



BUENOS AIRES, 22 MAR 2011

VISTO el Expediente N° 53.604 del Registro de esta SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION; y

CONSIDERANDO:

Que con fecha 27 de agosto de 2010 se dictó la Resolución N° 35.308 por la que se reguló la contratación de seguros colectivos de saldo deudor.

Que este Organismo ha recibido presentaciones de asociaciones de defensa de los consumidores, efectuando observaciones y solicitando la consideración y aclaración de diversas cuestiones abordadas por la citada Resolución, en particular sobre la distinción entre coberturas obligatorias y voluntarias, dado que resultaría ajena esta clasificación al enfoque de protección que se pretende otorgar a los derechos de los consumidores asegurados.

Que se privilegia la equiparación de coberturas a fin de lograr definiciones técnico-contractuales de carácter homogéneos para los seguros colectivos de saldo deudor evitando la diferenciación entre seguros de contratación obligatoria y los no alcanzados por las disposiciones de las autoridades de contralor del sistema financiero.

Que la determinación uniforme y homogénea de aspectos técnicos prevista para esta clase de seguros encuentra su fundamentación básica en la naturaleza obligatoria que la autoridad de control del sector financiero ha dispuesto



respecto de los créditos hipotecarios y prendarios otorgados por las entidades sujetas al régimen de la Ley N° 21.526.

Que en atención a que existen créditos de igual naturaleza otorgados por entes no alcanzados por la Ley citada en el considerando precedente, correspondería que en aquellos casos donde se incluya un seguro de vida que cubra el saldo de deuda de crédito hipotecario o prendario, se apliquen las mismas pautas, en virtud que se asemejan sus características técnicas.

Que, por otra parte, si bien no existen obligaciones legales para contratar este tipo de seguro para líneas de crédito de tarjetas, saldos deudores de cuentas corrientes y préstamos personales, el volumen y extensión de tales operatorias amerita una regulación específica por parte de esta SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN, a fin de garantizar la transparencia en su contratación e intermediación por parte de las entidades financieras reguladas por la Ley N° 21.526, las entidades que emitan tarjetas de crédito comprendidas en la Ley N° 25.065 y las entidades administradoras de planes de capitalización y ahorro para fines determinados comprendidas en el artículo 9° de la Ley N° 22.315.

Que, a fin de adecuar la actuación de las aseguradoras a las consideraciones precedentes, corresponde dejar sin efecto los elementos que no se ajusten al marco regulado en la presente normativa, no pudiendo renovarse o emitirse nuevos contratos de seguros cuyos beneficios a otorgar no se encuadren a lo prescripto en la presente Resolución.

Que el Servicio Jurídico permanente ha tomado la intervención que corresponde a su competencia.

Que la presente se dicta en uso de las facultades previstas en el artículo



67° de la Ley N° 20.091.

Por ello;

EL SUPERINTENDENTE DE SEGUROS

RESUELVE:

ARTICULO 1°.- La cobertura a brindar en los seguros colectivos de saldo deudor será básicamente Fallecimiento, con la opción del tomador de incorporar la cobertura de Invalidez Total Permanente. El beneficio acordado por esta cobertura será sustitutivo del capital asegurado que debiera abonarse en caso de fallecimiento del deudor asegurado y se concederá cuando el estado de invalidez, como consecuencia de enfermedad y accidente, no le permita al asegurado desempeñar por cuenta propia o relación de dependencia cualquier actividad remunerativa, siempre que tal estado se hubiese iniciado, y continuado ininterrumpidamente, durante la vigencia de su seguro, y antes de cumplir la edad máxima de permanencia. El plazo máximo que podrá establecer la aseguradora a los fines de verificar el estado de invalidez total y permanente no podrá superar los seis (6) meses.

Las entidades aseguradoras también podrán ofrecer las cláusulas adicionales de: a) Invalidez Total Temporaria o b) Desempleo Involuntario.

La contratación de estas cláusulas será opción del asegurado.

a) Invalidez Total Temporaria: Se concederá el beneficio que acuerda esta cláusula al deudor asegurado cuyo estado de invalidez total y temporal no le permita desempeñar por cuenta propia su actividad o le impida ejercer su profesión u ocupación habitual en forma independiente, siempre que tal estado se hubiese



iniciado durante la vigencia del seguro, y antes de cumplir la edad máxima de permanencia y hubiera continuado ininterrumpidamente, como mínimo el período de espera, el cual no podrá exceder de sesenta (60) días.

b) Desempleo Involuntario: Se concederá el beneficio que acuerda esta cláusula al deudor asegurado, que encontrándose bajo relación de dependencia laboral, con jornada completa, se encuentre desempleado involuntariamente, siempre que tal estado se hubiese iniciado durante la vigencia de su seguro y antes de cumplir la edad máxima de permanencia y hubiese continuado ininterrumpidamente como mínimo el período de espera, el cual no podrá exceder de sesenta (60) días. Se entiende por Desempleo Involuntario, el que no sea provocado por acción u omisión, culpa o dolo, negligencia, impericia o inobservancia de las normas del empleador.

