien será válido únicamente hasta la concurrencia de dicho valor, teniendo ambas partes la facultad de solicitar la reducción de la suma asegurada. En este caso, la empresa de seguros devolverá la prima cobrada en exceso solamente por el período de vigencia que falte por transcurrir, deducida la comisión pagada al intermediario de la actividad aseguradora, dentro del plazo de quince (15) días continuos siguientes a la fecha de la solicitud.

Si ocurre el siniestro antes de que se haya verificado el supuesto anterior, la empresa de seguros indemnizará el daño efectivamente causado.

Cuando se celebre un contrato de seguro por una suma superior al valor en que debe estar asegurado el bien y ha existido dolo o mala fe de una de las partes, la otra tendrá derecho de demandar u oponer la nulidad y además exigir la indemnización que corresponda por daños y perjuicios.

Del infraseguro

Artículo 63. Si la suma asegurada sólo cubre una parte del valor en que debe estar asegurado el bien en el momento del siniestro, la indemnización se pagará, salvo convención en contrario, en la proporción existente entre la suma asegurada y el valor en que debe estar asegurado el bien al momento de la ocurrencia del siniestro.



Si la póliza no contiene designación expresa de la suma asegurada, se entiende que la empresa de seguros se obliga a indemnizar la pérdida o el daño hasta la concurrencia del valor real del bien asegurado al momento del siniestro.

De la pluralidad de seguros

Artículo 64. Cuando un interés estuviese asegurado contra el mismo riesgo por dos o más empresas de seguros, el tomador, asegurado o beneficiario estará obligado, salvo pacto en contrario, a notificar de esa circunstancia a todas las empresas de seguros al momento de la presentación de los documentos solicitados para la tramitación del siniestro, con indicación del nombre de cada una de ellas, número y período de vigencia de cada póliza.

Si el tomador, asegurado o beneficiario intencionalmente omite ese aviso o hubiese celebrado el segundo o los posteriores contratos de seguro con la finalidad de procurarse un provecho ilícito, las empresas de seguros no quedan obligadas frente a aquél. Sin embargo, conservarán sus derechos derivados de los respectivos contratos. En este caso, deben tener prueba fehaciente de la conducta dolosa del tomador, asegurado o beneficiario.

Las empresas de seguros contribuirán al abono de la indemnización en proporción a la suma propia asegurada sin que pueda superarse la cuantía del daño. Dentro de ese límite, el asegurado o beneficiario podrá solicitar a cada empresa de seguros, en el orden que él establezca, la indemnización debida, según el respectivo contrato. La empresa de seguros que ha pagado una cantidad superior a la que proporcionalmente le corresponda podrá repetir contra el resto de ellas.

En caso de contrataciones de buena fe de una pluralidad de seguros, incluso por una suma total superior al valor real asegurable, todos los contratos serán válidos y obligarán a cada una de las empresas de seguros a pagar hasta el valor del daño sufrido, dentro de los límites de la suma que hubiesen asegurado, proporcionalmente a lo que le corresponda en virtud de los otros contratos celebrados.

De la insolvencia de una empresa

Artículo 65. En caso de pluralidad de seguros, si una de las empresas de seguros resultare insolvente, dejando a salvo lo previsto en el caso de infraseguro, las demás asumen la parte correspondiente a la insolvente como si no hubiese seguro por esa parte, proporcionalmente a las sumas

aseguradas y hasta la concurrencia de la suma asegurada por cada una de ellas. Las empresas de seguros que indemnicen quedan subrogadas contra la insolvente.

De la prohibición de renunciar a los derechos

Artículo 66. Cuando exista pluralidad de seguros y ocurriere un siniestro, el asegurado o beneficiario no puede renunciar a los derechos que le correspondan, según el contrato de seguro, o aceptar modificaciones del mismo, con una de las empresas de seguros en perjuicio de las demás.

Del coaseguro

Artículo 67. Cuando un seguro se hubiese compartido entre varias empresas de seguros, en cuotas determinadas, cada una estará obligada a pagar la correspondiente indemnización, solamente en proporción a su respectiva cuota, en virtud del contrato suscrito.

No obstante lo previsto en el párrafo anterior, si en el pacto de coaseguro existe un mandato a favor de una o varias de las empresas de seguros para suscribir los documentos contractuales o para pedir el cumplimiento del contrato o contratos al tomador o asegurado en nombre del resto de las empresas de seguros, se entenderá que durante toda la vigencia del coaseguro la que resulte delegada, está legitimada para ejercer todos los derechos y para recibir las declaraciones y reclamaciones que le correspondan al tomador, asegurado o beneficiario.

Del cambio de propietario del objeto asegurado

Artículo 68. Si el objeto asegurado cambia de propietario, los derechos y las obligaciones derivadas del contrato de seguro pasan al adquirente, previa notificación a la empresa de seguros dentro de los diez (10) días hábiles siguientes, contados a partir de la fecha en que la transferencia haya operado. Se exceptúa el supuesto de las pólizas nominativas para riesgos no obligatorios, si en las Condiciones Generales existe pacto en contrario.

Tanto el anterior propietario como el adquirente quedan solidariamente obligados con la empresa de seguros al pago de las primas vencidas hasta el momento de la transferencia de la propiedad.



La empresa de seguros tendrá derecho a resolver unilateralmente el contrato, mediante notificación a través de los mecanismos acordados, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes al momento en que hubiese tenido conocimiento del cambio de propietario y su obligación cesará treinta (30) días continuos después de la notificación al adquirente y del reembolso a éste de la parte de la prima correspondiente al plazo del seguro que falte por vencer.

En el supuesto de que la empresa de seguros no haga uso de esta potestad, los derechos y las obligaciones del contrato de seguro pasarán al adquirente, a menos que éste notifique su voluntad de no continuar el seguro.

Las disposiciones de este artículo serán aplicables también en caso de muerte, cesación de pagos y quiebra del tomador.

De la evaluación del daño

Artículo 69. La empresa de seguros, luego de notificado el siniestro, tiene la obligación de iniciar la evaluación del daño en un plazo no mayor de cinco (5) días hábiles, contados a partir del momento en que tenga acceso al bien afectado por el siniestro.

Mientras el daño no hubiese sido evaluado dentro del plazo previsto, el tomador, asegurado o beneficiario no debe, sin el consentimiento de la empresa de seguros, efectuar cambio o modificación al estado de las cosas que pueda hacer más difícil o imposible la determinación de la causa del siniestro o del daño, a menos que ese cambio o modificación se imponga en favor del interés público o para evitar que sobrevenga un daño mayor.

Si el tomador, asegurado o beneficiario contraviere esta obligación con intención fraudulenta, la empresa de seguros queda liberada de toda responsabilidad con respecto al siniestro ocurrido.

De la exclusión de responsabilidad

Artículo 70. La empresa de seguros, salvo pacto en contrario, no responde de los daños provenientes de: vicio propio o intrínseco del bien asegurado; las pérdidas de las ganancias producidas como consecuencia del siniestro; movimientos telúricos; inundación; situaciones que se califiquen de forma general como catástrofes naturales; hechos de guerra; invasión; acto de enemigo extranjero; hostilidades u operaciones bélicas (haya habido declaración de guerra o no); insubordinación militar; levantamiento militar; insurrección; rebelión; revolución; guerra civil; guerra intestina; poder militar o usurpación de poder; proclamación del estado de excepción; motín o



conmoción civil; disturbios populares; disturbios laborales; daños maliciosos; acto de terrorismo o acto de cualquier persona que actúe en nombre de o en relación con alguna organización que realice actividades dirigidas a la destitución del gobierno por la fuerza o influenciarlo mediante el terrorismo o la violencia; y cualquier hecho que las leyes o los tribunales de justicia califiquen como delitos contra la seguridad interna del Estado.

De la subrogación

Artículo 71. La empresa de seguros que ha pagado la indemnización queda subrogada de pleno derecho, hasta la concurrencia del monto pagado, en los derechos y acciones del tomador, asegurado o beneficiario contra los terceros responsables.

Salvo el caso de dolo, la subrogación no se efectuará contra las personas de cuyos hechos debe responder civilmente el asegurado, ni contra el causante del siniestro vinculado con el asegurado hasta el segundo grado de parentesco por consanguinidad o que sea su cónyuge o la persona con quien mantenga unión estable de hecho.

CAPÍTULO II

Del seguro de incendio

De la definición y cobertura

Artículo 72. Aquel mediante el cual la empresa de seguros se obliga, dentro de los límites establecidos en la ley y en el contrato, a indemnizar los daños materiales producidos a los bienes asegurados por la ocurrencia de fuego o rayo y por sus efectos inmediatos como el calor y el humo, siempre que los bienes no estuviesen destinados a quemarse.

Igualmente, responde por los daños, gastos, pérdidas o menoscabos que sean consecuencia de las medidas adoptadas para extinguir el incendio, evitar su propagación y salvar los bienes asegurados.

El seguro de incendio podrá cubrir otros riesgos como explosión, motín, conmoción civil, daños maliciosos, inundación, daños por agua, terremotos y cualesquiera otros inherentes a este riesgo que se establezcan en el contrato.



No quedarán comprendidos en la cobertura del seguro de incendio los títulos valores públicos o privados, efectos de comercio, billetes de banco, piedras y metales preciosos, objetos artísticos o cualesquiera otros objetos de valor, salvo pacto en contrario.

De la obligación adicional del tomador o asegurado

Artículo 73. Adicionalmente a las obligaciones a cargo del tomador o asegurado señaladas en estas normas, éste deberá informar a la empresa de seguros, al momento de solicitar el seguro, al menos lo siguiente:

1. Ubicación del inmueble asegurado y la designación específica de sus linderos;
2. Destino y uso del inmueble a ser amparado y de los inmuebles colindantes;
3. Lugares en que se encontrarán almacenados o colocados los bienes asegurados.

Del riesgo de vecino y riesgo locativo

Artículo 74. El seguro de incendio no comprende el riesgo que corre el asegurado de indemnizar los daños causados a los vecinos de la edificación asegurada o al arrendador, salvo pacto en contrario.

El asegurado contra el riesgo de vecino o el riesgo locativo no podrá reclamar la indemnización convenida hasta tanto se produzca una sentencia firme en la que se haya declarado responsable de la comunicación del fuego en el primer caso, o del incendio ocurrido en la edificación asegurada, en el segundo caso.

De la exclusión de responsabilidad

Artículo 75. La empresa de seguros no responde por los daños:

1. Provenientes de la combustión espontánea del bien asegurado;
2. Causados por la sola acción del calor, por contacto directo o inmediato del fuego o de una sustancia incandescente, si no hubiere incendio o principio de incendio;
3. Provocados por incendio, cuando se origine por dolo o culpa grave del tomador, asegurado o beneficiario, o cuando alguno de éstos hubiese infringido las leyes o reglamentos sobre prevención de incendios.

De la sustracción ilegítima

Artículo 76. La empresa de seguros responderá de la pérdida o desaparición de los objetos asegurados durante el incendio, a no ser que



demuestre que proviene de la sustracción ilegítima. No obstante, podrá cubrirse la sustracción ilegítima durante o después del incendio, siempre que se establezca en el contrato.

CAPÍTULO III

Del seguro de sustracción ilegítima

De la definición y cobertura

Artículo 77. Aquel mediante el cual la empresa de seguros se obliga, dentro de los límites establecidos en la ley y en el contrato, a indemnizar los daños causados por un tercero por el robo de la cosa asegurada en cualquiera de sus modalidades.

La cobertura también podrá comprender el daño causado por la comisión del delito de hurto.

Del relevo de responsabilidad

Artículo 78. La empresa de seguros, salvo pacto en contrario, quedará relevada de su obligación de indemnizar cuando:

7. Exista negligencia manifiesta del tomador, asegurado o beneficiario, o de las personas que de ellos dependan o con ellos convivan;
8. El bien asegurado sea sustraído fuera del lugar o predio descrito en la póliza o con ocasión de su transporte, a no ser que una u otra circunstancia hubiese sido expresamente consentida por la empresa de seguros.

De la indemnización

Artículo 79. Producido y notificado el siniestro a la empresa de seguros, se observarán las reglas siguientes:

1. Si el bien asegurado es recuperado durante el transcurso del plazo establecido para que la empresa de seguros proceda a la indemnización, el asegurado debe recibirlo si mantiene las cualidades necesarias para cumplir con su finalidad, a menos que se hubiera reconocido expresamente la facultad de abandono a favor de aquella. La empresa de seguros debe proceder a la reparación del bien para dejarlo en las mismas condiciones en que se encontraba antes del siniestro, en caso de que corresponda de acuerdo con el contrato;
2. Si el bien asegurado es recuperado luego de transcurrido el plazo establecido para que la empresa de seguros proceda a la indemnización, debe notificarlo al asegurado dentro de los cinco (5) días hábiles



siguientes de haber tenido conocimiento del hecho con la finalidad de que éste decida entre: i) recibir la indemnización o retenerla, en caso de que ya se hubiese pagado, abandonando a la empresa de seguros la propiedad del bien asegurado; o, ii) mantener o readquirir la propiedad del bien asegurado, restituyendo en este último caso la indemnización percibida. El asegurado debe comunicar su decisión a la empresa de seguros en un plazo no mayor de quince (15) días continuos siguientes a la notificación de la recuperación del bien asegurado.

En el caso de que el asegurado haya manifestado su voluntad de mantener o readquirir la propiedad del bien, la empresa de seguros tiene la obligación, dentro de un plazo no mayor de veinte (20) días continuos siguientes a la referida notificación, de realizar todos los trámites necesarios para restituir la propiedad del bien al asegurado y proceder a su reparación, si corresponde de acuerdo con el contrato.

Del régimen especial

Artículo 80. Las disposiciones previstas en este capítulo, serán aplicables a todo contrato de seguro que incluya coberturas de sustracción ilegítima.

CAPÍTULO IV

Del seguro de transporte terrestre

De la definición y cobertura

Artículo 81. Aquel mediante el cual la empresa de seguros se obliga, dentro de los límites establecidos por la ley y el contrato, a indemnizar los daños materiales que puedan sufrir los bienes asegurados desde el momento en que salen del lugar de origen hasta que lleguen a su destino final.

El seguro de transporte terrestre podrá cubrir riesgos como sustracción ilegítima en cualquiera de sus modalidades; hurto; operaciones en carga y descarga; falta de entrega o extravío de bultos completos por terceros responsables; refrigeración y cualesquiera otros inherentes a este riesgo que se establezcan en el contrato.

La empresa de seguros no responderá por el daño derivado de la naturaleza intrínseca o vicios propios de las mercancías transportadas.

De los diversos medios de transporte

Artículo 82. Cuando el viaje se efectúe utilizando diversos medios de transporte y no pueda determinarse el momento en que se produjo el siniestro, se aplicarán las normas del seguro de transporte terrestre si el viaje por este medio constituye la travesía más larga del mismo.

En caso que el transporte terrestre sea accesorio de un transporte marítimo, se aplicará a todo el transporte las normas del seguro marítimo. Si el transporte terrestre es accesorio de uno aéreo, se aplicarán las disposiciones previstas en las presentes normas, a falta de disposición especial preferente.

Del plazo de vigencia

Artículo 83. El seguro de transporte terrestre puede contratarse por un solo viaje o por los viajes que se realicen dentro de un período determinado. En cualquier caso, la empresa de seguros indemnizará, de acuerdo con lo previsto en el contrato de seguro, los daños que sean consecuencia de siniestros acaecidos durante el plazo de su vigencia, aunque sus efectos se manifiesten con posterioridad y dentro de los seis (6) meses siguientes a la fecha de su expiración.

De la extensión de cobertura

Artículo 84. La cobertura del seguro prevista en los artículos anteriores comprenderá el depósito transitorio de las mercancías, la inmovilización del vehículo o su cambio durante el viaje, cuando se deban a incidencias propias del transporte asegurado y no hayan sido causadas por algunos de los acontecimientos excluidos del seguro, salvo pacto en contrario.

La póliza podrá establecer un plazo máximo para estos supuestos, el cual una vez transcurrido sin que se reanude el transporte, cesará la cobertura del seguro.

De la modificación del medio de transporte

Artículo 85. El asegurado no perderá su derecho a la indemnización cuando se haya alterado el medio de transporte, el itinerario o los plazos del viaje, o éste se realice en un tiempo distinto al previsto, siempre que la modificación no sea imputable al asegurado o conductor.

De los gastos de salvamento

Artículo 86. La empresa de seguros indemnizará los gastos de salvamento que fueran necesarios para evitar que se agrave el daño o para enviar a su destino los objetos transportados.

Del abandono

Artículo 87. En caso de pérdida total del vehículo que transporta los bienes, el asegurado podrá abandonarlo a la empresa de seguros, si así se hubiese pactado, siempre que se observen los plazos y los demás requisitos establecidos por la póliza.

De la subrogación

Artículo 88. La empresa de seguros se subrogará, una vez pagada la indemnización, en las acciones que tenga el asegurado o beneficiario en contra de los portadores por los daños de los que éstos fueren responsables.

CAPÍTULO V

Del seguro de responsabilidad

De la definición y cobertura

Artículo 89. Aquel mediante el cual la empresa de seguros indemniza, dentro de los límites establecidos por la ley y el contrato, los montos que el asegurado este legalmente obligado a pagar a terceros, como consecuencia de un hecho previsto en la póliza.

En los seguros obligatorios, la empresa de seguros debe cubrir los riesgos hasta las sumas aseguradas establecidas en las disposiciones legales respectivas o en los actos administrativos de carácter general dictados al efecto, vigentes al celebrarse el contrato. En seguros no obligatorios, las partes podrán acordar las sumas aseguradas correspondientes.

En cualquier caso, podrán convenir el incremento de las sumas aseguradas mediante coberturas adicionales de exceso.

De la extensión temporal de cobertura

Artículo 90. Las partes podrán acordar que la cobertura se extienda a hechos ocurridos con anterioridad a la celebración del contrato, siempre que el tomador o asegurado no haya tenido conocimiento de los mismos, y los que puedan ocurrir con posterioridad a su terminación.

Las partes atendiendo a las características del riesgo, establecerán los plazos de extensión temporal de esta cobertura.

De los gastos de defensa



Artículo 91. Las partes podrán acordar la cobertura de los gastos en que pudiera incurrir el asegurado para su defensa en los procedimientos seguidos en su contra.

Del pago directo al tercero

Artículo 92. La empresa de seguros podrá indemnizar directamente al tercero afectado, siempre que así esté previsto en el contrato.

En caso de muerte del tercero, su derecho a la indemnización se transmitirá a los sucesores o causahabientes.

Del reconocimiento de responsabilidad y de la confesión

Artículo 93. Ningún acto de reconocimiento de responsabilidad, transacción o cualquier otro de naturaleza semejante, realizado sin el consentimiento de la empresa de seguros, le será oponible.

La confesión de la ocurrencia de un hecho no implica el reconocimiento de una responsabilidad.

TÍTULO XII

Del seguro de personas

CAPÍTULO I

De las disposiciones generales

Del alcance de la cobertura

Artículo 94. El contrato comprende los riesgos que puedan afectar a la persona del asegurado, su existencia, integridad física y salud. Puede celebrarse con referencia a riesgos relativos a una persona o a un grupo de ellas. Ese grupo debe estar determinado por alguna característica común, diferente al sólo propósito de asegurarse.

Del interés asegurable y subrogación

Artículo 95. Los seguros de personas pueden cubrir un interés económico o referirse a una indemnización independiente de una pérdida patrimonial. La empresa de seguros no podrá subrogarse en los derechos del asegurado o beneficiario contra terceros con ocasión del siniestro, salvo en los seguros de salud.



Del carácter de la póliza

Artículo 96. En los seguros de personas, las pólizas no podrán ser al portador. La cesión de la póliza nominativa procederá mediante declaración de ambas partes, notificada a la empresa de seguros y autorizada por ésta.

La cesión de la póliza a la orden debe contener, invariablemente, la fecha, el nombre y el domicilio del endosatario y la firma del endosante. No se admitirá prueba alguna de otra especie en esta forma de cesión.

CAPÍTULO II **Del seguro de vida**

De la definición y cobertura

Artículo 97. Aquel mediante el cual la empresa de seguros se obliga, dentro de los límites establecidos por la ley y el contrato, a pagar una prestación en dinero por la suma establecida en la póliza, con motivo de la eventual muerte o supervivencia del asegurado.

El seguro contratado para el caso de muerte de un tercero no es válido si éste no da su consentimiento por escrito antes de la celebración del contrato, salvo que se trate de seguros colectivos y el tomador del seguro no resulte directamente beneficiado en la contratación. Si se trata de un incapaz, se requiere el consentimiento escrito de su representante legal.

El seguro sobre la vida del hijo, incluso de aquel mayor de edad, es válido sin el consentimiento a que se refiere este artículo.

El seguro de vida podrá contemplar coberturas adicionales de accidentes personales, funerarios y renta por incapacidad, en cualquiera de sus modalidades; y otras inherentes a este riesgo que se establezcan en el contrato.

En cuanto no contraríen su naturaleza, serán aplicables las disposiciones previstas en este capítulo a los otros contratos de seguros de personas.

De la designación del beneficiario

Artículo 98. Es válido el seguro de vida en el que el asegurado establezca como beneficiario a un tercero.



La designación del beneficiario puede ser efectuada en la oportunidad de la celebración del contrato de seguro o en un momento posterior, siempre que la empresa de seguros sea notificada a través de los medios acordados y no existiere cesión alguna de la póliza.

Si la designación se hace a favor de varios beneficiarios, la prestación convenida se distribuirá en partes iguales, salvo convención en contrario. A falta de designación de la proporción que corresponda para alguno en particular, la prestación acrecerá para el resto de los beneficiarios.

El beneficiario debe ser identificado en forma inequívoca y que haga posible su diferenciación de otra persona o del resto de los beneficiarios. Igualmente, debe indicarse la proporción en la cual concurrirá en el importe de la prestación convenida.

En caso de inexactitud o error en el nombre del beneficiario que haga imposible su identificación, dará derecho a acrecer la prestación convenida a favor de los demás beneficiarios designados.

A falta de designación de beneficiarios o en caso de inexactitud o error en el nombre del beneficiario único que haga imposible su identificación, la prestación convenida se pagará en partes iguales a los herederos legales del asegurado.

Si la designación se hace a favor de los herederos del asegurado, sin mayor especificación, se considerarán como beneficiarios aquellos que tengan la condición de herederos legales para el momento del fallecimiento del asegurado.

En caso de que algún beneficiario falleciere antes o simultáneamente con el asegurado, la parte que le corresponda acrecerá a favor de los demás beneficiarios sobrevivientes, y si todos hubiesen fallecido la prestación convenida se hará a favor de los herederos legales del asegurado. A los efectos del seguro, se presume que el beneficiario de que se trate ha fallecido simultáneamente con el asegurado, cuando el suceso que da origen al fallecimiento, ocurre en un mismo momento, independientemente de que el fallecimiento ocurra en una fecha posterior.

De los beneficiarios descendientes

Artículo 99. Cuando los hijos del asegurado figuren como beneficiarios sin mención expresa de sus nombres, se entenderán designados los descendientes que debieran heredarle en caso de sucesión en la cual no exista testamento.



De la revocación

Artículo 100. El asegurado puede revocar la designación del beneficiario en cualquier momento mientras no haya renunciado expresamente y por escrito a tal facultad. La revocación deberá hacerse en la misma forma establecida para la designación.

De la revocación por liberalidad

Artículo 101. Aun en los casos de designación irrevocable, si ésta ha sido hecha a título de liberalidad, podrá ser revocada por ingratitud o por supervivencia de hijos, como en el supuesto de las donaciones.

Quedan a salvo en lo concerniente a las primas pagadas, las disposiciones del Código Civil y del Código de Comercio relativas a la revocación de los actos perjudiciales a los acreedores y las relativas a la colación, imputación y reducción de las donaciones.

Del derecho del beneficiario

Artículo 102. El beneficiario designado con carácter irrevocable puede celebrar contratos por medio de los cuales disponga de su derecho a la prestación.

De la pérdida de la cualidad de beneficiario

Artículo 103. La cualidad de beneficiario, aun cuando fuere irrevocable, no tendrá efectos si éste atentase contra la vida o integridad física del asegurado o fuese declarado cómplice del hecho mediante sentencia definitivamente firme.

La designación del beneficiario queda sin efecto en caso de embargo de sus derechos sobre el seguro o de quiebra o cesión de bienes del asegurado; no obstante, recobra de pleno derecho su vigencia una vez suspendida la medida de embargo, o tan pronto como cesen los efectos de la quiebra o de la cesión de bienes.

Cuando el asegurado hubiese renunciado a la posibilidad de revocar la designación, sus acreedores no podrán ejecutar los derechos derivados de la póliza que puedan existir en contra de la empresa de seguros.

De la inembargabilidad

Artículo 104. Cuando el asegurado hubiese designado como beneficiario a su cónyuge o sus descendientes, el derecho de los beneficiarios y los del



asegurado no pueden ser embargados o incluidos en la quiebra o en la cesión de bienes del asegurado, quedando a salvo los derechos de prenda eventualmente constituidos.

Del pago en caso de reclamaciones

Artículo 105. La prestación de la empresa de seguros debe ser entregada al beneficiario, en cumplimiento del contrato, aun contra las reclamaciones de los herederos legítimos y acreedores de cualquier clase del tomador o asegurado. Unos y otros podrán, sin embargo, exigir al beneficiario el pago de una cantidad equivalente al importe de las primas abonadas por el tomador, en caso de que se demuestre que se ha actuado en fraude a sus derechos.

De la reticencia e inexactitudes

Artículo 106. En caso de reticencia o inexactitud de las declaraciones del tomador o asegurado que influyan en la estimación del riesgo, salvo lo relativo a la edad del asegurado, privará lo establecido en las disposiciones generales de estas normas. Sin embargo, la empresa de seguros no podrá impugnar el contrato una vez transcurrido el plazo de un (1) año, contado desde la fecha de su celebración, a no ser que las partes hayan fijado un plazo más breve en la póliza, salvo que el tomador o asegurado haya actuado con dolo o mala fe.

De la inexactitud en la edad del asegurado

Artículo 107. Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del asegurado, sin que se demuestre que hubo dolo o mala fe, la empresa de seguros no podrá dar por terminado unilateralmente el contrato a menos que la edad real, al tiempo de su celebración, esté fuera de los límites de admisión fijados por la empresa de seguros. En este caso se devolverá al asegurado, en función de la edad con que fue suscrito el contrato, el valor de rescate o, si no lo hubiere, la reserva matemática pura o la parte proporcional de la prima por el período que falte por transcurrir, según corresponda, a la fecha de su extinción.

Si la edad del asegurado estuviere comprendida dentro de dichos límites, se aplicarán las reglas siguientes:

1. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad se pague una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la empresa de seguros se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato;



2. Si la empresa de seguros hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más, conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;
3. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la empresa de seguros estará obligada a reembolsar el exceso de las primas percibidas sin intereses. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad;
4. Si con posterioridad a la muerte del asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la empresa de seguros estará obligada a pagar al beneficiario la suma que por las primas canceladas corresponda de acuerdo con la edad real.

Para los cálculos que exige el presente artículo se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.

Del suicidio

Artículo 108. Dentro del primer año de vigencia de la póliza el suicidio no estará cubierto.

La empresa de seguros tampoco estará obligada, si habiendo cesado los efectos del seguro por falta de pago de las primas, el suicidio ocurre sin haber transcurrido un (1) año contado a partir de la fecha en que el contrato hubiese sido rehabilitado.

Si el tomador o asegurado solicitare un incremento del capital asegurado, la empresa de seguros no estará obligada a incluirlo en el pago de la indemnización por suicidio, a menos que haya transcurrido un (1) año desde el aumento.

De los valores garantizados

Artículo 109. Se entiende por valores garantizados los derechos de rescate, seguro saldado y seguro prorrogado, concedidos por la empresa de seguros al asegurado, a partir de determinada vigencia del contrato.

Si el seguro tuviere valor de rescate, la empresa de seguros debe, a petición del asegurado, otorgar el valor de rescate o transformar el contrato en un seguro saldado o seguro prorrogado.

El valor de rescate es la cantidad que se obtiene de restar de la reserva matemática, los gastos por comisión y administración no amortizados.



Por seguro saldado se entenderá aquel por el cual el tomador cesa de pagar las primas futuras convenidas, y decide que la prestación ofrecida por la empresa de seguros quede disminuida hasta el monto que pudiese ser contratado, empleando como prima única el valor de rescate para suscribir un seguro de la misma naturaleza, a la edad alcanzada.

El seguro prorrogado es aquel por el cual el tomador cesa de pagar las primas futuras convenidas y decide mantener el monto de la prestación pactada, disminuyendo el lapso de vigencia de la póliza hasta aquel que pudiese ser contratado, empleando como prima única el valor de rescate para suscribir un seguro temporal a la edad alcanzada.

Forman parte del contrato de seguro las tablas para la determinación de los valores de reducción para los seguros saldados y del tiempo de prórroga de los seguros prorrogados y de los valores de rescate.

Las disposiciones relativas a la reducción, prórroga y rescate deben formar parte de las condiciones del contrato.

De los cambios de profesión, ocupación o actividad

Artículo 110. Los cambios de profesión, ocupación o actividad del asegurado no harán cesar los efectos del seguro de vida.

Salvo pacto en contrario, la empresa de seguros no será responsable por el fallecimiento ocurrido como consecuencia de un accidente aéreo en el cual el asegurado se encontraba como piloto o formando parte de la tripulación.

Cuando haya cesado la condición declarada en la solicitud del seguro por el asegurado, que ameritó el pago de una extra prima por su profesión, ocupación o actividad, debe notificarlo a la empresa de seguros a través de los mecanismos acordados para ello, en cuyo caso dejará de ser pagada, sin afectar la suma asegurada.

De otros derechos de los beneficiarios

Artículo 111. Si el tomador fuese declarado en quiebra, hecha la cesión de sus bienes o en los casos en que sus acreedores tengan bienes que ejecutar, el asegurado, si fuere distinto de aquél, su cónyuge o descendientes beneficiarios, sustituirán al tomador en el contrato a los efectos del pago de las primas, a menos que rehúsen expresamente esta sustitución.



En este caso, el asegurado y los beneficiarios deben designar un solo representante común que reciba las comunicaciones de la empresa de seguros, y ésta podrá enviarlas a cualquiera de ellos mientras no se le dé a conocer el nombre y dirección del representante.

Del remate de derechos

Artículo 112. Si el derecho que surge de un seguro de vida, contratado por el deudor como asegurado y beneficiario, debiera rematarse a consecuencia de un embargo, quiebra, cesión de bienes o ejecución de la prenda, su cónyuge o descendientes podrán exigir, con el consentimiento del deudor, que el seguro les sea cedido mediante el pago del valor de rescate.

La petición debe ser presentada ante el Juez con anterioridad al remate.

De la cesión o pignoración

Artículo 113. El asegurado, en cualquier momento, podrá ceder o pignorar la póliza, siempre que no hubiese designado beneficiario con carácter irrevocable. La cesión o pignoración de la póliza implica la revocación del o de los beneficiarios, quienes serán rehabilitados en su condición, una vez cesen los efectos de la cesión o pignoración, plenamente demostrada ante la empresa de seguros.

En todo caso, el asegurado deberá comunicar por escrito a la empresa de seguros la cesión o pignoración realizada.

CAPÍTULO III

Del seguro de accidentes personales

De la definición y coberturas

Artículo 114. Aquel mediante el cual la empresa de seguros se obliga a pagar la indemnización acordada, cuando el asegurado sufra una lesión corporal derivada de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del tomador o asegurado, que produzca invalidez, incapacidad o muerte.

Este seguro podrá cubrir otros eventos que sean consecuencia del riesgo descrito.

Son aplicables al seguro de accidentes personales, en cuanto no contraríen su naturaleza, las disposiciones sobre el seguro de vida.



De los efectos del cambio de profesión, ocupación o actividad

Artículo 115. Si la empresa de seguros fuese notificada o tuviese conocimiento de algún cambio de profesión, ocupación o actividad del asegurado, debe manifestar al tomador, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes, su decisión de terminar el contrato, modificar sus condiciones o elevar la prima.

En caso de que la empresa de seguros manifieste la voluntad de terminar el contrato, éste dejará de tener efecto a partir del decimosexto (16°) día hábil siguiente a la notificación, siempre que ponga a disposición del tomador la porción de la prima no consumida.

Notificada la modificación o el incremento de prima, el tomador o asegurado, debe manifestar su decisión o dar cumplimiento a las condiciones exigidas, en un plazo que no excederá de quince (15) días hábiles, caso contrario, se entenderá que el contrato ha quedado sin efecto a partir del vencimiento del plazo.

Si el siniestro ocurriese antes de que surtan efecto las consecuencias de los supuestos considerados en este artículo, la indemnización será reducida en la proporción que exista entre la prima cobrada y la que se hubiese fijado de haberse conocido la nueva profesión, ocupación o actividad al momento de la suscripción.

Si el tomador o asegurado declara que no acepta la modificación o el incremento de prima, el contrato queda resuelto, salvo el derecho de la empresa de seguros a la prima correspondiente al período del seguro en curso que se hubiere causado. El silencio del tomador o asegurado equivale a la aceptación de la propuesta de la empresa de seguros.

Del incumplimiento en la notificación

Artículo 116. El incumplimiento del deber de notificar la existencia de otros seguros que amparen iguales riesgos a los cubiertos por el seguro de accidentes personales sólo puede dar lugar a una reclamación por los daños y perjuicios que origine, sin que la empresa de seguros pueda deducir de la suma asegurada cantidad alguna por este concepto.

Del accidente provocado

Artículo 117. En caso de que se compruebe que el tomador o asegurado ha provocado intencionalmente el accidente, la empresa de seguros se libera del cumplimiento de su obligación de indemnizar.



En el supuesto que algún beneficiario cause dolosamente el daño quedará nula la designación realizada a su favor y la indemnización será pagadera a los restantes beneficiarios o a los herederos del asegurado, según corresponda.

De los gastos de asistencia médica

Artículo 118. Los gastos de asistencia médica como consecuencia de accidentes personales serán por cuenta de la empresa de seguros, siempre que se haya establecido su cobertura expresamente en la póliza y que tal asistencia se efectúe en las condiciones previstas en el contrato.

La cobertura prevista en este artículo no podrá excluir las necesarias asistencias de carácter urgente.

Son aplicables a esta cobertura las disposiciones del seguro de salud, en lo que corresponda.

Del grado de invalidez

Artículo 119. La determinación del grado de invalidez que derive del accidente se efectuará después de la presentación del certificado médico de incapacidad, conforme a lo previsto en la póliza.

La empresa de seguros notificará al asegurado, a través de los mecanismos acordados, la cuantía de la indemnización que le corresponda, de acuerdo con el grado de invalidez que conste en el certificado médico de incapacidad y de los parámetros fijados en la póliza.

Si el asegurado no aceptare la propuesta de indemnización de la empresa de seguros, en lo referente al grado de invalidez, las partes se someterán a la decisión de peritos médicos, según el procedimiento establecido en la póliza.

CAPÍTULO IV

Del seguro de salud

De la definición y coberturas

Artículo 120. Aquel mediante el cual la empresa de seguros se obliga a asumir, dentro de los límites de la ley y de la póliza, los riesgos del asegurado de incurrir en gastos derivados de las alteraciones de su salud.



El seguro de salud podrá cubrir todos o algunos de los gastos por concepto de hospitalización, cirugía, maternidad y cualquier otro inherente a este riesgo que se establezca en el contrato.

La empresa de seguros se obliga a indemnizar al asegurado los gastos en que éste incurra con motivo de la asistencia médica. No obstante, podrá efectuar su indemnización mediante la prestación del servicio a través de proveedores de salud.

En el caso que la indemnización sea pagadera mediante la prestación del servicio, ésta debe ser ofrecida en la póliza de manera expresa. La empresa de seguros hará mensualmente del conocimiento público, mediante avisos colocados en cada una de sus sucursales, oficinas y agencias, así como en sus medios de información electrónicos, los proveedores de salud con los cuales haya suscrito contratos para la referida prestación. En este supuesto, la póliza podrá prever el otorgamiento de carta aval o carta compromiso, u otras modalidades afines, que permitan al asegurado recibir la prestación del servicio.

Si la póliza solo prevé que la indemnización se realizará mediante reembolso, no podrá ofrecerse carta aval o carta compromiso, o cualquier otra modalidad similar, en las publicidades u ofertas que sobre esa póliza se realicen.

Cuando existan varios seguros de salud que estén obligados a pagar la indemnización sobre un mismo siniestro, el asegurado escogerá el orden en que presentará las reclamaciones y las empresas de seguros deben indemnizar, según los límites de sus pólizas, hasta el monto total de los gastos cubiertos.

De los plazos de espera y exclusiones temporales

Artículo 121. Se entiende por plazo de espera aquel período, dentro de la duración del contrato, en el cual la empresa de seguros no cubre determinados riesgos. Los plazos de espera serán contados a partir de la fecha de comienzo de la póliza o la inclusión del asegurado en el seguro.

El contrato de seguro de salud no podrá prever plazos de espera por períodos iguales o superiores a los de su duración.

Los contratos de seguro de salud podrán contener exclusiones temporales, por períodos iguales o superiores a su duración, que no excedan del plazo de dieciocho (18) meses, contados a partir de la fecha de comienzo del contrato o la inclusión del asegurado en el seguro, según corresponda, durante los



cuales la empresa de seguros no cubre determinados riesgos establecidos en el contrato.

Salvo pacto en contrario, si el tomador o asegurado solicitare un incremento en la suma asegurada, cambio de plan o disminución del deducible, comenzarán a considerarse nuevamente los plazos de espera o exclusiones temporales para las cantidades en exceso, contados a partir de la fecha en que se produjo el incremento o cambio de plan. Si ocurriere un siniestro antes del vencimiento de los plazos de espera o exclusiones temporales aplicables a la nueva suma asegurada, plan o deducible, la empresa de seguros indemnizará sobre la base de las condiciones antes de la modificación, siempre que los plazos anteriores hubieren vencido.

Del costo razonable

Artículo 122. Se refiere al promedio calculado por la empresa de seguros de los gastos cubiertos por tratamientos médicos o intervenciones quirúrgicas de instituciones hospitalarias ubicadas en una misma área geográfica, que sean de la misma categoría o equivalente a aquella donde fue atendido el asegurado, los cuales correspondan a un tratamiento médico o intervención quirúrgica igual o similar, libre de complicaciones y que de acuerdo a las condiciones de la póliza se encuentran cubiertos.

Este promedio será calculado sobre la base de las estadísticas que tenga la empresa de seguros de los gastos facturados en el mes calendario inmediatamente anterior a la fecha en que el asegurado incurrió en los gastos, incrementado según el Índice Nacional de Precios al Consumidor (I.N.P.C.) del Banco Central de Venezuela registrado en el mismo mes. Cuando este promedio no pueda ser obtenido, el costo razonable será el monto facturado.

No obstante, si la empresa de seguros hubiere acordado con algún proveedor un baremo, debe efectuar la indemnización de los servicios prestados por este proveedor de acuerdo con el referido baremo.

De ser el caso, el costo razonable de los gastos cubiertos debe ajustarse a los baremos o la estructura de precios que el Estado haya fijado en el área de prestación de servicios de salud.

Este concepto es aplicable a toda adquisición de insumos, suministros, instrumentos especiales, equipos médicos o a cualquier otro gasto médico amparado e incurrido con motivo de la asistencia.

De la enfermedad preexistente, defecto o malformación congénita



Artículo 123. Se entiende por enfermedad preexistente toda enfermedad o lesión que pueda comprobarse ha sido adquirida con anterioridad a la fecha de inicio de la duración del contrato o de la inclusión del asegurado en el seguro, y sea conocida por el tomador o asegurado a dicha fecha.

La enfermedad, defecto o malformación congénita es la alteración o desviación del estado fisiológico de una o varias partes del cuerpo humano que existan desde el nacimiento o antes del mismo. Si la enfermedad, defecto o malformación congénita es conocida por el tomador o asegurado a la fecha de inicio de la duración del contrato o de la inclusión del asegurado en el seguro, se considerará enfermedad preexistente.

Desde el inicio del contrato las partes podrán establecer que determinadas enfermedades no estén cubiertas.

Cuando la empresa de seguros alegue que una determinada enfermedad es preexistente deberá probarlo. El asegurado estará obligado a someterse a los exámenes que razonablemente le sean requeridos por la empresa de seguros a costa de ésta. En caso de dudas, se considerará que la enfermedad no es preexistente

De la indisputabilidad, terminación y renovación

Artículo 124. Transcurridos dos (2) años ininterrumpidos desde la celebración del contrato de seguro de salud, la empresa de seguros no podrá impugnarlo alegando omisión de información en las declaraciones de salud efectuadas por el asegurado en la solicitud de seguro, salvo los casos de falsedades y reticencias de mala fe o dolo, ni podrá terminar o negarse a renovar el contrato en las mismas condiciones, incluyendo sumas aseguradas y deducibles, siempre que el tomador pague la prima correspondiente.

De la condición especial

Artículo 125. Si conforme con las condiciones de permanencia previstas en el contrato, alguna persona no pudiere seguir amparado como integrante del grupo familiar del asegurado, tendrá derecho a la emisión de una póliza de seguro de salud, en la misma empresa de seguros, sin ser sometido a pruebas de asegurabilidad y sin perder su antigüedad como asegurado, con iguales condiciones, suma asegurada, deducible o plan vigentes para el momento de la terminación de su seguro, siempre que efectúe su requerimiento dentro de los treinta (30) días continuos siguientes al egreso, sujeto al pago de la prima correspondiente.

Si la empresa de seguros no cuenta con una póliza de seguro de salud aprobada con iguales condiciones a la cual pertenecía el asegurado, propondrá la emisión de la que sea más favorable para éste.

Del régimen aplicable

Artículo 126. Los seguros de salud se regularán en lo atinente a la indemnización conforme a lo dispuesto para el seguro de daños y el seguro de accidentes personales, en cuanto sean compatibles con este tipo de seguros.

TÍTULO IV

Del seguro colectivo

De la definición

Artículo 127. Aquel que se toma entre un grupo de personas que tienen un nexo en común, distinto al solo interés de asegurarse.

No se considerarán seguros colectivos, los grupos de personas formados por la familia y aquellos que se constituyan con el solo propósito de asegurarse.

De los derechos de los beneficiarios

Artículo 128. El tomador del seguro colectivo puede también ser beneficiario si tiene el mismo interés del grupo. Igualmente puede ser beneficiario cuando tenga un interés económico lícito, respecto de la vida o salud de los integrantes del grupo, en la medida del perjuicio concreto.

De los ingresos y egresos al seguro colectivo

Artículo 129. El contrato de seguro colectivo fijará las condiciones de ingreso y egreso al grupo asegurado.

Podrá exigirse la realización de examen médico previo a la incorporación de nuevos asegurados, en cuyo caso el ingreso queda supeditado al mismo y se efectuará por la empresa de seguros en los quince (15) días continuos siguientes a la fecha en que se le haya notificado la incorporación. En los seguros colectivos sólo podrá pactarse el examen médico obligatorio en el caso de seguro colectivo de vida. Serán a cargo de la empresa de seguros los gastos ocasionados por los exámenes médicos que razonablemente sean requeridos.

La empresa de seguros debe entregar al tomador el contrato de seguros, acompañado de todos los documentos que forman parte integrante del mismo,



incluyendo los certificados individuales correspondientes al grupo asegurado. El tomador está obligado a entregar a cada integrante del grupo, a través de cualquier mecanismo, el certificado individual de seguro colectivo, el cual deberá contener, como mínimo, los datos de identificación de cada uno de los asegurados, la vigencia del certificado y del contrato y los beneficios a los que tiene derecho.

Quienes dejen de pertenecer definitivamente al grupo asegurado quedan excluidos del seguro desde ese momento, salvo que se haya convenido que se mantengan amparados por la póliza suscrita durante un período posterior, debiendo la empresa de seguros devolver la porción de prima no consumida al tomador.

De las condiciones especiales para el seguro colectivo de accidentes personales

Artículo 130. En el seguro colectivo de accidentes personales, salvo que se haya estipulado expresamente que la indemnización convenida se cubra en forma de renta, podrá pagarse en forma de capital, siempre que conste que el siniestro ha causado al asegurado una disminución en su capacidad para el trabajo que deba estimarse como permanente. Además, puede convenirse, mientras se constata el grado de incapacidad, el pago periódico de cuotas a cuenta de la indemnización definitiva.

Del reintegro por experiencia favorable

Artículo 131. En el supuesto que el contrato de seguro colectivo incluya el beneficio de reintegro por experiencia favorable, se indicará en las condiciones o certificado individual, que los asegurados tendrán derecho al reembolso del reintegro en la misma proporción en que estos hayan contribuido al pago de la prima.

De las condiciones especiales para los seguros colectivos

Artículo 132. El asegurado que dejare de pertenecer a un seguro colectivo, tendrá derecho a la emisión de una póliza de seguro individual de igual naturaleza a la del colectivo, en la misma empresa de seguros, sin ser sometido a pruebas de asegurabilidad, si fuere el caso, y sin perder su antigüedad como asegurado, con idénticas condiciones, suma asegurada, deducible o plan vigentes para el momento de la terminación de su seguro, siempre que efectúe su requerimiento dentro de los treinta (30) días continuos siguientes al egreso, sujeto al pago de la prima correspondiente.



Si la empresa de seguros no cuenta con una póliza de seguro aprobada con iguales condiciones a la cual pertenecía el asegurado, propondrá la emisión de la que sea más favorable para éste.

Los integrantes del grupo familiar del asegurado que hayan estado amparados bajo la modalidad de seguro colectivo de salud, tendrán derecho a ser incluidos en la póliza de seguro individual de éste, o que les sea emitida a cada uno de ellos una póliza de seguro individual, en los términos indicados en los párrafos precedentes.

En los seguros de vida, la empresa de seguros queda relevada de esta obligación cuando se solicite un seguro de vida temporal.

SECCIÓN III

Del contrato de medicina prepagada

TÍTULO I

De las disposiciones generales

De la definición del contrato de medicina prepagada

Artículo 133. Aquel mediante el cual la empresa de medicina prepagada se compromete con una persona natural, denominada usuario o afiliado, a gestionar la atención médica y la prestación, directa o indirecta, de servicios médico asistenciales relacionados con la atención y tratamiento de su salud, mediante el cobro periódico por anticipado de una cuota, previamente establecida y pagada por el contratante.

Del objeto del contrato

Artículo 134. El contrato de medicina prepagada cubre toda clase de prestación de servicios médico asistenciales, salvo prohibición expresa de la ley.

De la causa del contrato



Artículo 135. Todo interés legítimo en el cuidado integral de la salud mediante la prestación de servicios médico asistenciales que sean susceptible de valoración económica puede ser causa de un contrato de medicina prepagada.

De las partes del contrato

Artículo 136. Son partes del contrato de medicina prepagada:

1. La empresa de medicina prepagada;
2. El contratante, persona que suscribe el contrato de servicios;
3. El usuario o afiliado, persona amparada por el contrato de prestación de servicios médico asistenciales o plan de salud de medicina prepagada, que tiene derecho a las coberturas que prevea el contrato o plan de salud.

El contratante puede obrar por cuenta propia o ajena. El contratante y usuario o afiliado pueden ser o no la misma persona.

De la interpretación de términos

Artículo 137. A los fines de interpretación y aplicación de estas normas se definen los siguientes términos:

1. **Centro de Salud:** Institución acreditada conforme a la ley, dedicada a la prestación de servicios médicos asistenciales en sus diferentes áreas y especialidades, a través del cual los usuarios o afiliados reciben atención médica a cuya gestión y prestación se comprometen las empresas de medicinas prepagada;
2. **Profesional de la Salud:** Persona natural acreditada conforme a la ley, para ejercer cualquiera de las profesiones relacionadas con la salud y la medicina, a través de la cual las empresas de medicina prepagada pueden ejecutar la prestación de servicios médicos asistenciales en beneficio de los usuarios o afiliados, mediante la celebración de contratos de servicios profesionales;
3. **Plan de Salud:** Conjunto de condiciones, prácticas médicas y servicios médico asistenciales que, de acuerdo con las modalidades previstas en estas normas, se compromete a prestar la empresa de medicina prepagada a través del contrato;
4. **Emergencia Médica:** Condición que compromete la vida o la integridad física del usuario o afiliado, cuya atención no puede ser diferida y su diagnóstico ha sido hecho por un médico calificado de un centro de salud



prestador de servicios médicos asistenciales.

Material informativo

Artículo 138. Las empresas de medicina prepagada deben entregar al contratante materia informativa, junto al contrato suscrito, que describa de forma clara y precisa el plan de salud que se haya contratado, la forma para acceder a los servicios médicos asistenciales, las características relevantes del contrato y demás beneficios.

Este material debe detallar el mecanismo interno de recepción, seguimiento de consultas y reclamaciones de los contratantes, usuarios o afiliados. Adicionalmente, debe contar con una sección que incluya:

1. Los centros de salud dispuestos para la atención de los usuarios o afiliados;
2. Los nombres, direcciones y teléfonos de los profesionales de la salud y demás prestadores de servicios médicos asistenciales autorizados para la cobertura geográfica de relevancia para el usuario o afiliado;
3. La unidad especializada en atención de consultas y reclamaciones;
4. Los mecanismos para obtener información actualizada.

Adicionalmente, debe publicar en cada una de sus sucursales, agencias y oficinas, así como en sus medios de información electrónicos, listados actualizados de los centros de salud, profesionales de la salud y demás prestadores de servicios médico asistenciales.

De la información

Artículo 139. Los usuarios o afiliados tienen derecho a recibir la información que permita la mayor transparencia en las operaciones y servicios médicos asistenciales que presten las empresas de medicina prepagada, en el marco del contrato suscrito.

De la identificación del usuario

Artículo 140. Todo afiliado o usuario debe poseer documento de afiliación expedido por la respectiva empresa de medicina prepagada, contentivo por lo menos de la siguiente información:

1. Denominación social de la empresa de medicina prepagada;
2. Número de registro de la empresa de medicina prepagada en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora;



3. Identificación del afiliado o usuario: nombres, apellidos y número de cédula de identidad. Para los menores de edad, se debe incluir el número de cédula de identidad del contratante o usuario que fungía como representante legal del menor;
4. Fecha de afiliación;
5. Número de contrato;
6. Número de teléfono o mecanismo electrónico en el que puede acceder a la información sobre el servicio.

De la libre escogencia del proveedor

Artículo 141. Los usuarios o afiliados podrán escoger libremente los centros y profesionales de la salud, dentro de las opciones ofrecidas por la empresa de medicina prepagada, conforme a su red de servicios.

TÍTULO II

De la cuota y duración

De la definición

Artículo 142. La cuota es la contraprestación periódica que debe pagar por anticipado el contratante a la empresa de medicina prepagada, en virtud de la celebración del contrato. Salvo pacto en contrario, es pagadera en dinero.

La cuota incluye todos los derechos, comisiones, gastos y recargos, con excepción de los impuestos que estén a cargo directo del contratante, usuario o afiliado.

Las empresas de medicina prepagada no podrán cobrar cantidad alguna por otro concepto distinto al monto de la cuota estipulada en el contrato; salvo los eventuales vales previstos en el contrato para acceder a los servicios amparados.

Del pago de la cuota

Artículo 143. El pago de la cuota podrá efectuarse de forma mensual, trimestral, semestral, anual o cualquier otro acordado por las partes, dentro del plazo indicado en el contrato, el cual no será inferior a cinco (5) días hábiles, contados a partir de la fecha de su exigibilidad.

Duración

Artículo 144. La duración del contrato de medicina prepagada será estipulada por las partes, supeditado al pago oportuno de las cuotas establecidas en el contrato, las cuales no podrán ser modificadas dentro de



ese período. Si el contrato no estipulare duración, se entenderá celebrado por un (1) año.

De la suspensión temporal del servicio por falta de pago

Artículo 145. Transcurridos los cinco (5) días continuos para la exigibilidad del pago de la segunda cuota vencida, o el plazo pactado por las partes, sin que el pago se haya efectuado, la empresa de medicina prepagada podrá suspender la prestación de los servicios médicos asistenciales.

La suspensión procederá sin perjuicio de lo establecido para la resolución del contrato por falta de pago.

A partir de la fecha en que el contante proceda al pago de la totalidad de lo adeudado, la empresa de medicina prepagada debe restablecer la prestación de los servicios médicos asistenciales para los nuevos casos, así como pagar los reembolsos pendientes ocurridos antes de la suspensión del referido servicio.

Los gastos derivados de servicios de salud generados durante la suspensión de la prestación de los servicios médicos asistenciales no estarán amparados por el contrato.

De la resolución del contrato por falta de pago

Artículo 146. Las empresas de medicina prepagada podrán resolver el contrato cuando hayan transcurrido noventa (90) días consecutivos desde la fecha de vencimiento de la última cuota pagada. Transcurrido este lapso, la empresa de medicina prepagada debe comunicar por escrito al contratante su decisión de resolver el contrato.

TÍTULO II

De la prestación del servicio

De las modalidades de prestación del servicio

Artículo 147. El servicio de medicina prepagada debe ser prestado bajo alguna de las siguientes modalidades:

1. De manera directa, a través de centros de salud propios;
2. De manera indirecta, a través de centros de salud y profesionales adscritos mediante la celebración de contratos de prestación de servicios médico asistenciales;
3. Ambas modalidades.



De la prevalencia en la prestación del servicio

Artículo 148. Los contratos de medicina prepagada deberán establecer explícitamente las alternativas u opciones con las que cuenta el usuario o afiliado en aquellos supuestos en los que la prestación del servicio no pueda ser cumplida bajo las modalidades descritas en el artículo anterior, indicando las condiciones o requisitos que deberán llenarse sobre el particular.

Las empresas de medicina prepagada, a los efectos de redactar las condiciones o requisitos arriba mencionados, deben tomar en cuenta que si están imposibilitadas para prestar los servicios garantizados, deberán referir a los usuarios o afiliados a proveedores de servicios de salud de categoría equivalente a los centros de salud y profesionales adscritos, pagando directamente a tales proveedores los gastos por los servicios médicos recibidos por los afiliados o usuarios.

En los casos de emergencias médicas, si el afiliado o usuario no puede comunicarse con la empresa de medicina prepagada para solicitar la prestación de los servicios, conllevando que reciba la atención con proveedores de servicios de salud no vinculados con la empresa de medicina prepagada, ésta podrá pagar directamente a tales proveedores los gastos ocasionados o rembolsar al usuario o afiliado los gastos incurridos.

Continuidad en la prestación del servicio

Artículo 149. Si el usuario o afiliado se encuentra recibiendo servicios médico asistenciales como consecuencia de una alteración a la salud amparada, se tendrán cubiertos los gastos que se originen luego de vencido el contrato, siempre que: sean atribuibles a la misma asistencia médica; no se haya agotado el límite de responsabilidad, en los términos establecidos en el contrato; y sea dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha de vencimiento del contrato, salvo que las partes hayan acordado un plazo mayor.

De la aplicación de las normas

Artículo 150. Las demás normativas prudenciales y actos administrativos conexos a la actividad aseguradora, que coliden con las presentes normas no serán aplicables.

De la publicidad

Artículo 151. Se ordena la publicación de las presentes normas en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, con el fin de

coadyuvar con la divulgación de su contenido a todos los interesados y público en general.

De la vigencia

Artículo 152. Las presentes normas entrarán en vigencia a partir de la fecha de publicación en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

Artículo 153.

DISPOSICIONES FINALES

Primera. Las disposiciones establecidas en estas normas para el contrato de seguro, son aplicables al contrato de medicina prepagada, siempre que no desvirtúen la naturaleza de la prestación del servicio de medicina prepagada.

Segunda. Los contratos a que se refieren estas normas deben hacer referencia a la existencia del Defensor del tomador, asegurado y, beneficiario, contratante, usuario o afiliado de la actividad aseguradora; y que, en caso de cualquier denuncia, queja, reclamo o sugerencia, podrán acudir a la Oficina de Atención Ciudadana de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, o comunicarse a través de los mecanismos dispuestos para ello.

OMAR OROZCO COLMENARES
Superintendente de la Actividad Aseguradora (E)

Resolución N.º 003 de fecha 18 de enero de 2021
G.O.R.B.V. N.º 42.049 de fecha 18 de enero de 2021

NORMAS SOBRE LOS PLANES DE INCENTIVOS PARA RETRIBUIR LAS GESTIONES DE LOS INTERMEDIARIOS DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

213°, 165° y 25°



SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

Providencia: SAA-_____

Fecha: _____

El Superintendente de la Actividad Aseguradora tiene dentro de sus atribuciones dictar sus manuales de normas y procedimientos que regulan la Actividad Aseguradora.

Por cuanto de conformidad con lo estatuido en la Ley de la Actividad Aseguradora, los aranceles de comisiones, bonos y planes de estímulos, deben ser aprobados previamente por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

Por cuanto es competencia de esta Superintendencia de la Actividad Aseguradora verificar y garantizar que los sujetos regulados cumplan con las disposiciones contenidas en la Ley de la Actividad Aseguradora.

En virtud de lo anterior, acuerda dictar las siguientes:

NORMAS SOBRE LOS PLANES DE INCENTIVOS PARA RETRIBUIR LAS GESTIONES DE LOS INTERMEDIARIOS DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

Del objeto

Artículo 1. Las presentes normas tienen por objeto establecer los parámetros por los cuales se regirán las empresas de seguros, de medicina prepagada y sociedades de corretaje de seguros para elaborar el arancel de comisiones, los bonos de producción y de persistencia para el ramo de vida, el bono de producción para ramos generales, el bono de cobranza y los planes de estímulos que pretendan utilizar para retribuir a los intermediarios de la actividad aseguradora que dispensan su mediación en la celebración de contratos de seguros, de medicina prepagada y en las otras operaciones señaladas en estas normas, así como fijar los requisitos que deben cumplir para la obtención de la aprobación.

Del arancel de comisiones

Artículo 2. Contempla el porcentaje de la prima que será otorgado a los intermediarios de la actividad aseguradora por la mediación en la celebración de contratos de seguros, de medicina prepagada y en las otras operaciones señaladas en estas normas.

A. RAMOS GENERALES: Las empresas de seguros, de medicina prepagada y sociedades de corretaje de seguros, destinarán para el pago de comisiones un porcentaje de la prima, de acuerdo con la siguiente tabla:

PORCENTAJE MÁXIMO DE COMISIONES

RAMOS GENERALES	PORCENTAJE MÁXIMO
PERSONAS NO VIDA	
Accidentes personales	
Individual	25,00%
Colectivo	20,00%
Escolares	20,00%
Salud	
Individual	12,50%
Colectivo	10,00%
Funerarios Servicios	
Individual	25,00%
Colectivo	20,00%
Combinados de Personas	
Individual	(*)
Colectivo	(*)
Pago de Capital por Enfermedades Graves o Críticas	
Individual	20,00%
Colectivo	15,00%
Otros Seguros de Personas	
Individual	20,00%
Colectivo	15,00%
PATRIMONIALES	
Incendio	30,00%
Terremoto	30,00%
Sustracción Ilegítima	20,00%
Transporte	
Casco	15,00%
Mercancía y Valores	17,00%
Ramos Técnicos	20,00%
Petroleros	20,00%
Combinados	(*)
Lucro Cesante	30,00%
Automóvil	
Casco	15,00%
Responsabilidad Civil de Vehículos	10,00%
Accidentes Personales Ocupantes de Vehículos	
Individual	25,00%
Colectivo o Flota	20,00%
Aeronaves	
Casco	15,00%

RAMOS GENERALES	PORCENTAJE MÁXIMO
Responsabilidad Civil	15,00%
Accidentes Personales	15,00%
Naves	
Casco	15,00%
Responsabilidad Civil	15,00%
Accidentes Personales	15,00%
Agrícola	20,00%
Pecuario	20,00%
Bancario	20,00%
Joyería	20,00%
Diversos	20,00%

RAMOS GENERALES	PORCENTAJE MÁXIMO
OBLIGACIONALES O DE RESPONSABILIDAD	
Responsabilidad Civil Patronal	20,00%
Responsabilidad Civil Empresarial	20,00%
Responsabilidad Civil General	20,00%
Responsabilidad Civil Profesional	20,00%
Fidelidad de Empleados	20,00%
Responsabilidad Civil de Productos	20,00%
Seguro de Crédito a la Exportación	20,00%

RAMO DE MEDICINA PREPAGADA	Porcentaje Máximo de Comisiones
Prestación de Servicios Médicos Asistenciales	
Individual	12,50%
Colectivo	10,00%

(*) Los combinados contemplados en la tabla anterior son aquellos en los cuales el amparo básico incluye dos (2) o más coberturas de los ramos indicados en este punto. Los combinados de seguros patrimoniales y obligacionales o de responsabilidad no podrán contener coberturas de los ramos de seguros de personas y viceversa.

La comisión a fijar para los seguros combinados no excederá de la menor de las comisiones máximas de los ramos que forman parte del amparo básico. Para los anexos de cobertura que generen un pago de prima adicional o complementaria, la

comisión a fijar no excederá de la menor entre la comisión máxima del ramo al que pertenezca el anexo y el ramo de la póliza de la cual formará parte el mismo.

El ramo de salud comprende cualquier seguro que ampare los gastos en qué incurra el asegurado por alteraciones de la salud, incluyendo las coberturas de enfermedades graves, oftalmológicas y odontológicas que tengan por objeto cubrir esos gastos.

La comisión a pagar en ningún caso será diferente al recargo por comisión previsto en las tarifas aprobadas por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora. No obstante, en el supuesto que se haya colocado el riesgo en reaseguro facultativo, la empresa de seguros acordará con el intermediario el porcentaje de comisión por la porción de riesgo cedido.

B. RAMOS DE VIDA

B.1. Plan temporal individual

Cuando se trate de seguros temporales, las empresas de seguros y sociedades de corretaje de seguros pagarán una comisión sobre las primas cobradas que no debe exceder del treinta por ciento (30,00%) en el primer año y del quince por ciento (15,00%) en los años sucesivos, la cual en ningún caso será diferente al recargo por comisión previsto en las tarifas aprobadas por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, salvo para los agentes de las sociedades de corretaje de seguros.

B.2. Otro plan de vida individual

Las empresas de seguros y las sociedades de corretaje de seguros destinarán para el pago de comisiones y bonos de producción y persistencia, un porcentaje de las primas cobradas, de acuerdo a la siguiente tabla:

PORCENTAJE MÁXIMO DE COMISIONES Y BONOS ACUMULADOS

Años de pago de Prima	Años de duración del contrato									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	18									
2	21	25								
3	24	30	35							
4	27	35	41	45						

5	30	40	48	53	55					
6	33	45	54	60	65	68				
7	36	50	61	66	71	76	81			
8	39	55	67	74	79	84	89	94		
9	42	60	74	82	87	92	97	102	107	
10	45	65	80	90	95	100	105	110	115	120
11	48	70	87	98	103	108	113	118	123	128
12	51	75	93	105	111	116	121	126	131	136
13	54	80	100	113	119	124	129	134	139	144
14	57	85	106	120	127	132	137	142	147	152
15	60	90	113	128	135	140	145	150	155	160
16	63	95	119	135	143	148	153	158	163	168
17	66	100	126	143	151	156	161	166	171	176
18	69	105	132	150	159	164	169	174	179	184
19	72	110	140	158	167	172	177	182	187	192
20 o más	75	115	145	165	175	180	185	190	195	200

Las empresas de seguros y sociedades de corretaje de seguros podrán elegir en cada ejercicio económico, las escalas de comisiones y bonos de producción y persistencia que se proponga otorgar a sus intermediarios de la actividad aseguradora, siempre y cuando la suma de ellos no exceda los límites máximos indicados anteriormente.

Las escalas elegidas serán únicas para todos los grupos de intermediarios, es decir, agentes, corredores y sociedades de corretaje de seguros.

A partir del año once (11) las empresas de seguros y sociedades de corretaje de seguros otorgarán a sus intermediarios de la actividad aseguradora una comisión que no debe exceder del cinco por ciento (5%) de las primas cobradas.

B.3. Funerario de vida individual



Cuando se trate de seguros funerarios de vida individual, las empresas de seguros y sociedades de corretaje de seguros pagarán una comisión sobre las primas cobradas que no debe exceder del veinticinco por ciento (25%).

B.4. Vida colectivo

Las comisiones máximas sobre la prima cobrada que se podrán pagar a los intermediarios de la actividad aseguradora se registrarán por la siguiente tabla:

Prima Anual Cobrada (TCR)		Comisión Máxima
Más de	Hasta	%
0	10.000	10
10.000	30.000	9
30.000	100.000	8
100.000	300.000	7
300.000	1.000.000	6
1.000.000	en adelante	5

El porcentaje (%) de comisión máxima será el correspondiente al intervalo en que se encuentre el total de prima anual cobrada.

Cuando se trate de seguros funerarios de vida colectivo, las empresas de seguros y sociedades de corretaje de seguros pagarán una comisión sobre las primas cobradas que no debe exceder del veinte por ciento (20%).

C. SEGUROS INCLUSIVOS, SEGUROS MASIVOS Y MICRO SEGUROS

Las empresas destinarán para el pago de comisiones un porcentaje de la prima de los microseguros, seguros inclusivos y seguros masivos del dos coma cinco por ciento (2,5%).

D. OTRAS OPERACIONES

D.1. Fianzas



El porcentaje máximo sobre la contraprestación cobrada por la emisión de fianza es del quince por ciento (15%).

D.2. Fideicomiso

El porcentaje máximo sobre la comisión fiduciaria es del veinticinco por ciento (25%).

D.3. Otras operaciones permitidas

El porcentaje máximo sobre la comisión cobrada por la empresa de seguros es del quince por ciento (15%).

Del pago de las comisiones a los Intermediarios de la Actividad Aseguradora

Artículo 3. Las comisiones deberán ser pagadas dentro de los ocho (8) días continuos siguientes, a partir del momento en que el sujeto regulado reciba el pago de las primas, cuotas o contraprestaciones.

De las comisiones pagadas por las sociedades de corretaje de seguros

Artículo 4. Las sociedades de corretaje de seguros acordarán con sus agentes la comisión a pagar, que en todo caso no excederá de la comisión pagada por la empresa de seguros o de medicina prepagada.

De los bonos

Artículo 5. Retribuciones adicionales que ofrecen las empresas de seguros, de medicina prepagada y sociedades de corretaje de seguros, a los intermediarios de la actividad aseguradora con la finalidad de motivar las gestiones de mediación en la celebración de contratos de seguros y de medicina prepagada.

A. BONO DE PRODUCCIÓN

A.1. Seguro de vida individual

Este bono consiste en una retribución, calculada sobre las primas cobradas de primer año de seguro de vida de cada intermediario de la actividad aseguradora, dentro del margen establecido para el primer año en la tabla “porcentaje máximo de comisiones y bonos” del aparte B.2., del artículo 2, de acuerdo con el programa de cada empresa de seguros y sociedad de corretaje de seguros presente a la Superintendencia de la Actividad Aseguradora para su aprobación. Las empresas de seguros y sociedades de corretaje de seguros establecerán las condiciones para la obtención de este beneficio.

A.2. Seguro de vida colectivo



Este bono consiste en una retribución, de hasta tres por ciento (3%) de la prima cobrada correspondiente al primer (1^{er}) año de vigencia de cualquier contrato de seguro colectivo de vida que ampare a grupos que no hayan sido asegurados en los últimos dos (2) años, ya sea en la misma o en otra empresa de seguros.

A.3. Ramos generales

Este bono consiste en una retribución, calculada sobre la utilidad de la cartera de ramos generales del intermediario de la actividad aseguradora.

La cartera del intermediario de la actividad aseguradora está constituida por el conjunto de contratos que éste haya colocado en cada empresa de seguros o de medicina prepagada.

La utilidad de la cartera es la diferencia entre determinados ingresos y egresos. Para su cómputo se consideran ingresos las primas devengadas en el ejercicio económico y se toman como egresos las comisiones percibidas por el intermediario de la actividad aseguradora, los siniestros incurridos, quince por ciento (15%) del total de primas cobradas, deducidas las anulaciones y devoluciones, por concepto de gastos de administración (*GA*) y cinco por ciento (5%) del total de primas cobradas por concepto de gastos de reaseguro (*GR*) durante el mismo ejercicio.

PRIMAS DEVENGADAS (PD_t): Resultado de restar al total de primas cobradas, deducidas las anulaciones y devoluciones, contabilizadas durante el ejercicio económico (PNC_t), las reservas para riesgos en curso de ese período (RRC_t), sumándole luego a esta diferencia las reservas para riesgos en curso del ejercicio económico inmediatamente anterior (RRC_{t-1}).

$$PD_t = PNC_t - RRC_t + RRC_{t-1}$$

SINIESTROS INCURRIDOS (SI): Resultado de sumar al total de siniestros pagados durante el ejercicio económico (SP_t), las reservas para siniestros pendientes de pago correspondientes a ese período ($RSPP_t$), menos las reservas para siniestros pendientes de pago correspondientes al ejercicio económico inmediatamente anterior ($RSPP_{t-1}$).

$$SI_t = SP_t + RSPP_t - RSPP_{t-1}$$

UTILIDAD DE LAS CARTERA (U):

$$U = \text{Ingresos} - \text{Egresos}$$



$$U = PD_t - [Comisiones + SI_t + GA + GR]$$

El bono de producción se determinará aplicando un porcentaje máximo del diez por ciento (10%) a la utilidad que se haya obtenido de acuerdo con el procedimiento anterior.

La empresa de seguros, de medicina prepagada y sociedad de corretaje de seguros establecerán las condiciones que deben cumplir sus intermediarios, así como los ramos de seguros que participarán para optar a este bono.

B. BONO DE PERSISTENCIA INDIVIDUAL

Este bono consiste en una retribución sobre las primas de renovación de los seguros de vida de cada intermediario, dentro del margen establecido en la tabla “porcentaje máximo de comisiones y bonos” del aparte B.2., del artículo 2, de acuerdo con el programa que cada empresa presente a la Superintendencia de la Actividad Aseguradora para su aprobación.

Las empresas de seguros y sociedades de corretaje de seguros establecerán las condiciones que deben cumplir sus intermediarios para optar a este bono de persistencia.

C. BONO DE COBRANZA

Este bono consiste en una retribución calculada sobre las primas cobradas por los intermediarios e ingresadas a la caja de la empresa de seguros o de medicina prepagada en el tiempo que ésta estipule, contado a partir de la fecha de emisión del recibo o la fecha de inicio de vigencia, según lo considere conveniente la empresa. Esta retribución, no podrá exceder del cinco por ciento (5%). Las empresas de seguros establecerán los ramos a ser bonificados.

Del cálculo de los bonos y la oportunidad para su pago

Artículo 6. Los bonos de producción y de persistencia para el ramo de vida y el bono de producción de ramos generales, se calcularán sobre las primas correspondientes a cada ejercicio económico y serán pagaderos antes del 30 de abril del ejercicio siguiente.

El bono de cobranza se calculará sobre las primas de cada ejercicio económico y será pagadero conjuntamente con las comisiones.

De la selección de porcentajes



Artículo 7. Los porcentajes máximos para comisiones y bonos contenidos en estas normas tienen carácter referencial y corresponderá a cada empresa de seguros, de medicina prepagada y sociedad de corretaje de seguros seleccionar el porcentaje exacto a aplicar.

De los planes de estímulos

Artículo 8. Se entienden como planes de estímulos los beneficios que las empresas de seguros, de medicina prepagada y sociedades de corretaje de seguros otorguen a sus intermediarios con la finalidad de incentivar la producción, diferentes de los bonos y del arancel de comisiones pagaderos conforme con lo establecido en los puntos precedentes, tales como premios en especies.

Los planes de estímulos que las empresas de seguros, de medicina prepagada y sociedades de corretaje de seguros se propongan conceder a sus intermediarios deberán ser previamente aprobados por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, para lo cual deberán remitirse acompañados de un estudio técnico en el cual se especifique el costo de los planes y se demuestre la capacidad financiera de la empresa para satisfacerlo. El costo total de los planes de estímulos (PE) no podrá, en ningún caso, ser superior al cinco por ciento (5%) de la estimación anual de las primas a cobrar en el ejercicio económico para el cual se pretenden aplicar los planes de estímulos (PC_t).

$$PE \leq PC_t \times 5\%$$

$$\frac{PE}{PC_t} \leq 5\%$$

El estudio técnico deberá contener como mínimo las siguientes especificaciones:

1. La estimación de las primas a cobrar en el ejercicio económico para el cual se establecen los planes de estímulos;
2. La estimación de los costos de los estímulos a otorgar, los cuales deberán estar debidamente soportados y justificados;
3. La estimación del número total de personas que calificarían para tales estímulos, incluyendo a los acompañantes de los intermediarios, si fuere el caso;
4. Cualquier otra que sea necesario justificar a los efectos del estímulo propuesto.

Las estimaciones deben presentar los supuestos, fórmulas, parámetros, procedimientos y métodos reconocidos para el tipo de estudio de que se trate.

Los planes de estímulos deberán indicar puntualmente los beneficios a pagar, considerando únicamente las primas del ejercicio económico en que se ejecutan. Asimismo, deben señalar las condiciones que han de cumplir los intermediarios para tener derecho a tales estímulos y las fechas en que serán pagados.



No podrán establecerse estímulos que tengan como finalidad remunerar gestiones que pudieran enmarcarse dentro de las bonificaciones contempladas en las presentes normas.

Cuando la empresa de seguros, de medicina prepagada o sociedad de corretaje de seguros pretenda modificar los planes de estímulos, deberá presentar un nuevo estudio técnico, en los términos antes indicados, incluyendo el acumulado de costos de los estímulos en proceso y la justificación de las modificaciones propuestas.

El estudio técnico debe estar suscrito por un actuario inscrito en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

Condición especial para fianzas

Artículo 9. Para los contratos de fianza, las empresas de seguros, de medicina prepagada y sociedades de corretaje de seguros solo podrán remunerar a los intermediarios de la actividad aseguradora con la comisión señalada en estas normas.

Actualización

Artículo 10. Los bonos y los planes de estímulos se establecerán por año calendario y deberán ser sometidos a la aprobación de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora antes del 1° de noviembre del año calendario anterior, a través de los mecanismos dispuestos para ello.

Las empresas de seguros, de medicina prepagada y sociedades de corretaje de seguro que no sometan a la aprobación el plan de incentivos que pretendan utilizar para retribuir a los intermediarios de la actividad aseguradora antes de la fecha indicada en el párrafo anterior, podrán someterlos a aprobación a partir del 1° de enero del año calendario en que se pretenda aplicar y como máximo hasta el 31 de enero del mismo año.

Procedimiento

Artículo 11. Una vez efectuada la solicitud de aprobación del plan de incentivos, la Superintendencia de la Actividad Aseguradora dispondrá de cuarenta y cinco (45) días hábiles para analizar el mismo y emitir su pronunciamiento. Si hubiere omisiones u observaciones, deben ser notificadas al solicitante, quien dispondrá de un plazo máximo de cinco (05) días hábiles para efectuar las correcciones correspondientes.

La demora o falta de entrega de las correcciones en el plazo antes mencionado, son imputables al interesado; en consecuencia, quedará sin efecto la solicitud y se entenderá desistido el trámite.

Modificaciones

Artículo 12. Las empresas de seguro, medicina prepagada y sociedades de corretaje de seguros podrán modificar el plan de incentivos, previa aprobación de

la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, siempre y cuando no se desmejoren los beneficios previamente autorizados.

De la aplicación de las normas

Artículo 13. Las demás normativas prudenciales y actos administrativos conexos a la actividad Aseguradora, que coliden con las presentes normas no serán aplicables.

De la publicidad

Artículo 14. Se ordena la publicación de las presentes normas en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, con el fin de coadyuvar con la divulgación de su contenido a todos los interesados y público en general.

De la vigencia

Artículo 15. Las presentes normas entrarán en vigencia a partir de la fecha de publicación en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

OMAR OROZCO COLMENARES
Superintendente de la Actividad Aseguradora (E)

Resolución N.º 003 de fecha 18 de enero de 2021
G.O.R.B.V. N.º 42.049 de fecha 18 de enero de 2021



PÓLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES DE OCUPANTES DE VEHÍCULOS DE TRANSPORTE DE PASAJEROS EN RUTAS INTERURBANAS



213°, 165° y 25°

SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

Providencia: SAA-_____

Fecha: _____

El Superintendente de la Actividad Aseguradora tiene dentro de sus atribuciones dictar sus manuales de normas y procedimientos que regulan la Actividad Aseguradora.

Por cuanto Ley de la Actividad Aseguradora dispone que la Superintendencia de la Actividad Aseguradora podrá establecer, mediante acto administrativo, los modelos de contratos y tarifas que deben mantener carácter general y uniforme, cuando el interés común así lo requiera.

Por cuanto es competencia de esta Superintendencia de la Actividad Aseguradora verificar y garantizar que los sujetos regulados cumplan con las disposiciones contenidas en la Ley de la Actividad Aseguradora.

En virtud de lo anterior, acuerda dictar la siguiente:

PÓLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES DE OCUPANTES DE VEHÍCULOS DE TRANSPORTE DE PASAJEROS EN RUTAS INTERURBANAS

De la aprobación con carácter general y uniforme

Artículo 1. Aprobar con carácter general y uniforme las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares y las Tarifas de la Póliza de Seguro de Accidentes Personales de Ocupantes de Vehículos de Transporte de Pasajeros en Rutas Interurbanas y de la Póliza de Seguro de Accidentes Personales de Ocupantes de Vehículos de Transporte de Pasajeros en Rutas Suburbanas, en los términos que se transcriben a continuación:

I

Entre {RAZÓN SOCIAL DEL ASEGURADOR},{REGISTRO ÚNICO DE INFORMACIÓN FISCAL (R.I.F.)}, {DATOS DE REGISTRO MERCANTIL O REGISTRO SUBALTERNO}, que en adelante se denominará el Asegurador, representada por el ciudadano _____ en su carácter de _____, facultado según consta en documento inscrito ante la Notaría Pública _____, el ____ de _____ de _____, bajo el N° _____, Tomo _____, y el Tomador, identificado en el Cuadro Póliza Recibo, han convenido en suscribir el presente contrato de seguro, el cual está conformado y se regirá por



las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, el Cuadro Póliza Recibo, la Solicitud de Seguro y los demás documentos que formen parte integrante del mismo.

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA 50. OBJETO DEL SEGURO.

Mediante este seguro el Asegurador se compromete a asumir los riesgos indicados en las Condiciones Particulares y Anexos, si los hubiere, hasta la suma asegurada señalada en el Cuadro Póliza Recibo y, si fuera el caso, en el Certificado Individual de Seguro.

CLÁUSULA 51. DEFINICIONES GENERALES.

A los efectos de este contrato, queda expresamente convenido entre las partes que los siguientes términos tendrán los significados que se indican, siendo que el género masculino incluirá también al femenino, cuando corresponda, salvo que del texto del contrato se desprenda una interpretación diferente:

- 1. ASEGURADO:** Ocupante de una unidad de transporte de pasajeros en ruta interurbana, expuesto a los riesgos amparados por este contrato.
- 2. ASEGURADOR:** {Indicar nombre completo del Asegurador}, quien asume los riesgos cubiertos en este contrato.
- 3. BENEFICIARIO:** Persona que tiene el derecho de recibir el pago de la indemnización a que hubiere lugar de ocurrir un siniestro.
- 4. CONDICIONES PARTICULARES:** Aquellas que contemplan aspectos concretamente relativos a los riesgos que se aseguran;
- 5. CUADRO PÓLIZA RECIBO:** Documento en el que se indica, como mínimo, la siguiente información: número de la Póliza; identificación completa del Asegurador y de su domicilio principal; identificación del representante del Asegurador, el carácter con el que actúa y los datos del documento donde consta su representación; identificación completa del Tomador y de su representante legal; Registro único de Información Fiscal (R.I.F) del Tomador; dirección del Tomador; duración del contrato; fecha de emisión del contrato; vigencia del recibo; coberturas y sumas aseguradas contratadas; monto y forma de pago de la prima; dirección de cobro; identificación del intermediario de la actividad aseguradora; y firmas del Asegurador y del Tomador. El Cuadro Póliza Recibo será entregado al Tomador conjuntamente con las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, los certificados individuales de seguro, los anexos, si los hubiere, y los demás documentos que formen parte integrante de la póliza; En la renovación, la obligación procederá para los nuevos documentos o para aquellos que hayan sido modificados.
- 6. CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO:** Documento emitido por el Asegurador para cada unidad de transporte público de pasajeros objeto de este contrato, si fuere el caso, que contiene como mínimo: identificación del Tomador, identificación de la unidad de transporte de pasajeros, número de puestos, coberturas y sumas aseguradas contratadas y vigencia del certificado.



7. **DOCUMENTOS QUE FORMAN PARTE DEL CONTRATO DE SEGURO:** La Solicitud de Seguro; el documento de cobertura provisional, si lo hubiere; las Condiciones Generales; las Condiciones Particulares; el Cuadro Póliza Recibo; los anexos que se emitan para complementar o modificar el contrato y los demás documentos que, por su naturaleza, formen parte del contrato.
8. **PRIMA:** Es la contraprestación que, en función de los riesgos amparados por esta Póliza, debe pagar el Tomador al Asegurador en virtud de la celebración del contrato.
9. **REPRESENTANTE:** Persona autorizada por el Asegurado para que en caso de siniestro, y con el único propósito de efectuar la tramitación correspondiente, actúe ante el Asegurador en sustitución de él.
10. **RIESGO:** Posible ocurrencia por azar de un acontecimiento que no dependa exclusivamente de la voluntad del Tomador, Asegurado o Beneficiario, que ocasione una necesidad económica, y cuya aparición real o existencia se previene y garantiza en este contrato.
11. **SINIESTRO:** Materialización del riesgo que da origen a la obligación de indemnizar por parte del Asegurador, que corresponda conforme al presente contrato.
12. **SOLICITUD DE SEGURO:** Cuestionario que proporciona el Asegurador, el cual contiene un conjunto de preguntas relativas a la identificación del Tomador y a los datos que puedan influir en la estimación del riesgo, que deben ser contestadas en su totalidad y con exactitud por el Tomador, constituyendo dicha declaración la base legal para la emisión del contrato de seguro. Adicionalmente, deberá contener el detalle de las coberturas que se pretenden contratar, distinguiendo las coberturas básicas de las opcionales, señalando expresamente que estas últimas no serán de obligatoria suscripción por parte del Tomador.
13. **SUMA ASEGURADA:** Límite máximo de responsabilidad del Asegurador por duración del contrato, accidente, Asegurado y cobertura contratada;
14. **TOMADOR:** Prestador de Servicio Público de Transporte Terrestre de Pasajeros y Pasajeras que contrata el seguro con el Asegurador, trasladándole los riesgos y obligándose al pago de la prima.

CLÁUSULA 52. EXCLUSIONES GENERALES

Esta póliza no cubre:

1. Pérdidas, gastos o daños que sean consecuencia o que se den en el curso de: guerra, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas (haya habido declaración de guerra o no), insubordinación militar, levantamiento militar, insurrección, rebelión, revolución, guerra civil, guerra intestina, poder militar o usurpación de poder, proclamación del estado de excepción, acto de terrorismo o acto de cualquier persona que actúe en nombre de o en relación con alguna organización que realice actividades dirigidas a la destitución por la fuerza del gobierno o influenciarlo mediante el terrorismo o la violencia;
2. Pérdidas, gastos o daños que sean consecuencia de: fisión o fusión nuclear, radiaciones ionizantes y contaminantes radioactivos;



3. **Pérdidas, gastos o daños que sean consecuencia de: nacionalización, confiscación, incautación, requisa, comiso, embargo, expropiación, destrucción o daño por orden de cualquier gobierno o autoridad pública legalmente constituida o de facto, a menos que dicha destrucción sea ejecutada para detener la propagación de los daños causados por cualquier riesgo asegurado;**
4. **Otras exclusiones que se establezcan en las Condiciones Particulares de la Póliza.**

CLÁUSULA 53. EXONERACIONES DE RESPONSABILIDAD.

El Asegurador no estará obligado al pago de la indemnización en los siguientes casos:

1. **Si el Tomador, Asegurado o Beneficiario o cualquier persona que obre por cuenta de éstos presenta una reclamación fraudulenta o engañosa, o si en cualquier tiempo emplea medios o documentos engañosos o dolosos para sustentar una reclamación o para derivar otros beneficios relacionados con este contrato;**
2. **Si el siniestro ha sido ocasionado por dolo del Tomador, Asegurado o Beneficiario;**
3. **Si el siniestro ha sido ocasionado por culpa grave del Tomador, Asegurado o Beneficiario. No obstante, el Asegurador estará obligado al pago de la indemnización si el siniestro ha sido ocasionado en cumplimiento de deberes legales de socorro o en tutela de intereses comunes con el Asegurador en lo que respecta a este contrato;**
4. **Si el siniestro se inicia antes de la duración del contrato y continúa después de que los riesgos hayan comenzado a correr por cuenta del Asegurador;**
5. **Si el Tomador, Asegurado o Beneficiario no empleare los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del siniestro, siempre que este incumplimiento se produjera con la manifiesta intención de perjudicar o engañar al Asegurador;**
6. **Si el Tomador actúa con dolo o culpa grave en la declaración de las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo, según lo señalado en la Cláusula 11. Declaraciones en la Solicitud de Seguro, de estas Condiciones Generales;**
7. **Si el Tomador, Asegurado o Beneficiario intencionalmente omitiere dar aviso al Asegurador sobre la contratación de pólizas que cubran el mismo riesgo amparado por el presente contrato o si el Tomador hubiese celebrado el segundo o posteriores contratos de seguros, sobre los mismos riesgos, con el fin de procurarse un provecho ilícito;**
8. **Si el Tomador, Asegurado o Beneficiario incumpliere lo establecido en la Cláusula 16. Subrogación de Derechos en caso de Gastos Médicos y Pérdida de Equipaje, de estas Condiciones Generales, a menos que compruebe que el incumplimiento es debido a una causa extraña no imputable a él;**
9. **Si el Tomador, el Asegurado, el Beneficiario o cualquier persona que obre**



por cuenta de éstos, actuando con dolo o culpa grave, obstaculiza los derechos del Asegurador estipulados en este contrato;

10. Otras exoneraciones de responsabilidad establecidas en las Condiciones Particulares de esta Póliza.

CLÁUSULA 54. DURACIÓN DEL CONTRATO.

La duración del contrato será anual y se hará constar en el Cuadro Póliza Recibo, con indicación de la fecha de emisión, la hora y día de su iniciación y vencimiento.

CLÁUSULA 55. PAGO DE LA PRIMA.

El Tomador debe pagar la primera prima anual en el plazo de diez (10) días continuos contados a partir de la fecha de inicio de la duración del contrato. Si la prima no es pagada o se hace imposible su cobro por causa imputable al Tomador en el plazo establecido, el Asegurador tendrá derecho a exigir el pago correspondiente o resolver el contrato, debiendo notificar al Tomador su decisión dentro de los tres (3) días hábiles siguientes. En caso de resolución, ésta tendrá efecto desde el inicio de la duración del contrato. Si el Asegurador no ejerce su derecho a resolver el contrato de seguro, no podrá negarse a recibir el pago de la prima vencida.

Si ocurriese un siniestro en el plazo convenido para el pago de la primera prima o en el plazo de tres (3) días previsto para la notificación de la decisión del Asegurador, indicados en el párrafo anterior, el Asegurador pagará la indemnización, siempre que el Tomador pague antes de su vencimiento la prima correspondiente.

El pago de la prima solamente conserva en vigor el contrato por el tiempo al cual corresponda dicho pago, según conste en el Cuadro Póliza Recibo.

Contra el pago de la prima, el Asegurador entregará al Tomador el Cuadro Póliza Recibo o recibo de prima correspondiente, firmado y sellado. La entrega de este documento podrá efectuarse en forma impresa o a través de los mecanismos electrónicos previstos para ello y acordados por las partes que consten en la solicitud de seguro, con su acuse de recibo.

Las primas pagadas en exceso no darán lugar a responsabilidad alguna por parte del Asegurador por el exceso, sino única y exclusivamente al reintegro sin intereses del excedente, aun cuando aquellas hubieren sido aceptadas formalmente por el Asegurador.

CLÁUSULA 56. LUGAR Y MEDIO DE PAGO DE LAS PRIMAS.

Las primas correspondientes a este contrato serán pagadas directamente en las oficinas del Asegurador. No obstante, podrán ser pagadas bajo cualquier mecanismo o medio acordado por las partes.

El Asegurador podrá cobrar las primas a domicilio y dar aviso de sus vencimientos y, si lo hiciere, no sentará precedente de tal obligación y podrá suspender esta gestión en cualquier momento, previo aviso.



CLÁUSULA 57. FRACCIONAMIENTO DE LA PRIMA.

Si el pago de la prima es fraccionado, se entiende que tal fraccionamiento es una facilidad de pago y no implica modificación del período de duración del contrato. En este caso, si el Tomador no pagase cualquier fracción de la prima dentro de los *{El Asegurador podrá establecer el número de días hábiles que considere conveniente para el pago de la fracción prima}* días hábiles siguientes a la fecha de la finalización de la última fracción pagada, el Asegurador tiene derecho a exigir la prima debida o a resolver el contrato, debiendo notificar al Tomador su decisión dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la culminación del plazo anterior.

Si ocurriese un siniestro amparado durante alguno de los plazos mencionados, el Asegurador procederá de conformidad con las siguientes reglas:

5. Descontar del monto indemnizable la fracción de prima vencida. No obstante, si el monto a pagar es por la totalidad de la suma asegurada, el Asegurador podrá deducir las fracciones de primas pendientes para completar la totalidad de la prima de la duración del contrato;
6. Si el monto indemnizable es menor a la fracción de prima vencida, el Asegurador pagará la indemnización, siempre que el Tomador pague la referida fracción de prima vencida, antes del vencimiento del respectivo plazo;

En caso de resolución por falta de pago de una fracción de prima vencida, ésta tendrá efecto desde la fecha de finalización del periodo cubierto por la última fracción de prima pagada, siempre que el Asegurador lo haya notificado previamente al Tomador o al Asegurado.

Si el Asegurador no ejerce su derecho a resolver el contrato de seguro, no podrá negarse a recibir el pago de la fracción de prima vencida.

CLÁUSULA 58. RENOVACIÓN.

El contrato se entenderá renovado automáticamente al finalizar el último día de duración del período de vigencia anterior y por un plazo igual, siempre que el Tomador pague la prima correspondiente al nuevo período, de acuerdo con lo establecido en la Cláusula 10. Plazo de Gracia, de estas Condiciones Generales, entendiéndose que la renovación no implica un nuevo contrato, sino la prórroga del anterior. Sólo el Tomador podrá negarse a la prórroga del contrato, mediante una notificación escrita al Asegurador, efectuada con un plazo de por lo menos un (1) mes de anticipación a la conclusión del período de seguro en curso.