ARTICULO 2º.- Los seguros indicados en el artículo precedente se ofrecerán sin opción de cláusulas de participación de utilidades, reajuste de primas o cláusulas similares que impliquen devolución de primas pagadas. Asimismo, no se admitirá la contratación de seguros colectivos de saldo deudor a prima única.

ARTICULO 3º.- Cuando no se contemple alguna modalidad de selección de riesgos para el otorgamiento de la cobertura, se podrá estipular un período de carencia o incorporar cláusula de exclusión de cobertura por enfermedades preexistentes.

El período de carencia no podrá exceder de treinta (30) días para las coberturas de Fallecimiento e Invalidez Total Permanente y de sesenta (60) días para las coberturas de Invalidez Total Temporaria y Desempleo Involuntario.

No podrá computarse el período de carencia en caso de accidente.

Por enfermedad preexistente se entiende a toda enfermedad que padeciera el



asegurado durante los primeros meses de vigencia del certificado individual, diagnosticada con anterioridad a su incorporación al seguro, y que fuera la causa directa del fallecimiento o de la incapacidad total permanente del mismo. Este plazo no podrá exceder de doce (12) meses. En el caso de otorgamiento de préstamos con vencimientos menores o iguales al año, el plazo de enfermedad preexistente a computar no podrá exceder a la mitad del plazo del préstamo.

ARTICULO 4º.- Cuando la aseguradora conceda mandatos para la comercialización de este tipo de contratos, el mandatario trasladará al asegurado el premio que cobre la aseguradora sin ningún gasto o comisión adicional. La entidad aseguradora, en su carácter de mandante, deberá arbitrar todos los medios a su alcance a fin de verificar y controlar que su mandatario o gestor haya cobrado al deudor sólo el premio fijado. A tal efecto, la aseguradora deberá publicitar en su página web de Internet, u otro medio, las tarifas correspondientes, para que los asegurados puedan ejercer su derecho a la información y control sobre la tarifa pagada y la efectivamente cobrada por la aseguradora.

Todo cargo a percibir por el tomador o el agente institorio en concepto de gestión deberá formar parte de los honorarios pactados con la entidad aseguradora, no admitiéndose incorporar recargo alguno por este concepto en el débito por premio del seguro.

En ningún caso podrá reunirse en la misma persona la calidad de tomador de la póliza y de agente institorio.

Tampoco podrán actuar como agentes institorios o productores asesores de seguros



(o sociedades de ellos) toda persona física o jurídica vinculada al tomador, beneficiario o asegurador, en los términos previstos en el punto 35.3.5 del Reglamento General de la Actividad Aseguradora.

ARTICULO 5°.- Los riesgos no cubiertos para la cobertura de Fallecimiento se limitarán exclusivamente a los previstos en los artículos 135°; 136° y 137° de la Ley N° 17.418 y los derivados por hechos de guerra que no comprenda a la Nación Argentina, en caso de comprenderla, las partes se regirán por las normas que en tal emergencia dictaren las autoridades competentes o actos de terrorismo, cuando el asegurado sea partícipe voluntario. El plazo del artículo 135° se podrá reducir de acuerdo a lo establecido en el artículo 158° de la citada Ley.

Asimismo podrá preverse que el asegurador se libere si el asegurado o beneficiario provoca el evento cubierto dolosamente o por culpa grave o lo sufre en empresa criminal.

No se admitirán exclusiones referentes a desempleos masivos.

No se admitirán exclusiones de enfermedades en las cláusulas de invalidez.

ARTICULO 6°.- Para las coberturas de Fallecimiento e Invalidez Total Permanente, el capital asegurado será el saldo de la deuda del deudor durante la vigencia del seguro, que no podrá superar el monto máximo previsto en Condiciones Particulares de la póliza, debiendo la aseguradora arbitrar los medios necesarios a fin de conocer el mismo. Cualquier discrepancia sobre el saldo deudor a la fecha del siniestro deberá ser dirimida entre la aseguradora, el agente institorio y el tomador de la póliza, sin perjudicar al deudor asegurado.

Para las coberturas de Invalidez Total Temporaria y Desempleo Involuntario, el



beneficio será el equivalente a las cuotas periódicas de cancelación de los saldos por la deuda comprometida. En el caso particular de tarjetas de crédito y descubierto en cuenta corriente el beneficio será el saldo adeudado al momento del siniestro, el cual se define como el saldo financiado a la fecha del siniestro contemplando, como máximo, la cantidad de cuotas cubiertas definida en Condiciones Particulares. La liquidación de dicho beneficio se realizará en la misma cantidad de cuotas y en la misma frecuencia de pago que el acordado a la fecha de consumo.

Para cada año de renovación, se deberá establecer un número mínimo de cuotas cubiertas en concepto de beneficio, el cual será de 6 meses o el número de cuotas mensuales pendientes hasta la cancelación de la deuda, el que sea menor.