No obstante, el Asegurador no estará obligado a renovar el contrato o la cobertura de alguna unidad de transporte público de pasajeros cuando el Tomador no haya consignado las correspondientes certificaciones de prestación de servicio de transporte público de pasajeros en rutas interurbanas, dentro del mes anterior a la terminación del contrato.

CLÁUSULA 59. PLAZO DE GRACIA.

Se conceden treinta (30) días continuos de gracia para el pago de la prima de renovación, contados a partir de la fecha de terminación de la duración del contrato anterior. Si ocurriere un siniestro en este plazo, el Asegurador pagará la indemnización, previa deducción de la prima correspondiente. Si el monto del



siniestro es menor a la prima de renovación, el Asegurador pagará la indemnización, siempre que el Tomador pague la prima en el plazo de gracia concedido. Si la prima no es pagada en el referido período, el contrato quedará sin validez y efecto a partir de la fecha de terminación de la duración del período anterior.

CLÁUSULA 60. DECLARACIONES EN LA SOLICITUD DE SEGURO.

El Tomador al llenar la solicitud, debe declarar con exactitud al Asegurador, de acuerdo con el cuestionario que éste le proporcione o los requerimientos que le indique, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.

El Asegurador debe participar al Tomador, en el plazo de cinco (5) días hábiles siguientes, que ha tenido conocimiento de un hecho no declarado en la Solicitud de Seguro, que pueda influir en la valoración del riesgo, y podrá ajustar o resolver el contrato, mediante comunicación impresa o a través de los mecanismos electrónicos acordados para ello, con acuse de recibo, dirigida al Tomador o Asegurado, según corresponda, en el plazo de un (1) mes, contado a partir del conocimiento de los hechos que se reservó o declaró con inexactitud el Tomador.

En caso de resolución, ésta se producirá a partir del decimosexto (16°) día continuo siguiente a su notificación, siempre que la parte proporcional de la prima, deducida la comisión pagada al intermediario de la actividad aseguradora, correspondiente al período que falte por transcurrir, se encuentre a disposición del Tomador en la caja del Asegurador. Corresponderán al Asegurador las primas relativas al período de seguro transcurrido hasta el momento en que se haga esta notificación.

El Asegurador no podrá resolver el contrato cuando el hecho que ha sido objeto de reserva o inexactitud ha desaparecido antes del siniestro.

Si el siniestro sobreviene antes de que el Asegurador haga cualquiera de las notificaciones a que se refiere esta Cláusula o antes de que se haga efectiva la resolución del contrato, la indemnización se reducirá en la misma proporción que existe entre la prima convenida y la que se hubiese establecido de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si el Tomador actúa con dolo o culpa grave, el Asegurador quedará liberado del pago de la indemnización y de la devolución de la prima.

Cuando la reserva o inexactitud se contrajese sólo a una o varias de las unidades de transporte público de pasajeros, el contrato subsistirá con todos sus efectos respecto a las restantes, si ello fuera técnicamente posible.

CLÁUSULA 61. FALSEDADES Y RETICENCIAS DE MALA FE.

Las falsedades y reticencias de mala fe por parte del Tomador, realizadas en la solicitud de seguros, debidamente probadas, serán causa de nulidad absoluta del contrato, si son de tal naturaleza que el Asegurador de haberlas conocido, no hubiese contratado o lo hubiese hecho en otras condiciones.

Las falsedades y reticencias de mala fe por parte del Tomador, Asegurado o Beneficiario en la reclamación del siniestro, debidamente probadas, serán causa



de nulidad absoluta del contrato y exoneran del pago de la indemnización al Asegurador.

No hay lugar a la devolución de prima al Tomador en los supuestos de nulidad del contrato contemplados en esta Cláusula.

CLÁUSULA 62. PLURALIDAD DE SEGUROS.

El Tomador, Asegurado o Beneficiario debe comunicar al Asegurador, en un plazo máximo de diez (10) días hábiles siguientes a la fecha en que tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro, la celebración de cualquier otro seguro que ampare iguales riesgos a los cubiertos por este seguro.

En el supuesto de las coberturas de: muerte accidental, invalidez permanente, gastos médicos y servicios funerarios, el incumplimiento de este deber sólo puede dar lugar a una reclamación por los daños y perjuicios que origine, sin que el Asegurador pueda deducir de la suma asegurada cantidad alguna por este concepto.

Cuando existan varios contratos que cubran gastos médicos y estén obligados a pagar la indemnización sobre un mismo siniestro, el Asegurado escogerá el orden en que presentará las reclamaciones y las empresas de seguros deberán indemnizar, según los límites de sus contratos, hasta el monto total de los gastos, previa deducción de los montos pagados por los otros contratos.

Si el Tomador, Asegurado o Beneficiario tiene otros seguros que cubran la pérdida del equipaje, las aseguradoras contribuirán al abono de la indemnización en proporción a la suma propia asegurada, sin que pueda superarse la cuantía del daño. Dentro de ese límite el Tomador, Asegurado o Beneficiario puede pedir a cada empresa de seguros la indemnización debida según el respectivo contrato. La aseguradora que ha pagado una cantidad superior a la que proporcionalmente le corresponda, podrá repetir contra las demás aseguradoras.

Si el Tomador, Asegurado o Beneficiario, según sea el caso, intencionalmente omitiere el aviso de la existencia de otros seguros que cubran la pérdida de equipaje, o si se hubiese celebrado el segundo o los posteriores seguros con el fin de procurarse un provecho ilícito, las aseguradoras no quedan obligadas frente al Tomador, Asegurado o Beneficiario; sin embargo, todas las aseguradoras conservarán sus derechos derivados de los respectivos contratos, en cuyo caso deberán tener prueba fehaciente de la conducta dolosa del Tomador, Asegurado o Beneficiario.

CLÁUSULA 63. OPORTUNIDAD DEL PAGO.

El Asegurador debe pagar la indemnización que corresponda en un plazo que no exceda de veinte (20) días continuos siguientes, contados a partir de la fecha en que haya recibido el último recaudo solicitado, salvo por causa extraña no imputable al Asegurador.



CLÁUSULA 64. RECHAZO DEL SINIESTRO.

El Asegurador debe notificar por escrito a la persona que formuló el reclamo, en el plazo señalado en la cláusula anterior, las causas de hecho y de derecho que a su juicio justifiquen el rechazo, total o parcial, de la indemnización exigida.

CLÁUSULA 65. SUBROGACIÓN DE DERECHOS EN CASO DE GASTOS MÉDICOS Y PÉRDIDA DE EQUIPAJE.

El Asegurador que ha pagado la indemnización, queda subrogado de pleno derecho, hasta la concurrencia del monto pagado por las coberturas de Gastos Médicos y Pérdida de Equipaje, en los derechos y acciones del Tomador, Asegurado o Beneficiario contra los terceros responsables.

Salvo el caso de dolo, la subrogación no se efectuará contra las personas de cuyos hechos debe responder civilmente el Asegurado, ni contra el causante del siniestro vinculado con el Asegurado hasta el segundo grado de parentesco por consanguinidad o que sea su cónyuge o la persona con quien mantenga unión estable de hecho.

El Tomador, Asegurado o Beneficiario no podrá, en ningún momento, renunciar a sus derechos de recobrar de otras personas los daños y pérdidas que éstas le hubiesen ocasionado.

En caso de siniestro, el Tomador, Asegurado o Beneficiario está obligado a realizar a expensas del Asegurador, cuantos actos sean necesarios y todo lo que éste pueda razonablemente requerir, con el objeto de permitir que ejerza los derechos que le correspondan por subrogación, sean antes o después del pago.

Si el Tomador, Asegurado o Beneficiario incumpliere lo establecido en esta cláusula perderá el derecho al pago por las coberturas de Gastos Médicos y Pérdida de Equipaje que le otorga esta Póliza de Seguro, a menos que compruebe que el incumplimiento sea debido a una causa extraña no imputable a él.

CLÁUSULA 66. ARBITRAJE.

Las partes podrán someter a un procedimiento de arbitraje las divergencias que se susciten en la interpretación, aplicación y ejecución del contrato. La tramitación del arbitraje se ajustará a lo dispuesto en la ley que regule la materia de arbitraje y supletoriamente al Código de Procedimiento Civil.

El Superintendente de la Actividad Aseguradora actuará como árbitro arbitrador en aquellos casos en que sea designado de mutuo acuerdo entre ambas partes, con motivo de las controversias que se susciten en la interpretación, aplicación y ejecución del contrato. En este supuesto, la tramitación del arbitraje se ajustará a lo dispuesto en las normas que regulan el arbitraje en la actividad aseguradora.

El laudo arbitral será de obligatorio cumplimiento.



CLÁUSULA 67. CADUCIDAD.

El Tomador, Asegurado o Beneficiario perderá todo derecho a ejercer acción judicial contra el Asegurador o convenir con éste a someterse al Arbitraje previsto en la cláusula anterior, si no lo hubiere hecho antes de transcurrir el plazo de un (1) año contado a partir de la fecha de la notificación, por escrito:

1. Del rechazo, total o parcial, del siniestro;
2. De la decisión del Asegurador sobre la inconformidad del Tomador, Asegurado o Beneficiario respecto al monto de la indemnización o al cumplimiento de la obligación a través de proveedores de insumos o servicios.

En todo caso, el plazo de caducidad siempre será contado desde el momento en que haya un pronunciamiento definitivo por parte del Asegurador.

A los efectos de esta disposición, se entenderá iniciada la acción judicial una vez presentado el libelo de demanda por ante los órganos jurisdiccionales.

CLÁUSULA 68. PRESCRIPCIÓN.

Salvo lo dispuesto en leyes especiales, las acciones derivadas de este contrato prescriben a los tres (3) años contados a partir del hecho que dio origen a la obligación.

CLÁUSULA 69. OBLIGACIONES DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO.

1. El Tomador debe llenar la Solicitud de Seguro y declarar, con sinceridad y exactitud, todas las circunstancias necesarias para apreciar la extensión de los riesgos, en los términos indicados en este contrato;
2. El Tomador debe pagar la prima en la forma, frecuencia, lugar y tiempo convenidos en este contrato;
3. El Tomador, Asegurado o Beneficiario hará saber al Asegurador, dentro del plazo establecido en las Condiciones Particulares de este contrato, la ocurrencia de un siniestro, expresando claramente las causas y circunstancias del suceso ocurrido;
4. El Tomador, Asegurado o Beneficiario debe declarar, al momento de contratar la póliza y al tiempo de exigir el pago del siniestro, los contratos de seguros que existen y que cubren el mismo riesgo;
5. El Tomador, Asegurado o Beneficiario debe probar la ocurrencia del siniestro a través de la consignación de toda aquella información necesaria para la indemnización del mismo, que sea solicitada por el Asegurador para verificar las circunstancias y consecuencias del siniestro;
6. El Tomador, Asegurado o Beneficiario debe realizar diligentemente todas las acciones necesarias y destinadas a garantizar al Asegurador el ejercicio de su derecho de subrogación, si fuere el caso;
7. El Tomador, en caso de cambio de dirección de cobro, domicilio, habitación u oficina, según sea el caso, debe notificar por escrito al Asegurador dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la fecha de haber efectuado el cambio;



8. El Tomador, Asegurado o Beneficiario debe cumplir con todas y cada una de las obligaciones, responsabilidades y condiciones establecidas en los diferentes documentos que integran el presente contrato.

CLÁUSULA 70. OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR.

1. Informar al Tomador, mediante la entrega de la Póliza y demás documentos, la extensión de los riesgos asumidos y aclarar, en cualquier tiempo, todas las dudas y consultas que tanto el Tomador como el Asegurado le formulen;
2. Entregar el Cuadro Póliza Recibo al Tomador junto con copia de la Solicitud de Seguro, las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, los anexos, si los hubiere, y los demás documentos que formen parte integrante del contrato de seguro. En la renovación la obligación procederá para los nuevos documentos o para aquellos que hayan sido modificados. La entrega de los documentos señalados deberá efectuarse en los términos acordados por las partes;
3. Proceder a la evaluación y liquidación del siniestro, luego de recibida la notificación para la tramitación del mismo, conforme con lo establecido en las Condiciones Particulares de este contrato;
4. Pagar la suma asegurada o la indemnización que corresponda en caso de siniestro, en los plazos establecidos en este contrato o rechazar la cobertura del siniestro, mediante aviso por escrito y debidamente motivado;
5. Cumplir con todas y cada una de las obligaciones, responsabilidades y condiciones establecidas en los diferentes documentos que integran el contrato de seguro.

CLÁUSULA 71. MODIFICACIONES.

Las solicitudes de modificación y rehabilitación del contrato deben ser solicitadas a través de cualquier mecanismo acordado por las partes.

Se consideran aceptadas las solicitudes efectuadas por el Tomador o Asegurado, si el Asegurador no las rechaza dentro de los diez (10) días hábiles siguientes de haberlas recibido.

La modificación de la suma asegurada o del deducible requerirá siempre aceptación expresa de la otra parte. En caso contrario, se presumirá aceptada por el Asegurador con la emisión del Cuadro Póliza Recibo o recibo de prima en el que se modifique la suma asegurada o el deducible y, por el Tomador o Asegurado, con el pago de la diferencia de prima correspondiente, si la hubiere.

Si la modificación propuesta por el Asegurador es efectiva a partir de la renovación del contrato, debe ser comunicada al Tomador mediante comunicación impresa o a través de los mecanismos electrónicos acordados para ello, con acuse de recibo, en un plazo no menor a un (1) mes de anticipación a la conclusión del período de seguro en curso.

En caso de desacuerdo del Tomador, si el Asegurador decide mantener o renovar el contrato, deberá hacerlo bajo las mismas condiciones de suma asegurada y deducible vigentes al momento de la propuesta de modificación.



Las modificaciones se harán constar mediante Anexos, debidamente firmados por un representante del Asegurador y el Tomador, los cuales prevalecerán sobre las Condiciones Particulares y éstas sobre las Condiciones Generales de la Póliza.

Si la modificación requiere pago de prima adicional se aplicará lo dispuesto al respecto en este contrato.

El contrato de seguro puede ser rehabilitado a solicitud del Tomador. No se convendrá la rehabilitación, una vez transcurridos noventa (90) días continuos desde la fecha de resolución del contrato.

CLÁUSULA 72. AVISOS.

Todo aviso o comunicación que una parte deba dar a la otra respecto al contrato, se hará mediante comunicación impresa, con acuse de recibo, dirigida al domicilio principal o sucursal del Asegurador o a la dirección del Tomador, del Asegurado, del Beneficiario o de la persona que formuló el reclamo, según sea el caso, o a través de los medios electrónicos acordados por las partes.

Las comunicaciones relacionadas con la tramitación de siniestros que sean entregadas al intermediario de la actividad aseguradora producen el mismo efecto que si hubiesen sido entregadas a la otra parte.

El intermediario de la actividad aseguradora será administrativa y civilmente responsable en caso de que no haya entregado la correspondencia a su destinatario en un plazo de tres (3) días hábiles, contados a partir de su recepción.

CLÁUSULA 73. DOMICILIO ESPECIAL.

Para todos los efectos y consecuencias derivadas o que puedan derivarse de este contrato, las partes eligen como domicilio especial, único y excluyente de cualquier otro, el lugar donde se celebró el contrato de seguros, a cuya Jurisdicción declaran someterse las partes.

CONDICIONES PARTICULARES

CLÁUSULA 1. DEFINICIONES PARTICULARES.

A los efectos de este contrato, queda expresamente convenido entre las partes que los siguientes términos tendrán los significados que se indican, siendo que el género masculino incluirá también al femenino, cuando corresponda, salvo que del texto de este contrato se desprenda una interpretación diferente:

Accidente: Suceso violento, súbito, externo y ajeno a la intencionalidad del Tomador, Asegurado o Beneficiario, que le cause al Asegurado lesiones corporales.

Asalto o Atraco: Se refiere al hecho o intento de apoderarse de bienes utilizando la violencia o la amenaza de causar daños inminentes a las personas.

Boleto de Viaje: Documento emitido por el Tomador a nombre de una persona natural, mediante el cual se obliga a transportar a ésta, por el pago de una tarifa, de una ciudad o centro poblado a su destino en otra. El Tomador está obligado a



indicar en este documento la denominación social del Asegurador, así como las coberturas y sumas aseguradas contratadas bajo esta Póliza.

Emergencia Médica: Condición que compromete la vida o la integridad física del Asegurado, cuya atención no puede ser diferida y su diagnóstico ha sido hecho por un médico calificado de la institución hospitalaria prestadora de los servicios de salud.

Equipaje: Conjunto de efectos de uso o consumo personal del Ocupante contenido en maletas o bultos. Para efectos de este contrato no se considerarán como equipaje los bolsos de mano y los objetos destinados al abrigo, adorno o uso personal que el Ocupante lleve consigo y mantenga bajo su custodia durante el viaje.

Fecha de salida del viaje: Día y hora de inicio del viaje, especificada en el respectivo boleto de viaje.

Fecha de llegada del viaje: Día y hora de término del viaje, especificada en el boleto de viaje.

Funeraria: Empresa autorizada para suministrar servicios funerarios.

Hurto: Se refiere al acto de apoderarse de los bienes, sin intimidar a las personas o sin utilizar medios violentos para entrar o salir del sitio donde se encuentren los bienes.

Institución Hospitalaria: Establecimiento permanente con permiso sanitario vigente para suministrar asistencia médica, autorizado por el organismo público competente. No serán consideradas instituciones hospitalarias para los efectos de esta Póliza, lugares de descanso, geriátricos, spas, hidroclínicas y cualquier institución que suministre tratamientos similares, centros exclusivos para tratamiento de farmacodependientes, de dipsómanos (alcohólicos), enfermos mentales o desórdenes de conducta, ni lugares donde se proporcionen tratamientos naturistas, terapias alternativas y acupuntura.

Lesión: Daño corporal sufrido por el Asegurado como consecuencia de un accidente cubierto por la Póliza.

Lista de pasajeros: Documento emitido por el Tomador en el que se detalla su denominación social, la identificación de los pasajeros que realizan el viaje, de los operadores y de la unidad de transporte público de pasajeros, así como el origen y destino del viaje.

Medicamento necesario: Conjunto de medidas o procedimientos ordenados y suministrados por un médico o institución hospitalaria, que se ponen en práctica para el tratamiento, curación o alivio de una enfermedad o lesión, bajo las siguientes características:

1. Que sea apropiado para el diagnóstico y tratamiento de la lesión del Asegurado;
2. Que sea congruente con las normas profesionales aceptadas en la práctica de la medicina en la República Bolivariana de Venezuela y por la Federación Médica Venezolana;
3. Que el nivel de servicio o suministro sea idóneo y pueda ser proporcionado sin riesgo para el Asegurado;



4. Que no sea primordialmente para el confort o la conveniencia personal del Asegurado, de su familia o de su Médico.

Médico: Profesional de la medicina titulado e inscrito en el Ministerio con competencia en materia de salud o en la institución que legalmente corresponda, acreditado conforme a la ley para ejercer la profesión médica en el país.

Ocupante: Persona natural que realiza un viaje en la unidad de transporte público de pasajeros, como operador o como pasajero, identificada en la respectiva lista de pasajeros.

Operador: Persona destinada a la conducción de la Unidad de Transporte Público de Pasajeros o a la atención de los pasajeros.

Pasajero: Persona natural, usuaria del servicio de transporte, portadora de un boleto de viaje emitido a su nombre. A cada puesto de la unidad de transporte público de pasajeros le corresponderá un boleto de viaje. Los menores que viajen en brazos de sus representantes legales, serán considerados pasajeros, siempre que estén identificados en la respectiva lista de pasajeros.

Prótesis: Dispositivo o aparato diseñado para reemplazar una parte faltante del cuerpo o para hacer que una parte del cuerpo trabaje mejor.

Robo: Se refiere al acto de apoderarse de bienes, utilizando medios violentos para entrar o salir del sitio donde se encuentren, siempre que queden huellas visibles de tales hechos.

Rutas Interurbanas: Las definidas de conformidad con lo previsto en las resoluciones emanadas por los organismos competentes, mediante la cual se establece la tarifa utilizada por los Prestadores del Servicio Público de Transporte Terrestre de Pasajeros y Pasajeras para rutas interurbanas.

Tratamiento médico: Conjunto de medidas o procedimientos realizados u ordenados por un médico que se ponen en práctica para la curación o alivio de una enfermedad o lesión, incluyendo medicamentos prescritos, insumos o prótesis.

Unidad de transporte público de pasajeros: Vehículo terrestre al cual el organismo competente le ha otorgado la Certificación de Prestación de Servicio de transporte público de pasajeros en rutas interurbanas.

CLÁUSULA 2. COBERTURAS AMPARADAS.

El Asegurador conviene en indemnizar al Asegurado o al Beneficiario, según corresponda, hasta la suma asegurada contratada, para las siguientes coberturas:

2.1. MUERTE ACCIDENTAL: Si como consecuencia directa y exclusiva de un accidente amparado por este contrato, incluyendo asalto o atraco, robo, hurto o intento de cometerlos, y dentro del plazo de trescientos sesenta y cinco (365) días continuos, contados a partir de la fecha de su ocurrencia, al Asegurado le sobreviene la muerte, el Asegurador pagará la suma asegurada de esta cobertura, indicada en el Cuadro Póliza Recibo y en el Certificado Individual de Seguro, si fuere el caso.

2.2. INVALIDEZ PERMANENTE: Si como consecuencia directa y exclusiva de un accidente amparado por este contrato, incluyendo asalto o atraco,



robo, hurto o intento de cometerlos, y dentro del plazo de trescientos sesenta y cinco (365) días continuos, contados a partir de la fecha de su ocurrencia, el Asegurado sufre cualquier invalidez de las mencionadas en la Escala de Indemnizaciones, el Asegurador pagará la cantidad resultante de aplicar el porcentaje estipulado en la referida escala a la suma asegurada de esta cobertura, indicada en el Cuadro Póliza Recibo y en el Certificado Individual de Seguro, si fuere el caso.

ESCALA DE INDEMNIZACIONES	
TIPO DE INVALIDEZ	% DE INDEMNIZACIÓN
Enajenación mental incurable o pérdida de la conciencia.	100
Ceguera absoluta.	100
Pérdida total de la audición y del habla.	100
Lesiones incurables de la médula espinal que impida por completo el movimiento.	100
Pérdida o inutilización de ambos brazos, manos, piernas o pies, o de un brazo o una mano y de una pierna o pie.	100
PÉRDIDA TOTAL O INUTILIZACIÓN ABSOLUTA	
Un ojo con disminución de la agudeza visual del otro en más de un 50%, siempre que ésta sea incorregible.	75
Un ojo con enucleación.	35
Un ojo sin enucleación.	25
Reducción de la visión de ambos ojos en más de 50%.	50
Sordera bilateral.	50
Sordera unilateral.	25
Trastornos graves en las articulaciones de ambos maxilares.	15
Del olfato o del gusto.	5
Del uso de la cadera.	30
Una de las piernas por encima de la rodilla.	60
Una de las piernas por debajo de la rodilla o de un pie.	50
Del uso de la rodilla.	25
Del dedo gordo del pie.	10
Cualquier otro dedo del pie.	5
Un brazo o una mano.	60
Un dedo pulgar.	20
Un dedo índice.	15



Un dedo medio.	10
Un dedo anular.	8
Un dedo meñique.	7
Del uso del hombro.	30

Por pérdida total o inutilización absoluta se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o por la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano lesionado.

Cuando la pérdida o inutilización sea parcial, la indemnización que hubiese correspondido por pérdida total o inutilización absoluta será disminuida en forma proporcional.

La invalidez no contemplada en la escala anterior, será indemnizada según su gravedad y en comparación con las mencionadas en la escala. En caso de varios tipos de invalidez como consecuencia del mismo accidente, la indemnización resultante se calculará sumando los porcentajes correspondientes a cada invalidez, sin exceder la suma asegurada. Cuando el monto a indemnizar alcance o exceda el ochenta por ciento (80%), el Asegurador indemnizará la suma asegurada de esta cobertura.

En los casos de enajenación mental, parálisis, pérdida del habla y sordera, se requiere que hayan tenido una duración ininterrumpida no menor de ciento ochenta (180) días desde la fecha del accidente y, a juicio del organismo competente, sean declaradas irreparables.

Cuando varios tipos de invalidez afecten a un mismo miembro u órgano, éstas no se acumularán entre sí y el Asegurador indemnizará el porcentaje correspondiente a la mayor invalidez.

La pérdida de miembros u órganos ya incapacitados antes del accidente será indemnizada en la medida que constituya una agravación de la invalidez anterior, siempre que los dictámenes médicos así lo demuestren, y únicamente por la diferencia entre el grado de invalidez que presentare antes y después del accidente.

La evaluación de lesiones de miembros u órganos sanos sufridas en un accidente, no puede ser aumentada por el estado de invalidez de otros miembros u órganos no afectados por el accidente.

- 2.3. GASTOS MÉDICOS:** Si como consecuencia directa y exclusiva de un accidente amparado por este contrato, incluyendo asalto o atraco, robo, hurto o intento de cometerlos, el Asegurado requiere asistencia médica dentro del plazo de trescientos sesenta y cinco (365) días continuos, contados a partir de la fecha de su ocurrencia, el Asegurador pagará los gastos hasta la suma asegurada de esta cobertura, indicada en el Cuadro Póliza Recibo y en el Certificado Individual de Seguro, si fuere el caso.



Están cubiertos los gastos generados por tratamiento médico, intervención quirúrgica (incluyendo el tratamiento postoperatorio), servicios hospitalarios, procedimiento médico, medicamentos, suministros, equipos e instrumentos especiales, medicamente necesarios para la atención de las alteraciones a la salud del Asegurado amparadas por la Póliza, incluyendo los causados por servicios de ambulancia.

- 2.4. SERVICIOS FUNERARIOS:** Si como consecuencia directa y exclusiva de un accidente amparado por este contrato, incluyendo asalto o atraco, robo, hurto o intento de cometerlos, y dentro del plazo de trescientos sesenta y cinco (365) días continuos, contados a partir de la fecha de su ocurrencia, al Asegurado le sobreviene la muerte, el Asegurador pagará la suma asegurada de esta cobertura, indicada en el Cuadro Póliza Recibo y en el Certificado Individual de Seguro, si fuere el caso.

A los efectos de esta cobertura, se consideran servicios funerarios los gastos referentes a:

2.4.1 Beneficios por Cremación:

- Beneficios Básicos
- Servicio de Cremación.
- Bendición y encoframiento de las cenizas.
- Nicho de columbario en las localidades donde esté disponible.

2.4.2 Beneficios por Inhumación:

- Beneficios Básicos.
- Ataúd.
- Gastos del Servicio de Inhumación.
- Derechos de lápida.
- Parcela en un cementerio.

Se entenderán por Beneficios Básicos los siguientes gastos por servicios funerarios:

- Preparación y arreglo del fallecido.
- Servicio de Capilla (máximo 24 horas).
- Servicio de Cafetín.
- Una (1) Habitación de descanso.
- Oficios religiosos.
- Un (1) Arreglo Floral.
- Carroza fúnebre para el traslado del fallecido al lugar donde se efectuará el velorio.
- Carroza fúnebre para el sepelio.
- Dos (2) carros de acompañamiento para el sepelio.
- Traslado del difunto dentro del Territorio Nacional, desde el lugar del fallecimiento hasta el lugar donde se prestará el servicio funerario.
- Traslado de implementos funerarios al domicilio en caso de no utilizar la sala velatoria de la funeraria.



- **Asesoramiento al Asegurado o a sus familiares en las diligencias de Ley para la obtención del Certificado y Partida de Defunción, Permisos de Prefectura y Sanidad en caso de utilizar los servicios de asistencia funeraria ofrecidos por el Asegurador.**

2.5. PÉRDIDA DE EQUIPAJE: El Asegurador pagará la pérdida o daño del equipaje, contenido en la maleta o bulto a la que tiene derecho a trasladar el Asegurado, sin costo adicional, en la unidad de transporte público de pasajeros, que ocurra como consecuencia de accidente, incluyendo asalto o atraco, robo, hurto o intento de cometerlos.

El Asegurador indemnizará la suma asegurada indicada en el Cuadro Póliza Recibo y en el Certificado Individual de Seguro, si fuera el caso. No obstante, si el Asegurado efectuó la declaración formal del valor de su equipaje al Tomador, el Asegurador pagará hasta el doble de la suma asegurada contratada para esta cobertura.

Queda entendido que la suma asegurada de esta cobertura es aplicable por cada Ocupante (Pasajero u Operador), pero la responsabilidad del Asegurador por pérdida o daño del equipaje de los Operadores no se extenderá, en caso alguno, al doble de la suma asegurada.

CLÁUSULA 3. ALCANCE DE LAS COBERTURAS.

- 1. Coberturas de Muerte Accidental, Invalidez Permanente, Gastos Médicos y Servicios Funerarios:** Están amparados los accidentes, incluyendo asalto o atraco, robo, hurto o intento de cometerlos, ocurridos encontrándose el Asegurado en viaje en ruta interurbana en la unidad de transporte público de pasajeros o subiendo o bajando de la misma, así como en los lugares de la ruta donde se esté reparando la unidad de transporte público de pasajeros por quedar inmovilizada por avería o en los cuales se efectúen paradas para descanso o ingerir alimentos. Los efectos de estas coberturas inician en el momento en que el Asegurado se encuentre subiendo a la unidad de transporte público de pasajeros y terminan cuando el Asegurado se haya bajado de la misma por su llegada al lugar de destino.
- 2. Cobertura de Pérdida de Equipaje:** Están amparados los accidentes, incluyendo asalto o atraco, robo, hurto o intento de cometerlos, ocurridos mientras el equipaje se encuentre bajo el cuidado, custodia y control del Tomador, en sus instalaciones o en la unidad de transporte público de pasajeros en la cual el Asegurado realiza el viaje.

CLÁUSULA 4. EXCLUSIONES PARTICULARES.

Esta Póliza no cubre reclamos como consecuencia de sucesos o eventos derivados de:

- 1. Lesiones que se ocasione el Asegurado por su participación activa en actos delictivos, motín, conmoción civil, disturbios populares, saqueos, disturbios laborales o conflictos de trabajo;**
- 2. Terremoto, temblor de tierra, maremoto, tsunami, inundación,**



- movimientos de masas, flujos torrenciales, huracanes, tornado, tifón, ciclón, eventos climáticos, granizo, erupción volcánica o cualquier otra convulsión de la naturaleza o perturbación atmosférica;
3. Lesiones que el Asegurado se ocasione intencionalmente, incluyendo el suicidio o su tentativa;
 4. Lesiones que se ocasione el Asegurado por encontrarse bajo la influencia de alcohol o de sustancias o drogas no prescritas medicamente;
 5. Lesiones que se ocasione el Asegurado por desvanecimiento, síncope, ataques de apoplejía, infarto coronario, epilepsia, sonambulismo o enajenación mental, convulsiones y roturas de aneurismas;
 6. Lesiones que se ocasione el Asegurado por su participación activa en duelos o riñas, a menos que se compruebe que no han sido provocados por él o que éste actuó en legítima defensa;
- Asimismo, esta Póliza no ampara:
7. Honorarios médicos como consecuencia de cualquier tratamiento proporcionado por un médico o enfermera que tenga parentesco con el Tomador o el Asegurado, dentro del segundo grado de consanguinidad o afinidad, o que viva con éstos;
 8. Pérdida o daños de bienes con fines comerciales.

CLÁUSULA 5. OTRAS EXONERACIONES DE RESPONSABILIDAD.

El Asegurador no estará obligado al pago de la indemnización en los siguientes casos:

1. Si no se efectúa la reclamación o no se entregue la documentación exigida en los lapsos indicados en la Cláusula 7. Procedimiento en Caso de Activación de las Coberturas, de estas Condiciones Particulares, salvo por causa extraña no imputable al obligado;
2. Si el siniestro ha sido ocasionado por dolo del Pasajero o del Beneficiario. En este supuesto, el Asegurador quedará relevado de su obligación de indemnizar, únicamente con respecto al Pasajero o Beneficiario que haya actuado con dolo;
3. Si el siniestro ha sido ocasionado por culpa grave del Pasajero o del Beneficiario. En este supuesto, el Asegurador quedará relevado de su obligación de indemnizar, únicamente con respecto al Pasajero o Beneficiario que haya actuado con culpa grave. No obstante, el Asegurador estará obligado al pago de la indemnización si el siniestro ha sido ocasionado en cumplimiento de deberes legales de socorro o en tutela de intereses comunes con el Asegurador en lo que respecta a la Póliza;
4. En lo que se refiere a las coberturas de Gastos Médicos, Servicios Funerarios y Pérdida de Equipaje, cuando las facturas presentadas no cumplan con los requisitos y exigencias del Servicio Nacional Integrado de Administración Aduanera y Tributaria (SENIAT);
5. En el caso de la cobertura de Pérdida de Equipaje, si el Tomador o Asegurado, intencionalmente omitiere dar aviso al Asegurador de la



existencia de otros seguros que cubran la pérdida de equipaje, o si se hubiese celebrado el segundo o los posteriores seguros con el fin de procurarse un provecho ilícito, de conformidad con lo previsto en la Cláusula 13.- Pluralidad de Seguros, de las Condiciones Generales de este contrato;

6. En el caso de las coberturas de Gastos Médicos y Pérdida de Equipaje, si el Tomador, Asegurado o Beneficiario incumpliere lo establecido en la Cláusula 16.- Subrogación de Derechos en caso de Gastos Médicos y Pérdida de Equipaje de las Condiciones Generales de este contrato, a menos que compruebe que el incumplimiento sea debido a una causa extraña no imputable a él.

CLÁUSULA 6. ACCION DE REPETICION

El Asegurador tendrá derecho a repetir del Tomador las cantidades pagadas al Asegurado cuando:

1. Si el accidente ocurre como consecuencia del incumplimiento por parte del Operador de la unidad de transporte público de pasajeros, o del Tomador, del ordenamiento jurídico en materia de transporte público;
2. Si el accidente hubiere sido ocasionado por encontrarse cualquier Operador de la unidad de transporte público de pasajeros en estado de embriaguez, ingiriendo bebidas alcohólicas, o bajo los efectos de sustancias o drogas depresoras, estimulantes o alucinógenas;
3. Si el siniestro ha sido ocasionado por dolo del Operador de la unidad de transporte público de pasajeros;
4. Si el siniestro ha sido ocasionado por culpa grave del Operador de la unidad de transporte público de pasajeros. No obstante, el Asegurador estará obligado al pago de la indemnización si el siniestro ha sido ocasionado en cumplimiento de deberes legales de socorro o en tutela de intereses comunes con el Asegurador en lo que respecta a la Póliza;
5. Si el accidente se produce como consecuencia de la infracción de estipulaciones reglamentarias sobre el peso, medidas y disposición de la carga, del número de ocupantes, o forma de acomodarlos, o debido a que la unidad de transporte público de pasajeros excedía el número de pasajeros que figura en el correspondiente documento o registro de propiedad. No se considera exceso de pasajeros los menores que viajen en brazos de sus representantes legales;
6. Cuando el Operador de la unidad de transporte público de pasajeros carezca de la licencia de conducir que lo habilite o si este documento se encuentra revocado, anulado, suspendido o vencido.
7. Cuando el Operador de la unidad de transporte público de pasajeros no cumpla con la edad mínima requerida para conducir el tipo de vehículo, según las normas de clasificación de la licencia para conducir, establecidas en la Ley, aun cuando se le haya otorgado un permiso especial para conducir;
8. Si el Operador de la unidad de transporte público de pasajeros no está autorizado legalmente para tal actividad o sea sordo, carezca de algún



- brazo, mano o pie o lo tenga incapacitado para su uso, o tenga parálisis parcial de carácter permanente o no;
9. Si el Operador de la unidad de transporte público de pasajeros no cumple con el ordenamiento jurídico en materia de transporte público, en lo que respecta al tiempo de conducción y descanso.
 10. Cuando la unidad de transporte público de pasajeros se encuentre tomando parte en competencias, piques o carreras;
 11. Cuando el Operador de la unidad de transporte público de pasajeros cambie la ruta establecida para el viaje, salvo por causa extraña que no le sea imputable;
 12. Cuando el Tomador no mantenga la unidad de transporte público de pasajeros en las condiciones adecuadas de seguridad y buen funcionamiento exigidos en la regulación en materia de transporte terrestre;
 13. Si para el momento de la ocurrencia del accidente la unidad de transporte público de pasajeros carecía de la Certificación de Prestación de Servicio de Transporte Público de Pasajeros en rutas interurbanas.

CLÁUSULA 7. PROCEDIMIENTO EN CASO DE ACTIVACIÓN DE LAS COBERTURAS.

En caso de reclamación por cualquier siniestro, se tomará en cuenta lo siguiente:

I. POR PAGO DE LA PRESTACIÓN O REEMBOLSO.

El Beneficiario debe notificar el siniestro al Asegurador en un plazo máximo de diez (10) días hábiles siguientes a la fecha en que tenga conocimiento de su ocurrencia.

Dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la fecha de notificación, deberá suministrar cumplimentados, los formularios de declaración de siniestro proporcionados por el Asegurador, conjuntamente con los siguientes documentos, según sea el caso:

1. Cobertura de Muerte Accidental:

- 1.1. Cédula de identidad, pasaporte o partida de nacimiento del Asegurado;
- 1.2. Boleto de viaje o comprobante de su adquisición;
- 1.3. Acta o Certificado de Defunción del Asegurado fallecido;
- 1.4. Certificado de la Medicatura Forense;
- 1.5. Cédula de identidad, pasaporte o partida de nacimiento del Beneficiario;
- 1.6. En caso de que el Beneficiario sea niño, niña o adolescente, oficio mediante el cual el tribunal competente autorice a su representante legal a recibir el pago de la indemnización;
- 1.7. Declaración de Únicos y Universales Herederos, si fuere el caso;
- 1.8. Declaración de los hechos por parte del Beneficiario, con indicación de las circunstancias del accidente; así como de los testigos, si los hubiere;



1.9. Denuncia ante las autoridades competentes, si el fallecimiento es consecuencia de asalto o atraco, robo, hurto o intento de cometerlos;

El Asegurador se reserva el derecho de solicitar la autopsia o la exhumación del cadáver, de conformidad con lo establecido en la normativa prevista para ello, con la finalidad de determinar las causas de la muerte. Todos los gastos que se produzcan con ocasión de la autopsia o la exhumación del cadáver serán pagados por el Asegurador.

2. Cobertura de Invalidez Permanente:

2.1. Cédula de identidad, pasaporte o partida de nacimiento del Asegurado;

2.2. Boleto de viaje o comprobante de su adquisición;

2.3. Certificado médico de incapacidad, especificando el tipo y grado de invalidez, emitido por el organismo competente;

2.4. Declaración de los hechos por parte del Asegurado, con indicación de la fecha, hora, lugar y circunstancias del accidente; así como de los testigos, si los hubiere;

2.5. Denuncia ante las autoridades competentes, si la invalidez es consecuencia de asalto o atraco, robo, hurto o intento de cometerlos.

3. Cobertura de Gastos Médicos:

3.1. Cédula de identidad, pasaporte o partida de nacimiento del Asegurado;

3.2. Boleto de viaje o comprobante de su adquisición;

3.3. Cédula de identidad, pasaporte o Registro único de Información Fiscal (R.I.F.) del Beneficiario;

3.4. Facturas de los gastos incurridos emitidos por el proveedor del servicio médico, acompañadas de los récipes, informes médicos y exámenes practicados con sus respectivos resultados, así como de cualquier otra documentación relacionada con los servicios recibidos;

3.5. Declaración de los hechos por parte del Asegurado, con indicación de la fecha, hora, lugar y circunstancias del accidente; así como de los testigos, si los hubiere;

3.6. Denuncia ante las autoridades competentes, si las lesiones son consecuencia de asalto o atraco, robo, hurto o intento de cometerlos;

4. Cobertura de Servicios Funerarios:

4.1. Cédula de identidad, pasaporte o partida de nacimiento del Asegurado;

4.2. Boleto de viaje o comprobante de su adquisición;

4.3. Cédula de identidad, pasaporte o Registro único de Información Fiscal (R.I.F.) del Beneficiario;

4.4. Acta o Certificado de Defunción del Asegurado;

4.5. Certificado de la Medicatura Forense;



- 4.6. Facturas de los gastos por servicios funerarios prestados y pagados por el Beneficiario a la Funeraria;
 - 4.7. Declaración de los hechos por parte del Beneficiario, con indicación de las circunstancias del accidente, así como de los testigos, si los hubiere;
 - 4.8. Denuncia ante las autoridades competentes, si el fallecimiento es consecuencia de asalto o atraco, robo, hurto o intento de cometerlos.
- 5. Cobertura de Pérdida de Equipaje:**
- 5.1. Cédula de identidad, pasaporte o partida de nacimiento del Asegurado;
 - 5.2. Reclamación por la pérdida o daño del equipaje presentada por el Asegurado ante el Tomador;
 - 5.3. Cédula de identidad, pasaporte o Registro único de Información Fiscal (R.I.F.) del Beneficiario;
 - 5.4. Ticket o Comprobante de la maleta o bulto emitido por el Tomador;
 - 5.5. Comprobante de la declaración efectuada por el Asegurado del valor de su equipaje ante el Tomador, si fuere el caso;
 - 5.6. Documento que demuestre el pago efectuado al Asegurado, acompañado de los soportes que justifiquen el monto pagado, si fuera el caso;
 - 5.7. Denuncia ante las autoridades competentes, en caso de asalto o atraco, robo, hurto o intento de cometerlos.

Independientemente de la cobertura activada, el Tomador deberá entregar, en un plazo de quince (15) días hábiles siguientes, contados a partir de la fecha de la notificación del siniestro, los documentos indicados a continuación:

- a) Lista de pasajeros;
- b) Declaración de los hechos por parte del Tomador con indicación de la fecha, hora, lugar y circunstancias del accidente; así como de los testigos, si los hubiere;
- c) Informe de las autoridades que intervinieron en el hecho, si fuere el caso;
- d) Documentos que demuestren que el Tomador efectuó algún pago a los Beneficiarios, si fuera el caso.

El Asegurador podrá solicitar, sólo en una (1) oportunidad, en función de la información suministrada por el Tomador, Asegurado o Beneficiario, nuevos recaudos para la evaluación del siniestro y la determinación del pago que pudiera corresponder, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la entrega de los recaudos inicialmente solicitados. El Tomador, Asegurado o Beneficiario tendrá un lapso de treinta (30) días hábiles, contados desde la fecha de recepción de la solicitud, para entregar los nuevos recaudos solicitados, salvo por causa extraña no imputable al Tomador, Asegurado o Beneficiario.

El Asegurador, a su costo, tendrá derecho y la oportunidad de examinar al Asegurado durante la tramitación de una reclamación bajo esta Póliza.



II. POR PAGO DIRECTO AL PROVEEDOR DEL SERVICIO.

1. Cobertura de Gastos Médicos en caso de Emergencia Médica:

Si el Asegurado requiere atención por emergencia médica, el Asegurador debe informar de forma inmediata a la Institución Hospitalaria, que el Asegurado se encuentra amparado por esta Póliza.

2. Cobertura de Gastos Médicos en caso de Carta Aval:

El Asegurado, deberá suministrar al Asegurador:

- 2.1. Cédula de identidad, pasaporte o partida de nacimiento del Asegurado;
- 2.2. Boleto de viaje o comprobante de su adquisición;
- 2.3. Cédula de identidad, pasaporte o Registro único de Información Fiscal (R.I.F.) del Beneficiario;
- 2.4. Declaración de los hechos por parte del Asegurado, con indicación de la fecha, hora, lugar y circunstancias del accidente; así como de los testigos, si los hubiere;
- 2.5. Denuncia ante las autoridades competentes, si las lesiones son consecuencia de asalto o atraco, robo, hurto o intento de cometerlos;
- 2.6. Presupuesto detallado de los gastos médicos por los productos y los servicios a ser prestados, así como los resultados de los exámenes preoperatorios y el informe médico donde se señale el diagnóstico, el tratamiento médico o la intervención quirúrgica a efectuarse.

El Asegurado deberá remitir estos documentos, con al menos diez (10) días hábiles de anticipación a la fecha en que deba realizarse el tratamiento médico o la intervención quirúrgica.

El Asegurado queda relevado de consignar los documentos mencionados en los numerales 2.1. al 2.5., si estos hubiesen sido suministrados al Asegurador con anterioridad.

El Asegurador podrá solicitar, a su costo, una segunda evaluación médica o documentos adicionales a los descritos anteriormente, en una sola oportunidad. La solicitud debe efectuarse como máximo dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a la fecha en que se entregó el último de los documentos requeridos en el párrafo anterior. En este supuesto, se establece un plazo de cinco (5) días hábiles para que el Asegurado se someta a la segunda evaluación médica o para que sean consignados los nuevos recaudos solicitados por el Asegurador, según sea el caso, contados a partir de la fecha de solicitud. El Asegurador está obligado a ofrecer un listado de por lo menos tres (3) médicos especialistas, con la finalidad de que el Asegurado escoja quién efectuará la evaluación médica.

El Asegurador se compromete a entregar la Carta Aval al Asegurado dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha en que fueron consignados los documentos antes mencionados y se hubiere concluido la evaluación médica,



si fuere el caso.

El Asegurador utilizará todos los mecanismos necesarios para procurar que el Asegurado reciba atención inmediata.

El Asegurado tiene el derecho a escoger libremente el proveedor que le prestará los servicios o suministros garantizados por este contrato, salvo aquellas en aquellas coberturas que por su naturaleza deban ser garantizadas exclusivamente por un proveedor específico. El Asegurador podrá suscribir contratos con proveedores que aseguren la prestación de estos servicios o suministros. En este supuesto, indicará trimestralmente, mediante avisos colocados en cada una de sus oficinas de atención al público y en los medios de información electrónicos, los referidos proveedores.

El Asegurado autoriza al médico tratante y a la Institución Hospitalaria para dar información acerca de su estado físico, historia clínica y demás circunstancias que originaron la reclamación.

3. Cobertura de Servicios Funerarios:

Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado, la persona interesada podrá solicitar al Asegurador, la prestación del servicio funerario. El Asegurador utilizará todos los mecanismos necesarios para procurar la prestación del servicio.

El interesado deberá presentar al Asegurador los siguientes recaudos:

- 3.1. Cédula de identidad, pasaporte o partida de nacimiento del Asegurado;
- 3.2. Boleto de viaje o comprobante de su adquisición;
- 3.3. Cédula de identidad, pasaporte o Registro único de Información Fiscal (R.I.F.) del Beneficiario;
- 3.4. Acta o Certificado de Defunción del Asegurado;
- 3.5. Certificado de la Medicatura Forense;
- 3.6. Declaración de los hechos por parte de la persona interesada, con indicación de las circunstancias del accidente, así como de los testigos, si los hubiere;
- 3.7. Denuncia ante las autoridades competentes, si el fallecimiento es consecuencia de asalto o atraco, robo, hurto o intento de cometerlos.

Si el Asegurador, debido a una causa extraña no imputable, no pudiere gestionar la prestación del servicio funerario o si existiere un remanente entre la suma asegurada y el costo del servicio funerario, el pago de la prestación será efectuado de acuerdo con lo indicado en el apartado I. Por Pago de la Prestación o Reembolso.

Independientemente de la cobertura activada, el Asegurador solicitará al Tomador, los documentos indicados a continuación:

- a) Lista de pasajeros;
- b) Declaración de los hechos por parte del Tomador con indicación de la fecha, hora, lugar y circunstancias del accidente; así como de los



testigos, si los hubiere;

- c) Informe de las autoridades que intervinieron en el hecho, si fuere el caso;
- d) Documentos que demuestren que el Tomador efectuó algún pago a los Beneficiarios, si fuera el caso.

El Tomador deberá entregar la documentación solicitada en un plazo de dos (2) días hábiles, contados a partir de la fecha de la solicitud.

CLÁUSULA 8. BENEFICIARIOS.

Las personas indicadas a continuación, tendrán derecho a recibir el pago a que hubiere lugar, según la cobertura activada:

1. **Cobertura de Muerte Accidental:** El Asegurador pagará la suma asegurada convenida a los Herederos Legales del Asegurado, en la proporción que le corresponda a cada uno de acuerdo a la normativa legal aplicable;
La cualidad de Beneficiario no tendrá efectos si éste atentase contra la vida o integridad personal del Asegurado o fuere declarado cómplice del hecho, mediante sentencia definitivamente firme;
2. **Cobertura de Invalidez Permanente:** El Asegurador pagará la indemnización al Asegurado;
3. **Cobertura de Gastos Médicos:** El Asegurador pagará la indemnización a la persona que demuestre haber efectuado los gastos o al proveedor del servicio, según sea el caso;
4. **Cobertura de Servicios Funerarios:** El Asegurador pagará la indemnización a la persona que demuestre haber efectuado los gastos o al proveedor del servicio, según sea el caso;
Adicionalmente, para la cobertura de Servicios Funerarios, si existiere un remanente entre la suma asegurada y el monto erogado en el servicio funerario, será pagado según lo señalado en el número 1 de esta Cláusula;
5. **Cobertura de Pérdida de Equipaje:** El Asegurador pagará la indemnización al Tomador; no obstante, éste podrá autorizar al Asegurado para que formule la reclamación directamente al Asegurador.

CLÁUSULA 9. PERITAJE.

Cuando el Beneficiario no esté de acuerdo con el monto de la indemnización, la calificación o la evaluación de una invalidez, las partes podrán convenir un peritaje sometiéndose al siguiente procedimiento:

1. Nombrar por escrito un Perito Único de común acuerdo entre las partes;
2. En caso de desacuerdo sobre la designación del Perito Único, se nombrarán por escrito dos (2) Peritos, uno (1) por cada parte, en el plazo de un (1) mes calendario a partir del día en que una de las partes haya requerido a la otra dicha designación;
3. Si el Asegurado se negare a designar o dejare de nombrar el Perito en el plazo estipulado, se entenderá desistido el procedimiento y el monto de la indemnización, la calificación o la evaluación de la invalidez, será la determinada por el Asegurador;
4. Si el Asegurador se negare a designar el Perito, corresponderá al



- Superintendente de la Actividad Aseguradora su nombramiento;
5. Si los dos Peritos así nombrados no llegaren a un acuerdo, el o los puntos de discrepancia serán sometidos al fallo de un tercer Perito nombrado por ellos, por escrito, y su apreciación agotará este procedimiento. En caso de desacuerdo, el tercer perito será nombrado por el Superintendente de la Actividad Aseguradora.

Los Peritos deberán dar su fallo por escrito dentro de un período de treinta (30) días continuos después de haber aceptado la designación. Los Peritos harán sus evaluaciones ateniéndose a la Escala de Indemnizaciones inserta en esta Póliza y a las condiciones del contrato. Los gastos de peritaje serán sufragados en partes iguales por el Asegurador y el Beneficiario.

El fallecimiento de cualquiera de los dos (2) Peritos que aconteciera en el curso de las operaciones de peritaje, no anulará ni mermará los poderes, derechos o atribuciones del Perito sobreviviente. Asimismo, si el Perito único o el Perito tercero fallecieren antes del dictamen final, la parte o los Peritos que le hubieren nombrado, según el caso, quedan facultados para sustituirlo por otro.

CLÁUSULA 10. DESAPARICIÓN DEL ASEGURADO.

Si en el curso de un viaje ocurriese un accidente que ocasione la desaparición de algún Asegurado por un período no inferior a un (1) año, contado este a partir de la fecha del accidente, y cumplido lo establecido en el artículo 438 del Código Civil, el Asegurador hará efectivo el pago establecido para la cobertura de Muerte Accidental.

Si posteriormente apareciera el Asegurado, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de la suma pagada y estará obligado a pagar los montos que correspondan a las coberturas de Gastos Médicos o Invalidez Permanente, resultantes del accidente, conforme con lo indicado en la Cláusula 6.- Procedimiento en caso de Activación de las Coberturas, de estas Condiciones Particulares.

CLÁUSULA 11. TRANSFERENCIA DE PASAJEROS ASEGURADOS A OTRO TRANSPORTE DEBIDO A UNA AVERÍA DURANTE UN VIAJE.

Si en el curso de un viaje ocurriese una avería que originare que la unidad de transporte público de pasajeros no pudiese continuar el viaje y el Asegurado tuviere que ser transferido a otra unidad de transporte público de pasajeros objeto de esta Póliza, el seguro cubierto por el boleto mantendrá todo su vigor y efecto hasta la terminación del viaje establecido.

CLÁUSULA 12. MOVIMIENTOS DE INGRESOS Y EGRESOS.

El Tomador se obliga a enviar al Asegurador la relación de solicitudes de ingresos y egresos de unidades de transporte público de pasajeros en el seguro.

El monto de la prima correspondiente a los ingresos será calculado a prorrata, por el período que falte por transcurrir hasta el próximo vencimiento de la póliza, contado a partir de la fecha de ingreso en la Póliza.

Con respecto a las unidades de transporte público de pasajeros que egresen del



seguro antes de la fecha de su vencimiento, el Asegurador calculará la prima del período que falte por transcurrir, de forma análoga al caso anterior.

Según sea el caso, el Asegurador cobrará o devolverá al Tomador el monto del ajuste de prima por ingresos o egresos en la Póliza, mediante la emisión y entrega del recibo de prima correspondiente, conjuntamente con una relación actualizada de las unidades de transporte público de pasajeros expuestas y los certificados individuales de seguro de los ingresos, si fuera el caso.

CLÁUSULA 13. ÁMBITO TERRITORIAL.

La cobertura de este contrato sólo ampara los accidentes ocurridos en viajes efectuados por las unidades de transporte público de pasajeros en rutas interurbanas de la República Bolivariana de Venezuela.

CLÁUSULA 14. DEFENSOR DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO.

El Tomador, Asegurado o Beneficiario que sienta vulneración de sus derechos, y requiera presentar cualquier denuncia, queja o reclamo, surgida con ocasión de este contrato de seguro, podrá acudir a la Unidad del Defensor del Asegurado del Asegurador o comunicarse a través de los mecanismos dispuestos para ello.

POR EL ASEGURADOR

EL TOMADOR

II

TARIFA	
PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES DE OCUPANTES DE VEHÍCULOS DE TRANSPORTE DE PASAJEROS EN RUTAS INTERURBANAS	
AMPARO	TASA ANUAL POR CADA MIL BOLÍVARES DE SUMA ASEGURADA – APLICABLE POR CADA PUESTO
MUERTE ACCIDENTAL	0,50
INVALIDEZ PERMANENTE	0,20
GASTOS MÉDICOS	1,45
SERVICIOS FUNERARIOS	0,50
AMPARO	TASA ANUAL POR CADA BOLÍVAR DEL COSTO DEL PASAJE - APLICABLE POR CADA PUESTO
PÉRDIDA DE EQUIPAJE	0,75



III

PÓLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES DE OCUPANTES DE VEHÍCULOS DE TRANSPORTE DE PASAJEROS EN RUTAS SUBURBANAS

Entre {RAZÓN SOCIAL DEL ASEGURADOR},{REGISTRO ÚNICO DE INFORMACIÓN FISCAL (R.I.F.)}, {DATOS DE REGISTRO MERCANTIL O REGISTRO SUBALTERNO}, que en adelante se denominará el Asegurador, representada por el ciudadano _____ en su carácter de _____, facultado según consta en documento inscrito ante la Notaría Pública _____, el ____ de _____ de _____, bajo el N° _____, Tomo _____, y el Tomador, identificado en el Cuadro Póliza Recibo, han convenido en suscribir el presente contrato de seguro, el cual está conformado y se regirá por las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, el Cuadro Póliza Recibo, la Solicitud de Seguro y los demás documentos que formen parte integrante del mismo.

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA 1. OBJETO DEL SEGURO.

Mediante este seguro el Asegurador se compromete a asumir los riesgos indicados en las Condiciones Particulares y anexos, si los hubiere, hasta la suma asegurada señalada en el Cuadro Póliza Recibo y, si fuera el caso, en el Certificado Individual de Seguro.

CLÁUSULA 2. DEFINICIONES GENERALES.

A los efectos de este contrato, queda expresamente convenido entre las partes que los siguientes términos tendrán los significados que se indican, siendo que el género masculino incluirá también al femenino, cuando corresponda, salvo que del texto de este contrato se desprenda una interpretación diferente:

1. **ASEGURADO:** Ocupante de una unidad de transporte de pasajeros en ruta suburbana, expuesto a los riesgos amparados por este contrato.
2. **ASEGURADOR:** {Indicar nombre completo del Asegurador} quien asume los riesgos cubiertos en este contrato.
3. **BENEFICIARIO:** Persona que tiene el derecho de recibir el pago de la indemnización a que hubiere lugar de ocurrir un siniestro.
4. **CONDICIONES PARTICULARES:** Aquellas que contemplan aspectos concretamente relativos a los riesgos que se aseguran.
5. **CUADRO PÓLIZA RECIBO:** Documento en el que se indica, como mínimo, la siguiente información: número de la Póliza; identificación completa del Asegurador y de su domicilio principal; identificación del representante del Asegurador, el carácter con el que actúa y los datos del documento donde consta su representación; identificación completa del Tomador y de su representante legal; Registro único de Información Fiscal (R.I.F.) del Tomador; dirección del



Tomador; duración del contrato; fecha de emisión del contrato; vigencia del recibo; coberturas y sumas aseguradas contratadas; monto y forma de pago de la prima; dirección de cobro; identificación del intermediario de la actividad aseguradora; y firmas del Asegurador y del Tomador. El Cuadro Póliza Recibo será entregado al Tomador conjuntamente con las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, los certificados individuales de seguro, los anexos, si los hubiere, y los demás documentos que formen parte integrante de la póliza. En la renovación, la obligación procederá para los nuevos documentos o para aquellos que hayan sido modificados.

6. **CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO:** Documento emitido por el Asegurador para cada unidad de transporte público de pasajeros objeto de este contrato, si fuere el caso, que contiene como mínimo: identificación del Tomador, identificación de la unidad de transporte de pasajeros, número de puestos, coberturas y sumas aseguradas contratadas y vigencia del certificado.
7. **DOCUMENTOS QUE FORMAN PARTE DEL CONTRATO DE SEGURO:** Las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, la Solicitud de Seguro, el Cuadro Póliza Recibo, los Certificados Individuales de Seguro, los anexos, si los hubiere, y los demás documentos que por su naturaleza formen parte del contrato.
8. **PARTES DEL CONTRATO DE SEGURO:** El Asegurador y el Tomador. Además de las personas señaladas, también forman parte del contrato de seguro, los Asegurados y los Beneficiarios.
9. **PRIMA:** Es la contraprestación que, en función de los riesgos amparados por esta Póliza, debe pagar el Tomador al Asegurador en virtud de la celebración del contrato.
10. **REPRESENTANTE:** Persona autorizada por el Asegurado para que en caso de siniestro, y con el único propósito de efectuar la tramitación correspondiente, actúe ante el Asegurador en sustitución de él.
11. **RIESGO:** Posible ocurrencia por azar de un acontecimiento que no dependa exclusivamente de la voluntad del Tomador, Asegurado o Beneficiario, que ocasione una necesidad económica, y cuya aparición real o existencia se previene y garantiza en este contrato.
12. **SINIESTRO:** Materialización del riesgo que da origen a la obligación de indemnizar por parte del Asegurador, que corresponda conforme al presente contrato.
13. **SOLICITUD DE SEGURO:** Cuestionario que proporciona el Asegurador, el cual contiene un conjunto de preguntas relativas a la identificación del Tomador y a los datos que puedan influir en la estimación del riesgo, que deben ser contestadas en su totalidad y con exactitud por el Tomador, constituyendo dicha declaración la base legal para la emisión del contrato de seguro. Adicionalmente, deberá contener el detalle de las coberturas que se pretenden contratar, distinguiendo las coberturas básicas de las opcionales, señalando expresamente que estas últimas no serán de obligatoria suscripción por parte del Tomador.
14. **SUMA ASEGURADA:** Límite máximo de responsabilidad del Asegurador por duración del contrato, accidente, Asegurado y cobertura contratada.



15. TOMADOR: Prestador de Servicio Público de Transporte Terrestre de Pasajeros y Pasajeras que contrata el seguro con el Asegurador, trasladándole los riesgos y obligándose al pago de la prima.

CLÁUSULA 3. EXCLUSIONES GENERALES

Esta póliza no cubre:

- 1. Pérdidas, gastos o daños que sean consecuencia o que se den en el curso de: guerra, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas (haya habido declaración de guerra o no), insubordinación militar, levantamiento militar, insurrección, rebelión, revolución, guerra civil, guerra intestina, poder militar o usurpación de poder, proclamación del estado de excepción, acto de terrorismo o acto de cualquier persona que actúe en nombre de o en relación con alguna organización que realice actividades dirigidas a la destitución por la fuerza del gobierno o influenciarlo mediante el terrorismo o la violencia.**
- 2. Pérdidas, gastos o daños que sean consecuencia de: fisión o fusión nuclear, radiaciones ionizantes y contaminantes radioactivos.**
- 3. Pérdidas, gastos o daños que sean consecuencia de: nacionalización, confiscación, incautación, requisa, comiso, embargo, expropiación, destrucción o daño por orden de cualquier gobierno o autoridad pública legalmente constituida o de facto, a menos que dicha destrucción sea ejecutada para detener la propagación de los daños causados por cualquier riesgo asegurado.**
- 4. Otras exclusiones que se establezcan en las Condiciones Particulares de la Póliza.**

CLÁUSULA 4. EXONERACIONES DE RESPONSABILIDAD.

El Asegurador no estará obligado al pago de la indemnización en los siguientes casos:

- 1. Si el Tomador, Asegurado o Beneficiario o cualquier persona que obre por cuenta de éstos presenta una reclamación fraudulenta o engañosa, o si en cualquier tiempo emplea medios o documentos engañosos o dolosos para sustentar una reclamación o para derivar otros beneficios relacionados con este contrato.**
- 2. Si el siniestro ha sido ocasionado por dolo del Tomador, Asegurado o Beneficiario.**
- 3. Si el siniestro ha sido ocasionado por culpa grave del Tomador, Asegurado o Beneficiario. No obstante, el Asegurador estará obligado al pago de la indemnización si el siniestro ha sido ocasionado en cumplimiento de deberes legales de socorro o en tutela de intereses comunes con el Asegurador en lo que respecta a este contrato.**
- 4. Si el siniestro se inicia antes de la duración del contrato y continúa después de que los riesgos hayan comenzado a correr por cuenta del Asegurador.**
- 5. Si el Tomador, Asegurado o Beneficiario no empleare los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del siniestro, siempre que este**



- incumplimiento se produjera con la manifiesta intención de perjudicar o engañar al Asegurador.
6. Si el Tomador actúa con dolo o culpa grave en la declaración de las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo, según lo señalado en la Cláusula 11. Declaraciones en la Solicitud de Seguro, de estas Condiciones Generales.
 7. Si el Tomador, Asegurado o Beneficiario intencionalmente omitiere dar aviso al Asegurador sobre la contratación de pólizas que cubran el mismo riesgo amparado por el presente contrato o si el Tomador hubiese celebrado el segundo o posteriores contratos de seguros, sobre los mismos riesgos, con el fin de procurarse un provecho ilícito.
 8. Si el Tomador, Asegurado o Beneficiario incumpliere lo establecido en la Cláusula 16. Subrogación de Derechos en caso de Gastos Médicos y Pérdida de Equipaje (en caso de Servicio Especial), de estas Condiciones Generales, a menos que compruebe que el incumplimiento es debido a una causa extraña no imputable a él.
 9. Si el Tomador, el Asegurado, el Beneficiario o cualquier persona que obre por cuenta de éstos, actuando con dolo o culpa grave, obstaculiza los derechos del Asegurador estipulados en este contrato.
 10. Otras exoneraciones de responsabilidad establecidas en las Condiciones Particulares de esta Póliza.

CLÁUSULA 5. DURACIÓN DEL CONTRATO.

La duración del contrato será anual y se hará constar en el Cuadro Póliza Recibo, con indicación de la fecha de emisión, la hora y día de su iniciación y vencimiento.

CLÁUSULA 6. PAGO DE LA PRIMA.

El Tomador debe pagar la primera prima anual en el plazo de diez (10) días continuos contados a partir de la fecha de inicio de la duración del contrato. Si la prima no es pagada o se hace imposible su cobro por causa imputable al Tomador en el plazo establecido, el Asegurador tendrá derecho a exigir el pago correspondiente o resolver el contrato, debiendo notificar al Tomador su decisión dentro de los tres (3) días hábiles siguientes. En caso de resolución, ésta tendrá efecto desde el inicio de la duración del contrato. Si el Asegurador no ejerce su derecho a resolver el contrato de seguro, no podrá negarse a recibir el pago de la prima vencida.

Si ocurriese un siniestro en el plazo convenido para el pago de la primera prima o en el plazo de tres (3) días previsto para la notificación de la decisión del Asegurador, indicados en el párrafo anterior, el Asegurador pagará la indemnización, siempre que el Tomador pague antes de su vencimiento la prima correspondiente.

El pago de la prima solamente conserva en vigor el contrato por el tiempo al cual corresponda dicho pago, según conste en el Cuadro Póliza Recibo.

Contra el pago de la prima, el Asegurador entregará al Tomador el Cuadro Póliza Recibo o recibo de prima correspondiente, firmado y sellado. La entrega de este



documento podrá efectuarse en forma impresa o a través de los mecanismos electrónicos previstos para ello y acordados por las partes que consten en la solicitud de seguro, con su acuse de recibo.

Las primas pagadas en exceso no darán lugar a responsabilidad alguna por parte del Asegurador por el exceso, sino única y exclusivamente al reintegro sin intereses del excedente, aun cuando aquellas hubieren sido aceptadas formalmente por el Asegurador.

CLÁUSULA 7. LUGAR Y MEDIO DE PAGO DE LAS PRIMAS.

Las primas correspondientes a este contrato serán pagadas directamente en las oficinas del Asegurador. No obstante, podrán ser pagadas bajo cualquier mecanismo o medio acordado por las partes.

El Asegurador podrá cobrar las primas a domicilio y dar aviso de sus vencimientos y, si lo hiciere, no sentará precedente de tal obligación y podrá suspender esta gestión en cualquier momento, previo aviso.

CLÁUSULA 8. FRACCIONAMIENTO DE LA PRIMA.

Si el pago de la prima es fraccionado, se entiende que tal fraccionamiento es una facilidad de pago y no implica modificación del período de duración del contrato. En este caso, si el Tomador no pagase cualquier fracción de la prima dentro de los *{El Asegurador podrá establecer el número de días hábiles que considere conveniente para el pago de la fracción prima}* días hábiles siguientes a la fecha de la finalización de la última fracción pagada, el Asegurador tiene derecho a exigir la prima debida o a resolver el contrato, debiendo notificar al Tomador su decisión dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la culminación del plazo anterior.

Si ocurriese un siniestro amparado durante alguno de los plazos mencionados, el Asegurador procederá de conformidad con las siguientes reglas:

7. Descontar del monto indemnizable la fracción de prima vencida. No obstante, si el monto a pagar es por la totalidad de la suma asegurada, el Asegurador podrá deducir las fracciones de primas pendientes para completar la totalidad de la prima de la duración del contrato.
8. Si el monto indemnizable es menor a la fracción de prima vencida, el Asegurador pagará la indemnización, siempre que el Tomador pague la referida fracción de prima vencida, antes del vencimiento del respectivo plazo.

En caso de resolución por falta de pago de una fracción de prima vencida, ésta tendrá efecto desde la fecha de finalización del periodo cubierto por la última fracción de prima pagada, siempre que el Asegurador lo haya notificado previamente al Tomador o al Asegurado.

Si el Asegurador no ejerce su derecho a resolver el contrato de seguro, no podrá negarse a recibir el pago de la fracción de prima vencida.

CLÁUSULA 9. RENOVACIÓN.

El contrato se entenderá renovado automáticamente al finalizar el último día de duración del período de vigencia anterior y por un plazo igual, siempre que el Tomador pague la prima correspondiente al nuevo período, de acuerdo con lo



establecido en la Cláusula 10. Plazo de Gracia, de estas Condiciones Generales, entendiéndose que la renovación no implica un nuevo contrato, sino la prórroga del anterior. Sólo el Tomador podrá negarse a la prórroga del contrato, mediante una notificación escrita al Asegurador, efectuada con un plazo de por lo menos un (1) mes de anticipación a la conclusión del período de vigencia en curso.

No obstante, el Asegurador no estará obligado a renovar el contrato o la cobertura de alguna unidad de transporte público de pasajeros cuando el Tomador no haya consignado las correspondientes certificaciones de prestación de servicio de transporte público de pasajeros en rutas suburbanas, dentro del mes anterior a la terminación del contrato.

CLÁUSULA 10. PLAZO DE GRACIA.

Se conceden treinta (30) días continuos de gracia para el pago de la prima de renovación, contados a partir de la fecha de terminación de la duración del contrato anterior. Si ocurriere un siniestro en este plazo, el Asegurador pagará la indemnización, previa deducción de la prima correspondiente. Si el monto del siniestro es menor a la prima de renovación, el Asegurador pagará la indemnización, siempre que el Tomador pague la prima en el plazo de gracia concedido. Si la prima no es pagada en el referido período, el contrato quedará sin validez y efecto a partir de la fecha de terminación de la duración del período anterior.

CLÁUSULA 11. DECLARACIONES EN LA SOLICITUD DE SEGURO.

El Tomador al llenar la solicitud, debe declarar con exactitud al Asegurador, de acuerdo con el cuestionario que éste le proporcione o los requerimientos que le indique, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.

El Asegurador debe participar al Tomador, en el plazo de cinco (5) días hábiles siguientes, que ha tenido conocimiento de un hecho no declarado en la Solicitud de Seguro, que pueda influir en la valoración del riesgo, y podrá ajustar o resolver el contrato, mediante comunicación impresa o a través de los mecanismos electrónicos acordados para ello, con acuse de recibo, dirigida al Tomador o Asegurado, según corresponda, en el plazo de un (1) mes, contado a partir del conocimiento de los hechos que se reservó o declaró con inexactitud el Tomador.

En caso de resolución, ésta se producirá a partir del decimosexto (16°) día continuo siguiente a su notificación, siempre que la parte proporcional de la prima, deducida la comisión pagada al intermediario de la actividad aseguradora, correspondiente al período que falte por transcurrir, se encuentre a disposición del Tomador en la caja del Asegurador. Corresponderán al Asegurador las primas relativas al período de seguro transcurrido hasta el momento en que se haga esta notificación.

El Asegurador no podrá resolver el contrato cuando el hecho que ha sido objeto de reserva o inexactitud ha desaparecido antes del siniestro.

Si el siniestro sobreviene antes de que el Asegurador haga cualquiera de las notificaciones a que se refiere esta Cláusula o antes de que se haga efectiva la



resolución del contrato, la indemnización se reducirá en la misma proporción que existe entre la prima convenida y la que se hubiese establecido de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si el Tomador actúa con dolo o culpa grave, el Asegurador quedará liberado del pago de la indemnización y de la devolución de la prima.

Cuando la reserva o inexactitud se contrajese sólo a una o varias de las unidades de transporte público de pasajeros, el contrato subsistirá con todos sus efectos respecto a las restantes, si ello fuera técnicamente posible.

CLÁUSULA 12. FALSEDADES Y RETICENCIAS DE MALA FE.

Las falsedades y reticencias de mala fe por parte del Tomador realizadas en la solicitud de seguros, debidamente probadas, serán causa de nulidad absoluta del contrato, si son de tal naturaleza que el Asegurador de haberlas conocido, no hubiese contratado o lo hubiese hecho en otras condiciones.

Las falsedades y reticencias de mala fe por parte del Tomador, Asegurado o Beneficiario en la reclamación del siniestro, debidamente probadas, serán causa de nulidad absoluta del contrato y exoneran del pago de la indemnización al Asegurador.

No hay lugar a la devolución de prima al Tomador en los supuestos de nulidad del contrato contemplados en esta Cláusula.

CLÁUSULA 13. PLURALIDAD DE SEGUROS.

El Tomador, Asegurado o Beneficiario debe comunicar al Asegurador, en un plazo máximo de diez (10) días hábiles siguientes a la fecha en que tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro, la celebración de cualquier otro seguro que ampare iguales riesgos a los cubiertos por este seguro.

En el supuesto de las coberturas de: muerte accidental, invalidez permanente, gastos médicos y servicios funerarios, el incumplimiento de este deber sólo puede dar lugar a una reclamación por los daños y perjuicios que origine, sin que el Asegurador pueda deducir de la suma asegurada cantidad alguna por este concepto.

Cuando existan varios contratos que cubran gastos médicos y estén obligados a pagar la indemnización sobre un mismo siniestro, el Asegurado escogerá el orden en que presentará las reclamaciones y las empresas de seguros deberán indemnizar, según los límites de sus contratos, hasta el monto total de los gastos, previa deducción de los montos pagados por los otros contratos.

Si el Tomador, Asegurado o Beneficiario tiene otros seguros que cubran la pérdida del equipaje (en caso de Servicio Especial), las aseguradoras contribuirán al abono de la indemnización en proporción a la suma propia asegurada, sin que pueda superarse la cuantía del daño. Dentro de ese límite el Tomador, Asegurado o Beneficiario puede pedir a cada empresa de seguros la indemnización debida según el respectivo contrato. La aseguradora que ha pagado una cantidad superior a la que proporcionalmente le corresponda, podrá repetir contra las demás



aseguradoras. Si el Tomador, Asegurado o Beneficiario, según sea el caso, intencionalmente omitiere el aviso de la existencia de otros seguros que cubran la pérdida de equipaje (en caso de Servicio Especial), o si se hubiese celebrado el segundo o los posteriores seguros con el fin de procurarse un provecho ilícito, las aseguradoras no quedan obligadas frente al Tomador, Asegurado o Beneficiario; sin embargo, todas las aseguradoras conservarán su derecho derivado de los respectivos contratos, en cuyo caso deberán tener prueba fehaciente de la conducta dolosa del Tomador, Asegurado o Beneficiario.

CLÁUSULA 14. OPORTUNIDAD DEL PAGO.

El Asegurador debe pagar la indemnización que corresponda en un plazo que no exceda de veinte (20) días continuos siguientes, contados a partir de la fecha en que haya recibido el último recaudo solicitado, salvo por causa extraña no imputable al Asegurador.

CLÁUSULA 15. RECHAZO DEL SINIESTRO.

El Asegurador debe notificar por escrito a la persona que formuló el reclamo, en el plazo señalado en la cláusula anterior, las causas de hecho y de derecho que a su juicio justifiquen el rechazo, total o parcial, de la indemnización exigida.

CLÁUSULA 16. SUBROGACIÓN DE DERECHOS EN CASO DE GASTOS MÉDICOS Y PÉRDIDA DE EQUIPAJE (EN CASO DE SERVICIO ESPECIAL).

El Asegurador que ha pagado la indemnización queda subrogado de pleno derecho, hasta la concurrencia del monto pagado por las coberturas de Gastos Médicos y Pérdida de Equipaje (en caso de Servicio Especial), en los derechos y acciones del Tomador, Asegurado o Beneficiario contra los terceros responsables.

Salvo el caso de dolo, la subrogación no se efectuará contra las personas de cuyos hechos debe responder civilmente el Asegurado, ni contra el causante del siniestro vinculado con el Asegurado hasta el segundo grado de parentesco por consanguinidad o que sea su cónyuge o la persona con quien mantenga unión estable de hecho.

El Tomador, Asegurado o Beneficiario no podrá, en ningún momento, renunciar a sus derechos de recobrar de otras personas los daños y pérdidas que éstas le hubiesen ocasionado.

En caso de siniestro, el Tomador, Asegurado o Beneficiario está obligado a realizar a expensas del Asegurador, cuantos actos sean necesarios y todo lo que éste pueda razonablemente requerir, con el objeto de permitir que ejerza los derechos que le correspondan por subrogación, sean antes o después del pago.

Si el Tomador, Asegurado o Beneficiario incumpliere lo establecido en esta cláusula perderá el derecho al pago por las coberturas de Gastos Médicos y Pérdida de Equipaje (en caso de Servicio Especial) que le otorga esta Póliza de Seguro, a menos que compruebe que el incumplimiento sea debido a una causa extraña no imputable a él.



CLÁUSULA 17. ARBITRAJE.

Las partes podrán someter a un procedimiento de arbitraje las divergencias que se susciten en la interpretación, aplicación y ejecución del contrato. La tramitación del arbitraje se ajustará a lo dispuesto en la ley que regule la materia de arbitraje y supletoriamente al Código de Procedimiento Civil.

El Superintendente de la Actividad Aseguradora actuará como árbitro arbitrador en aquellos casos en que sea designado de mutuo acuerdo entre ambas partes, con motivo de las controversias que se susciten en la interpretación, aplicación y ejecución del contrato. En este supuesto, la tramitación del arbitraje se ajustará a lo dispuesto en las normas que regulan el arbitraje en la actividad aseguradora.

El laudo arbitral será de obligatorio cumplimiento

CLÁUSULA 18. CADUCIDAD.

El Tomador, Asegurado o Beneficiario perderá todo derecho a ejercer acción judicial contra el Asegurador o convenir con éste a someterse al Arbitraje previsto en la cláusula anterior, si no lo hubiere hecho antes de transcurrir el plazo de un (1) año contado a partir de la fecha de la notificación, por escrito:

1. Del rechazo, total o parcial, del siniestro.
2. De la decisión del Asegurador sobre la inconformidad del Tomador, Asegurado o Beneficiario respecto al monto de la indemnización o al cumplimiento de la obligación a través de proveedores de insumos o servicios.

En todo caso, el plazo de caducidad siempre será contado desde el momento en que haya un pronunciamiento definitivo por parte del Asegurador.

A los efectos de esta disposición, se entenderá iniciada la acción judicial una vez presentado el libelo de demanda por ante los Órganos jurisdiccionales.

CLÁUSULA 19. PRESCRIPCIÓN.

Salvo lo dispuesto en leyes especiales, las acciones derivadas de este contrato prescriben a los tres (3) años contados a partir del hecho que dio origen a la obligación.

CLÁUSULA 20. OBLIGACIONES DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO.

1. El Tomador debe llenar la Solicitud de Seguro y declarar, con sinceridad y exactitud, todas las circunstancias necesarias para apreciar la extensión de los riesgos, en los términos indicados en este contrato.
2. El Tomador debe pagar la prima en la forma, frecuencia, lugar y tiempo convenidos en este contrato;
3. El Tomador, Asegurado o Beneficiario hará saber al Asegurador, dentro del plazo establecido en las Condiciones Particulares de este contrato, la ocurrencia de un siniestro, expresando claramente las causas y circunstancias del suceso ocurrido;
4. El Tomador, Asegurado o Beneficiario debe declarar, al momento de contratar la póliza y al tiempo de exigir el pago del siniestro, los contratos de seguros



- que existen y que cubren el mismo riesgo;
5. El Tomador, Asegurado o Beneficiario debe probar la ocurrencia del siniestro a través de la consignación de toda aquella información necesaria para la indemnización del mismo, que sea solicitada por el Asegurador para verificar las circunstancias y consecuencias del siniestro;
 6. El Tomador, Asegurado o Beneficiario debe realizar diligentemente todas las acciones necesarias y destinadas a garantizar al Asegurador el ejercicio de su derecho de subrogación, si fuere el caso;
 7. El Tomador, en caso de cambio de dirección de cobro, domicilio, habitación u oficina, según sea el caso, debe notificar por escrito al Asegurador dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la fecha de haber efectuado el cambio;
 8. El Tomador, Asegurado o Beneficiario debe cumplir con todas y cada una de las obligaciones, responsabilidades y condiciones establecidas en los diferentes documentos que integran el presente contrato.

CLÁUSULA 21. OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR.

1. Informar al Tomador, mediante la entrega de la Póliza y demás documentos, la extensión de los riesgos asumidos y aclarar, en cualquier tiempo, todas las dudas y consultas que tanto el Tomador como el Asegurado le formulen;
2. Entregar el Cuadro Póliza Recibo al Tomador junto con copia de la Solicitud de Seguro, las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, los anexos, si los hubiere, y los demás documentos que formen parte integrante del contrato de seguro. En la renovación la obligación procederá para los nuevos documentos o para aquellos que hayan sido modificados. La entrega de los documentos señalados deberá efectuarse en los términos acordados por las partes;
3. Proceder a la evaluación y liquidación del siniestro, luego de recibida la notificación para la tramitación del mismo, conforme con lo establecido en las Condiciones Particulares de este contrato;
4. Pagar la suma asegurada o la indemnización que corresponda en caso de siniestro, en los plazos establecidos en este contrato o rechazar la cobertura del siniestro, mediante aviso por escrito y debidamente motivado;
5. Cumplir con todas y cada una de las obligaciones, responsabilidades y condiciones establecidas en los diferentes documentos que integran el contrato de seguro.

CLÁUSULA 22. MODIFICACIONES.

Las solicitudes de modificación y rehabilitación del contrato deben ser solicitadas a través de cualquier mecanismo acordado por las partes.

Se consideran aceptadas las solicitudes efectuadas por el Tomador o Asegurado, si el Asegurador no las rechaza dentro de los diez (10) días hábiles siguientes de haberlas recibido.

La modificación de la suma asegurada o del deducible requerirá siempre aceptación expresa de la otra parte. En caso contrario, se presumirá aceptada por el Asegurador con la emisión del Cuadro Póliza Recibo o recibo de prima en el que se



modifique la suma asegurada o el deducible y, por el Tomador o Asegurado, con el pago de la diferencia de prima correspondiente, si la hubiere.

Si la modificación propuesta por el Asegurador es efectiva a partir de la renovación del contrato, debe ser comunicada al Tomador mediante comunicación impresa o a través de los mecanismos electrónicos acordados para ello, con acuse de recibo, en un plazo no menor a un (1) mes de anticipación a la conclusión del período de seguro en curso.

En caso de desacuerdo del Tomador, si el Asegurador decide mantener o renovar el contrato, deberá hacerlo bajo las mismas condiciones de suma asegurada y deducible vigentes al momento de la propuesta de modificación.

Las modificaciones se harán constar mediante Anexos, debidamente firmados por un representante del Asegurador y el Tomador, los cuales prevalecerán sobre las Condiciones Particulares y éstas sobre las Condiciones Generales de la Póliza.

Si la modificación requiere pago de prima adicional se aplicará lo dispuesto al respecto en este contrato.

El contrato de seguro puede ser rehabilitado a solicitud del Tomador. No se convendrá la rehabilitación, una vez transcurridos noventa (90) días continuos desde la fecha de resolución del contrato.

CLÁUSULA 23. AVISOS.

Todo aviso o comunicación que una parte deba dar a la otra respecto al contrato, se hará mediante comunicación impresa, con acuse de recibo, dirigida al domicilio principal o sucursal del Asegurador o a la dirección del Tomador, del Asegurado, del Beneficiario o de la persona que formuló el reclamo, según sea el caso, o a través de los medios electrónicos acordados por las partes.

Las comunicaciones relacionadas con la tramitación de siniestros que sean entregadas al intermediario de la actividad aseguradora producen el mismo efecto que si hubiesen sido entregadas a la otra parte.

El intermediario de la actividad aseguradora será administrativa y civilmente responsable en caso de que no haya entregado la correspondencia a su destinatario en un plazo de tres (3) días hábiles, contados a partir de su recepción.

CLÁUSULA 24. DOMICILIO ESPECIAL.

Para todos los efectos y consecuencias derivadas o que puedan derivarse de este contrato, las partes eligen como domicilio especial, único y excluyente de cualquier otro, el lugar donde se celebró el contrato de seguros, a cuya Jurisdicción declaran someterse las partes.

CONDICIONES PARTICULARES

CLÁUSULA 1. DEFINICIONES PARTICULARES.

A los efectos de este contrato, queda expresamente convenido entre las partes que los siguientes términos tendrán los significados que se indican, siendo que el género



masculino incluirá también al femenino, cuando corresponda, salvo que del texto de este contrato se desprenda una interpretación diferente:

Accidente: Suceso violento, súbito, externo y ajeno a la intencionalidad del Tomador, Asegurado o Beneficiario, que le cause al Asegurado lesiones corporales.

Asalto o Atraco: Se refiere al hecho o intento de apoderarse de bienes utilizando la violencia o la amenaza de causar daños inminentes a las personas.

Emergencia Médica: Condición que compromete la vida o la integridad física del Asegurado, cuya atención no puede ser diferida y su diagnóstico ha sido hecho por un médico calificado de la institución hospitalaria prestadora de los servicios de salud.

Equipaje: Conjunto de efectos de uso o consumo personal del Ocupante contenido en maletas o bultos. Para efectos de este contrato no se considerarán como equipaje los bolsos de mano y los objetos destinados al abrigo, adorno o uso personal que el Ocupante lleve consigo y mantenga bajo su custodia durante el viaje.

Funeraria: Empresa autorizada para suministrar servicios funerarios.

Hurto: Se refiere al acto de apoderarse de los bienes, sin intimidar a las personas o sin utilizar medios violentos para entrar o salir del sitio donde se encuentren los bienes.

Institución Hospitalaria: Establecimiento permanente con permiso sanitario vigente para suministrar asistencia médica, autorizado por el organismo público competente. No serán consideradas instituciones hospitalarias para los efectos de esta Póliza, lugares de descanso, geriátricos, spas, hidroclínicas y cualquier institución que suministre tratamientos similares, centros exclusivos para tratamiento de farmacodependientes, de dipsómanos (alcohólicos), enfermos mentales o desórdenes de conducta, ni lugares donde se proporcionen tratamientos naturistas, terapias alternativas y acupuntura.

Lesión: Daño corporal sufrido por el Asegurado como consecuencia de un accidente cubierto por la Póliza.

Medicamento necesario: Conjunto de medidas o procedimientos ordenados y suministrados por un médico o institución hospitalaria, que se ponen en práctica para el tratamiento, curación o alivio de una enfermedad o lesión, bajo las siguientes características:

1. Que sea apropiado para el diagnóstico y tratamiento de la lesión del Asegurado;
2. Que sea congruente con las normas profesionales aceptadas en la práctica de la medicina en la República Bolivariana de Venezuela y por la Federación Médica Venezolana;
3. Que el nivel de servicio o suministro sea idóneo y pueda ser proporcionado sin riesgo para el Asegurado;
4. Que no sea primordialmente para el confort o la conveniencia personal del Asegurado, de su familia o de su Médico.

Médico: Profesional de la medicina titulado e inscrito en el Ministerio con competencia en materia de salud o en la institución que legalmente corresponda, acreditado conforme a la ley para ejercer la profesión médica en el país.



Ocupante: Persona natural que realiza un viaje en la unidad de transporte público de pasajeros, como operador o como pasajero.

Operador: Persona destinada a la conducción de la Unidad de Transporte Público de Pasajeros o a la atención de los pasajeros.

Pasajero: Persona natural, usuaria del servicio de transporte.

Prótesis: Dispositivo o aparato diseñado para reemplazar una parte faltante del cuerpo o para hacer que una parte del cuerpo trabaje mejor.

Robo: Se refiere al acto de apoderarse de bienes, utilizando medios violentos para entrar o salir del sitio donde se encuentren, siempre que queden huellas visibles de tales hechos.

Rutas Suburbanas: Las definidas de conformidad con lo previsto en las resoluciones emanadas por los organismos competentes, mediante la cual se establece la tarifa utilizada por los Prestadores del Servicio Público de Transporte Terrestre de Pasajeros y Pasajeras para rutas suburbanas.

Tratamiento médico: Conjunto de medidas o procedimientos realizados u ordenados por un médico que se ponen en práctica para la curación o alivio de una enfermedad o lesión, incluyendo medicamentos prescritos, insumos o prótesis.

Unidad de transporte público de pasajeros: Vehículo terrestre al cual el organismo competente le ha otorgado la Certificación de Prestación de Servicio de transporte público de pasajeros en rutas suburbanas.

CLÁUSULA 2. COBERTURAS AMPARADAS.

El Asegurador conviene en indemnizar al Asegurado o al Beneficiario, según corresponda, hasta la suma asegurada contratada e indicada en el Cuadro Póliza Recibo, para las siguientes coberturas:

- 2.1. **MUERTE ACCIDENTAL:** Si como consecuencia directa y exclusiva de un accidente amparado por este contrato, incluyendo asalto o atraco, robo, hurto o intento de cometerlos, y dentro del plazo de trescientos sesenta y cinco (365) días continuos, contados a partir de la fecha de su ocurrencia, al Asegurado le sobreviene la muerte, el Asegurador pagará la suma asegurada de esta cobertura, indicada en el Cuadro Póliza Recibo y en el Certificado Individual de Seguro, si fuere el caso.
- 2.2. **INVALIDEZ PERMANENTE:** Si como consecuencia directa y exclusiva de un accidente amparado por este contrato, incluyendo asalto o atraco, robo, hurto o intento de cometerlos, y dentro del plazo de trescientos sesenta y cinco (365) días continuos, contados a partir de la fecha de su ocurrencia, el Asegurado sufre cualquier invalidez de las mencionadas en la Escala de Indemnizaciones, el Asegurador pagará la cantidad resultante de aplicar el porcentaje estipulado en la referida escala a la suma asegurada de esta cobertura, indicada en el Cuadro Póliza Recibo y en el Certificado Individual de Seguro, si fuere el caso.



ESCALA DE INDEMNIZACIONES	
TIPO DE INVALIDEZ	% DE INDEMNIZACIÓN
Enajenación mental incurable o pérdida de la conciencia.	100
Ceguera absoluta.	100
Pérdida total de la audición y del habla.	100
Lesiones incurables de la médula espinal que impida por completo el movimiento.	100
Pérdida o inutilización de ambos brazos, manos, piernas o pies, o de un brazo o una mano y de una pierna o pie.	100
PÉRDIDA TOTAL O INUTILIZACIÓN ABSOLUTA	
Un ojo con disminución de la agudeza visual del otro en más de un 50%, siempre que ésta sea incorregible.	75
Un ojo con enucleación.	35
Un ojo sin enucleación.	25
Reducción de la visión de ambos ojos en más de 50%.	50
Sordera bilateral.	50
Sordera unilateral.	25
Trastornos graves en las articulaciones de ambos maxilares.	15
Del olfato o del gusto.	5
Del uso de la cadera.	30
Una de las piernas por encima de la rodilla.	60
Una de las piernas por debajo de la rodilla o de un pie.	50
Del uso de la rodilla.	25
Del dedo gordo del pie.	10
Cualquier otro dedo del pie.	5
Un brazo o una mano.	60
Un dedo pulgar.	20
Un dedo índice.	15
Un dedo medio.	10
Un dedo anular.	8
Un dedo meñique.	7
Del uso del hombro.	30

Por pérdida total o inutilización absoluta se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o por la inhabilitación funcional total y definitiva



del órgano lesionado.

Cuando la pérdida o inutilización sea parcial, la indemnización que hubiese correspondido por pérdida total o inutilización absoluta será disminuida en forma proporcional.

La invalidez no contemplada en la escala anterior, será indemnizada según su gravedad y en comparación con las mencionadas en la escala. En caso de varios tipos de invalidez como consecuencia del mismo accidente, la indemnización resultante se calculará sumando los porcentajes correspondientes a cada invalidez, sin exceder la suma asegurada. Cuando el monto a indemnizar alcance o exceda el ochenta por ciento (80%), el Asegurador indemnizará la suma asegurada de esta cobertura.

En los casos de enajenación mental, parálisis, pérdida del habla y sordera, se requiere que hayan tenido una duración ininterrumpida no menor de ciento ochenta (180) días desde la fecha del accidente y, a juicio del organismo competente, sean declaradas irreparables.

Cuando varios tipos de invalidez afecten a un mismo miembro u órgano, éstas no se acumularán entre sí y el Asegurador indemnizará el porcentaje correspondiente a la mayor invalidez.

La pérdida de miembros u órganos ya incapacitados antes del accidente será indemnizada en la medida que constituya una agravación de la invalidez anterior, siempre que los dictámenes médicos así lo demuestren, y únicamente por la diferencia entre el grado de invalidez que presentare antes y después del accidente.

La evaluación de lesiones de miembros u órganos sanos sufridas en un accidente, no puede ser aumentada por el estado de invalidez de otros miembros u órganos no afectados por el accidente.

- 2.3. GASTOS MÉDICOS:** Si como consecuencia directa y exclusiva de un accidente amparado por este contrato, incluyendo asalto o atraco, robo, hurto o intento de cometerlos, el Asegurado requiere asistencia médica dentro del plazo de trescientos sesenta y cinco (365) días continuos, contados a partir de la fecha de su ocurrencia, el Asegurador pagará los gastos hasta la suma asegurada de esta cobertura, indicada en el Cuadro Póliza Recibo y en el Certificado Individual de Seguro, si fuere el caso. Están cubiertos los gastos generados por tratamiento médico, intervención quirúrgica (incluyendo el tratamiento postoperatorio), servicios hospitalarios, procedimiento médico, medicamentos, suministros, equipos e instrumentos especiales, médicamente necesarios para la atención de las alteraciones a la salud del Asegurado amparadas por la Póliza, incluyendo los causados por servicios de ambulancia.
- 2.4. SERVICIOS FUNERARIOS:** Si como consecuencia directa y exclusiva de un accidente amparado por este contrato, incluyendo asalto o atraco, robo, hurto o intento de cometerlos, y dentro del plazo de trescientos



sesenta y cinco (365) días continuos, contados a partir de la fecha de su ocurrencia, al Asegurado le sobreviene la muerte, el Asegurador pagará la suma asegurada de esta cobertura, indicada en el Cuadro Póliza Recibo y en el Certificado Individual de Seguro, si fuere el caso.

A los efectos de esta cobertura, se consideran servicios funerarios los gastos referentes a:

2.4.1 Beneficios por Cremación:

- Beneficios Básicos;
- Beneficios Básicos;
- Servicio de Cremación;
- Bendición y encoframiento de las cenizas;
- Nicho de columbario en las localidades donde esté disponible.

2.4.2 Beneficios por Inhumación:

- Beneficios Básicos;
- Ataúd;
- Gastos del Servicio de Inhumación;
- Derechos de lápida;
- Parcela en un cementerio.

Se entenderán por Beneficios Básicos los siguientes gastos por servicios funerarios:

- Preparación y arreglo del fallecido;
- Servicio de Capilla (máximo 24 horas);
- Servicio de Cafetín;
- Una (1) Habitación de descanso;
- Oficios religiosos;
- Un (1) Arreglo Floral;
- Carroza fúnebre para el traslado del fallecido al lugar donde se efectuará el velorio;
- Carroza fúnebre para el sepelio;
- Dos (2) carros de acompañamiento para el sepelio;
- Traslado del difunto dentro del Territorio Nacional, desde el lugar del fallecimiento hasta el lugar donde se prestará el servicio funerario;
- Traslado de implementos funerarios al domicilio en caso de no utilizar la sala velatoria de la funeraria;
- Asesoramiento al Asegurado o a sus familiares en las diligencias de Ley para la obtención del Certificado y Partida de Defunción, Permisos de Prefectura y Sanidad en caso de utilizar los servicios de asistencia funeraria ofrecidos por el Asegurador.

2.5. PÉRDIDA DE EQUIPAJE (OPCIONAL EN CASO DE PRESTARSE EL SERVICIO): El Asegurador pagará la pérdida o daño del equipaje, contenido en la maleta o bulto a la que tiene derecho a trasladar el Asegurado, sin costo adicional, en la unidad de transporte público de pasajeros, que ocurra como consecuencia de accidente, incluyendo asalto o atraco, robo, hurto o intento de cometerlos.



El Asegurador indemnizará la suma asegurada indicada en el Cuadro Póliza Recibo y en el Certificado Individual de Seguro, si fuera el caso. No obstante, si el Asegurado efectuó la declaración formal del valor de su equipaje al Tomador, el Asegurador pagará hasta el doble de la suma asegurada contratada para esta cobertura.

Queda entendido que la suma asegurada de esta cobertura es aplicable por cada Ocupante (Pasajero u Operador), pero la responsabilidad del Asegurador por pérdida o daño del equipaje de los Operadores no se extenderá, en caso alguno, al doble de la suma asegurada.

CLÁUSULA 3. ALCANCE DE LAS COBERTURAS.

- 1. Coberturas de Muerte Accidental, Invalidez Permanente, Gastos Médicos y Servicios Funerarios: Están amparados los accidentes, incluyendo asalto o atraco, robo, hurto o intento de cometerlos, ocurridos encontrándose el Asegurado en viaje en ruta suburbana en la unidad de transporte público de pasajeros o subiendo o bajando de la misma, así como en los lugares de la ruta donde se esté reparando la unidad de transporte público de pasajeros por quedar inmovilizada por avería. Los efectos de estas coberturas inician en el momento en que el Asegurado se encuentre subiendo a la unidad de transporte público de pasajeros y terminan cuando el Asegurado se haya bajado de la misma por su llegada al lugar de destino.**
- 2. Cobertura de Pérdida de Equipaje (en caso de Servicio Especial): Están amparados los accidentes, incluyendo asalto o atraco, robo, hurto o intento de cometerlos, ocurridos mientras el equipaje se encuentre bajo el cuidado, custodia y control del Tomador, en sus instalaciones o en la unidad de transporte público de pasajeros en la cual el Asegurado realiza el viaje.**

CLÁUSULA 4. EXCLUSIONES PARTICULARES.

Esta Póliza no cubre reclamos como consecuencia de sucesos o eventos derivados de:

- 1. Lesiones que se ocasione el Asegurado por su participación activa en actos delictivos, motín, conmoción civil, disturbios populares, saqueos, disturbios laborales o conflictos de trabajo;**
- 2. Terremoto, temblor de tierra, maremoto, tsunami, inundación, movimientos de masas, flujos torrenciales, huracanes, tornado, tifón, ciclón, eventos climáticos, granizo, erupción volcánica o cualquier otra convulsión de la naturaleza o perturbación atmosférica;**
- 3. Lesiones que el Asegurado se ocasione intencionalmente, incluyendo el suicidio o su tentativa;**
- 4. Lesiones que se ocasione el Asegurado por encontrarse bajo la**



influencia de alcohol o de sustancias o drogas no prescritas medicamente;

- 5. Lesiones que se ocasione el Asegurado por desvanecimiento, síncope, ataques de apoplejía, infarto coronario, epilepsia, sonambulismo o enajenación mental, convulsiones y roturas de aneurismas;**
- 6. Lesiones que se ocasione el Asegurado por su participación activa en duelos o riñas, a menos que se compruebe que no han sido provocados por él o que éste actuó en legítima defensa;**

Asimismo, esta Póliza no ampara:

- 7. Honorarios como consecuencia de cualquier tratamiento proporcionado por un médico o enfermera que tenga parentesco con el Tomador o el Asegurado, dentro del segundo grado de consanguinidad o afinidad, o que viva con éstos;**
- 8. Pérdida o daños de bienes con fines comerciales;**

CLÁUSULA 5. OTRAS EXONERACIONES DE RESPONSABILIDAD;

El Asegurador no estará obligado al pago de la indemnización en los siguientes casos:

- 1. Si no se efectúa la reclamación o no se entregue la documentación exigida en los lapsos indicados en la Cláusula 7; Procedimiento en Caso de Activación de las Coberturas, de estas Condiciones Particulares, salvo por causa extraña no imputable al obligado;**
- 2. Si el siniestro ha sido ocasionado por dolo del Pasajero o del Beneficiario; En este supuesto, el Asegurador quedará relevado de su obligación de indemnizar, únicamente con respecto al Pasajero o Beneficiario que haya actuado con dolo;**
- 3. Si el siniestro ha sido ocasionado por culpa grave del Pasajero o del Beneficiario; En este supuesto, el Asegurador quedará relevado de su obligación de indemnizar, únicamente con respecto al Pasajero o Beneficiario que haya actuado con culpa grave; No obstante, el Asegurador estará obligado al pago de la indemnización si el siniestro ha sido ocasionado en cumplimiento de deberes legales de socorro o en tutela de intereses comunes con el Asegurador en lo que respecta a la Póliza;**
- 4. En lo que se refiere a las coberturas de Gastos Médicos, Servicios Funerarios y Pérdida de Equipaje (en caso de Servicio Especial), cuando las facturas presentadas no cumplan con los requisitos y exigencias del Servicio Nacional Integrado de Administración Aduanera y Tributaria (SENIAT);**
- 5. En el caso de la cobertura de Pérdida de Equipaje (en caso de Servicio Especial), si el Tomador o Asegurado, intencionalmente omitiere dar aviso al Asegurador de la existencia de otros seguros que cubran la pérdida de equipaje (en caso de Servicio Especial), o si se hubiese celebrado el segundo o los posteriores seguros con el fin de procurarse un provecho ilícito, de conformidad con lo previsto en la Cláusula 13;- Pluralidad de Seguros, de las Condiciones Generales de este contrato;**



6. En el caso de las coberturas de Gastos Médicos y Pérdida de Equipaje (en caso de Servicio Especial), si el Tomador, Asegurado o Beneficiario incumpliere lo establecido en la Cláusula 16;- Subrogación de Derechos en caso de Gastos Médicos y Pérdida de Equipaje (en caso de Servicio Especial) de las Condiciones Generales de este contrato, a menos que compruebe que el incumplimiento sea debido a una causa extraña no imputable a él;

CLÁUSULA 6. ACCION DE REPETICION

El Asegurador tendrá derecho a repetir del Tomador las cantidades pagadas al Asegurado cuando:

1. Si el accidente ocurre como consecuencia del incumplimiento, por parte del Operador de la unidad de transporte público de pasajeros, o del Tomador, del ordenamiento jurídico en materia de transporte público;
2. Si el accidente hubiere sido ocasionado por encontrarse cualquier Operador de la unidad de transporte público de pasajeros en estado de embriaguez, ingiriendo bebidas alcohólicas, o bajo los efectos de sustancias o drogas depresoras, estimulantes o alucinógenas;
3. Si el siniestro ha sido ocasionado por dolo del Operador de la unidad de transporte público de pasajeros;
4. Si el siniestro ha sido ocasionado por culpa grave del Operador de la unidad de transporte público de pasajeros; No obstante, el Asegurador estará obligado al pago de la indemnización si el siniestro ha sido ocasionado en cumplimiento de deberes legales de socorro o en tutela de intereses comunes con el Asegurador en lo que respecta a la Póliza;
5. Si el accidente se produce como consecuencia de la infracción de estipulaciones reglamentarias sobre el peso, medidas y disposición de la carga, del número de ocupantes, o forma de acomodarlos, o debido a que la unidad de transporte público de pasajeros excedía el número de pasajeros que figura en el correspondiente documento o registro de propiedad; No se considera exceso de pasajeros los menores que viajen en brazos de sus representantes legales;
6. Cuando el Operador de la unidad de transporte público de pasajeros carezca de la licencia de conducir que lo habilite o si este documento se encuentra revocado, anulado, suspendido o vencido;
7. Cuando el Operador de la unidad de transporte público de pasajeros no cumpla con la edad mínima requerida para conducir el tipo de vehículo, según las normas de clasificación de la licencia para conducir, establecidas en la Ley, aun cuando se le haya otorgado un permiso especial para conducir;
8. Si el Operador de la unidad de transporte público de pasajeros no está autorizado legalmente para tal actividad o sea sordo, carezca de algún brazo, mano o pie o lo tenga incapacitado para su uso, o tenga parálisis parcial de carácter permanente o no;
9. Si el Operador de la unidad de transporte público de pasajeros no cumple con el ordenamiento jurídico en materia de transporte público, en lo que



- respecta al tiempo de conducción y descanso;
10. Cuando la unidad de transporte público de pasajeros se encuentre tomando parte en competencias, piques o carreras;
 11. Cuando el Operador de la unidad de transporte público de pasajeros cambie la ruta establecida para el viaje, salvo por causa extraña que no le sea imputable;
 12. Cuando el Tomador no mantenga la unidad de transporte público de pasajeros en las condiciones adecuadas de seguridad y buen funcionamiento exigidos en la regulación en materia de transporte terrestre;
 13. Si para el momento de la ocurrencia del accidente la unidad de transporte público de pasajeros carecía de la Certificación de Prestación de Servicio de Transporte Público de Pasajeros en rutas suburbanas;

CLÁUSULA 7. PROCEDIMIENTO EN CASO DE ACTIVACIÓN DE LAS COBERTURAS;

En caso de reclamación por cualquier siniestro, se tomará en cuenta lo siguiente:

I. POR PAGO DE LA PRESTACIÓN O REEMBOLSO;

El Beneficiario debe notificar el siniestro al Asegurador en un plazo máximo de diez (10) días hábiles siguientes a la fecha en que tenga conocimiento de su ocurrencia;

Dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la fecha de notificación, deberá suministrar cumplimentados, los formularios de declaración de siniestro proporcionados por el Asegurador, conjuntamente con los siguientes documentos, según sea el caso:

1. Cobertura de Muerte Accidental:

- 1.1. Cédula de identidad, pasaporte o partida de nacimiento del Asegurado;
- 1.2. Acta o Certificado de Defunción del Asegurado fallecido;
- 1.3. Certificado de la Medicatura Forense;
- 1.4. Cédula de identidad, pasaporte o partida de nacimiento del Beneficiario;
- 1.5. En caso de que el Beneficiario sea niño, niña o adolescente, oficio mediante el cual el tribunal competente autorice a su representante legal a recibir el pago de la indemnización;
- 1.6. Declaración de Único y Universales Herederos, si fuere el caso;
- 1.7. Declaración de los hechos por parte del Beneficiario, con indicación de las circunstancias del accidente; así como de los testigos, si los hubiere;
- 1.8. Denuncia ante las autoridades competentes, si el fallecimiento es consecuencia de asalto o atraco, robo, hurto o intento de cometerlos;

El Asegurador se reserva el derecho de solicitar la autopsia o la exhumación del cadáver, de conformidad con lo establecido en la



normativa prevista para ello, con la finalidad de determinar las causas de la muerte; Todos los gastos que se produzcan con ocasión de la autopsia o la exhumación del cadáver serán pagados por el Asegurador;

2. Cobertura de Invalidez Permanente:

- 2.1. Cédula de identidad, pasaporte o partida de nacimiento del Asegurado;
- 2.2. Certificado médico de incapacidad, especificando el tipo y grado de invalidez, emitido por el organismo competente;
- 2.3. Declaración de los hechos por parte del Asegurado, con indicación de la fecha, hora, lugar y circunstancias del accidente; así como de los testigos, si los hubiere;
- 2.4. Denuncia ante las autoridades competentes, si la invalidez es consecuencia de asalto o atraco, robo, hurto o intento de cometerlos;

3. Cobertura de Gastos Médicos:

- 3.1. Cédula de identidad, pasaporte o partida de nacimiento del Asegurado;
- 3.2. Cédula de identidad, pasaporte o Registro único de Información Fiscal (R.I.F.) del Beneficiario;
- 3.3. Facturas de los gastos incurridos emitidos por el proveedor del servicio médico, acompañadas de los récipes, informes médicos y exámenes practicados con sus respectivos resultados, así como de cualquier otra documentación relacionada con los servicios recibidos;
- 3.4. Declaración de los hechos por parte del Asegurado, con indicación de la fecha, hora, lugar y circunstancias del accidente; así como de los testigos, si los hubiere;
- 3.5. Denuncia ante las autoridades competentes, si las lesiones son consecuencia de asalto o atraco, robo, hurto o intento de cometerlos;

4. Cobertura de Servicios Funerarios:

- 4.1. Cédula de identidad, pasaporte o partida de nacimiento del Asegurado;
- 4.2. Cédula de identidad, pasaporte o Registro único de Información Fiscal (R.I.F.) del Beneficiario;
- 4.3. Acta o Certificado de Defunción del Asegurado;
- 4.4. Certificado de la Medicatura Forense;
- 4.5. Facturas de los gastos por servicios funerarios prestados y pagados por el Beneficiario a la Funeraria;
- 4.6. Declaración de los hechos por parte del Beneficiario, con indicación de las circunstancias del accidente, así como de los testigos, si los hubiere
- 4.7. Denuncia ante las autoridades competentes, si el fallecimiento es consecuencia de asalto o atraco, robo, hurto o intento de cometerlos;

5. Cobertura de Pérdida de Equipaje (en caso de Servicio Especial):



- 5.1. Cédula de identidad, pasaporte o partida de nacimiento del Asegurado;
- 5.2. Reclamación por la pérdida o daño del equipaje presentada por el Asegurado ante el Tomador;
- 5.3. Cédula de identidad, pasaporte o Registro único de Información Fiscal (R.I.F.) del Beneficiario;
- 5.4. Ticket o Comprobante de la maleta o bulto emitido por el Tomador;
- 5.5. Comprobante de la declaración efectuada por el Asegurado del valor de su equipaje ante el Tomador, si fuere el caso;
- 5.6. Documento que demuestre el pago efectuado al Asegurado, acompañado de los soportes que justifiquen el monto pagado, si fuera el caso;
- 5.7. Denuncia ante las autoridades competentes, en caso de asalto o atraco, robo, hurto o intento de cometerlos;

Independientemente de la cobertura activada, el Tomador deberá entregar, en un plazo de quince (15) días hábiles siguientes, contados a partir de la fecha de la notificación del siniestro, los documentos indicados a continuación:

- a) Declaración de los hechos por parte del Tomador con indicación de la fecha, hora, lugar y circunstancias del accidente; así como de los testigos, si los hubiere;
- b) Informe de las autoridades que intervinieron en el hecho, si fuere el caso;
- c) Documentos que demuestren que el Tomador efectuó algún pago a los Beneficiarios, si fuera el caso;

El Asegurador podrá solicitar, sólo en una (1) oportunidad, en función de la información suministrada por el Tomador, Asegurado o Beneficiario, nuevos recaudos para la evaluación del siniestro y la determinación del pago que pudiera corresponder, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la entrega de los recaudos inicialmente solicitados; El Tomador, Asegurado o Beneficiario tendrá un lapso de treinta (30) días hábiles, contados desde la fecha de recepción de la solicitud, para entregar los nuevos recaudos solicitados, salvo por causa extraña no imputable al Tomador, Asegurado o Beneficiario;

El Asegurador, a su costo, tendrá derecho y la oportunidad de examinar al Asegurado durante la tramitación de una reclamación bajo esta Póliza;

II. POR PAGO DIRECTO AL PROVEEDOR DEL SERVICIO;

1. **Cobertura de Gastos Médicos en caso de Emergencia Médica:**
Si el Asegurado requiere atención por emergencia médica, el Asegurador debe informar de forma inmediata a la Institución Hospitalaria, que el Asegurado se encuentra amparado por esta Póliza;
2. **Cobertura de Gastos Médicos en caso de Carta Aval:**
El Asegurado, deberá suministrar al Asegurador:
 - 2.1. Cédula de identidad, pasaporte o partida de nacimiento del Asegurado;



- 2.2. Cédula de identidad, pasaporte o Registro único de Información Fiscal (R.I.F.) del Beneficiario;
- 2.3. Declaración de los hechos por parte del Asegurado, con indicación de la fecha, hora, lugar y circunstancias del accidente; así como de los testigos, si los hubiere;
- 2.4. Denuncia ante las autoridades competentes, si las lesiones son consecuencia de asalto o atraco, robo, hurto o intento de cometerlos;
- 2.5. Presupuesto detallado de los gastos médicos por los productos y los servicios a ser prestados, así como los resultados de los exámenes preoperatorios y el informe médico donde se señale el diagnóstico, el tratamiento médico o la intervención quirúrgica a efectuarse;

El Asegurado deberá remitir estos documentos, con al menos diez (10) días hábiles de anticipación a la fecha en que deba realizarse el tratamiento médico o la intervención quirúrgica;

El Asegurado queda relevado de consignar los documentos mencionados en los numerales 2;1; al 2;4;,, si estos hubiesen sido suministrados al Asegurador con anterioridad;

El Asegurador podrá solicitar, a su costo, una segunda evaluación médica o documentos adicionales a los descritos anteriormente, en una sola oportunidad; La solicitud debe efectuarse como máximo dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a la fecha en que se entregó el último de los documentos requeridos en el párrafo anterior; En este supuesto, se establece un plazo de cinco (5) días hábiles para que el Asegurado se someta a la segunda evaluación médica o para que sean consignados los nuevos recaudos solicitados por el Asegurador, según sea el caso, contados a partir de la fecha de solicitud; El Asegurador está obligado a ofrecer un listado de por lo menos tres (3) médicos especialistas, con la finalidad de que el Asegurado escoja quién efectuará la evaluación médica;

El Asegurador se compromete a entregar la Carta Aval al Asegurado dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha en que fueron consignados los documentos antes mencionados y se hubiere concluido la evaluación médica, si fuere el caso;

El Asegurador utilizará todos los mecanismos necesarios para procurar que el Asegurado reciba atención inmediata;

El Asegurado tiene el derecho a escoger libremente el proveedor que le prestará los servicios o suministros garantizados por este contrato, salvo aquellas en aquellas coberturas que por su naturaleza deban ser garantizadas exclusivamente por un proveedor específico; El Asegurador podrá suscribir contratos con proveedores que aseguren la prestación de estos servicios o suministros; En este supuesto, indicará trimestralmente, mediante avisos colocados en cada una de sus oficinas de atención al público y en los medios de información electrónicos, los referidos proveedores;



El Asegurado autoriza al médico tratante y a la Institución Hospitalaria para dar información acerca de su estado físico, historia clínica y demás circunstancias que originaron la reclamación;

3. Cobertura de Servicios Funerarios:

Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado, la persona interesada podrá solicitar al Asegurador, la prestación del servicio funerario; El Asegurador utilizará todos los mecanismos necesarios para procurar la prestación del servicio;

El interesado deberá presentar al Asegurador los siguientes recaudos:

- 3.1. Cédula de identidad, pasaporte o partida de nacimiento del Asegurado;
- 3.2. Cédula de identidad, pasaporte o Registro único de Información Fiscal (R.I.F.) del Beneficiario;
- 3.3. Acta o Certificado de Defunción del Asegurado;
- 3.4. Certificado de la Medicatura Forense;
- 3.5. Declaración de los hechos por parte de la persona interesada, con indicación de las circunstancias del accidente, así como de los testigos, si los hubiere
- 3.6. Denuncia ante las autoridades competentes, si el fallecimiento es consecuencia de asalto o atraco, robo, hurto o intento de cometerlos;

Si el Asegurador, debido a una causa extraña no imputable, no pudiere gestionar la prestación del servicio funerario o si existiere un remanente entre la suma asegurada y el costo del servicio funerario, el pago de la prestación será efectuado de acuerdo con lo indicado en el apartado I; Por Pago de la Prestación o Reembolso;

Independientemente de la cobertura activada, el Asegurador solicitará al Tomador, los documentos indicados a continuación:

- a) Declaración de los hechos por parte del Tomador con indicación de la fecha, hora, lugar y circunstancias del accidente; así como de los testigos, si los hubiere;
- b) Informe de las autoridades que intervinieron en el hecho, si fuere el caso;
- c) Documentos que demuestren que el Tomador efectuó algún pago a los Beneficiarios, si fuera el caso;

El Tomador deberá entregar la documentación solicitada en un plazo de dos (2) días hábiles, contados a partir de la fecha de la solicitud;

CLÁUSULA 8. BENEFICIARIOS;

Las personas indicadas a continuación, tendrán derecho a recibir el pago a que hubiere lugar, según la cobertura activada:

1. **Cobertura de Muerte Accidental:** El Asegurador pagará la suma asegurada convenida a los Herederos Legales del Asegurado, en la proporción que le corresponda a cada uno de acuerdo a la normativa legal aplicable;
La cualidad de Beneficiario no tendrá efectos si éste atentase contra la vida o



- integridad personal del Asegurado o fuere declarado cómplice del hecho, mediante sentencia definitivamente firme;
2. **Cobertura de Invalidez Permanente:** El Asegurador pagará la indemnización al Asegurado;
 3. **Cobertura de Gastos Médicos:** El Asegurador pagará la indemnización a la persona que demuestre haber efectuado los gastos o al proveedor del servicio, según sea el caso;
 4. **Cobertura de Servicios Funerarios:** El Asegurador pagará la indemnización a la persona que demuestre haber efectuado los gastos o al proveedor del servicio, según sea el caso;
Adicionalmente, para la cobertura de Servicios Funerarios, si existiere un remanente entre la suma asegurada y el monto erogado en el servicio funerario, será pagado según lo señalado en el número 1 de esta Cláusula;
 6. **Cobertura de Pérdida de Equipaje (en caso de Servicio Especial):** El Asegurador pagará la indemnización al Tomador; no obstante, éste podrá autorizar al Asegurado para que formule la reclamación directamente al Asegurador;

CLÁUSULA 9. PERITAJE;

Cuando el Beneficiario no esté de acuerdo con el monto de la indemnización, la calificación o la evaluación de una invalidez, las partes podrán convenir un peritaje sometiéndose al siguiente procedimiento:

1. Nombrar por escrito un Perito Único de común acuerdo entre las partes;
2. En caso de desacuerdo sobre la designación del Perito Único, se nombrarán por escrito dos (2) Peritos, uno (1) por cada parte, en el plazo de un (1) mes calendario a partir del día en que una de las partes haya requerido a la otra dicha designación;
3. Si el Asegurado se negare a designar o dejare de nombrar el Perito en el plazo estipulado, se entenderá desistido el procedimiento y el monto de la indemnización, la calificación o la evaluación de la invalidez, será la determinada por el Asegurador;
4. Si el Asegurador se negare a designar el Perito, corresponderá al Superintendente de la Actividad Aseguradora su nombramiento;
5. Si los dos Peritos así nombrados no llegaren a un acuerdo, el o los puntos de discrepancia serán sometidos al fallo de un tercer Perito nombrado por ellos, por escrito, y su apreciación agotará este procedimiento; En caso de desacuerdo, el tercer perito será nombrado por el Superintendente de la Actividad Aseguradora;

Los Peritos deberán dar su fallo por escrito dentro de un período de treinta (30) días continuos después de haber aceptado la designación; Los Peritos harán sus evaluaciones ateniéndose a la Escala de Indemnizaciones inserta en esta Póliza y a las condiciones del contrato; Los gastos de peritaje serán sufragados en partes iguales por el Asegurador y el Beneficiario;

El fallecimiento de cualquiera de los dos (2) Peritos que aconteciera en el curso de las operaciones de peritaje, no anulará ni mermará los poderes, derechos o



atribuciones del Perito sobreviviente; Asimismo, si el Perito único o el Perito tercero fallecieren antes del dictamen final, la parte o los Peritos que le hubieren nombrado, según el caso, quedan facultados para sustituirlo por otro;

CLÁUSULA 10. DESAPARICIÓN DEL ASEGURADO;

Si en el curso de un viaje ocurriese un accidente que ocasione la desaparición de algún Asegurado por un período no inferior a un (1) año, contado este a partir de la fecha del accidente, y cumplido lo establecido en el artículo 438 del Código Civil, el Asegurador hará efectivo el pago establecido para la cobertura de Muerte Accidental;

Si posteriormente apareciera el Asegurado, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de la suma pagada y estará obligado a pagar los montos que correspondan a las coberturas de Gastos Médicos o Invalidez Permanente, resultantes del accidente, conforme con lo indicado en la Cláusula 6;- Procedimiento en caso de Activación de las Coberturas, de estas Condiciones Particulares;

CLÁUSULA 11. TRANSFERENCIA DE PASAJEROS ASEGURADOS A OTRO TRANSPORTE DEBIDO A UNA AVERÍA DURANTE UN VIAJE;

Si en el curso de un viaje ocurriese una avería que originare que la unidad de transporte público de pasajeros no pudiese continuar el viaje y el Asegurado tuviere que ser transferido a otra unidad de transporte público de pasajeros objeto de esta Póliza, el seguro mantendrá todo su vigor y efecto hasta la terminación del viaje establecido;

CLÁUSULA 12. MOVIMIENTOS DE INGRESOS Y EGRESOS;

El Tomador se obliga a enviar al Asegurador la relación de solicitudes de ingresos y egresos de unidades de transporte público de pasajeros en el seguro;

El monto de la prima correspondiente a los ingresos será calculado a prorrata, por el período que falte por transcurrir hasta el próximo vencimiento de la póliza, contado a partir de la fecha de ingreso en la Póliza;

Con respecto a las unidades de transporte público de pasajeros que egresen del seguro antes de la fecha de su vencimiento, el Asegurador calculará la prima del período que falte por transcurrir, de forma análoga al caso anterior;

Según sea el caso, el Asegurador cobrará o devolverá al Tomador el monto del ajuste de prima por ingresos o egresos en la Póliza, mediante la emisión y entrega del recibo de prima correspondiente, conjuntamente con una relación actualizada de las unidades de transporte público de pasajeros expuestas y los certificados individuales de seguro de los ingresos, si fuera el caso;

CLÁUSULA 13. ÁMBITO TERRITORIAL;

La cobertura de este contrato sólo ampara los accidentes ocurridos en viajes efectuados por las unidades de transporte público de pasajeros en rutas suburbanas de la República Bolivariana de Venezuela;

CLÁUSULA 14. DEFENSOR DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO;

El Tomador, Asegurado o Beneficiario que sienta vulneración de sus derechos, y requiera presentar cualquier denuncia, queja o reclamo, surgida con ocasión de este contrato de seguro, podrá acudir a la Unidad del Defensor del Asegurado del Asegurador o comunicarse a través de los mecanismos dispuestos para ello;

POR EL ASEGURADOR

EL TOMADOR

IV

TARIFA	
PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES DE OCUPANTES DE VEHÍCULOS DE TRANSPORTE DE PASAJEROS EN RUTAS SUBURBANAS	
AMPARO	TASA ANUAL POR CADA MIL BOLÍVARES DE SUMA ASEGURADA – APLICABLE POR CADA PUESTO
MUERTE ACCIDENTAL	0,50
INVALIDEZ PERMANENTE	0,20
GASTOS MÉDICOS	1,45
SERVICIOS FUNERARIOS	0,50
AMPARO	TASA ANUAL POR CADA BOLÍVAR DEL COSTO DEL PASAJE - APLICABLE POR CADA PUESTO
PÉRDIDA DE EQUIPAJE	0,75

Del uso obligatorio de las condiciones

Artículo 2: Las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares y las Tarifas previstas en este acto administrativo serán de uso obligatorio en las emisiones y renovaciones de las Pólizas de Seguro de Accidentes Personales de Ocupantes de Vehículos de Transporte de Pasajeros en Rutas Interurbanas y de las Pólizas de Seguro de Accidentes Personales de Ocupantes de Vehículos de Transporte de

Pasajeros en Rutas Suburbanas, que se produzcan a partir de la entrada en vigencia de la presente Providencia y no podrán sufrir modificación alguna.

De la aprobación de documentos

Artículo 3. La Solicitud de Seguro, el Cuadro Póliza Recibo, la Declaración de Siniestro y demás documentos que formen parte integrante de la Póliza de Seguro de Accidentes Personales de Ocupantes de Vehículos de Transporte de Pasajeros en Rutas Interurbanas y de la Póliza de Seguro de Accidentes Personales de Ocupantes de Vehículos de Transporte de Pasajeros en Rutas Suburbanas, y que se requieran para su comercialización, deben ser presentados por los sujetos regulados interesados ante la Superintendencia de la Actividad Aseguradora para su aprobación;

De la publicidad

Artículo 4. Se ordena la publicación de las presentes normas en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, con el fin de coadyuvar con la divulgación de su contenido a todos los interesados y público en general.

De la vigencia

Artículo 5. Las presentes normas entrarán en vigencia a partir de la fecha de publicación en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

OMAR OROZCO COLMENARES
Superintendente de la Actividad Aseguradora (E)
Resolución N.º 003 de fecha 18 de enero de 2021
G.O.R.B.V. N.º 42.049 de fecha 18 de enero de 2021



NORMAS PARA REGULAR LOS CONTRATOS DE LOS FONDOS ADMINISTRADOS SUSCRITOS POR LAS EMPRESAS ADMINISTRADORAS DE RIESGOS



213°, 165° y 25°

SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

Providencia: SAA-_____

Fecha: _____

El Superintendente de la Actividad Aseguradora tiene dentro de sus atribuciones dictar sus manuales de normas y procedimientos que regulan la Actividad Aseguradora.

Por cuanto la Superintendencia de la Actividad Aseguradora tiene la atribución de dictar medidas que regulen los procesos inherentes a las operaciones de los fondos o contratos administrados por las empresas administradoras de riesgos, a fin de garantizar el interés general representado por los derechos y garantías, de todos los sujetos involucrados.

En virtud de lo anterior, acuerda dictar las siguientes:

NORMAS PARA REGULAR LOS CONTRATOS DE LOS FONDOS ADMINISTRADOS SUSCRITOS POR LAS EMPRESAS ADMINISTRADORAS DE RIESGOS

Del objeto y ámbito de aplicación

Artículo 12. Las presentes normas tienen por objeto establecer el procedimiento de regulación y funcionamiento de las operaciones concernientes a los contratos de fondos administrados, administración de riesgos o administración de siniestros, que pueden realizar las empresas administradoras de riesgos.

De la definición de fondo administrado

Artículo 13. A los efectos de estas normas, es el mecanismo mediante el cual una empresa, sociedad u organismo público o privado destina una cantidad de dinero para su constitución, cuya administración e inversión es realizada de manera conjunta por el contratante y el sujeto regulado, a los fines de amparar con controles de costos, los gastos incurridos por los afiliados o usuarios en ocasión de siniestros cubiertos que pudieran presentarse, donde el contratante está en la libertad de establecer las coberturas, condiciones y límites de acuerdo con sus necesidades.

De las partes del contrato

Artículo 14. Son partes del contrato de administración de riesgos:



5. La empresa que administre el riesgo;
6. El contratante, persona que, obrando por cuenta propia o ajena, suscribe un contrato de administración de riesgos;
7. El afiliado o usuario, persona que incurre en los gastos ocasionados por el siniestro;
8. El beneficiario, aquel en cuyo favor, se ha establecido la indemnización que pagara la empresa que administre riesgos.

El contratante, el afiliado o usuario y el beneficiario, pueden ser o no la misma persona.

Del contrato de administración de riesgos

Artículo 15. El contrato que suscriban las administradoras de riesgos debe establecer expresamente que no están asumiendo riesgos económicos y financieros, estar redactados en idioma castellano y deberá contener como mínimo:

10. Razón social, Registro único de Información Fiscal (R.I.F.), datos de la oficina de Registro Mercantil y dirección de la sede principal de la empresa que administre los riesgos, identificación de la persona que actúa en su nombre, el carácter con el que actúa y los datos del documento donde conste su representación;
11. Identificación completa del contratante y el carácter con el cual contrata, así como de los afiliados o usuarios y beneficiarios, o la forma de identificarlos;
12. La vigencia del contrato, con indicación de la fecha en que se extienda, la hora y día de su inicio y vencimiento, o el modo de determinarlos;
13. El monto del fondo o el modo de calcularlo, la forma y lugar de su transferencia a la empresa que administre riesgos, su forma de inversión y la distribución del rendimiento que produzca, así como los mecanismos para su reposición, de ser el caso;
14. Monto de la remuneración que será percibida por la empresa que administre riesgos, o la forma de determinarla, así como otros gastos de administración que correspondan;
15. El límite máximo de responsabilidad por siniestro a cargo del fondo;
16. Las Condiciones Generales y Particulares;
17. Las firmas del representante de la empresa y del contratante;
18. La frecuencia con la que se rendirá las cuentas sobre el manejo del fondo;

De las condiciones del contrato

Artículo 16. A los efectos de estas normas, se entiende por Condiciones Generales aquellas que establecen el conjunto de principios acordados por las partes para regular los contratos de administración de riesgos que se emitan en la misma modalidad. Son Condiciones Particulares, aquellas que contemplan los aspectos concretamente relativos a los riesgos objeto de indemnización en caso de siniestro.



De la contraprestación

Artículo 17. La administración de fondos tendrá carácter oneroso, por consiguiente, el sujeto regulado responsable de su administración, recibirá una contraprestación monetaria por el servicio prestado.

De la captación

Artículo 18. Las administradoras de riesgos podrán comercializar sus contratos de administración de fondos, de forma directa, debiendo mantener a disposición de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora un registro actualizado de las personas acreditadas para ello.

De la conservación de información

Artículo 19. Las administradoras de riesgos deben mantener a disposición de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, la siguiente información:

7. Relación detallada de los fondos o contratos administrados;
8. Composición, análisis y soportes de los saldos que conforman las cuentas relacionadas con fondos o contratos administrados;
9. Conciliaciones bancarias mensuales de las cuentas registradas en las instituciones del sector bancario (moneda nacional y extranjera) relacionadas de los fondos o contratos administrados.

De las obligaciones de las administradoras de riesgos

Artículo 20. Son obligaciones de las empresas administradoras de riesgos, las siguientes:

6. Entregar al contratante el contrato y demás documentos, así como aclarar cualquier duda que éste, el usuario o afiliado le formule;
7. Pagar la indemnización o prestar el servicio, a través de los proveedores que haya determinado para ello, según corresponda, en caso de siniestro, o rechazar mediante acto motivado, en los plazos previstos en la Ley de la Actividad Aseguradora;
8. Informar al contratante, dentro de los plazos previstos en el contrato, en forma impresa o a través de los mecanismos electrónicos acordados entre las partes, el detalle del destino de los fondos que haya recibido;
9. Garantizar el destino de los recursos del fondo. Si las partes así lo convienen, se podrá establecer la contratación de una fianza de anticipo y de fiel cumplimiento.

De las obligaciones del contratante afiliado o usuario

Artículo 21. El contratante, afiliado o usuario, según el caso deberá:



4. Transferir a la empresa que administre riesgos el monto inicial y los adicionales, correspondientes al fondo a administrar en la forma, lugar y tiempo convenidos, a los efectos de mantener su suficiencia;
5. Probar la ocurrencia del siniestro, a través de la consignación de toda la información necesaria para la indemnización del mismo, o para la prestación del servicio requerido, que sea solicitada por la empresa que administre riesgos;
6. Mantener actualizados los registros correspondientes a los afiliados o usuarios y beneficiarios.

De la responsabilidad

Artículo 22. El contrato sobre los fondos o contratos administrados indicará expresamente que el sujeto regulado no asume riesgo alguno, sin embargo, cumplirá sus obligaciones y será responsable, de conformidad con lo establecido en las leyes vigentes, por la pérdida o dolo de los fondos asignados.

De los registros contables

Artículo 23. Las operaciones de administración de fondos efectuadas por las administradoras de riesgos, deberán ser contabilizadas en Cuentas de Orden correspondientes a **Fondos o Contratos Administrados**, se reflejarán y publicarán junto con el balance de situación, de acuerdo con las Normas de Contabilidad y Código de Cuentas para Empresas Administradoras de Riesgos.

Los fondos administrados no requieren constitución ni representación de las reservas técnicas.

De la contabilización

Artículo 24. Las administradoras de riesgos deberán contabilizarlas remuneraciones obtenidas por administración de fondos con crédito a la cuenta de Ingresos Por Servicios – Por Fondos o Contratos Administrados.

De la contabilización en moneda extranjera

Artículo 25. Los registros contables de las contrataciones en moneda extranjera, deberán efectuarse en Bolívares, al tipo de cambio oficial, determinada por el Banco Central de Venezuela.

De la remisión de la información financiera

Artículo 26. Las administradoras de riesgos, deberán enviar conjuntamente con los estados financieros analíticos mensuales, los anexos contables con la información detallada de los fondos de acuerdo con las Normas de Contabilidad y Código de Cuentas para Empresas Administradoras de Riesgos, emitido por este Órgano de Control.



Prohibición

Artículo 27. Las administradoras de riesgos, no podrán utilizar los fondos recibidos para uso propio, tampoco podrán solicitar a los bancos e instituciones financieras, créditos o préstamos garantizados sobre los fondos administrados a su favor o del Contratante.

De la disposición transitoria

Artículo 28. Los fondos o contratos administrados existentes se adecuarán a la presente norma, una vez su entrada en vigencia.

De las disposiciones supletorias

Artículo 29. En todo lo no previsto en estas normas se aplicará, en cuanto sea procedente, lo dispuesto en la Ley de la Actividad Aseguradora, el Código de Comercio, el Código Civil, la Ley Orgánica de Procedimientos Administrativos, la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos y las leyes especiales que regulan las instituciones financieras.

De la publicidad

Artículo 19. Se ordena la publicación de las presentes normas en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, con el fin de coadyuvar con la divulgación de su contenido a todos los interesados y público en general.

De la vigencia

Artículo 20. Las presentes normas entrarán en vigencia a partir de la fecha de publicación en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

OMAR OROZCO COLMENARES
Superintendencia de la Actividad Aseguradora (E)
Resolución N° 003 del 18 de enero de 2021
G.O.R.B.V. N° 42.049 del 18 de enero de 2021



NORMAS QUE REGULAN LA AUTORIZACIÓN Y REGISTRO PARA ACTUAR COMO AUDITOR EXTERNO EN LA ACTIVIDAD ASEGURADORA



Gobierno Bolivariano
de Venezuela

Ministerio del Poder Popular de
Economía, Finanzas y Comercio Exterior

Superintendencia de la
Actividad Aseguradora



213°, 165° y 25°

SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

Providencia: SAA-_____

Fecha: _____

Por cuanto la Ley de la Actividad Aseguradora establece que se consideran como sujetos regulados los auditores externos, incluyendo los que ejerzan funciones en materia de activos de información y de administración de riesgos de legitimación de capitales, financiamiento al terrorismo, financiamiento de la proliferación de armas de destrucción masiva y otros ilícitos.

Por cuanto es deber de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora establecer los requisitos y condiciones necesarios para ser autorizado como Auditor Externo.

En virtud de lo anterior, acuerda dictar las siguientes:

NORMAS QUE REGULAN LA AUTORIZACIÓN Y REGISTRO PARA ACTUAR COMO AUDITOR EXTERNO EN LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

Del objeto

4. Las presentes normas tienen por objeto establecer la regulación y requisitos que deben reunir las personas naturales que aspiren a ser autorizados e inscribirse en el registro como auditores externos en materia financiera, incluyendo los que ejerzan funciones en materia de activos de información y de administración de riesgos de legitimación de capitales, financiamiento al terrorismo, financiamiento de la proliferación de armas de destrucción masiva (AR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos.

Del Sistema Único de Trámites

5. Todas las solicitudes a las que aluden estas normas se realizarán a través del Sistema Único de Trámites, de conformidad con las previsiones normativas contenidas en las normas que regulan los trámites y procedimientos administrativos sustanciados en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora a través de medios electrónicos.

De la traducción por intérprete público

6. Todo documento que se consigne en idioma diferente al castellano deberá ser traducido por intérprete público, de conformidad con la legislación de la República Bolivariana de Venezuela.

De los requisitos comunes a las tres clases de auditores externos



7. A los fines de obtener la autorización para actuar como Auditor Externo y, por ende, obtener la inscripción en el registro respectivo, el solicitante deberá suministrar y consignar la siguiente información:

1. Nombre y apellido, cédula de identidad, pasaporte (opcional), Registro único de Información Fiscal (RIF), teléfono principal y secundario, fecha de nacimiento, nacionalidad, estado civil, dirección, correo electrónico principal y accesorio (ambos obligatorios), ocupación y oficio;
2. Constancia de residencia;
3. Fotografía de frente a color, en formato digital con las siguientes especificaciones: tener fondo blanco, sin atuendos que cubran el rostro, formato JPG, tamaño 4 cm de alto x 3 cm de ancho;
4. Certificado de declaración de Impuesto sobre la Renta;
5. Declaración de Autenticidad, donde señale que la información suministrada es verdadera y que el solicitante autoriza la verificación por parte de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora de los datos suministrados;
6. Declaración de no estar incurso en ninguno de los supuestos de incompatibilidad e impedimentos establecidos en la Ley de la Actividad Aseguradora, su reglamento y las normas dictadas al efecto.

De los requisitos exigidos a los auditores externos en materia financiera

8. Las personas que aspiren a obtener la autorización para actuar como Auditor Externo en materia financiera y, por ende, la inscripción en el registro respectivo, además de los requisitos establecidos en el artículo 4 de estas normas, deberán consignar y cumplir con las siguientes exigencias:

1. Título universitario como Contador Público;
2. Nombre de la universidad o instituto, título obtenido, año de egreso, Oficina de Registro, número de registro, folio de registro, protocolo de registro, tomo del registro, fecha de registro;
3. Número de inscripción en el colegio respectivo y el carnet o credencial;
4. Síntesis curricular actualizada, con expresa mención de las empresas a las cuales ha prestado servicios como contador público con indicación de tipos de trabajo y otros documentos comprobatorios de la experiencia en el sector asegurador mínima de tres (3) años;
5. Comprobante de pago de la tasa establecida en la Ley.

De los requisitos exigidos a los auditores externos en materia de activos de la información



9. Las personas que aspiren a obtener la autorización para actuar como Auditor Externo en materia de activos de la información y, por ende, la inscripción en el registro respectivo, además de los requisitos establecidos en el artículo 4 de estas normas, deberá consignar y cumplir con las siguientes exigencias:

1. Título universitario en las carreras de licenciatura o ingeniería de sistemas, computación, telecomunicaciones o afines;
2. Síntesis curricular actualizada como Auditor Externo en materia de Activos de la Información, con las constancias que avalen experiencia mínima de dos (2) años en el área;
3. Nombre de la universidad o instituto, título obtenido, año de egreso, Oficina de Registro, número de registro, folio de registro, protocolo de registro, tomo del registro, fecha de registro;
4. Número de inscripción en el colegio respectivo, de aplicar y el carnet o credencial;
5. Constancias que avalen conocimientos actualizados sobre las Normas Internacionales de Auditoría (NIA), seguridad de la información, informática forense, tecnologías emergentes, normativas y estándares en la materia controles y seguridad en los sistemas de información con el objeto de mantener la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información.

De las auditorías en materia de activos de la información

10. Aquellos sujetos regulados que en cuyas Instalaciones se almacenen activos de información, en los términos establecidos en el artículo 2 de la Ley de la Actividad Aseguradora, practicarán cada año auditorías en materia de activos de la información, hasta tanto se dicten las normas que regulen los términos, formas y condiciones establecidos de la misma.

Para desarrollar la auditoría se tomarán en cuenta las normas ISO 27000, 27001, 27002 y la Guía de Control de Activos de Información (CISA).

De los requisitos exigidos a

los auditores externos en AR/LC/FT/FPADM

11. Las personas que aspiren a obtener la autorización para actuar como Auditor Externo en AR/LC/FT/FPADM y otros ilícitos, así como la inscripción en el registro respectivo, además de los requisitos establecidos en el artículo 4 de estas normas, deberá consignar y cumplir con las siguientes exigencias:

9. Título universitario;
10. Síntesis curricular actualizada;



11. Nombre de la universidad o instituto, título obtenido, año de egreso, Oficina de Registro, número de registro, folio de registro, protocolo de registro, tomo del registro, fecha de registro;
12. Número de inscripción en el colegio respectivo, de aplicar;
13. Cursos, programas o capacitaciones en materia de AR/LC/FT/FPADM y otros ilícitos;
14. Comprobante de pago de la tasa establecida en la Ley.

De las auditorías en AR/LC/FT/FPADM

12. Los auditores externos en AR/LC/FT/FPADM y otros ilícitos, presentarán sus informes en los términos, formas y condiciones establecidas en las Normas sobre AR/LC/FT/FPADM y otros ilícitos, en la Actividad Aseguradora o con fundamento en las Normas o directrices que a tal efecto dicte la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

De la aplicación de las normas

13. Las demás normativas prudenciales y actos administrativos conexos a la actividad aseguradora, que coliden con las presentes normas no serán aplicables.

De la publicidad

14. Se ordena la publicación de las presentes normas en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, con el fin de coadyuvar con la divulgación de su contenido a todos los interesados y público en general.

De la vigencia

15. Las presentes normas entrarán en vigencia a partir de la fecha de publicación en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

OMAR OROZCO COLMENARES

Superintendente de la Actividad Aseguradora (E)

Resolución N°003 de fecha 18 de enero de 2021
G.O.R.B.V. N° 42.049 de fecha 18 de enero de 2021



NORMAS SOBRE EL BUEN GOBIERNO CORPORATIVO PARA EMPRESAS DE SEGUROS, REASEGUROS, ADMINISTRADORAS DE RIESGOS, MEDICINA PREPAGADA Y FINANCIADORAS DE PRIMAS



213°, 165° y 25°

SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

Providencia: SAA-_____

Fecha: _____

Por cuanto la Ley de la Actividad Aseguradora dispone que, la Superintendencia emitirá los lineamientos de gobierno corporativo de los sujetos regulados.

Igualmente, la Ley de la Actividad Aseguradora dispone los requisitos indispensables para obtener y mantener la autorización para operar como empresas de seguros, de reaseguros, de medicina prepagada y administradoras de riesgos.

Por cuanto la Ley de la Actividad Aseguradora dispone los requisitos indispensables para obtener y mantener la autorización para operar como empresa financiadora de primas o de cuotas.

Por cuanto es competencia de esta Superintendencia de la Actividad Aseguradora verificar y garantizar que los sujetos regulados cumplan con las disposiciones contenidas en la Ley de la Actividad Aseguradora.

En virtud de lo anterior, acuerda dictar las siguientes:

NORMAS SOBRE EL BUEN GOBIERNO CORPORATIVO PARA EMPRESAS DE SEGUROS, REASEGUROS, ADMINISTRADORAS DE RIESGOS, MEDICINA PREPAGADA Y FINANCIADORAS DE PRIMAS

CAPÍTULO I DE LAS DISPOSICIONES GENERALES

Del objeto

Artículo 1. Las presentes normas tienen por objeto establecer los parámetros para el funcionamiento de los sujetos regulados, a través del buen gobierno corporativo.

De los principios

Artículo 2. Las presentes normas se desarrollarán basándose y aplicándose los principios de transparencia, igualdad, responsabilidad, honestidad y eficiencia.

De las definiciones

Artículo 3. A los fines de estas normas, se entenderá por:



1. **Accionista:** persona natural o jurídica que posee acciones de una empresa, dichas acciones conllevan derechos económicos y de gestión sobre la empresa;
2. **Asamblea de Accionistas:** máxima instancia de gobierno de una empresa, compuesta por todos sus accionistas;
3. **Auditoría Externa:** análisis que realiza un auditor ajeno a la empresa sobre los procesos que desarrolla la misma, para comprobar que se realizan de manera adecuada y cumpliendo los requisitos legales establecidos;
4. **Auditoría Interna:** área que evalúa los controles internos de la empresa, incluyendo su gestión empresarial y procesos contables, garantizando el cumplimiento de las leyes y reglamentos y ayudan a mantener una presentación precisa y oportuna de los informes financieros y la recopilación de datos;
5. **Buen Gobierno Corporativo:** conjunto de prácticas mundialmente reconocidas en términos de gobernanza corporativa **que rigen la forma de controlar y gestionar las empresas**. Distribuye y equilibra los poderes entre todos los grupos de interés de la empresa entendiéndose como Junta Directiva o administradora, accionistas, alta gerencia, ejecutivos, además establece las normas y los procedimientos de toma de decisiones que deben seguirse;
6. **Calificación profesional:** formación académica a través de la cual se obtiene un título universitario;
7. **Código de Ética y conducta:** base de la cultura organizacional y reúne un conjunto de normas, reglas y consecuencias que rigen la ética y conducta de las partes interesadas de la empresa, tales como la Junta Directiva o administradora, gerencia, empleados. El Código de Ética y conducta debe ser formulado y suscrito por la propia empresa;
8. **Comisario:** persona calificada y autorizada por la Asamblea de Accionistas para vigilar el correcto funcionamiento y administración de la empresa, en los aspectos administrativos, financieros y contables;
9. **Defensor del Asegurado:** persona designada por la Junta Directiva o administradora, o quien haga sus veces y forma parte de la estructura organizacional de la empresa de seguros y medicina prepagada. Es el encargado de atender y gestionar las denuncias, los reclamos y quejas de los tomadores, asegurados, beneficiarios, contratantes, usuarios y afiliados de la actividad aseguradora, en relación a los contratos de seguros y demás actividades y compromisos derivados de la ley que regula la materia;
10. **Directores independientes:** miembros de la Junta Directiva o administradora que no tienen vínculo alguno con la empresa o sus accionistas;
11. **Directores propietarios:** miembros de la Junta Directiva o administradora que tienen participación accionaria en la empresa;
12. **Directores vinculados:** miembros de la Junta Directiva o administradora que, sin ser propietarios, tienen funciones operativas en el manejo de la empresa;
13. **Estructuras y Órganos de gobierno corporativo:** aquellas instancias con miembros y espacios formales que, por mandato legal, normativo, de estatutos sociales o por las mejores prácticas internacionales, tienen la función de adoptar y garantizar los estándares de buen gobierno corporativo;



14. **Experiencia:** conocimiento que se adquiere con la práctica o ejercicio de la actividad aseguradora y conexas, y de actividades relacionadas con los sectores específicos en materia económica o financiera.;
15. **Honorabilidad:** Valor ético y social de una persona, producto de sus propias acciones y del cumplimiento de sus deberes morales y sociales, acrecentando el derecho al respeto de los demás;
16. **Junta Directiva o administradora:** máxima instancia de administración de una empresa, compuesta por un grupo de directores nombrados por la Asamblea de Accionistas, los cuales deben cumplir con el perfil establecido por la Ley de la Actividad Aseguradora, el reglamento y las normas dictadas por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora;
17. **Manual de Buen Gobierno Corporativo:** instrumento por medio del cual la empresa define los fundamentos y directrices generales de la estructura de buen gobierno corporativo, los cuales deben atender sus Órganos de dirección, administración y control, en todas sus acciones tendientes a procurar el mejor desempeño, basado principalmente en el apego a la conducta ética;
18. **Oficial de Cumplimiento:** persona responsable de garantizar la adecuada implementación y funcionamiento del Sistema de Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo y Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (SIAR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos;
19. **Presidente de la Junta Directiva:** miembro de la Junta Directiva o administradora que es designado por la Asamblea de Accionistas para representar a la empresa en los distintos ámbitos de actividad, convocar, presidir y dirigir las reuniones de la junta;
20. **Presidente ejecutivo:** máxima autoridad de la empresa, designado para dirigirla cumpliendo el presupuesto, plan de negocios y aspectos regulatorios establecidos;
21. **Solvencia:** capacidad patrimonial de las personas naturales o jurídicas para satisfacer las obligaciones que han contraído;
22. **Trato igualitario a los accionistas:** marco para el buen gobierno corporativo que garantiza que todos los accionistas de una empresa tienen el mismo derecho, sin importar el porcentaje accionario.

CAPÍTULO II DE LOS ACCIONISTAS Y JUNTA DIRECTIVA O ADMINISTRADORA DE LOS SUJETOS REGULADOS

De los accionistas

Artículo 4. Las empresas de seguros, reaseguros, administradoras de riesgos y medicina prepagada deben poseer como mínimo cinco (5) accionistas. Las empresas financiadoras de primas deben poseer como mínimo tres (3) accionistas.

En ambos casos, deberán cumplir con los requisitos indicados en el artículo 15 de estas normas.



De la Asamblea de Accionistas

Artículo 5. La asamblea estará compuesta por la totalidad de los accionistas de la empresa. Las asambleas son ordinarias o extraordinarias.

La asamblea ordinaria se reunirá una vez al año por lo menos, en la fecha que determine el documento constitutivo estatutario, y en ella los accionistas realizarán cuando menos las siguientes acciones:

1. Discutir, aprobar o modificar los estados financieros, tomando en cuenta el informe de los comisarios;
2. Nombrar a los administradores o miembros de la Junta Directiva;
3. Nombrar los comisarios;
4. Fijar la retribución que corresponde a los administradores o miembros de la Junta Directiva y a los comisarios, salvo lo dispuesto en el documento constitutivo estatutario;
5. Conocer cualquier otro asunto que le sea especialmente sometido.

La asamblea extraordinaria se reunirá siempre que interese a la empresa, y decidirá sobre los puntos que le sean sometidos, de acuerdo a los objetos enunciados en la convocatoria.

De la convocatoria a la Asamblea de Accionistas

Artículo 6. Las empresas de seguros, reaseguros, administradoras de riesgos, medicina prepagada y financiadoras de prima, deben notificar cualquier asamblea ordinaria o extraordinaria a la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, con por lo menos quince (15) días continuos de anticipación a la fecha en la cual se celebrará, remitiendo mediante escrito copia de la respectiva convocatoria y de los documentos que vayan a ser sometidos a consideración de la Asamblea de Accionistas.

Del Acta de Asamblea de Accionistas

Artículo 7. El Acta de asamblea ordinaria o extraordinaria o la certificación de la misma, debe plasmar todos y cada uno de los puntos tratados y aprobados en ella.

De la ejecución de las decisiones de las asambleas de accionistas

Artículo 8. Las empresas de seguros, reaseguros, administradoras de riesgos, medicina prepagada y financiadoras de prima deben ejecutar las decisiones y mandatos de las asambleas de accionistas, como máxima instancia de gobierno y control de la empresa, escuchando y atendiendo las deliberaciones, así como las decisiones y votos de todos los accionistas por igual.

De la resolución de requerimientos



de los accionistas

Artículo 9. Las empresas de seguros, reaseguros, administradoras de riesgos, medicina prepagada y financiadoras de prima deben fomentar y vigilar la atención de los accionistas, a través de instancias operativas para garantizar la resolución de requerimientos de todos los accionistas de forma igualitaria.

Del trato igualitario a los accionistas

Artículo 10. La Asamblea de Accionistas debe garantizar el trato igualitario a todos los accionistas, independientemente del porcentaje accionario que posean dentro de la empresa; asimismo, debe asegurarse de la presencia de la mayoría de los accionistas a las asambleas ordinarias o extraordinarias, haciendo particular énfasis en la presencia de los accionistas minoritarios, convocados según lo dispuesto en sus estatutos sociales, la Ley de la Actividad Aseguradora y normas aplicables.

Las empresas de seguros, reaseguros, administradoras de riesgos, medicina prepagada y financiadoras de prima deberán hacer uso de los medios de comunicación digitales, publicaciones en páginas web o portales digitales de la empresa, medios de prensa electrónicos, correos electrónicos individuales, mensajes telefónicos, redes sociales, llamadas telefónicas y otros, para convocar a los accionistas, especialmente a aquellos que no se encuentran en la sede principal de la sociedad o están domiciliados fuera del país.

Asimismo, a los fines de garantizar la presencia de todos los accionistas a las asambleas convocadas, deberá incorporar a sus estatutos sociales la votación telemática como herramienta para agilizar sus procesos de votación y facilitarán el voto de los accionistas que no puedan asistir de manera presencial a las asambleas ordinarias o extraordinarias, garantizando la eficiencia de recursos, además de la participación igualitaria de todos los accionistas de la empresa.

De la Junta Directiva o administradora

Artículo 11. La Junta Directiva o administradora como máxima instancia de administración de una empresa, debe:

1. Establecer y controlar el presupuesto;
2. Contribuir con la sostenibilidad de la organización a través de buenas prácticas que permitan dirimir los conflictos de intereses que puedan surgir entre los accionistas, la Junta Directiva o administradora, la alta gerencia y los empleados;
3. Llevar un Libro de actas de Junta Directiva o administradora, donde se asentará el contenido de sus deliberaciones, el cual debe estar firmado por los miembros presentes en el acto.

Las decisiones de la Junta Directiva o administradora tienen un carácter vinculante, por lo que, sus miembros tendrán responsabilidades legales, de carácter administrativo, civil y penal, de conformidad con lo establecido en la Ley de la



Actividad Aseguradora, su reglamento y las normas que dicte la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

De los miembros de la Junta Directiva o administradora

Artículo 12. Las empresas de seguros, reaseguros, administradoras de riesgos y medicina prepagada deben poseer una Junta Directiva o administradora compuesta por no menos de cinco (5) integrantes. En el caso de las empresas financiadoras de primas deben poseer una Junta Directiva o administradora compuesta por no menos de tres (3) integrantes.

En ambos supuestos, al menos un tercio de los integrantes de la Junta Directiva o administradora deben ser directores o directoras independientes y además deberán cumplir con los requisitos indicados en los artículos 13 y 14 de estas normas.

De las condiciones para ser miembro de la Junta Directiva o administradora

Artículo 13. A los fines de obtener la autorización por parte de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora para ser miembro de la Junta Directiva o administradora, las personas naturales deberán cumplir con las siguientes condiciones:

1. En cuanto a la experiencia en relación a las empresas de seguros, reaseguros, administradoras de riesgos y medicina prepagada:
 - 1.1. En los casos de poseer título universitario, la experiencia se determinará por el desempeño como mínimo de cinco (5) años en la actividad aseguradora: en cargos de alto nivel (presidente o presidenta, vicepresidente o vicepresidenta, gerente general u otros cargos de similar jerarquía o asesoramiento) o en cargos de jerarquía inmediatamente anterior a los de alto nivel;
 - 1.2. En los casos de no poseer título universitario, la experiencia se determinará por el desempeño como mínimo de diez (10) años en cargos de alto nivel o en cargos de jerarquía inmediatamente anterior a los de alto nivel, en la actividad aseguradora o en empresas enmarcadas en sectores específicos de la economía, tales como: bancario, mercado de capitales, industrial, tecnología y de servicios, siempre que demuestren su trayectoria y experiencia profesional.
2. En cuanto a la experiencia en relación a las empresas financiadoras de primas:
 - 2.1. En los casos de poseer título universitario, la experiencia se determinará por el desempeño como mínimo de tres (3) años en la actividad aseguradora o financiera;
 - 2.2. En los casos de no poseer título universitario, la experiencia se determinará por el desempeño como mínimo de cinco (5) años en tales actividades; en ambos casos, en cargos de alto nivel (presidente o presidenta, vicepresidente o vicepresidenta, gerente general u otros



- cargos de similar jerarquía o asesoramiento), o en cargos de jerarquía inmediatamente anterior a los de alto nivel.
3. En cuanto a la calificación profesional: poseer título universitario. No se exige profesión específica;
 4. En cuanto a la honorabilidad: las personas no deben haber estado incurso en conductas graves o reiteradas en perjuicio de personas o instituciones, o en quienes no concurra alguna de las circunstancias establecidas en el artículo 15 de la Ley de la Actividad Aseguradora.

De los requisitos para ser miembro de la Junta Directiva o administradora

Artículo 14. Los directores o administradores de la Junta Directiva, conjuntamente con la solicitud, deberán cumplir con los siguientes requisitos:

Personas Naturales:

1. Balance personal;
2. Certificado de la Declaración de Impuesto sobre la Renta del año inmediatamente anterior;
3. Constancia de residencia;
4. Cédula de identidad vigente;
5. Registro único de Información Fiscal (R.I.F.) vigente;
6. Síntesis curricular;
7. Constancias de calificación profesional y experiencia sobre los cargos desempeñados o trabajos realizados;
8. Declaración Jurada de no estar incurso en alguna de las prohibiciones previstas en la ley;
9. Cualquier otra documentación que a juicio de esta Superintendencia de la Actividad Aseguradora se considere pertinente.

Las personas naturales interesadas en ser miembros de la Junta Directiva o administradora no podrán ser cónyuges o mantener uniones estables de hecho entre sí, o estar vinculados por parentesco dentro del segundo grado de afinidad o cuarto de consanguinidad. No ejercer simultáneamente cargos directivos en otros sujetos regulados o en otras empresas del sistema financiero. En relación a los miembros de la Junta Directiva o administradora al menos la mitad de los mismos deben ser venezolanos o venezolanas.

De los requisitos para ser accionista

Artículo 15. Los accionistas, conjuntamente con la solicitud, deberán cumplir con los siguientes requisitos:

1. Personas Naturales:
 - 1.1. Balance personal;
 - 1.2. Certificado de la Declaración de Impuesto sobre la Renta del año inmediatamente anterior;
 - 1.3. Constancia de residencia;



- 1.4. Cédula de identidad vigente;
- 1.5. Registro único de Información Fiscal (R.I.F.) vigente;
- 1.6. Síntesis curricular;
- 1.7. Declaración Jurada de no estar incurso en alguna de las prohibiciones previstas en la ley;
- 1.8. Declaración Jurada de origen y destino de los fondos;
- 1.9. Declaración Jurada sobre si actúa por cuenta propia y será el beneficiario final.
- 1.10. Cualquier otra documentación que a juicio de esta Superintendencia de la Actividad Aseguradora se considere pertinente.

2. **Personas Jurídicas:**

- 2.1. Copia del documento constitutivo y estatutos sociales con sus respectivas modificaciones;
- 2.2. Registro único de Información Fiscal (R.I.F.) vigente;
- 2.3. Cuando sus accionistas principales sean personas naturales deberán consignar los recaudos pertinentes;
- 2.4. En caso que los accionistas fueran personas y/o estructuras jurídicas, consignarán los documentos necesarios que permitan determinar la identidad de las personas naturales accionistas de dichas empresas y de las que efectivamente tendrán el control de la institución, de quienes los interesados deberán remitir los recaudos para personas naturales;
- 2.5. Declaración Jurada de origen y destino de los fondos de los accionistas principales;
- 2.6. Declaración Jurada sobre si los accionistas principales actúan por cuenta propia y serán los beneficiarios finales;
- 2.7. Estados financieros correspondientes al último ejercicio económico.
- 2.8. Certificado de la Declaración de Impuesto sobre la Renta de los últimos tres (3) años y los soportes que evidencien el pago, de ser el caso;
- 2.9. Declaración Jurada notariada del presidente de la empresa (actuando en su condición de representante) en la cual manifieste que dicha sociedad y sus accionistas no estuvieron ni están incursos en los supuestos previstos en el artículo 15 de la Ley de la Actividad Aseguradora;
- 2.10. Cualquier otra documentación que a juicio de esta Superintendencia de la Actividad Aseguradora considere pertinente.

Del presidente de la Junta Directiva o administradora

Artículo 16. El presidente de la Junta Directiva o administradora será nombrado por la Asamblea de Accionistas y el mismo se encargará de convocar, formular el orden del día y dirigir las reuniones; asimismo, velará porque los demás miembros de la Junta Directiva reciban la información necesaria, participen de manera activa y se comprometan a dar cumplimiento a sus tareas asignadas.

Del presidente ejecutivo



Artículo 17. El presidente ejecutivo será nombrado por la Asamblea de Accionistas y se encargará de llevar a cabo la gestión y administración de la empresa en conjunto con la Junta Directiva o alta gerencia.

Los estatutos de las empresas de seguros, reaseguros, administradoras de riesgos y establecerán claramente las funciones del presidente ejecutivo de manera que se logre establecer las responsabilidades de cada unidad de gobierno.

No obstante, en ningún caso se dispondrán que el presidente ejecutivo tiene poderes absolutos de administración, ni siquiera para situaciones excepcionales.

Del secretario de la Junta Directiva o administradora

Artículo 18. El secretario de la Junta Directiva o administradora debe facilitar el buen desarrollo de las sesiones de la junta, ocupándose muy especialmente de prestar a los directores el asesoramiento y la información necesaria, de conservar la documentación, de dejar constancia en los libros de actas del desarrollo de las sesiones, y de dar fe de sus resoluciones. Asimismo, debe velar especialmente por la legalidad formal y material de las actuaciones de la junta y garantizar que sus procedimientos y reglas de gobierno sean respetados y regularmente revisados.

Será responsabilidad del secretario de la Junta Directiva o administradora velar porque todas las actas de asambleas sean suscritas por sus participantes, de manera que su contenido sea refrendado por estos.

De la competencia de la asamblea de accionista

Artículo 19. La Asamblea de Accionistas debe garantizar que todos los miembros de la Junta Directiva cuenten con la experiencia, calificación profesional y honorabilidad, a objeto de ejercer adecuadamente sus obligaciones al frente de la dirección de la misma.

Como parte de un buen gobierno corporativo, la Junta Directiva deberá conocer o poder conocer y comprender las áreas de la empresa y las obligaciones relacionadas con el tratamiento ético y justo de los clientes.

De la implementación de objetivos y estrategias comerciales

Artículo 20. La Junta Directiva de los sujetos regulados deberá establecer rigurosos controles en aquellos casos en los que decidan adoptar una iniciativa comercial importante, que implique modificar sus estrategias con respecto a la aceptación de un nuevo tipo o clase de riesgo, creación de un nuevo producto o para una nueva clase o categoría de clientes.

De la toma de decisiones

Artículo 21. Los estatutos establecerán las formas y condiciones para adoptar las decisiones, soportados en criterios de autonomía claros y objetivos. Se indicarán los mecanismos para resolver los empates, de existir.



De los deberes de cada miembro de la Junta Directiva o administradora

Artículo 22. Los miembros de la Junta Directiva o administradora deben:

1. Actuar de buena fe, con honestidad y de manera razonable;
2. Ejercer con debido cuidado y diligencia sus funciones;
3. Actuar según el mejor interés de la empresa y de los tomadores, asegurados, beneficiarios, contratantes, usuarios y afiliados, anteponiendo dichos intereses a los propios;
4. Tomar decisiones con objetividad y juicio independiente, tomando debidamente en cuenta los intereses de la empresa y de los tomadores, asegurados, beneficiarios, contratantes, usuarios y afiliados;
5. No utilizar su cargo para obtener ventajas personales indebidas o en detrimento de la empresa.

De la vigencia de la Junta Directiva o administradora

Artículo 23. Los miembros de la Junta Directiva o administradora tendrán como vigencia en el ejercicio de sus funciones el tiempo establecido en sus estatutos sociales, pudiendo ser reelegidos las veces que consideren necesarias.

De la desvinculación de un miembro de la Junta Directiva

Artículo 24. Los estatutos establecerán las causales específicas y claras por las cuales un miembro de la Junta Directiva podrá ser desvinculado de la misma y del procedimiento que deberá seguirse.

De la capacitación de los miembros de la Junta Directiva o administradora

Artículo 25. Los miembros de la Junta Directiva o administradora tienen la obligación de mantener formación académica y actualización continua en lo que respecta a todas las materias y áreas relacionadas con la actividad aseguradora.

Asimismo, la Superintendencia de la Actividad Aseguradora podrá ordenar la realización de capacitaciones en temas que interesen al sector y, en algunos casos, obligatorios para los miembros de las juntas directivas.

De las tareas específicas de la Junta Directiva o administradora en resguardo del interés de la empresa

Artículo 26. La Junta Directiva o administradora debe implementar las siguientes tareas específicas en resguardo del interés de la empresa:

1. Revisar periódicamente políticas generales de la empresa, en especial las relacionadas a las estrategias comerciales;
2. Supervisar a la alta gerencia en la correcta implementación de las políticas definidas;
3. Establecer códigos de ética y estándares de conducta para la empresa;
4. Aportar conocimientos, experiencia y dedicación;



5. Desarrollar objetivos y medidas de desempeño, cuya revisión será realizado a través de las auditorías respectivas, valorando especialmente su adecuación;
6. Implementar un sistema de información interna a través de herramientas y procedimientos que ayuden a la efectiva toma de decisiones.

Del control de la gestión de la gerencia

Artículo 27. La Junta Directiva o administradora debe controlar la gestión de la gerencia del sujeto regulado, de manera cercana y efectiva, encabezada por el presidente ejecutivo, asegurando el cabal desempeño de las funciones de cada uno de los gerentes o ejecutivos, así como el cumplimiento del presupuesto y plan de negocios anual aprobado por la Asamblea de Accionistas.

De la remuneración de la Junta Directiva o administradora

Artículo 28. La Junta Directiva o administradora debe someter a la consideración de la Asamblea de Accionistas la remuneración, dietas o asignaciones de sus miembros.

De las políticas de remuneración

Artículo 29. Las remuneraciones establecidas deberán ajustarse a los estándares establecidos por el mercado laboral y nunca podrán ir en detrimento de la rentabilidad y sostenibilidad del sujeto regulado.

De la delegación de sus funciones

Artículo 30. La Junta Directiva o administradora podrá delegar sus funciones a través de la creación de Órganos de gobierno delegados o comités, los cuales estarán limitados a asuntos específicos.

Cuando la Junta Directiva o administradora delegue sus funciones a través de la creación de Órganos de gobierno delegados o comités, deberá asegurarse que:

1. La delegación es apropiada;
2. La delegación se realiza bajo un mandato claro con términos bien definidos, tales como aquellos relacionados con los poderes, responsabilidades y procedimientos asociados a la delegación, y es respaldada por recursos adecuados para llevar a cabo efectivamente las funciones delegadas;
3. No exista concentración indebida de poderes que entregue a alguna persona o grupo de personas un nivel irrestricto e inapropiado de poderes, capaz de influenciar las decisiones comerciales o de gestión de la empresa;
4. Se tenga la capacidad de monitorear y requerir informes sobre si las tareas delegadas se llevan a cabo de manera adecuada;
5. Se mantenga la capacidad de revocar la delegación si no es ejercida por el delegado apropiadamente y para los propósitos debidos.

De los Órganos de gobierno delegados o comités



Artículo 31. Los Órganos de gobierno delegados o comités deberán ser conformados según las políticas del sujeto regulado y tendrán como mínimo tres (3) miembros, los cuales estarán presididos por el principio de transparencia, y deberán adoptar las medidas necesarias para asegurar que la Junta Directiva o administradora tenga conocimiento completo de todos los asuntos tratados y de las decisiones adoptadas.

Asimismo, el documento o acta que acuerde la creación del comité respectivo establecerá que sus miembros cuentan con la autonomía y la objetividad necesarios para llevar a cabo las funciones.

De la aprobación por parte de la Junta Directiva o administradora

Artículo 32. Los Órganos de gobierno o comités se encargarán del procedimiento previo en relación a la gestión encomendada y presentarán los resultados del mismo ante la Junta Directiva o administradora como máxima instancia administrativa del sujeto regulado a los fines de su aprobación.

CAPÍTULO III DEL BUEN GOBIERNO CORPORATIVO

De los aspectos fundamentales de buen gobierno corporativo

Artículo 33. A los fines de ejecutar un buen gobierno corporativo dentro de la empresa, la misma debe considerar los siguientes aspectos fundamentales:

1. Administración integral de riesgos. Debe ser desarrollado por un área específica, implementando un efectivo Sistema Integral de Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (SIAR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos, incluyendo la autoevaluación de riesgo anual;
2. Control interno. Debe establecerse un sistema eficaz y permanente de control interno, con procedimientos administrativos y contables, y con mecanismos de información y de comprobación de actividades,
3. Auditoría interna. Debe realizarse una revisión del cumplimiento de la normatividad interna y externa aplicable, examinando las políticas y normas establecidas por la Junta Directiva o administradora o por la Asamblea de Accionistas;
4. Contratación de servicios de terceros. Debe asegurarse que las funciones realizadas por terceros no afecten el sistema de gobierno corporativo, no incrementen los riesgos o afecten la calidad del servicio otorgado.

De la administración integral de riesgos

Artículo 34. La Junta Directiva deberá elaborar un Sistema Integral de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (SIAR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos, el cual abarcará tanto los riesgos prudenciales, en cuanto a la solvencia, liquidez y



conducta del mercado, entre otros relacionados, riesgos emergentes, así como los riesgos comerciales.

De la independencia y objetividad

Artículo 35. Para promover la objetividad en la toma de decisiones por parte de la Junta Directiva o administradora, la independencia formal y percibida de sus miembros debe estar garantizada. A tal efecto, los miembros de la Junta Directiva deben evitar vínculos personales o intereses financieros o comerciales que puedan entrar en conflicto con los de la empresa. Cuando no sea razonablemente posible evitar conflictos de interés, estos conflictos deben ser gestionados efectivamente. Deben establecerse políticas y procedimientos documentados para identificar y abordar los conflictos de interés, los que podrían incluir aspectos como: revelación de los potenciales conflictos de interés, requerimientos para operaciones en condiciones de igualdad o independencia entre partes asociadas, abstención del voto y, cuando sea apropiado, intervención de la Asamblea de Accionistas.

Del adecuado ambiente de control

Artículo 36. Los sujetos regulados deben asegurar un adecuado ambiente de control, en los que garantizará el cumplimiento de carácter regulatorio, normativo, ético y conductual.

De la evaluación del funcionamiento

Artículo 37. Los sujetos regulados deben adoptar pautas de autocontrol, por lo que, al menos una vez al año, a través de reunión de alta gerencia, miembros de Junta Directiva o administrativa y accionistas, discutirán sobre su propio funcionamiento, con el propósito de valorar la calidad de sus trabajos, de evaluar la eficiencia de sus reglas y, en su caso, de corregir aquellos aspectos que se hayan revelado poco funcionales.

El objetivo final es asegurar la efectividad de la empresa y su capacidad de supervisar la gestión, teniendo en cuenta los distintos informes emitidos por las Áreas Contables, Financiera, Legal, Auditoría Interna y Externa, Actuarial, Unidad de Defensoría, Oficial de Cumplimiento, así como el resultado de la inspección general y parcial realizada por los funcionarios de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, entre otras.

De las bases principales para un gobierno corporativo eficaz

Artículo 38. A los fines de obtener un gobierno corporativo eficaz, el sujeto regulado debe implementar las siguientes bases:

1. Definición clara de roles y responsabilidades en la organización que permita establecer los objetivos, los medios para alcanzarlos y cómo supervisar su cumplimiento;
2. La Junta Directiva o administradora y la alta gerencia deben conformarse por personas con conocimientos y competencias necesarias para cumplir sus



roles. Deben planificar y dirigir la gestión comercial y de riesgos, gestionando eficazmente la solvencia de la empresa;

3. Debe existir un ambiente de control adecuado en relación al volumen, naturaleza y complejidad de las operaciones, y al perfil de riesgo de la empresa, que permita un control eficiente y alentar un uso efectivo de los recursos.

De las políticas, normas, funciones, procesos y procedimientos de los Órganos de gobierno

Artículo 39. Las políticas, normas, funciones, procesos y procedimientos de cada Órgano de gobierno, así como del flujo de toma de decisiones y seguimiento de las mismas, debe ser establecido por cada sujeto regulado según las leyes, normas aplicables y requerimientos de la empresa en términos de tamaño y actividades, siempre privilegiando la agilidad, eficacia y eficiencia al proceso de administración, sin comprometer la rentabilidad y sostenibilidad de la sociedad.

De la adaptabilidad de las prácticas de buen gobierno corporativo

Artículo 40. Las disposiciones establecidas en estas normas deberán ajustarse y adaptarse al tamaño y recursos disponibles por los sujetos regulados, sin que esto pueda ser impedimento para la implementación de las prácticas de buen gobierno corporativo relacionadas con las responsabilidades y valores de la Junta Directiva o administradora.

De la gestión de riesgos y controles internos

Artículo 41. Es responsabilidad de la Junta Directiva o administradora garantizar que la empresa cuente con sistemas y funciones adecuados para la gestión de riesgo y controles internos; y proporcionar vigilancia para garantizar que estos sistemas y funciones que supervisa están operando efectivamente y según fueron previstos.

De la auditoría interna

Artículo 42. El área de auditoría interna del sujeto regulado debe asegurar que el sistema de gestión integral de riesgos es adecuado y que se toman las medidas necesarias para su mantenimiento en forma continua.

De las responsabilidades de la auditoría interna

Artículo 43. El sujeto regulado a través del área de auditoría interna contribuirá a la aplicación y funcionamiento de la gestión de riesgos, ejerciendo nexos entre la Asamblea de Accionistas, la Junta Directiva o administradora y la alta gerencia de la empresa. Para ello debe:

1. Elaborar el Programa Anual de Seguimiento, Evaluación y Control de auditoría interna o el área que haga sus veces;



2. Proponer la selección, mantenimiento o sustitución de la firma de auditores externos y evaluar su independencia y condiciones de contratación;
3. Examinar los informes emitidos por los auditores externos;
4. Realizar seguimiento sobre recomendaciones y debilidades realizadas;
5. Conocer los estados contables y la información contable relevante;
6. Mantener comunicación con la Superintendencia de la Actividad Aseguradora sobre los problemas o resultados de las inspecciones realizadas anualmente al cierre del ejercicio económico;
7. Evaluar los sistemas diseñados para cumplir con los requerimientos legales, normativos, contractuales y del Código de Ética;
8. Considerar los métodos empleados para custodia de activos;
9. Implementar la aplicación de las políticas y procedimientos y el funcionamiento de los mecanismos de control dispuestos;
10. Valorar el sistema de cálculo del capital en relación con los riesgos;
11. Evaluar exactitud y confiabilidad de los registros contables y los informes financieros y de gestión;
12. Evaluar el cumplimiento de las obligaciones exigidas en las presentes normas.

De la auditoría externa

Artículo 44. La auditoría externa debe aportar una visión fiel e independiente de la institución y de los demás agentes que tengan interés en la misma. Los sujetos regulados deben contar con auditores externos competentes y calificados que aporten una visión independiente, autorizados por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

De los informes de auditoría externa

Artículo 45. Los auditores externos deben emitir los siguientes informes de acuerdo a la evaluación realizada al sujeto regulado:

1. Dictamen sobre los estados contables e información complementaria al cierre de ejercicio;
2. Informe de evaluación integral del funcionamiento del sistema de gestión integral de riesgos, e informes anuales sobre las omisiones significativas detectadas, las recomendaciones realizadas y las medidas correctivas adoptadas;
3. Informe anual de la idoneidad y el funcionamiento de las políticas y procedimientos adoptados para administrar los riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (LC/FT/FPADM) y otros ilícitos;
4. Informe anual sobre el sistema contable, su adecuación a las normativas de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora y la concordancia de los estados e información financiera presentados con dicho sistema;
5. Informe anual sobre otras opiniones emitidas en relación a los informes anteriores;



6. Los demás que estime convenientes para el mejor desenvolvimiento y desarrollo de la empresa.

Del manual de buen gobierno corporativo

Artículo 46. Los sujetos regulados deben tener a disposición de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora un manual de buen gobierno corporativo, el cual será guía para su funcionamiento y desarrollo, de obligatoria observación, cumplimiento y vigilancia por parte de todos los accionistas, miembros de la Junta Directiva o administradora, gerentes, ejecutivos y cualquier otro grupo de interés relacionado con la empresa. El mismo deberá ser aprobado en Asamblea de Accionistas.

En caso de sociedades mercantiles que soliciten autorización para operar como empresas de seguros, reaseguros, de medicina prepagada y administradora de riesgos, deben presentar a la Superintendencia de la Actividad Aseguradora un manual de buen gobierno corporativo, dentro de los treinta (30) días continuos siguientes a la inscripción como sujeto regulado en el registro que al efecto lleva este Órgano de Control.

Para la elaboración del manual de buen gobierno corporativo se tomarán en cuenta las exigencias de estas normas.

Del informe de buen gobierno corporativo

Artículo 47. Los sujetos regulados deben presentar anualmente ante la Superintendencia de la Actividad Aseguradora de forma obligatoria, por los medios que dispone la misma, un informe de buen gobierno corporativo, donde se deje constancia de las políticas, procedimientos y funcionamiento implementados, así como del grado de adopción y cumplimiento de los principios de trato igualitario a accionistas, responsabilidades y valores de la Junta Directiva o administradora y otras instancias de gobierno, ambiente de control y transparencia.

El informe referido en este artículo podrá ser realizado por la persona designada por la Junta Directiva o administradora, debiendo ser consignado ante la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, dentro de los tres (3) meses posteriores al cierre del ejercicio económico de la empresa.

Las disposiciones anteriores deberán ajustarse y adaptarse a la dimensión y recursos disponibles por los sujetos regulados, sin que esto pueda ser impedimento para la implementación de las buenas prácticas de gobierno corporativo obligatorias o recomendadas por estas normas.

De los estándares de buen gobierno corporativo

Artículo 48. En el entendido que los estándares de buen gobierno corporativo tienen por objeto brindar y asegurar una adecuada transparencia, los sujetos regulados deben atenerse a los siguientes principios y recomendaciones en la página web corporativa, redes sociales o instancia de atención a accionistas, envíos



por correo electrónico, u otros medios que sean especificados en las leyes y normas aplicables y sus estatutos sociales y deben incluir:

1. La información financiera de forma periódica u ocasional actualizada, con acceso a la información de manera sencilla, para la consulta de todos los accionistas y otras partes interesadas de la empresa, sin que ello vaya en detrimento de la seguridad, rentabilidad o sostenibilidad de la misma;
2. La información de interés actualizada relacionada con las actividades y negocios desarrollados por la empresa, productos y servicios, capacidades, infraestructura y procesos, localización geográfica, medios de contacto y otras que puedan ser de importancia para las partes interesadas, sin que ello vaya en detrimento de la seguridad, rentabilidad o sostenibilidad de la misma;
3. La información sobre gobierno corporativo, incluyendo la composición, políticas, prácticas y reportes de la Asamblea de Accionistas, así como de otros Órganos de gobierno corporativo y sus miembros, con una breve descripción de su perfil profesional, incluyendo Junta Directiva o administradora, comités directivos, alta gerencia, Órganos de control, así como de los comisarios, Oficial de Cumplimiento y Defensor del Asegurado, sin que ella vaya en detrimento de la seguridad, rentabilidad o sostenibilidad de la sociedad;
4. La información sobre instancias, composición, políticas, prácticas de gobierno corporativo relacionadas con el ambiente de control, de fiscalización y administración de riesgos de legitimación de capitales, financiamiento al terrorismo, financiamiento a la proliferación de armas de destrucción masiva y otros ilícitos. Adicionalmente, se sugiere incluir información sobre instancias y procesos de gobierno corporativo relacionada con la gestión integral de riesgo, auditoría interna y externa, así como otros mecanismos de control interno con los que cuente la empresa, sin que ello vaya en detrimento de la seguridad, rentabilidad o sostenibilidad de la sociedad;
5. La información sobre programas, prácticas y actividades relacionadas con responsabilidad social empresarial para con los empleados y la comunidad en general, así como aquellas relacionadas con la sostenibilidad y protección medioambiental, sin que ello vaya en detrimento de la seguridad, rentabilidad o sostenibilidad de la empresa;
6. Para que pueda ser solicitada información por las partes interesadas, incluyendo accionistas, directores, gerentes, ejecutivos, empleados, sin que ello vaya en detrimento de la seguridad, rentabilidad o sostenibilidad de la empresa.

Las disposiciones anteriores deberán adaptarse al tamaño y recursos disponibles de los sujetos regulados, sin que esto pueda ser un impedimento para la implementación de las buenas prácticas de gobierno corporativo relacionadas con el principio de transparencia.

De la disposición transitoria



Artículo 49. Los sujetos regulados por estas normas, dispondrán de seis (6) meses, contados a partir de la entrada en vigencia de las mismas, para adecuarse a lo previsto en estas normas.

De la aplicación de las normas

Artículo 50. Las demás normativas prudenciales y actos administrativos conexos a la actividad aseguradora, que coliden con las presentes normas no serán aplicables.

De la publicidad

Artículo 51. Se ordena la publicación de las presentes normas en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, con el fin de coadyuvar con la divulgación de su contenido a todos los interesados y público en general.

De la vigencia

Artículo 52. Las presentes normas entrarán en vigencia a partir de la fecha de publicación en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

OMAR OROZCO COLMENARES
Superintendente de la Actividad Aseguradora (E)

Resolución N° 003 del 18 de enero de 2021
G.O.R.B.V. N° 42.049 del 18 de enero de 2021

NORMAS SOBRE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DE LEGITIMACIÓN DE CAPITALES, FINANCIAMIENTO AL TERRORISMO, FINANCIAMIENTO DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA (ARLC/FT/FPADM) Y OTROS ILÍCITOS EN LA ACTIVIDAD ASEGURADORA



213°, 165° y 25°

SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

Providencia: SAA-_____

Fecha: _____

Por cuanto es compromiso de la República Bolivariana de Venezuela, como miembro activo del Grupo de Acción Financiera del Caribe, cumplir los Estándares Internacionales a fines de prevenir, investigar, perseguir y sancionar los delitos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo y Financiamiento a la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (LC/FT/FPADM), de conformidad a lo consagrado en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y tratados suscritos y ratificados por el país en esta materia.

Por cuanto la Ley Orgánica Contra la Delincuencia Organizada y Financiamiento al Terrorismo establece que la Superintendencia de la Actividad Aseguradora es un Órgano de prevención, control, supervisión, fiscalización y vigilancia de los delitos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo y Financiamiento a la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (LC/FT/FPADM).

Por cuanto la Ley de la Actividad Aseguradora, atribuye a esta Superintendencia de la Actividad Aseguradora la potestad para la regulación, inspección, vigilancia, control, supervisión y fiscalización de la actividad aseguradora; así como de evaluación y administración de riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo y Financiamiento a la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (LC/FT/FPADM) y otros ilícitos.

Por cuanto es obligación de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, establecer lineamientos de estricta observancia para los sujetos obligados, en materia de administración de riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo y Financiamiento a la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (LC/FT/FPADM), de conformidad con la Ley Orgánica Contra la Delincuencia Organizada y Financiamiento al Terrorismo y la Ley de la Actividad Aseguradora.

Por cuanto los sujetos obligados son susceptibles de ser utilizados por grupos de delincuencia organizada a través de operaciones, productos y servicios de carácter financiero que pueden servir para la legitimar de capitales, financiar al terrorismo, financiar la proliferación de armas de destrucción masiva y cometer otros ilícitos, lo

cual vulnera el orden socioeconómico del país, afectando su credibilidad y reputación en el contexto nacional e internacional; así como, los valores éticos y morales y su propia solvencia, la de sus accionistas, administradores, directores y empleados.

Por cuanto es necesario ajustar la normativa prudencial referente a la administración de riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo y Financiamiento a la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (LC/FT/FPADM) y otros ilícitos, que aplica a los sujetos obligados cuya actividad se encuentra regulada por la Ley de la Actividad Aseguradora, con el objeto de darle un enfoque que permita mayor efectividad y adaptarla a las últimas tendencias, recomendaciones, estándares y mejores prácticas internacionales, así como tratados, convenios o acuerdos suscritos por la República Bolivariana de Venezuela.

Por cuanto es competencia de esta Superintendencia de la Actividad Aseguradora verificar y garantizar que los sujetos obligados cumplan con las disposiciones contenidas en la Ley de la Actividad Aseguradora.

En virtud de lo anterior, acuerda dictar las siguientes:

NORMAS SOBRE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DE LEGITIMACIÓN DE CAPITALES, FINANCIAMIENTO AL TERRORISMO, FINANCIAMIENTO DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA Y OTROS ILÍCITOS EN LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

TITULO I DISPOSICIONES GENERALES

Del objeto

Artículo 1. Las presentes normas tienen por objeto establecer las políticas, procedimientos y mecanismos de control interno que como mínimo deben adoptar, desarrollar y ejecutar los sujetos obligados, con el fin de administrar los riesgos de que sus actividades y operaciones sean utilizadas para legitimar capitales, financiar al terrorismo, financiar la proliferación de armas de destrucción masiva y cometer otros ilícitos, tomando en cuenta su nivel de riesgo determinado con base a sus respectivas evaluaciones.

De los principios

Artículo 2. Los sujetos obligados, bajo un enfoque basado en riesgo, deben cumplir las normas y establecer las políticas, procedimientos y mecanismos de control interno para la Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales,



Financiamiento al Terrorismo y Financiamiento a la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (ARLC/FT/FPADM) y otros ilícitos, a los fines de demostrar que las han aplicado bajo los principios de debida diligencia, autorregulación, buena fe, confianza, razonabilidad, proporcionalidad, adecuación y transparencia.

Cada sujeto obligado será responsable de implementar, actualizar e innovar medidas apropiadas, suficientes y efectivas, en atención a la identificación, análisis, medición, ponderación, evaluación y segmentación de sus propios riesgos de delitos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo y Financiamiento a la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (LC/FT/FPADM) y otros ilícitos en bajo, moderado y alto, a fin de desarrollar una adecuada, eficiente y eficaz gestión de mitigación. Igualmente, cada sujeto obligado será responsable de verificar y hacer seguimiento a la implementación efectiva de dichos controles internos e intensificarlos de ser el caso.

Del ámbito de aplicación

Artículo 3. Quedan sujetos al cumplimiento de las presentes normas, aquellas personas naturales y jurídicas sometidas a la inspección, supervisión, vigilancia, regulación, control y sanción de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

De las definiciones y siglas

Artículo 4. A los efectos de las presentes normas, se entiende por:

- 1. Actividad sospechosa:** Operación no convencional, compleja, en tránsito o estructurada, que después de analizada, haga presumir que involucra fondos derivados de una actividad ilícita, o se ha conducido o intentado efectuar con el propósito de esconder o disimular fondos o bienes derivados de actividades ilícitas.
- 2. Actividades y Profesiones No Financieras Designadas (APNFD):** Aquellas designadas por el Grupo de Acción Financiera Internacional (GAFI) y que están en riesgo de ser utilizadas para legitimar capitales, financiar al terrorismo, financiar la proliferación de armas de destrucción masiva y cometer otros ilícitos.
- 3. Arma de Destrucción Masiva:** Instrumento diseñado para aniquilar personas civiles y militares, con efectos devastadores en las infraestructuras y medio ambiente (armas nucleares, biológicas y químicas).
- 4. Auditoría:** Proceso de revisión programado, desarrollado y ejecutado por los sujetos obligados, con el fin de verificar el cumplimiento normativo vigente y comprobar la efectividad del Sistema Integral de Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva y otros ilícitos en un determinado periodo.



5. **Autoevaluación:** Proceso dirigido identificar, analizar, medir, ponderar o evaluar los riesgos del sujeto obligado, con el objeto de conocer las amenazas, vulnerabilidades y dedicar la mayor cantidad de recursos (económicos, tecnológicos, humanos) y esfuerzos a los mayores riesgos.
6. **Beneficiario final:** Persona natural que posee, controla o influye de manera significativa sobre los bienes de un cliente o en cuyo nombre o beneficio se realiza una transacción. Incluye también a las personas naturales que ejercen el control final sobre una persona jurídica, fideicomisos y otras estructuras jurídicas.
7. **Canal de comercialización:** Medio o modalidad a través del cual los sujetos obligados ofrecen un producto o servicio, lo que incluye a los canales alternativos, como mecanismo para facilitar la adquisición de un producto o servicio.
8. **Compromiso Institucional:** Declaración de la identificación y fidelidad con las metas y valores éticos de los sujetos obligados en materia de Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo y Financiamiento a la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (ARLC/FT/FPADM) y otros ilícitos.
9. **Criptoactivo:** Activo digital que utiliza a la criptografía y a los registros distribuidos como base para su funcionamiento.
10. **Debida Diligencia (DD):** Principio que permite identificar los riesgos para mitigarlos y las debilidades para corregirlas, mediante un conjunto de mecanismos (normas, políticas, procedimientos, procesos y gestiones) diseñados de acuerdo a un enfoque basado en riesgo y a través de acciones concretas que aseguren el cumplimiento de principios, valores y políticas adoptadas voluntariamente por los sujetos obligados.
Entendiéndose como debida diligencia intensificada, debida diligencia mejorada y debida diligencia simplificada, las cuales, en ese mismo orden, se refieren a la identificación de una persona natural o jurídica, calificada como de riesgo alto, riesgo moderado o riesgo bajo.
11. **Declaración jurada:** Manifestación expresada en un documento, de manera voluntaria, cuya veracidad es asegurada ante una autoridad judicial o administrativa.
12. **Efectividad:** Es el grado en que los sistemas financieros y las economías mitigan los riesgos de delitos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo y Financiamiento a la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (LC/FT/FPADM) y otros ilícitos.
13. **Enfoque Basado en Riesgo (EBR):** Principio que permite identificar, evaluar y entender los riesgos de delitos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo y Financiamiento a la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (LC/FT/FPADM) y otros ilícitos a los que están expuestos los sujetos obligados y adoptar las medidas adecuadas para mitigar de manera efectiva dichos riesgos.
14. **Extinción de Dominio:** Comprende la declaración de titularidad a favor del Estado



de los bienes y efectos patrimoniales de personas naturales o jurídicas relacionados con actividades ilícitas, mediante sentencia firme, sin contraprestación, ni compensación de ninguna naturaleza, salvaguardando los derechos de terceros de buena fe.

15. **Financiamiento al Terrorismo (FT):** Acción económica, ayuda o mediación que proporcione apoyo financiero a actividades, elementos o grupos terroristas.
16. **Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (FPADM):** Acto de proporcionar fondos o servicios financieros que se utilizan, en todo o en parte, para la fabricación, adquisición, posesión, desarrollo, exportación, transbordo, intermediación, transporte, transferencia, almacenamiento o uso de armas nucleares, químicas o biológicas y sus medios de entrega y materiales relacionados (incluidas las tecnologías y los productos de doble uso utilizados para fines no legítimos), en contravención de las leyes nacionales o, en su caso, las obligaciones internacionales.
17. **Gobierno corporativo:** Conjunto de principios que dirigen de forma transparente las relaciones y el comportamiento entre los Accionistas y la Junta Directiva o el Órgano que ejerza función equivalente.
18. **Tecnología del Mercado de la Actividad Aseguradora (INSURTECH):** Cualquier innovación impulsada por la tecnología que crea valor en la actividad aseguradora, aportando soluciones basadas en datos, orientadas a desarrollar y ofrecer nuevos productos y servicios en un entorno digital que supone una mejora en la experiencia del cliente.
19. **Legitimación de Capitales (LC):** Proceso de esconder o dar apariencia de legalidad a capitales, fondos, bienes y haberes provenientes de actividades ilícitas.
20. **Medidas de mitigación:** Conjunto de acciones implementadas con el objetivo de mitigar los impactos negativos producto de operaciones de delitos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo y Financiamiento a la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (LC/FT/FPADM) y otros ilícitos.
21. **“Open Insurance”:** Prestación de servicios y datos a socios, comunidades y startups, con el fin de crear nuevos servicios, aplicaciones y modelos de negocio innovadores y disruptivos. Desde una perspectiva técnica, el concepto principal de Open Insurance proviene de la combinación de arquitecturas de API abiertas insertadas en aplicaciones de seguros.
22. **Operación inusual:** Aquella que por sus características no guarda relación con la actividad económica del cliente, intermediario, proveedor de servicios o que escapan de los parámetros de normalidad establecidos para un rango determinado de mercado.
23. **Organizaciones Sin Fines de Lucro (OSFL):** Persona jurídica que se dedica principalmente a recaudar o desembolsar fondos con fines benéficos de cualquier tipo.



24. **Persona Expuesta Políticamente (PEP):** Persona natural que es o fue figura política de alto nivel, de confianza o afines, o sus familiares cercanos o su círculo de colaboradores inmediatos, por ocupar cargos como funcionarios importantes de un Órgano ejecutivo, legislativo, judicial o militar de un gobierno nacional o extranjero, miembro de alto nivel de un partido político nacional o extranjero.
25. **Riesgo:** Posible ocurrencia por azar de un acontecimiento que no dependa exclusivamente de la voluntad del tomador, asegurado, beneficiario, contratante, usuario, afiliado o afianzado, que ocasione una necesidad económica, y cuya aparición real o existencia se previene y garantiza en el contrato.
26. **Riesgo de contagio:** Posible pérdida que puede sufrir, directa o indirectamente un sujeto obligado, por una acción o experiencia de un vinculado. El vinculado es el relacionado o asociado e incluye personas naturales o jurídicas que tienen posibilidad de ejercer influencia sobre la entidad.
27. **Riesgo inherente:** Riesgo característico de la actividad aseguradora, que no depende de los programas, normas, políticas, procedimientos y controles internos aplicados por los sujetos obligados.
28. **Riesgo legal:** Posible pérdida que emana del incumplimiento de leyes, normas, reglamentos, prácticas prescritas o normas de ética de cualquier jurisdicción, en la que los sujetos obligados llevan a cabo sus actividades.
29. **Riesgo operacional:** Posible daño potencial y pérdida que compromete los intereses de los sujetos obligados, motivado a errores humanos, forma de organización y su estructura, deficiencias en controles internos y sistemas de información, fallas administrativas, eventos externos y fraudes.
30. **Riesgo reputacional:** Posible pérdida por desprestigio, mala imagen, publicidad negativa, cierta o no, respecto de los sujetos obligados y sus prácticas de negocios, que cause pérdida de clientes, disminución de ingresos o procesos judiciales.
31. **Riesgo residual:** Nivel resultante del riesgo luego de aplicar los controles o medidas de mitigación.
32. **“Ransomware”:** Tipo de malware o código malicioso que impide la utilización de los equipos o sistemas que infecta. El ciberdelincuente toma control del equipo o sistema infectado y lo “secuestra” de varias maneras, cifrando la información, bloqueando la pantalla, etc.
33. **Segmentación:** Proceso de agrupar cada uno de los factores de riesgos, en grupos homogéneos y heterogéneos, según las características que lo exponen a la delincuencia organizada.
34. **Señales de alerta:** Conjunto de indicadores cualitativos y cuantitativos que permiten identificar oportunamente los comportamientos atípicos de las variables relevantes, previamente determinadas por los sujetos obligados.
35. **Sistema Integral de Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de**



- Destrucción Masiva (SIAR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos:** Conjunto de normas y políticas adoptadas y ejecutadas por los sujetos obligados, en función de su nivel de riesgo, para mitigar la posibilidad que sus productos, servicios, clientes y canales de comercialización, sean utilizados para legitimar capitales, financiar al terrorismo, financiar la proliferación de armas de destrucción masiva y cometer otros ilícitos.
- 36. Tipología:** Estudio que analiza fenómenos, sectores, tendencias, modalidades y técnicas utilizadas por la delincuencia organizada mediante las cuales se cometen los delitos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo y Financiamiento a la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (LC/FT/FPADM) y otros ilícitos.
- 37. Vinculado:** Personas naturales o jurídicas, con las cuales los sujetos obligados tienen algún tipo de relación comercial, legal o contractual.

TÍTULO II

DE LA ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DE LEGITIMACIÓN DE CAPITALES, FINANCIAMIENTO AL TERRORISMO, FINANCIAMIENTO DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA (AR/LC/FT/FPADM) Y OTROS ILÍCITOS

CAPÍTULO I

SISTEMA INTEGRAL DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DE LEGITIMACIÓN DE CAPITALES, FINANCIAMIENTO AL TERRORISMO, FINANCIAMIENTO DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA (SIAR/LC/FT/FPADM) Y OTROS ILÍCITOS

De la implementación

Artículo 5. Los sujetos obligados, bajo un enfoque basado en riesgo, deben diseñar, desarrollar e implementar un Sistema Integral de Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (SIAR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos, de acuerdo con sus características, tales como: estructura organizativa, clientes, negocios, productos, servicios, volumen de operaciones, canales de comercialización, mercados, regiones donde operen, tecnologías disponibles, calificación de riesgo y cualquier otra, siempre y cuando tenga vinculación directa o indirecta con la materia de Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (AR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos.

El Sistema Integral de Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de



Destrucción Masiva (SIAR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos debe incluir acciones apropiadas, suficientes y eficaces; orientadas a identificar, analizar, medir, ponderar, evaluar y aplicar directrices para administrar los riesgos de que sus actividades y operaciones sean utilizadas para legitimar capitales, financiar al terrorismo, financiar la proliferación de armas de destrucción masiva y cometer otros ilícitos.

Del alcance

Artículo 6. Los sujetos obligados para administrar los riesgos potenciales a los que se exponen, deben involucrar a todas sus dependencias, así como concientizar a todos los empleados, incluida la Junta Directiva o el Órgano que ejerza función equivalente, ajustándose al marco jurídico vigente; normativas e instrucciones emanadas del Órgano de Control; autoevaluación, recomendaciones de auditoría, buen gobierno corporativo, código de ética; mejores prácticas y estándares internacionales, siempre que éstos últimos no coliden con la normativa nacional.

CAPITULO II

ESTRUCTURA DEL SISTEMA INTEGRAL DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DE LEGITIMACIÓN DE CAPITALES, FINANCIAMIENTO AL TERRORISMO, FINANCIAMIENTO DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA (SIAR/LC/FT/FPADM) Y OTROS ILÍCITOS

De la estructura

Artículo 7. El Sistema Integral de Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (SIAR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos debe estar integrado por la Junta Directiva o el Órgano que ejerza función equivalente; el presidente o quien haga sus veces; el Oficial de Cumplimiento; la Unidad de Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (AR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos, y los Responsables de Cumplimiento, designados por cada área de riesgo. Dentro de la estructura el Oficial de Cumplimiento y el presidente se ubican en el mismo nivel jerárquico, cada uno dentro del ámbito de sus competencias.

El Sistema Integral de Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (SIAR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos, se regirá bajo los siguientes lineamientos:

1. La designación del Oficial de Cumplimiento y los responsables, será de carácter



obligatorio, sin embargo, las empresas de seguros que consideren que pueden garantizar el efectivo funcionamiento de la estructura del Sistema Integral de Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (SIAR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos, podrán solicitar ante la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, la excepción de la designación del Oficial de Cumplimiento, acompañada de las justificaciones respectivas, a los fines que sea evaluada su viabilidad y aprobación. En el supuesto de hecho anterior, el socio, accionista o directivo que desempeñe el cargo de mayor jerarquía, cumplirá adicionalmente las funciones de Oficial de Cumplimiento y asumirá las responsabilidades correspondientes a la Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (AR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos, debiendo inscribirse en el Registro de Oficiales de Cumplimiento que llevará la Superintendencia de la Actividad Aseguradora a tales efectos.

2. Las empresas de seguros podrán conformar la estructura sin la inclusión de la Unidad de Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (AR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos, esto en función de los resultados de su autoevaluación de riesgos. En todo caso, la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, podrá determinar durante los procedimientos de inspección la suficiencia o no de la estructura del Sistema Integral de Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (SIAR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos.
3. Las empresas de reaseguros, de medicina prepagada, administradoras de riesgos, financiadoras de primas o cuotas, sociedades de corretaje de seguros y sociedades de corretaje de reaseguros, no estarán obligadas a conformar la Unidad de Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (AR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos, pero deben proporcionar a la Superintendencia de la Actividad Aseguradora los datos estadísticos y demás información periódica u ocasional que ésta les solicite.
4. Las sucursales de empresas de reaseguros y sociedades de corretaje de reaseguros del exterior, estarán sometidas a estas normas en todo cuanto les sea aplicable; así como, a los mecanismos de control que establezca la Superintendencia de la Actividad Aseguradora. El Representante de la sucursal



debe ser designado como responsable de Cumplimiento por la casa matriz; además de mantener una fluida comunicación, coordinación y monitoreo con el Oficial de Cumplimiento de ésta.

La Superintendencia de la Actividad Aseguradora, independientemente de los anteriores supuestos podrá ordenar cuando lo considere necesario, la designación del Oficial de Cumplimiento o conformación de la Unidad de Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (AR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos, a aquellos sujetos obligados que no posean o estén exceptuados de contar con estos actores ejecutivos dentro de su estructura Sistema Integral de Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (SIAR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos.

Sección I Junta Directiva

De las obligaciones

Artículo 8. La Junta Directiva o el Órgano que ejerza función equivalente, tiene las siguientes obligaciones:

1. Asegurar la implementación y mantenimiento del Sistema Integral de Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (SIAR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos, proporcionando la infraestructura organizativa, funcional y presupuestaria idónea para que pueda ser eficiente y eficaz;
2. Establecer y aprobar anualmente un monto de recursos financieros, específico e identificable dentro del presupuesto general, para garantizar la ejecución de las tareas vinculadas con la materia de Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (AR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos, así como con el buen gobierno corporativo, dirigiendo especial atención a los programas y planes de capacitación, así como a la adquisición y mejora de soluciones informáticas y herramientas tecnológicas adecuadas para Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (AR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos;



3. Asumir en forma individual y por escrito, el Compromiso Institucional, el cual deberá estar inserto en el expediente de cada uno de los miembros;
4. Designar al Oficial de Cumplimiento y supervisar el correcto desempeño de sus funciones;
5. Otorgar al Oficial de Cumplimiento, como empleado de alto nivel, los recursos necesarios para el cumplimiento de sus funciones;
6. Aprobar oportunamente en materia de Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (AR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos; políticas, normas, procedimientos, autoevaluaciones, planes, programas, códigos, manuales, controles internos, estrategias, entre otros instrumentos; así como, supervisar su cumplimiento;
7. Revisar y analizar los informes semestrales y anuales elaborados por el Oficial de Cumplimiento; a los fines de aplicar las acciones correctivas en caso que le sean planteadas deficiencias, debilidades y recomendaciones, lo cual debe reflejarse como una función relacionada con el buen gobierno corporativo;
8. Revisar y analizar el Informe Anual sobre Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (AR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos elaborado por el Auditor Externo; a los fines de aplicar las acciones correctivas en caso que le sean planteadas deficiencias, debilidades y recomendaciones, lo cual debe reflejarse como una función relacionada con el buen gobierno corporativo;
9. Aprobar la designación de los miembros de la Unidad de Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (AR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos, así como de los responsables de Cumplimiento;
10. Asistir a las actividades de capacitación relacionadas con la materia de Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (AR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos, convocadas por el Oficial de Cumplimiento.

Sección II Presidente

De las obligaciones

Artículo 9. El presidente o quien haga sus veces, debe cumplir las siguientes obligaciones:



1. Asegurar que el Sistema Integral de Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (SIAR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos funcione debidamente, prestando para ello efectivo, eficiente y oportuno apoyo al Oficial de Cumplimiento;
2. Asegurar que las decisiones en materia de Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (AR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos emanadas de la Junta Directiva o el Órgano que ejerza función equivalente, sean conocidas y aplicadas por las instancias que correspondan;
3. Supervisar el efectivo cumplimiento de los programas y planes de capacitación dirigidos a los accionistas, miembros de la Junta Directiva o del Órgano que ejerza función equivalente, personal fijo, obrero, contratado y nuevos ingresos;
4. Notificar a la Superintendencia de la Actividad Aseguradora sobre la designación, renuncia o ausencia del Oficial de Cumplimiento, dentro de un lapso de cinco (05) días hábiles siguientes a la fecha de ocurrencia de uno u otro supuesto;
5. Ejercer las funciones del Oficial de Cumplimiento, en los casos de reposo médico y disfrute de vacaciones;
6. Ejercer las funciones del Oficial de Cumplimiento, en los casos de falta absoluta del mismo y coordinar una nueva designación en un lapso no mayor de diez (10) días hábiles, no prorrogables, contados a partir de la ocurrencia del hecho;
7. Asegurar que las unidades de mercadeo, negocios, captación o similares, consulten al Oficial de Cumplimiento, con el objeto de conocer sus recomendaciones acerca de las medidas preventivas acordes al nivel de riesgo que representa un nuevo producto o servicio, antes de su lanzamiento al mercado;
8. Conocer los informes semestrales y anuales elaborados por el Oficial de Cumplimiento;
9. Conocer el Informe Anual sobre Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (AR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos elaborado por el Auditor Externo;
10. Asistir a las actividades de capacitación relacionadas con la materia Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (AR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos, convocadas por el Oficial de Cumplimiento.

Sección III

Oficial de Cumplimiento



Del nivel jerárquico

Artículo 10. El Oficial de Cumplimiento es un empleado de alto nivel jerárquico, dotado de autonomía funcional y poder de decisión, que depende y reporta directamente a la Junta Directiva o al Órgano que ejerza función equivalente, estará a dedicación exclusiva como responsable de vigilar la adecuada implementación, funcionamiento, actualización e innovación del Sistema Integral de Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (SIAR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos.

Las decisiones que en el marco de la ejecución de sus actividades ejerza o adopte el Oficial de Cumplimiento, serán de observancia obligatoria por parte de todos los ejecutivos, empleados y unidades del sujeto obligado, previa aprobación por parte de la Junta Directiva o el Órgano que ejerza función equivalente.

Del perfil

Artículo 11. Para optar al cargo de Oficial de Cumplimiento, se deben cumplir los siguientes requisitos:

1. Poseer título de educación superior o técnico universitario;
2. Tener conocimientos comprobables en materia de Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (AR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos, sobre la legislación y reglamentación de la actividad aseguradora, además de conocer y comprender la estructura del sujeto obligado, los productos y servicios, modalidades de comercialización y zonas geográficas, así como, los riesgos potenciales a que pueda estar expuesto el sujeto obligado;
3. Cursar los programas de formación académica en materia de Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (AR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos, impartidos por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora;
4. Estar inscrito en el registro de Oficiales de Cumplimiento que llevará la Superintendencia de la Actividad Aseguradora a tales efectos.

Del registro de Oficiales de Cumplimiento

Artículo 12. El registro de Oficiales de Cumplimiento debe cumplir los requisitos exigidos en el artículo anterior y haber realizado la inscripción y el pago de la tasa por servicio establecida en el artículo 12, numeral 6, de la Ley de Actividad Aseguradora.



Dicho registro debe renovarse cada tres (3) años, para lo cual, el interesado, pagará el equivalente al veinticinco por ciento (25%) de la tasa de su inscripción, y actualizar la documentación.

La autorización otorgada al Oficial de Cumplimiento, será revocada en los casos en que éste haya sido sancionado, conforme a lo establecido en el artículo 138 de la Ley que rige la actividad aseguradora.

De las funciones

Artículo 13. El Oficial de Cumplimiento tiene las siguientes funciones:

1. Coordinar la implementación, funcionamiento, mantenimiento, actualización e innovación del Sistema Integral de Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (SIAR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos;
2. Promover y supervisar el cumplimiento de las normas, políticas, procedimientos y mecanismos de control interno aprobados por la Junta Directiva o el Órgano que ejerza función equivalente, relacionados con el Sistema Integral de Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (SIAR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos;
3. Coordinar y supervisar la gestión de los actores ejecutivos del Sistema Integral de Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (SIAR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos, con responsabilidad en la ejecución de los planes, programas, normas, políticas, procedimientos y mecanismos de control interno relacionados con la materia de Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (AR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos;
4. Coordinar los planes y programas de capacitación dirigidos a los accionistas, miembros de la Junta Directiva o el Órgano que ejerza función equivalente, al presidente o quien haga sus veces, personal fijo, obrero, contratado y nuevos ingresos;
5. Elaborar, implementar, evaluar, ejecutar y remitir a través de los medios que disponga la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, según corresponda, la Autoevaluación de Riesgo; el Manual de Políticas, Normas y Procedimientos; el Plan Operativo Anual y el Informe de Ejecución;



6. Revisar, actualizar y remitir a través de los medios electrónicos que disponga la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, las actualizaciones de los actores ejecutivos que integran el Sistema Integral de Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (SIAR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos;
7. Elaborar normas, políticas, procedimientos y mecanismos de control interno para la verificación de datos y análisis de información, con la finalidad de desarrollar indicadores que permitan identificar operaciones inusuales o actividades sospechosas de clientes, para ser aplicadas en las unidades o dependencias del sujeto obligado;
8. Elaborar normas, políticas, procedimientos y mecanismos de control interno para la implementación y funcionamiento de soluciones informativas y herramientas tecnologías adecuadas a la materia de AR/LC/FT/FPADM y otros ilícitos, según la autoevaluación realizada por el sujeto obligado;
9. Presentar informes semestrales y anuales a la Junta Directiva o el Órgano que ejerza función equivalente, los cuales deben contener, además de la gestión, sus recomendaciones para el mejoramiento de normas, políticas, procedimientos, mecanismos de control interno e instrumentos, con base en las deficiencias y debilidades detectadas dentro del Sistema Integral de Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (SIAR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos. Estos informes deben mantenerse a disposición de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora;
10. Evaluar los nuevos productos y servicios del sujeto obligado, previo a su comercialización, instruyendo a las unidades de mercadeo, negocios, captación o similares, la adopción de medidas de Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (AR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos;
11. Mantener debidamente actualizados los documentos y formularios vinculados con la materia de Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (AR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos. Las consideraciones sobre las acciones aplicadas deben incluirse en el informe de gestión correspondiente (semestral o anual) que debe presentar ante la Junta Directiva u Órgano que ejerza función equivalente del sujeto obligado, lo cual debe reflejarse como una función relacionada con el buen gobierno corporativo;
12. Proponer a la Junta Directiva la designación de los miembros de la Unidad de Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al



Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (AR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos, así como de los responsables de Cumplimiento, de acuerdo a los riesgos identificados en la autoevaluación de riesgos;

13. Dar respuesta a las solicitudes de información requeridas por los organismos públicos, dentro de los plazos y parámetros que correspondan;
14. Analizar las operaciones inusuales o actividades sospechosas, y de ser el caso, elaborar y remitir el respectivo reporte a la Unidad Nacional de Inteligencia Financiera, conforme a los parámetros establecidos por dicho Órgano;
15. Remitir a la Superintendencia de la Actividad Aseguradora a través de los medios que disponga la misma, cuando les sean requeridas, las señales de alertas y tipologías en delitos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (LC/FT/FPADM) y otros ilícitos, identificadas dentro del sujeto obligado, respetando la reserva y confidencialidad de los datos de identificación de las personas naturales y jurídicas involucradas en los Reporte de Actividades Sospechosas remitidos a la Unidad Nacional de Inteligencia Financiera;
16. Desarrollar, distribuir y difundir dentro del sujeto obligado, a través de los medios o canales verificables que considere pertinentes, estrategias comunicacionales de información y sensibilización, dirigidas a concientizar y mantener actualizado al personal del sujeto obligado respecto a delitos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (LC/FT/FPADM) y otros ilícitos;
17. Implementar las acciones correctivas basadas en las deficiencias, debilidades y recomendaciones, presentadas por el auditor interno o quien haga sus veces, por los auditores externos, así como aquellas deficiencias, debilidades y recomendaciones que arrojen los procedimientos de inspección realizados por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, lo cual debe reflejarse como una función relacionada con el buen gobierno corporativo;
18. Asistir a los actos y presentar a la Junta Directiva informes relacionados con la enajenación de los predios urbanos edificados e inmuebles, así como de vehículos o cualesquiera otros bienes o valores, producto de las recuperaciones y salvamentos de siniestros, a los fines de determinar la identidad del beneficiario final para que en caso de evidenciar actividades inusuales, complejas, en tránsito o estructuradas, efectuar el análisis pertinente y de existir elementos suficientes, elaborar el Reporte de Actividades Sospechosas;
19. Evaluar los actos y presentar a la Junta Directiva informes relacionados con las enajenaciones de acciones u otros negocios jurídicos, a los fines de determinar la identidad del beneficiario final para que en caso de evidenciar actividades inusuales, complejas, en tránsito o estructuradas, efectuar el análisis pertinente



- y de existir elementos suficientes, realizar el Reporte de Actividades Sospechosas;
20. Remitir a la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, bajo los lineamientos que ésta disponga, los reportes sistemáticos exigidos en las presentes normas;
 21. Mantener una constante actualización técnica y legal respecto a la materia de Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (AR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos;
 22. Mantener las relaciones institucionales con la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, la Oficina Nacional Contra la Delincuencia Organizada y Financiamiento al Terrorismo, la Superintendencia Nacional Antidrogas, la Unidad Nacional de Inteligencia Financiera, Ministerio Público y otros organismos públicos e instituciones dedicadas a la Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (AR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos;
 23. Representar al sujeto obligado en convenciones, eventos, foros, comités y actos nacionales e internacionales relacionados con la materia de Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (AR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos;
 24. Cualquier otra función relacionada con la Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (AR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos, que le sea conferida por la Junta Directiva o el Órgano que ejerza función equivalente, o por normas emanadas del Órgano de Control.

Sección IV

Unidad de Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento a la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva y otros ilícitos

De la conformación

Artículo 14. La Unidad es el Órgano técnico operativo, que servirá de apoyo al Oficial de Cumplimiento; el personal mínimo debe estar a dedicación exclusiva y garantizar su funcionalidad conforme a las características y nivel de riesgo de cada sujeto obligado, por lo que podrá organizarse de la siguiente manera:

1. Área de Administración de Riesgos;
2. Área de Estadísticas y Análisis Estratégicos;

3. Área de Análisis y Supervisión de Operaciones.

De las funciones

Artículo 15. La Unidad tendrá las siguientes funciones:

1. Supervisar el cumplimiento normas, políticas, procedimientos y mecanismos de control interno en materia de Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (AR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos, por parte de las dependencias y empleados del sujeto obligado;
2. Evaluar las consultas sometidas a su consideración, relacionadas con el cumplimiento de normas, políticas, procedimientos y mecanismos de control interno en materia de Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (AR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos;
3. Analizar, clasificar y segmentar los factores de riesgo de manera cualitativa y cuantitativa, a los fines de la detección, análisis y preparación de los informes de actividades sospechosas;
4. Recibir y analizar la información de operaciones inusuales o actividades sospechosas, remitidos por los responsables de Cumplimiento, a los fines de elaborar los informes correspondientes y presentarlos al Oficial de Cumplimiento;
5. Elaborar estadísticas y análisis de informes estratégicos en materia de Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (AR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos, así como el diseño de sus respectivas contramedidas;
6. Ejecutar los planes y programas de capacitación dirigidos a los accionistas, miembros de la Junta Directiva o el Órgano que ejerza función equivalente, al presidente o quien haga sus veces, personal fijo, obrero, contratado y nuevos ingresos;
7. Recopilar la información relacionada con las respuestas a las solicitudes de información requeridas por los organismos públicos, dentro de los plazos y parámetros que correspondan;
8. Presentar al Oficial de Cumplimiento las señales de alertas y tipologías en materia de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (LC/FT/FPADM) y otros ilícitos, identificadas dentro del sujeto obligado;
9. Recabar, analizar, preparar y presentar al Oficial de Cumplimiento, estrategias comunicacionales de información y sensibilización, dirigidas a concientizar y mantener actualizado al personal del sujeto obligado respecto a esta materia de



Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (AR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos;

10. Recopilar la información relacionada con los reportes sistemáticos exigidos en las presentes normas;
11. Cualquier otra que le sea conferida por el Oficial de Cumplimiento, la Junta Directiva o el Órgano que ejerza función equivalente, así como, por normas prudenciales.

Sección V

Responsables de Cumplimiento

De la designación

Artículo 16. Los sujetos obligados deben seleccionar de sus áreas de riesgo o sensibles, identificadas en su autoevaluación de riesgos, así como de sus agencias o sucursales, al personal que fungirá como Responsables de Cumplimiento, los cuales servirán de enlace con el Oficial de Cumplimiento y la Unidad de Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (AR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos, en caso de estar conformada, para la supervisión y observancia de la normativa sobre la materia, dentro de sus áreas de competencia.

Los responsables de Cumplimiento deben ser designados individualmente por escrito, especificando claramente sus funciones, las cuales cumplirá, adicionalmente a las funciones propias que tiene dentro del sujeto obligado.

De las funciones

Artículo 17. Los responsables de Cumplimiento tendrán las siguientes funciones:

1. Supervisar el cumplimiento de la normativa en materia de Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (AR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos, así como asesorar y apoyar al personal del área bajo su responsabilidad o competencia;
2. Prestar apoyo al Oficial de Cumplimiento y a la Unidad de Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (AR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos en el cumplimiento de normas, políticas, procedimientos y mecanismos de control interno en materia de Administración de



Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (AR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos;

3. Elaborar y ejecutar el Programa Anual de Seguimiento, Evaluación y Control y presentarlo al Oficial de Cumplimiento; asimismo, presentar el informe correspondiente sobre el cumplimiento de sus obligaciones, en la forma, modo y tiempo que establezca el Oficial de Cumplimiento;
4. Remitir al Oficial de Cumplimiento o a la Unidad de Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (AR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos, en la forma, tiempo y modo que se establezcan información relacionada sobre operaciones inusuales o actividades sospechosas, o en su defecto, notificar el no haber tenido conocimiento de la realización de alguna de éstas en el mes inmediato anterior a la fecha de notificación;
5. Asistir a las actividades de capacitación relacionadas con la materia Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (AR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos, convocadas por el Oficial de Cumplimiento.

Del deber de informar

Artículo 18. Cualquier empleado debe informar al Oficial de Cumplimiento o a la Unidad de Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (AR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos, en caso de estar conformada, sobre irregularidades en la observancia de las disposiciones legales y reglamentarias vigentes o derivadas del Manual de Políticas, Normas y Procedimientos.

CAPITULO III

INSTRUMENTOS DEL SISTEMA INTEGRAL DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DE LEGITIMACIÓN DE CAPITALS, FINANCIAMIENTO AL TERRORISMO, FINANCIAMIENTO DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA (SIAR/LC/FT/FPADM) y OTROS ILÍCITOS

Sección I

Autoevaluación de Riesgos

De la autoevaluación

Artículo 19. La autoevaluación de riesgo es el proceso retrospectivo a través del cual los sujetos obligados, identifican, analizan, miden, ponderan, evalúan y segmentan los riesgos a los que se encuentran expuestas sus actividades y



operaciones de que sean utilizadas para legitimar capitales, financiar al terrorismo, financiar la proliferación de armas de destrucción masiva y cometer otros ilícitos, determinando así las amenazas, vulnerabilidades, la probabilidad de ocurrencia y el impacto de los mismos.

De la elaboración

Artículo 20. Los sujetos obligados deben realizar una autoevaluación de riesgos, a los fines del establecimiento del nivel de riesgo alto, moderado o bajo. Debe actualizarse de forma anual y ser remitida a la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, previa aprobación de la Junta Directiva o el Órgano que ejerza función equivalente y certificación del Auditor Interno o quien haga sus veces, dentro de los sesenta (60) días continuos siguientes al cierre del ejercicio económico.

Para la elaboración y posterior actualización del instrumento, los sujetos obligados deben considerar los factores y variables de riesgo, atendiendo además a situaciones en las que se presenten cesiones de cartera, fusiones o escisiones, apertura de sucursales o agencias, lanzamiento de nuevos productos y el uso de nuevas tecnologías en las modalidades de comercialización.

La autoevaluación de riesgo, servirá de base para el diseño, desarrollo, implementación y actualización de las normas, políticas, procedimientos y mecanismos de control interno, monitoreo y seguimiento de operaciones, así como de medidas de mitigación, las cuales deben ser difundidas e incorporadas al Manual de Políticas, Normas y Procedimientos.

La Superintendencia de la Actividad Aseguradora a través de los medios que dispone, informará sobre los elementos que como mínimo los sujetos obligados deben considerar en la elaboración de este instrumento.

Del seguimiento

Artículo 21. Los sujetos obligados deben realizar el seguimiento y verificación de la efectividad de las acciones implementadas en el Sistema Integral de Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (SIAR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos, con el fin de adaptarlos a la probabilidad de ocurrencia, cuando se observen cambios en los factores de riesgos asociados a los clientes, productos, servicios, modalidades de comercialización y zonas donde operen. A tales efectos, deben administrar el riesgo potencial de los delitos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (LC/FT/FPADM) y otros ilícitos



mediante:

1. Mayores acciones de concientización;
2. Aumento en el monitoreo de las transacciones;
3. Aumento en los niveles de controles y la frecuencia en la revisión de las relaciones de negocio;
4. Incremento de los niveles de conocimiento de los mismos;
5. Aprobación por parte de los empleados de mayor nivel, en lo que respecta a la celebración del vínculo comercial.

De los factores de riesgo

Artículo 22. A los efectos de la autoevaluación, el sujeto obligado debe considerar los siguientes factores de riesgo: clientes, productos o servicios, canales de comercialización, zonas geográficas y el uso de nuevas tecnologías en las modalidades de comercialización.

De la segmentación de los riesgos

Artículo 23. Los sujetos obligados deben efectuar la segmentación de los riesgos, tomando en cuenta las siguientes variables: tipos de cliente, actividades a las que se dedica, origen de los recursos; tipos de productos o servicios; prestación de servicios directos e indirectos, nacionales e internacionales, los factores de riesgos indicados en este artículo, son meramente enunciativos y no taxativos.

De las variables

Artículo 24. Los sujetos obligados deben considerar con respecto al cliente, las siguientes variables de riesgos: nacionalidad, edad, profesión, nivel de ingreso, si se trata de personas expuestas políticamente, personas naturales no residentes o personas jurídicas no domiciliadas en el país, organizaciones sin fines de lucro, así como actividades y profesiones no financieras designadas, los ramos en que operen, tipos de producto y formas de pago.

Los sujetos obligados pueden considerar otras variables, en función de las características, estructuras, tamaños y complejidad de los productos o servicios que ofrezcan a sus clientes, tipos y naturaleza del riesgo, experiencia en siniestros por parte del asegurado, así como, de las instrucciones que dicte este Órgano de Control y las mejores prácticas internacionales sobre Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (AR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos.

De la medición de los riesgos

Artículo 25. Para la medición de los respectivos riesgos, se señalan los siguientes criterios de probabilidad:



Nivel	Descriptor	Descripción
A	Alto	Alta probabilidad de ocurrencia
B	Moderado	Media probabilidad de ocurrencia
C	Bajo	Baja probabilidad de ocurrencia

Para determinar la probabilidad, el sujeto obligado podrá considerar la siguiente información:

- Experiencia;
- Opinión de expertos;
- Historial de eventos anteriores;
- Información publicada por organismos públicos nacionales e internacionales.

Las medidas cualitativas señaladas, no son taxativas, sino meramente enunciativas, por lo que los sujetos obligados considerando su experiencia, podrán adecuarlas y aplicarlas a los riesgos inherentes, residuales, reputacionales, legales, operacionales o de contagio.

Evaluación del riesgo

Artículo 26. Para la aplicación de los procedimientos en esta etapa, los sujetos obligados según su experiencia, deben:

1. Clasificar, identificar y evaluar el impacto y la probabilidad de ocurrencia de los riesgos;
2. Priorizar los riesgos, de manera que permita la administración de sus niveles.

Sustento de la evaluación

Artículo 27. Los sujetos obligados deben tener a disposición de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, los documentos e instrumentos que fundamentan la autoevaluación de riesgos, incluyendo las matrices de riesgo que muestren sus resultados, así como cualquier instrumento que sustente el Sistema Integral de Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (SIAR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos.

Sección II

Manual de Políticas, Normas y Procedimientos

Del manual de políticas, normas y procedimientos



Artículo 28. Los sujetos obligados deben elaborar un Manual de Políticas, Normas y Procedimientos, bajo un enfoque basado en riesgo, considerando su estructura organizativa, perfil operacional y nivel de riesgo. El Manual debe estar a disposición de los empleados que tengan vinculación con el Sistema Integral de Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (SIAR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos, a través de los medios o canales que se consideren pertinentes, siendo un medio de consulta en materia de Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (AR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos. Este instrumento y sus actualizaciones deben ser aprobadas por la Junta Directiva o el Órgano que ejerza función equivalente.

El Manual una vez aprobado por parte de la Junta Directiva o del Órgano que ejerza función equivalente, debe ser remitido a través de los medios que disponga la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, para su revisión, autorización e implementación, dentro de los treinta (30) días continuos siguientes a la inscripción como sujeto obligado en el registro que al efecto lleva este Órgano de Control.

El Manual de Políticas, Normas y Procedimientos debe ser revisado periódicamente por el Oficial de Cumplimiento, a fin de mantenerlo actualizado de acuerdo a los cambios en la normativa legal vigente, nuevas tendencias, situación económico-financiera del país y cualquier otro factor que pudiese modificar su contenido. Las evidencias documentales de la precitada revisión deben insertarse en el manual. El Auditor Interno o quien haga sus veces en el sujeto obligado, certificará las actualizaciones realizadas a dicho instrumento por el Oficial de Cumplimiento y aprobadas por la Junta Directiva o el Órgano que ejerza función equivalente.

Las actualizaciones del Manual deben mantenerse a disposición de esta Superintendencia de la Actividad Aseguradora para las revisiones que considere necesarias.

La Superintendencia de la Actividad Aseguradora a través de los medios que dispone, informará sobre los elementos que como mínimo los sujetos obligados deben considerar en la elaboración de este instrumento.

Sección III

Plan Operativo Anual e Informe de Ejecución

Del plan operativo anual



Artículo 29. El Oficial de Cumplimiento debe elaborar, diseñar y ejecutar un Plan Operativo Anual, el cual será financiado por el sujeto obligado y estará dirigido a garantizar y reforzar el cumplimiento de las normas, políticas, procedimientos y mecanismos de control interno en materia de Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (AR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos, conforme a sus necesidades, considerando para ello las áreas sensibles y nivel de riesgo, será remitido a la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, en formato digital, dentro de los cuarenta y cinco (45) días previos al cierre del ejercicio económico.

La Superintendencia de la Actividad Aseguradora a través de los medios que dispone, informará sobre los elementos que como mínimo los sujetos obligados deben considerar en la elaboración de este instrumento.

Del informe de ejecución del plan operativo anual

Artículo 30. El Oficial de Cumplimiento debe elaborar un informe sobre la ejecución del Plan Operativo Anual, indicando el porcentaje de cumplimiento de cada aspecto de su contenido, con sus respectivos soportes de medición y verificación, de igual forma debe contener la justificación para aquellas actividades no ejecutadas o reprogramadas. El instrumento será aprobado por la Junta Directiva o el Órgano que ejerza función equivalente, y remitido a la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, dentro de los treinta (30) días continuos siguientes al cierre de cada ejercicio fiscal.

El Sujeto Obligado velará por la transparencia de la información contenida en el informe, la cual debe corresponderse a lo planificado y ejecutado, su incumplimiento acarreará las sanciones previstas en la Ley que regula la actividad aseguradora.

Sección IV

Programa Anual de Capacitación

De la elaboración

Artículo 31. El Oficial de Cumplimiento debe elaborar, desarrollar e implementar un Programa Anual de Capacitación de Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (AR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos, que será incluido como una actividad esencial del plan operativo anual de Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (AR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos.



Este programa, debe identificar los objetivos, contenidos, estrategias metodológicas, responsables y los mecanismos de evaluación a ser aplicados; así como, considerar que estará dirigido a todo el personal, según las responsabilidades y actividades que desempeñen.

El Programa Anual de Capacitación será financiado y aprobado por la Junta Directiva o el Órgano que ejerza función equivalente, y debe estar a disposición de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora para las revisiones que considere necesarias.

Las actividades de capacitación deben ser impartidas por las personas naturales o jurídicas inscritas en el Registro Único de Facilitadores (RUF) que al efecto lleva el Órgano Rector competente en materia de delincuencia organizada y acreditadas en el sector asegurador.

**De la declaración de conocimiento de los
actores ejecutivos del Sistema Integral de Administración de
Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo,
Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva
(SIAR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos**

Artículo 32. Cada inducción y capacitación en materia de Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (AR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos, debe hacerse constar en un documento donde se especifique su denominación y contenido, suscrito por los participantes y archivado en los expedientes correspondientes, debiendo mantenerse a la disposición de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, conjuntamente con los registros y pruebas documentales de la capacitación.

**Sección V
Código de Ética y Compromiso Institucional**

Del código de ética

Artículo 33. Los Sujetos Obligados deben adoptar un Código de Ética, suscrito y aprobado por la Junta Directiva o el Órgano que ejerza función equivalente, el cual es de obligatorio conocimiento y cumplimiento para todo el personal, a fin de crear un clima de elevada moral y aumentar su sensibilidad ante los efectos y riesgos de los delitos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (LC/FT/FPADM) y otros ilícitos, mediante la descripción de criterios que permitan



anteponer los principios éticos a los riesgos identificados, lucro e intereses personales.

La Junta Directiva o el Órgano que ejerza función equivalente, el Presidente, el Oficial de Cumplimiento, la Gerencia de Talento Humano o dependencia que ejerza función equivalente y los supervisores de todos los niveles, son garantes de la difusión y cumplimiento del contenido del Código de Ética, de manera que actúen bajo sus postulados; a tal efecto, deben entregar un ejemplar del mismo en formato digital o físico a todos sus empleados, dejando éstos constancia de haberlo recibido en su expediente.

Del compromiso institucional

Artículo 34. La Junta Directiva o el Órgano que ejerza función equivalente, debe aprobar y firmar individualmente un Compromiso Institucional, mediante el cual garantice el cumplimiento de sus obligaciones en materia de Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (AR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos. El Compromiso Inconstitucional debe actualizarse anualmente y archivarse en el respectivo expediente.

TITULO III DE LAS POLITICAS

CAPITULO I DE LA DEBIDA DILIGENCIA

De la debida diligencia

Artículo 35. Los sujetos obligados deben emplear, bajo un enfoque basado en riesgo, mecanismos apropiados que le permitan aplicar la debida diligencia a todas sus políticas, entendiéndose este principio transversal a todas, siendo intensificada cuando se consideren riesgos altos, mejorada cuando se consideren riesgos moderados y simplificada cuando se consideren riesgos bajos, para el conocimiento de sus clientes, intermediarios, reaseguradores o retrocesionarios, proveedores de servicios, el cliente de su cliente, empleados y todos aquellos relacionados, asociados y vinculados con los cuales mantienen una relación de negocios. No se permiten medidas de debida diligencia simplificadas si existen sospechas de delitos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (LC/FT/FPADM) y otros ilícitos.



A tales efectos, los sujetos obligados deben administrar los riesgos potenciales y garantizar que los controles y procedimientos internos adoptados se lleven a cabo y cumplan su objetivo, mediante:

1. Acciones de concientización;
2. Automatización de controles;
3. Monitoreo de las operaciones de negocios;
4. Profundización en el conocimiento de los riesgos.

Del propósito de la debida diligencia

Artículo 36. Los sujetos obligados deben aplicar la debida diligencia para obtener información suficiente del perfil de las personas con las cuales mantenga relación; así como, para determinar el verdadero propósito o la comprensión de la naturaleza de la operación.

Los sujetos obligados deben identificar y verificar la información referente al beneficiario final de sus clientes que sean personas o estructuras jurídicas, lo cual incluye a las personas naturales que ejercen el control de las mismas, ya sea por participación accionaria u otro medio.

De la debida diligencia intensificada

Artículo 37. Los sujetos obligados deben adoptar procedimientos específicos para aplicar la debida diligencia intensificada en aquellas operaciones que determine como de riesgo alto, especialmente en operaciones de negocios efectuadas sin la presencia física del cliente, por medio de nuevas tecnologías que puedan favorecer al anonimato en la suscripción de contratos de la actividad aseguradora.

Corresponderá a la Junta Directiva o el Órgano que ejerza función equivalente, la aprobación del inicio de la relación en aquellas operaciones efectuadas con personas naturales o jurídicas nacionales o extranjeras, que pudiendo contratar en su país de origen, realizan operaciones con instituciones foráneas; instituciones u organizaciones nacionales o internacionales, vinculadas o no, con personas extranjeras no residentes; compañías extranjeras o con casa matriz ubicadas en el extranjero o constituidas en países que no apliquen regulaciones similares a las establecidas en estas normas.

En caso de instituciones financieras, se verificará que estén sujetas a supervisión y hayan adoptado sistemas de monitoreo y controles compatibles con los estándares internacionales.



De la actualización de datos

Artículo 38. Los sujetos obligados, en aplicación de la debida diligencia, deben actualizar de acuerdo al nivel de riesgo, los datos incluidos en los registros individuales y los documentos relativos a las partes con las que mantienen relación. La frecuencia en la actualización de los datos y documentos, se realizará de acuerdo al nivel de riesgo, dejando constancia en el expediente correspondiente; en todo caso para los riesgos altos la frecuencia en la actualización no podrá ser mayor a un (1) año.

De la verificación de datos

Artículo 39. Los sujetos obligados, conforme a los principios de autorregulación y diligencia debida, deben emplear medios informáticos, tecnológicos y sistemáticos a los fines de establecer la veracidad de los datos aportados, incluyendo la verificación de los listados publicados y mantenidos por el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, de acuerdo a las recomendaciones del Grupo de Acción Financiera Internacional.

A mayor calificación de riesgo de un nuevo cliente se utilizarán métodos de verificación adicionales, los cuales deben incluir:

1. Visita al cliente;
2. Comunicaciones telefónicas;
3. Verificación independiente de la identidad del cliente y sus actividades; comparando la información obtenida con respecto a la proporcionada por empresas consultoras crediticias, de investigación, bases de datos públicas o cualquier otra fuente confiable.

Los sujetos obligados deben incluir en su Manual de Políticas, Normas y Procedimientos, procesos destinados a la verificación de los datos, de acuerdo al nivel de riesgo, pudiendo efectuarse a través de los Órganos y entes de la Administración Pública Nacional u otras fuentes, que permita la comprobación.

La verificación se realizará durante el proceso de vinculación contractual inicial, incluyendo aquellos con los que se realicen negociaciones ocasionales; y en el caso de una ampliación de datos, cuando se considere una variación del riesgo, de acuerdo a la evaluación realizada por el sujeto obligado.

En lo que concierne a la verificación de los datos, identificación del beneficiario final y el análisis de la naturaleza de las operaciones comerciales, queda prohibida la tercerización, salvo disposición en contrario.



Del beneficiario final

Artículo 40. Los sujetos obligados deben identificar al beneficiario final, personas y estructuras jurídicas, con las cuales establezca una relación, lo cual incluye a las personas naturales que ejercen el control de las mismas, debiendo incluir en el Manual de Políticas, Normas y Procedimientos los parámetros, metodologías y procedimientos de debida diligencia intensificada que le permitan verificar la información relacionada al beneficiario final, pudiendo entre otros corroborar si existen vínculos entre el tomador, asegurado, beneficiario, contratante, usuario, afiliado o afianzado, reclamaciones e indemnizaciones recibidas por concepto de contratos anteriores, inventario de bienes objeto de seguro.

De la identificación de los clientes que no actúan por cuenta propia

Artículo 41. Los sujetos obligados deben recabar la información precisa, a fin de conocer tanto la identidad de los representantes, apoderados y autorizados, como de las personas por cuenta de los cuales actúan, así como los documentos que los acreditan como tales. La contravención a esta disposición será sancionada de conformidad a lo establecido en la Ley que regula los delitos de delincuencia organizada, así como la Ley que rige la actividad aseguradora.

De la declaración de origen de los fondos

Artículo 42. La solicitud del contrato debe contener la declaración de origen de los fondos del tomador, asegurado, beneficiario, contratante, usuario, afiliado o afianzado que la suscriba, en la que se manifieste que el dinero utilizado para el pago de la prima, cuota o contraprestación proviene de una fuente lícita, que no guarda relación alguna, con capitales, bienes, haberes, valores o títulos, que fueren producto de las actividades ilícitas.

De la falsedad de los datos aportados

Artículo 43. En caso de no poder establecer la veracidad de alguno de los datos aportados, el Oficial de Cumplimiento analizará el caso y de considerarlo procedente, notificará dicha situación a la Unidad Nacional de Inteligencia Financiera, indicando los datos verdaderos con relación al cliente, si los hubiera obtenido.

De la huella dactilar

Artículo 44. Los sujetos obligados utilizarán medios impresos, electrónicos o digitales para obtener la huella dactilar del dedo pulgar o índice de la mano derecha o de ser el caso el de la mano izquierda, siempre que sea posible, en los documentos de vinculación contractual inicial; u otros controles biométricos alternos

en aquellos casos de no poder obtener las huellas dactilares.

CAPÍTULO II POLÍTICA CONOZCA A SU CLIENTE

De la debida diligencia de cliente

Artículo 45. Los sujetos obligados aplicarán la debida diligencia en la política conozca a su cliente, de acuerdo con nivel de riesgo, siendo para riesgo alto una debida diligencia intensificada, moderado una debida diligencia mejorada y bajo una debida diligencia simplificada.

Los controles internos y las políticas de vinculación del cliente deben estar acordes a los niveles de riesgo establecidos en la autoevaluación, y para las distintas modalidades de comercialización, sin que esto signifique que el procedimiento de vinculación del cliente resulte restrictivo e impida la realización de la operación.

Prestará especial atención a las operaciones realizadas con personas naturales o jurídicas situadas en países que no aplican o aplican inadecuadamente las recomendaciones del Grupo de Acción Financiera Internacional, debiendo éstas ser aprobadas por la Junta Directiva o el Órgano que ejerza función equivalente.

Del registro individual del cliente

Artículo 46. El sujeto obligado debe establecer registros, de forma física y digital, para cada uno de sus clientes, que le permita determinar fehacientemente su identificación, domicilio y la actividad económica u oficio al cual se dedica, a fin de obtener su nivel de riesgo y adoptar parámetros adecuados de segmentación. Los datos incluidos en el registro y los documentos relacionados al cliente conformarán el expediente.

La identificación de las personas naturales, se realizará a través de la cédula de identidad laminada vigente, para los venezolanos por nacimiento o naturalización y extranjeros residentes en el país; en el caso de los extranjeros no residentes, el sujeto obligado debe solicitar el pasaporte vigente.

La identificación de las personas jurídicas, domiciliadas en territorio venezolano, se efectuará a través del Registro único de Información Fiscal (R.I.F.) y del documento constitutivo estatutario con sus respectivas modificaciones, si las hubiere, a efecto de identificar al beneficiario final. Cuando se trate de personas jurídicas no domiciliadas en el territorio venezolano, dichos documentos, así como los poderes otorgados a sus representantes legales, deben estar legalizados o apostillados,



según sea el caso y traducidos al idioma castellano por un intérprete público.

En todo caso, debe dejarse constancia de la identificación de las personas naturales que representan a la persona jurídica, a través de las cuales se mantienen relaciones con los sujetos obligados de la actividad aseguradora, exigiendo los mismos documentos establecidos para las personas naturales.

De la conformación del expediente del cliente

Artículo 47. El expediente del cliente, persona natural o jurídica, se conformará en físico y en digital de acuerdo al nivel de riesgo, entendiéndose que para los riesgos altos, el sujeto obligado debe solicitar mayor documentación, que justifique la operación.

En este sentido, el referido expediente podrá contener la siguiente información:

1. Solicitud del contrato de seguro, de fianza, de fideicomiso, de medicina prepagada, fondos administrados, de financiamiento de primas o cuotas, según sea el caso. Los datos de identificación del tomador, asegurado, beneficiario, contratante, usuario, afiliado o afianzado deben estar contenidos en la solicitud;
2. Contrato suscrito de acuerdo a la actividad realizada por el sujeto obligado;
3. Copia legible y vigente de la cédula de identidad o pasaporte, y Registro único de Información Fiscal (R.I.F.);
4. Referencia bancaria vigente;
5. Copia del acta constitutiva y estatutos sociales, con la última modificación estatutaria, si la hubiere;
6. Copia de la última Declaración del Impuesto sobre la Renta;
7. Copia del documento que demuestre la propiedad o interés asegurable del bien mueble o inmueble asegurado, de ser el caso;
8. Documento que avale la contragarantía en los contratos de fianza;
9. Constancia de la verificación de la información de los datos, efectuada a través de medios públicos;
10. Constancia de la actualización de los datos del cliente, según corresponda;
11. Cualquier otro documento que estime el sujeto obligado, relacionado con el cliente y sus actividades, en aplicación de la debida diligencia.

Las copias de los mencionados documentos deben ser archivadas en el expediente del cliente, que reposa en la oficina o sucursal donde fue efectuada la contratación, en formato físico y digital. La frecuencia en la actualización de los datos y documentos, se realizará de acuerdo al nivel de riesgo, dejando constancia en el expediente.

Para lo indicado en el numeral 7, del presente artículo, el sujeto obligado debe establecer dentro de la política, criterios para la verificación y conservación de los documentos que acrediten la propiedad de los bienes asegurados, en previsión de satisfacer requerimientos de información asociados a procesos o medidas de Extinción de Dominio.

De la obligación del intermediario

Artículo 48. Cuando los contratos se realicen a través de intermediarios de la actividad aseguradora, éstos deben asumir la obligación de identificar y verificar la información suministrada por los tomadores, asegurados, beneficiarios, contratantes, usuarios, afiliados o afianzados, aplicando las correspondientes medidas de debida diligencia.

De la prohibición a los intermediarios

Artículo 49. Se prohíbe a los intermediarios de la actividad aseguradora suscribir la declaración de origen de los fondos o completar las planillas de solicitudes de contratos de los sujetos obligados de la actividad aseguradora, con datos e información relacionada de los tomadores, asegurados, beneficiarios, contratantes, usuarios, afiliados o afianzados, así como, firmar y colocar la huella dactilar por éstos, en los mencionados instrumentos. La contravención a esta disposición será sancionada de conformidad con lo previsto en la Ley que rige la actividad aseguradora y demás leyes que regulan la materia de la delincuencia organizada.

De las personas expuestas políticamente

Artículo 50. Si el perfil de un cliente se corresponde a la categoría de persona expuesta políticamente, el sujeto obligado debe intensificar la debida diligencia, al momento de la suscripción del contrato, y mantener un monitoreo constante de sus transacciones, relaciones o comportamientos comerciales, por lo que, en caso de presentarse una actividad sospechosa, se debe proceder a realizar el Reporte de Actividades Sospechosas.

En lo que respecta, al inicio, la permanencia de la relación comercial y la aprobación del pago por concepto de prestaciones o capitales en las pólizas de seguros de vida o productos de inversión, los mismos deben ser aprobados por la Junta Directiva o el Órgano que ejerza función equivalente.

El sujeto obligado debe identificar al beneficiario final, previo al pago de prestaciones o capitales en las pólizas de seguros de vida o productos de inversión, lo cual quedará sustentado en el expediente respectivo.



Asimismo, el sujeto obligado debe considerar que una persona expuesta políticamente procedente de una de una organización internacional, está sujeta a las mismas medidas de Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (AR/LC/FT/FPADM) u otros ilícitos aplicables a las personas expuestas políticamente nacionales.

La clasificación como persona expuesta políticamente, se mantendrá hasta cinco (5) años posteriores a partir de la fecha de entrega o cese del cargo. Esta condición aplica a sus familiares, hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad; así como, su círculo de colaboradores inmediatos.

De las actividades y profesiones no financieras designadas

Artículo 51. Los sujetos obligados deben aplicar un enfoque basado en riesgo a las operaciones realizadas por aquellos clientes dedicados a Actividades y Profesiones No Financieras Designadas (APNFD).

De las organizaciones sin fines de lucro y organizaciones no gubernamentales

Artículo 52. Los sujetos obligados deben aplicar un enfoque basado en riesgo a las operaciones realizadas por aquellos clientes identificados como Organizaciones Sin Fines de Lucro (OSFL) y Organizaciones No Gubernamentales (ONG).

Del conocimiento del cliente de su cliente

Artículo 53. Los sujetos obligados, bajo un enfoque basado en riesgo, deben establecer la política conozca al cliente de su cliente, cuando éste último se trate de otro sujeto obligado o institución financiera nacional o extranjera, sobre las cuales se apliquen normativas relacionadas con la Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (AR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos, y que a su vez realice operaciones con clientes de igual condición, en cuyo caso, deberán:

1. Comprobar que el cliente cuenta con un Sistema Integral de Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (SIAR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos;
2. Determinar si el cliente ofrece sus servicios o productos a personas que no tengan presencia física en territorio venezolano, así como, autorización para operar conforme su respectiva actividad;



3. Determinar la identidad de los accionistas, hasta llegar a las personas naturales, en su condición de beneficiarios finales.

CAPÍTULO III POLÍTICA CONOZCA A SU INTERMEDIARIO

Del registro individual

Artículo 54. Los sujetos obligados deben establecer un registro, de forma física y digital, para cada uno de los intermediarios de seguros con los cuales opere, de acuerdo al nivel de riesgo, sean estos naturales o jurídicos, con el fin de obtener información que le permita determinar fehacientemente la identificación, al momento de la vinculación.

El proceso de vinculación del intermediario se realizará de acuerdo a los procedimientos establecidos en el Manual de Políticas, Normas y Procedimientos del sujeto obligado, entendiéndose que, para los intermediarios considerados de riesgo alto, debe solicitar mayor documentación, dejando constancia de la revisión y verificación de los datos aportados, así como del nivel de riesgo otorgado al intermediario.

Los datos incluidos en el registro individual y los documentos obtenidos relativos al intermediario, conformarán el expediente correspondiente.

Del expediente de la persona natural

Artículo 55. El expediente de los intermediarios, personas naturales, debe contener copias legibles de la autorización otorgada por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora; de la cédula de identidad vigente o pasaporte; del Registro único de Información Fiscal (R.I.F.) vigente; de la última declaración de impuesto sobre la renta; de las declaraciones juradas de origen de los fondos, de encontrarse en el ejercicio de la actividad para la cual fue autorizado y de conocimiento en la materia de Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (AR/LC/FT/FPADM); constancia de la verificación de los datos, por medio de fuentes públicas u otras; cualquier otro documento que estime el sujeto obligado atendiendo al nivel de riesgo, en razón de que los recaudos anteriores son de carácter enunciativo y no taxativo. La frecuencia en la actualización de los datos y documentos se realizará de acuerdo al nivel de riesgo, dejando constancia en el expediente.



Del expediente de la persona jurídica

Artículo 56. El expediente de los intermediarios, personas jurídicas, debe contener copias legibles de la autorización otorgada por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora; del Registro único de Información Fiscal (R.I.F.) vigente; del documento constitutivo estatutario y modificaciones posteriores, si las hubiere; de la última declaración de impuesto sobre la renta; de las declaraciones juradas de origen de los fondos y de encontrarse en el ejercicio de la actividad para la cual fue autorizada; constancia de la verificación de los datos, por medio de fuentes públicas u otras; cualquier otro documento que estime el sujeto obligado atendiendo al nivel de riesgo, en razón de que los recaudos anteriores son de carácter enunciativo y no taxativo. La frecuencia en la actualización de los datos y documentos se realizará de acuerdo al nivel de riesgo, dejando constancia en el expediente.

De la conducta y del comportamiento

Artículo 57. Los supervisores del área de comercialización o dependencia que corresponda, deben prestar especial atención a la conducta y posibles cambios repentinos en las costumbres y nivel de calidad de vida de los intermediarios, lo que en su conjunto, deberá estar acorde con el nivel de ingresos provenientes de sus comisiones.

Igual atención debe prestar a su nivel de endeudamiento y amplio incremento de su cartera de clientes y negocios de prima única, a fin de garantizar en buena medida la probidad de todos los intermediarios.

De las declaraciones juradas

Artículo 58. Dentro de los sesenta (60) días hábiles siguientes al cierre del ejercicio económico, los intermediarios, personas naturales y jurídicas, deben presentar una declaración jurada de origen de fondos provenientes de la actividad para la cual fueron autorizados y los intermediarios personas naturales, adicionalmente deben presentar una declaración de conocimiento en materia de Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (AR/LC/FT/FPADM), de conformidad con los formatos que determine la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

CAPÍTULO IV

POLÍTICA CONOZCA A SU REASEGURADOR O RETROCESIONARIO

Del registro

Artículo 59. Los sujetos obligados deben establecer un registro, de forma física y



digital, de cada uno sus reaseguradores o retrocesionarios, de acuerdo a su nivel de riesgo, con el fin de obtener y mantener actualizada la información necesaria para determinar fehacientemente su identificación.

El proceso de vinculación de los reaseguradores o retrocesionarios se realizará de acuerdo a los procedimientos establecidos en el Manual de Políticas, Normas y Procedimientos del sujeto obligado, y de acuerdo al nivel de riesgo de la operación, entendiéndose que para aquellas de riesgo alto, se debe solicitar mayor documentación, dejando constancia de la revisión y verificación de los datos y documentos aportados. Los datos incluidos en el registro individual y los documentos obtenidos relativos al reasegurador o retrocesionario, conformarán el expediente correspondiente. La frecuencia en la actualización de los datos y documentos se realizará de acuerdo al nivel de riesgo, dejando constancia en el expediente.

Del expediente

Artículo 60. El expediente de los reaseguradores o retrocesionarios debe contener lo siguiente:

1. Formulario suscrito por el Oficial de Cumplimiento de la empresa reaseguradora o retrocesionaria, que contenga, denominación o razón social; domicilio principal; dirección de la oficina de representación, si la hubiere; datos de registro o constitución; datos del país donde se encuentra constituida la empresa; información sobre si posee sistemas fiscales diferentes; si cuenta con normas que regulen el secreto bancario; si ha firmado tratados o convenios internacionales en la materia de Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (AR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos; información sobre tributos reducidos o inexistentes; nombres, apellidos y número de documento de identidad del Oficial de Cumplimiento. Los referidos datos son de carácter meramente enunciativos y no taxativos;
2. Copia simple del documento constitutivo estatutario de la empresa reaseguradora o retrocesionaria, con la última modificación estatutaria, si la hubiere;
3. Copia de la autorización para realizar operaciones de reaseguros, en territorio venezolano o país de origen, de ser el caso;
4. Copia de los estados de demostración de ganancias y pérdidas y del balance de situación auditados, de por lo menos los tres (3) últimos años;
5. Copia de las tres (3) últimas declaraciones de impuesto sobre la renta, en territorio venezolano o país de origen;
6. Último Informe de Auditoría Externa en materia de Administración de Riesgos de



Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (AR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos.

Cuando los contratos de reaseguros sean facultativos, la empresa reaseguradora o retrocesionaria deberá solicitar toda la información que considere necesaria para la identificación del asegurado. En los contratos obligatorios, éstas podrán solicitar información de los asegurados a sus clientes cuando tengan fundadas sospechas de una actividad inusual.

CAPÍTULO V POLÍTICA CONOZCA A SU PROVEEDOR DE SERVICIOS

Del registro

Artículo 61. Los sujetos obligados deben establecer registros, de forma física y digital, de acuerdo al nivel de riesgo, para cada uno de los proveedores de servicios, incluidos aquellos de servicios tecnológicos, con los que establece una relación financiera o comercial, ya sea de manera ocasional o permanente, con el fin de obtener y mantener actualizada la información necesaria para determinar fehacientemente su identificación.

El proceso de vinculación del proveedor se realizará de acuerdo a los procedimientos establecidos en el Manual de Políticas, Normas y Procedimientos del sujeto obligado, entendiéndose que para los de riesgo alto, debe solicitar mayor documentación, dejando constancia de la revisión y verificación de los datos aportados, así como del nivel de riesgo otorgado.

Los datos incluidos en el registro individual y los documentos obtenidos relativos al proveedor de servicios, conformarán el expediente correspondiente.

Del expediente de la persona natural

Artículo 62. El expediente de los proveedores personas naturales debe contener copias legibles de la cédula de identidad vigente o pasaporte; del Registro único de Información Fiscal (R.I.F.) vigente; de la última declaración de impuesto sobre la renta; referencia bancaria; constancia de la verificación de los datos, por medio de fuentes públicas u otras; cualquier otro documento, que estime el sujeto obligado atendiendo al nivel de riesgo, en razón de que los recaudos anteriores son de carácter enunciativo y no taxativo. La frecuencia en la actualización de los datos y documentos se realizará de acuerdo al nivel de riesgo, dejando constancia en el expediente.



Del expediente de la persona jurídica

Artículo 63. El expediente de los proveedores personas jurídicas debe contener copias legibles del Registro único de Información Fiscal (R.I.F.) vigente; del documento constitutivo estatutario y modificaciones posteriores, si las hubiere; las licencias o registros emitidas por las autoridades competentes o de supervisión, de ser el caso; de la última declaración de impuesto sobre la renta; referencia bancaria; de la declaración jurada de origen de los fondos; constancia de la verificación de los datos, por medio de fuentes públicas u otras; cualquier otro documento, que estime el sujeto obligado atendiendo al nivel de riesgo, en razón de que los recaudos anteriores son de carácter enunciativo y no taxativo. La frecuencia en la actualización de los datos y documentos se realizará de acuerdo al nivel de riesgo, dejando constancia en el expediente.

CAPÍTULO VI POLÍTICA CONOZCA A SU EMPLEADO

Del registro

Artículo 64. Los sujetos obligados deben establecer registros, de forma física y digital, de acuerdo al nivel de riesgo, para cada uno de sus empleados, debiendo verificar la información suministrada por éstos, a través de fuentes públicas y cualquier otro medio que permita validar la información suministrada, así como, las referencias de empleos anteriores, especialmente los servicios prestados en el sector asegurador.

La información y documentación relacionada al empleado que conformará el expediente, provendrá de la solicitud de empleo o formularios que para los procesos internos de captación y contratación establezca el sujeto obligado, atendiendo al nivel de riesgo del empleado por la jerarquía, funciones o características particulares de la relación laboral, y se dejará constancia de la revisión y verificación de los datos aportados. La frecuencia en la actualización de los datos y documentos se realizará de acuerdo al nivel de riesgo, dejando constancia en el expediente.

De la conducta y del comportamiento

Artículo 65. Los supervisores deben prestar especial atención a la conducta y posibles cambios en el nivel de calidad de vida y de endeudamiento de los empleados, el cual debe estar en concordancia con la remuneración percibida; al disfrute o no de sus vacaciones, cantidad de regalos, invitaciones, dádivas u otros presentes, recibidos por parte de clientes o usuarios, sin una justificación clara y razonable o sin estar autorizados por el Código de Ética, de igual forma al rechazo



a las promociones, traslados y cualquier otra mejora en el ámbito laboral, todo lo anterior a fin de garantizar en buena medida la probidad de los empleados.

Todo empleado debe ser informado, por escrito, acerca de los riesgos a los que se expone en el ejercicio de sus funciones y las consecuencias que por imprudencia, impericia o negligencia favorezcan o contribuyan a la comisión de los delitos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (LC/FT/FPADM) y otros ilícitos.

Toda conducta o comportamiento inusual o sospechoso del empleado, debe ser notificada al Oficial de Cumplimiento, a través de los canales de comunicación, de acuerdo al procedimiento establecido por el sujeto obligado o el previsto en el Manual de Políticas, Normas y Procedimientos. El Oficial de Cumplimiento levantará la información y la presentará a la Junta Directiva o el Órgano que ejerza función equivalente para su discusión.

CAPÍTULO VII CONSERVACIÓN DE LOS DOCUMENTOS, SOPORTES Y REGISTROS

Del plazo

Artículo 66. Los sujetos obligados conservarán en forma física y digital, ordenado individualmente, los documentos, soportes y registros correspondientes, que comprueben la realización de las operaciones y las relaciones de negocios de los clientes, intermediarios, reaseguradores, retrocesionarios, proveedores de servicio y vinculados con éstos, así como los documentos exigidos para su identificación al momento de establecer relaciones de negocios.

La conservación en forma física deberá ser por un período mínimo de años (5) años y en forma digital deberá ser por un período mínimo de diez (10) años.

Dicha información debe estar a disposición de esta Superintendencia de la Actividad Aseguradora y de las autoridades competentes, al momento de ser requeridas, su inobservancia será sancionada, de conformidad a lo dispuesto en la Ley Orgánica que regula la materia de delincuencia organizada y la Ley que rige la actividad aseguradora.

El plazo indicado se contará:

1. Para los documentos relativos a la identificación de clientes, intermediarios, reaseguradores, retrocesionarios, proveedores de servicio y vinculados a partir



- del día en que finalice la relación comercial;
2. Para aquellos documentos que acrediten una operación, a partir de la ejecución de ésta;
 3. Para los reportes de actividades sospechosas, a partir de la remisión del mismo;
 4. Para la correspondencia comercial, después de haber concluido la relación;
 5. Para aquellos documentos relativos a los empleados, luego de haber concluido la relación laboral.

CAPÍTULO VIII

ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS RELACIONADOS CON EL FINANCIAMIENTO AL TERRORISMO

De los lineamientos

Artículo 67. Los sujetos obligados deben establecer en su Manual de Políticas, Normas y Procedimientos, mecanismos eficaces para la detección de posibles operaciones vinculadas con el financiamiento al terrorismo, para lo cual considerará que este tiene similitudes y diferencias cuando se compara con la legitimación de capitales y los riesgos que ambos generan, a tales efectos tomará en cuenta:

- a. Las transacciones involucradas puedan presentar bajo valor;
- b. El origen de los fondos varía de acuerdo con el tipo de organización terrorista;
- c. Los mecanismos de monitoreo tradicionales para identificar el delito de legitimación de capitales, pueden ser adecuados para identificar el delito de financiamiento al terrorismo, aunque la actividad indicativa de sospecha no aparente estar conectada con este delito;
- d. Para los fondos que provienen de una fuente legal, es necesario indagar con mayor minuciosidad para determinar que pudieran ser usados para el delito de financiamiento al terrorismo.
- e. La responsabilidad de los Sujetos Obligados se basa en reportar la Actividad Sospechosa oportunamente a la Unidad Nacional de Inteligencia Financiera.

De la debida diligencia

Artículo 68. Los sujetos obligados para detectar actividades de financiamiento al terrorismo aplicarán los siguientes procedimientos:

- a. Monitoreo sobre las transacciones con países o áreas geográficas, según las listas emanadas del Consejo de Seguridad de Naciones Unidas, donde individuos, organizaciones o países en particular fuesen sometidos a sanciones por el financiamiento al terrorismo;



- b. Monitoreo que permita identificar transacciones relacionadas con personas naturales o jurídicas que han sido identificadas en otras jurisdicciones como elementos relacionados con organizaciones o actividades terroristas o su financiamiento, según las listas emanadas del Consejo de Seguridad de Naciones Unidas;
- c. Control interno y señales de alerta basadas en las tipologías detectadas y difundidas por las autoridades nacionales u otras jurisdicciones relacionadas con el financiamiento de actividades terroristas;
- d. Las medidas y procedimientos acordados por el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, así como las normativas emitidas por los Órganos Nacionales competentes con motivo a éstas.

CAPÍTULO IX

ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS RELACIONADOS CON EL FINANCIAMIENTO A LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA

De la debida diligencia

Artículo 69. Los sujetos obligados deben establecer políticas, normas y procedimientos, bajo un enfoque basado en riesgo, orientados a prevenir que flujos de fondos sean orientados a través de sus operaciones, al financiamiento de la investigación y desarrollo de armas de destrucción masiva.

Estas medidas requieren la aplicación de una debida diligencia y de herramientas que permitan el cabal conocimiento de los clientes, sus operaciones y relacionados, especialmente cuando se aseguren materiales o servicios que involucren químicos de venta libre y común, entre otros.

La aplicación de medidas de debida diligencia intensificadas se realizará a fin de determinar oportunamente su vinculación directa o indirecta con personas, organizaciones o gobiernos que fomenten, desarrollen, elaboren o comercialicen armas de destrucción masiva, para lo cual considerará las Resoluciones emitidas por el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas.

TITULO IV

SUPERVISIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS

CAPÍTULO I

AUDITORIA INTERNA

Del programa anual de seguimiento, evaluación y control

Artículo 70. Los sujetos obligados, personas jurídicas, a fin de garantizar y evaluar



el cumplimiento de la normativa vigente y de cualquier instrucción que dicte este Organismo; así como la eficiencia y eficacia del control interno, la efectividad en los planes y programas adoptados para administrar los riesgos relacionados a delitos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (LC/FT/FPADM) y otros ilícitos, deben, conforme a su nivel de riesgo, elaborar y ejecutar, por su dependencia de auditoría interna o quien ejerza función equivalente, un Programa Anual de Seguimiento, Evaluación y Control, el cual será de uso restringido y confidencial, debiendo estar disponible para su revisión, durante las inspecciones que realice la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, comprendiendo los siguientes aspectos:

1. Dependencias a auditar;
2. Frecuencia de las auditorías o fechas aproximadas;
3. Aspectos a auditar en cada oportunidad, tomando como base el volumen y complejidad de sus operaciones, medios tecnológicos utilizados, ubicación geográfica, clientes, productos, servicios y modalidades de comercialización.

El responsable de la ejecución del Programa Anual de Seguimiento, Evaluación y Control, debe presentar a la Junta Directiva o el Órgano que ejerza función equivalente, con copia al Oficial de Cumplimiento y al presidente, el informe con los hallazgos de las auditorías practicadas y las recomendaciones correspondientes; este informe será verificado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, al momento de la inspección correspondiente.

El responsable de la ejecución del Programa Anual de Seguimiento, Evaluación y Control, debe certificar las actualizaciones de los documentos y formularios vinculados con la materia de Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (AR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos, realizadas por el Oficial de Cumplimiento y aprobadas por la Junta Directiva u Órgano que ejerza función equivalente.

En ningún caso, el Programa Anual de Seguimiento, Evaluación y Control podrá ser realizado por el profesional o firma encargada de efectuar la auditoría externa del sujeto obligado, esto con la finalidad de velar por los principios de transparencia e imparcialidad.



Del informe anual sobre Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (AR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos

Artículo 71. Los sujetos obligados deben presentar ante la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, el Informe Anual en materia de Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (AR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos, suscrito por un auditor externo, inscrito en el Registro de Auditores Externos en materia de Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (AR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos.

Dicho informe debe hacerse del conocimiento del Oficial de Cumplimiento y de la Junta Directiva o el Órgano que ejerza función equivalente y remitirlo dentro de los sesenta (60) días continuos siguientes al cierre de cada ejercicio fiscal, su incumplimiento será sancionado de conformidad con lo establecido en la Ley que rige la Actividad Aseguradora.

Para la preparación y elaboración de este informe, los auditores externos no tendrán acceso a la información relacionada con los casos que se investiguen o los Reportes de Actividades Sospechosas que hayan sido notificados a las autoridades competentes.

Aquellas operaciones detectadas durante las auditorías externas, que puedan constituir actividades sospechosas, deben ser notificadas por escrito al Oficial de Cumplimiento, quien las evaluará y decidirá si deben ser reportadas a la Unidad Nacional de Inteligencia Financiera.

Del contenido del informe

Artículo 72. El Informe anual en materia de Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (AR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos, debe ser elaborado bajo un enfoque basado en riesgo, indicar el periodo evaluado y los procedimientos aplicados para la revisión de los siguientes aspectos, siendo los aquí mencionados enunciativos y no taxativos:

1. Estructura, actores ejecutivos y cumplimiento de sus funciones del Sistema Integral de Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales,



- Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (SIAR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos;
2. Metodología e Informe de Resultados de la Autoevaluación de Riesgos;
 3. Políticas, métodos, procedimientos, controles internos y medidas de mitigación establecidos por el sujeto obligado para incrementar la efectividad del Sistema Integral de Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (SIAR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos, proporcionales al nivel de riesgo, tamaño y complejidad de las operaciones, ubicación geográfica y recursos tecnológicos;
 4. Programa e Informe Anual de Seguimiento, Evaluación y Control, con énfasis en la aplicación o no de las recomendaciones formuladas por el auditor interno o quien haga sus veces;
 5. Acciones por parte de la Junta Directiva y del Oficial de Cumplimiento, para mejorar los aspectos observados en las inspecciones realizadas por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora;
 6. Alcance y ejecución del Plan Operativo Anual y del Programa Anual de Capacitación;
 7. Efectividad de los canales de comunicación, sistemas de monitoreo y detección de actividades sospechosas, señalando expresamente las deficiencias o debilidades observadas;
 8. Conclusiones y recomendaciones.

El auditor externo debe realizar pruebas para verificar el cumplimiento específico de la normativa en materia de Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (AR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos, por parte del sujeto obligado y en el seguimiento de los resultados de su trabajo.

Del dictamen

Artículo 73. La Superintendencia de la Actividad Aseguradora podrá verificar la exactitud del informe o dictamen emitido por el auditor externo, especialmente en lo referente a la efectividad de los controles internos adoptados por el sujeto obligado y respecto al cumplimiento de los deberes previstos en las presentes normas. De igual forma, podrá practicar una inspección parcial para la verificación de la exactitud del dictamen emitido y de ser el caso, exigir las acciones correctivas correspondientes.

Cuando la Superintendencia de la Actividad Aseguradora considere que el contenido del informe no cumple los extremos establecidos en este Capítulo, podrá exigir al sujeto obligado su corrección y nueva consignación.

De los principios de transparencia, integridad y confianza

Artículo 74. Los Sujetos Obligados con base en los principios de transparencia, integridad y confianza, no podrán contratar por más de dos (2) ejercicios fiscales consecutivos a un mismo auditor externo para la elaboración del Informe Anual en materia de Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (AR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos.

TÍTULO V DE LOS REPORTES CAPÍTULO I REPORTES SISTEMATICOS

Del reporte de transacciones y operaciones de negocios

Artículo 75. Las empresas de seguros, de reaseguros, medicina prepagada, administradoras de riesgos, deben remitir dentro de los diez (10) días hábiles siguientes al término de cada mes, información relacionada de las siguientes operaciones:

1. Pólizas de seguros de casco de vehículos terrestres vigentes;
2. Pólizas de seguros de casco vigentes para amparar naves;
3. Pólizas de seguros de casco vigentes para amparar aeronaves;
4. Pólizas de seguros vigentes para amparar bienes inmuebles edificados, rurales o urbanos;
5. Pólizas de seguros vigentes para amparar riesgos diversos;
6. Pólizas de seguros vigentes para amparar capitales asegurables en seguros de vida individual, primer año y renovación;
7. Pólizas de seguros vigentes para amparar la responsabilidad civil y los accidentes personales establecidos en la ley que regula el tránsito y transporte terrestre;
8. Pólizas de seguros vigentes para amparar accidentes personales individuales;
9. Contratos vigentes de fianza;
10. Contratos vigentes de fideicomiso;
11. Contratos vigentes de fondos administrados;
12. Cualquier otro contrato que la Superintendencia de la Actividad Aseguradora considere conveniente.



Se excluyen del reporte los contratos cuyo tomador o titular del interés asegurado sean la República Bolivariana de Venezuela, los Estados, Municipios, Institutos Autónomos, establecimientos públicos y demás personas jurídicas de derecho público, así como las sociedades mercantiles sobre las que los sujetos antes mencionados tengan participación igual o mayor al cincuenta por ciento (50%) del capital social y las fundaciones constituidas y dirigidas por éstos.

La información aquí señalada, debe ser remitida a la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la finalización de cada mes, en la forma y modo que esta indique. En caso de que el sujeto obligado, no haya registrado alguna de las operaciones indicadas, durante el lapso de un (1) mes, el Oficial de Cumplimiento debe dejar constancia expresa de ello, debiendo mantener la misma en sus archivos o registros, para ser verificada por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, al momento de la correspondiente inspección.

Sobre aquellas operaciones que no cumplan los parámetros anteriores, el sujeto obligado debe mantener un registro actualizado de las mismas, el cual estará a disposición de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora al momento de la inspección correspondiente o cuando les sea requerido.

De otros reportes

Artículo 76. Los sujetos obligados, personas jurídicas, deben remitir dentro de los diez (10) días hábiles siguientes al término de cada mes, los reportes que a continuación se identifican:

1. El registro de sus trabajadores, incluyendo los ingresos y egresos de su nómina;
2. El registro de las personas naturales y jurídicas que resultaron adjudicadas en la enajenación de los predios urbanos edificados e inmuebles, así como de vehículos, producto de las recuperaciones y salvamentos de siniestros;
3. El registro de información referente a los proveedores de bienes y servicios con los que mantiene relación, quedan excluidos del reporte los proveedores de servicios públicos;
4. El registro con la información referente a sus operaciones de financiamiento de primas o cuotas.

La Superintendencia de la Actividad Aseguradora como Órgano de Control, de conformidad con la Ley que rige la actividad aseguradora y demás normas aplicables, podrá solicitar cualquier información y reporte que considere necesario



en materia de Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (AR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos.

De la omisión de remisión de reportes

Artículo 77. La Superintendencia de la Actividad Aseguradora, en caso de incumplimiento de las obligaciones establecidas en este capítulo, aplicará las sanciones a que haya lugar, de conformidad con lo establecido en la Ley que rige la Actividad Aseguradora.

CAPÍTULO II REPORTE DE ACTIVIDADES SOSPECHOSAS

De las señales de alerta

Artículo 78. La Superintendencia de la Actividad Aseguradora a través de los medios electrónicos que dispone, informará sobre las señales de alertas y tipologías en delitos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (LC/FT/FPADM) y otros ilícitos, identificadas por los sujetos obligados del sector asegurador, respetando la reserva y confidencialidad de los datos de identificación de las personas naturales y jurídicas involucradas en los Reporte de Actividades Sospechosas remitidos a la Unidad Nacional de Inteligencia Financiera.

De la presunción de las operaciones sospechosas

Artículo 79. Los sujetos obligados deben prestar especial atención a las operaciones que por su cuantía, naturaleza, frecuencia o por las características de las personas que las realizan, puedan dar lugar a considerar que se trata de actividades relacionadas con delitos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (LC/FT/FPADM) y otros ilícitos, así como, a cualquier otra operación que no guarden relación con el perfil y la actividad económica, profesional o comercial desarrollada por el tomador, asegurado, beneficiario, contratante, usuario, afiliado o afianzado, número de pólizas contratadas, fianzas y contratos de fideicomisos, cuando no demuestren transparencia en su justificación, lo cual pueda dar lugar a considerar que se está ante algo inusual, no convencional, complejo o extraordinario.

Las operaciones o transacciones que no tengan en apariencia ningún propósito que las justifique o presenten características inusuales, deben ser sometidas, por parte de los sujetos obligados, a un exhaustivo análisis, para lo cual deben aplicar una debida diligencia intensificada y los procedimientos de monitoreo constante.



De las actividades sospechosas

Artículo 80. A efectos del reporte de actividades sospechosas, no se requiere la certeza sobre el carácter delictivo de la operación, así como tampoco que los recursos provengan de ésta, sólo es necesaria la presunción por motivos concretos que vulneran la confianza derivada de la relación contractual, teniendo presente que la creatividad e innovación hacen que las formas de los delitos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (LC/FT/FPADM) y otros ilícitos, no sean manuales ni numerables.

La comparación de una operación o actividad, en apariencia inusual, no convencional, compleja o extraordinaria, con la información, el conocimiento y antecedentes que se tengan del cliente o vinculados, conjuntamente con las indagaciones que se realicen o se hayan realizado, sin alertar a los involucrados, podrán determinar que dicha operación deba calificarse como sospechosa.

Del reporte de actividades sospechosas

Artículo 81. En la oportunidad que el Oficial de Cumplimiento decida reportar casos de actividades vinculadas a delitos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (LC/FT/FPADM) y otros ilícitos a la Unidad Nacional de Inteligencia Financiera, deberá elaborar el Reporte de Actividades Sospechosas, de acuerdo al procedimiento establecido por ésta.

El reporte de actividades sospechosas no debe considerarse como una denuncia penal, ni requiere de las formalidades y requisitos de este modo de proceder, por tratarse de un informe administrativo suministrado por el sujeto obligado, en virtud de la obligación que le impone la Ley que regula la materia de delincuencia organizada; por lo que su suscripción y envío no acarrea responsabilidad civil, penal o administrativa contra el sujeto obligado, sus empleados o el Oficial de Cumplimiento.

La Junta Directiva o el Órgano que ejerza función equivalente, no podrá negar al Oficial de Cumplimiento la remisión del reporte.



TÍTULO VI REQUERIMIENTOS DE INFORMACIÓN

De los requerimientos de información

Artículo 82. Los sujetos obligados remitirán en el plazo prudencial que indique la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, la información solicitada por el Ministerio Público y los Organismos Competentes que por Ley estén facultados para ello, incluyendo los detalles requeridos sobre las operaciones realizadas, en cuyo caso, anexará copia de los documentos necesarios para la verificación de la información suministrada.

De los mecanismos de coordinación

Artículo 83. Los sujetos obligados deben establecer mecanismos coordinados para el intercambio de información de operaciones presuntamente vinculadas con delitos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (LC/FT/FPADM) y otros ilícitos, ante la solicitud efectuada por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora o los Organismos Competentes.

De la obligación de confidencialidad

Artículo 84. Los sujetos obligados deben instruir a sus empleados para no informar a sus tomadores, asegurados, beneficiarios, contratantes, usuarios, afiliados o afianzados, cuando son objeto de verificaciones o de notificaciones efectuadas a las autoridades competentes de actividades que hayan realizado, presuntamente vinculadas con los delitos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (LC/FT/FPADM) y otros ilícitos.

TÍTULO VII ATRIBUCIONES DEL ÓRGANO REGULADOR

De la oficina de administración de riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (LC/FT/FPADM) y otros ilícitos

Artículo 85. La Superintendencia de la Actividad Aseguradora, a través de la Oficina de Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (LC/FT/FPADM) y otros ilícitos, tendrá las más amplias facultades para ejercer el control, vigilancia, supervisión, regulación, inspección y fiscalización de los sujetos

obligados para el cabal cumplimiento de las obligaciones señaladas en las presentes normas, instruyéndolos a realizar los ajustes y las correcciones necesarias, cuando ésta considere que los mecanismos adoptados no son suficientes, eficientes y eficaces para Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (AR/LC/FT/FPADM) y otros ilícitos.

De las sanciones

Artículo 86. El incumplimiento de las presentes normas por parte de los sujetos obligados, será sancionado de conformidad con lo establecido en la Ley que rige la Actividad Aseguradora, sin perjuicio de las responsabilidades administrativas, civiles y penales que pudieran afectar al sujeto obligado o alguno de sus miembros, por la inobservancia de la normativa aplicable.

De la disposición transitoria

Artículo 87. Los sujetos obligados tendrán un lapso de treinta (30) días continuos para ajustarse a las presentes normas, contados a partir de su entrada en vigencia.

De la aplicación de las normas

Artículo 88. Las demás normativas prudenciales y actos administrativos conexos a la actividad aseguradora, que coliden con las presentes normas no serán aplicables.

De la publicidad

Artículo 89. Se ordena la publicación de las presentes normas en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, con el fin de coadyuvar con la divulgación de su contenido a todos los interesados y público en general.

De la vigencia

Artículo 90. Las presentes normas entrarán en vigencia a partir de la fecha de publicación en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora

OMAR OROZCO COLMENARES

Superintendente de la Actividad Aseguradora (E)

Resolución N° 003-2021 de fecha 18 de enero de 2021

G.O.R.B.V. N° 42.049 de fecha 18 de enero de 2021