El carácter de este beneficio será recurrente y acumulativo, debiendo cubrirse todos los siniestros acaecidos dentro de cada período de renovación anual de la póliza hasta alcanzar el capital asegurado máximo cubierto.

Se entiende por recurrente a la posibilidad de reiteración del evento siniestral, dentro de un mismo período anual de cobertura.

Se entiende por acumulativo a la sumatoria de beneficios de todos los eventos siniestrales acaecidos, abonados dentro de un mismo período anual de cobertura.

ARTICULO 7°.- Cuando el costo del seguro se calcule con una tasa de prima media, se admitirá una tasa única para todo el grupo o tasas por rangos de edades, pudiendo los rangos correspondientes a los extremos tener una amplitud diferente a la de los restantes rangos, siempre y cuando no superen los diez (10) años ni el



doble de la amplitud de los restantes rangos.

ARTICULO 8º.- Además de los requisitos establecidos en el punto 25 del Reglamento General de la Actividad Aseguradora, para las coberturas correspondientes a saldo de deuda por préstamos prendarios, hipotecarios y personales, la aseguradora deberá incluir en los certificados individuales los siguientes datos:

- a) Personas aseguradas. En caso de ser varios los asegurados bajo el mismo préstamo, deberán figurar todos en el mismo certificado con indicación del porcentaje de su participación en el capital asegurado.
- b) Tasa de premio, desagregada por coberturas, y recargo de prima por agravación del riesgo, este último de corresponder.
- c) Exclusiones por cobertura y enfermedades preexistentes, en caso de corresponder estas últimas.
- d) Entidad aseguradora, domicilio y teléfono.
- e) Edad máxima de permanencia por cobertura.

ARTICULO 9º.- En caso de cambio de aseguradora no podrán aplicarse al grupo existente nuevas carencias o nuevos plazos para las cláusulas de exclusión por enfermedades preexistentes o por suicidio para las coberturas contratadas. Asimismo no podrán restringirse coberturas o modificarse condiciones contractuales en perjuicio del asegurado. Se aclara que ello no incluye los aspectos concernientes a las condiciones tarifarias del nuevo contrato.

ARTICULO 10º.- Se aprueban las "*Pautas Mínimas para las Bases Técnicas de los Seguros Colectivos de Saldo Deudor*" que se acompañan como Anexo I.

Los elementos técnicos de los planes cuyas coberturas sean alcanzadas por la



presente Resolución deberán ajustarse a las precitadas Pautas Mínimas.

ARTICULO 11º.- A partir de la entrada en vigencia de la presente Resolución quedan sin efecto las autorizaciones de planes conferidas por esta autoridad de control que no se ajusten a lo estipulado en la presente normativa.

ARTICULO 12º.- Las entidades aseguradoras operarán con un único plan de seguros colectivos de saldo deudor. El mismo quedará automáticamente autorizado en la medida que cuente con declaración jurada suscripta por el Presidente, certificación de Actuario inscripto en el Organismo e informe de Abogado, sin relación de dependencia con la aseguradora.

Los planes presentados hasta el 2 de mayo de 2011 inclusive, quedarán automáticamente autorizados.

Sin perjuicio de ello, este Organismo podrá exigir la modificación del plan aprobado bajo este sistema, de considerarlo necesario.

ARTICULO 13º.- A partir de la entrada en vigencia de la presente Resolución, no podrán renovarse en iguales términos y condiciones coberturas de seguros alcanzadas por esta normativa. Sin perjuicio de ello, las coberturas de seguro que accedan a contratos de crédito con vencimiento posterior a la fecha de inicio de aplicación de la presente, se extenderán hasta el vencimiento o extinción de dichos contratos. Las coberturas de seguros correspondientes a contratos de crédito de renovación automática sólo mantendrán su vigencia hasta el vencimiento del respectivo seguro colectivo de saldo deudor celebrado entre el tomador y la aseguradora o hasta el 30 de abril de 2012, lo primero que ocurra.

ARTICULO 14º.- La presente Resolución entrará en vigencia a partir del 2 de mayo de 2011 para los seguros colectivos que cubren saldos de deuda derivados de



créditos hipotecarios o prendarios, y a partir del 1º de agosto de 2011 para los restantes seguros.

ARTICULO 15º.- Derógase la Resolución N° 35.308 de fecha 27 de agosto de 2010.

ARTICULO 16º.- Regístrese, comuníquese y publíquese en el Boletín Oficial.

RESOLUCIÓN N°: 3 5 6 7 8

FIRMADO POR : FRANCISCO DURAÑONA



ANEXO I

**Pautas Mínimas para las Bases Técnicas de los
Seguros Colectivos de Saldo Deudor**

Tasa de interés técnica: La tasa que defina la aseguradora en el plan no puede exceder el 4% efectivo anual.

Tabla de mortalidad: La aseguradora puede optar por la utilización de una tabla de mortalidad que, para todas las edades detalladas, se encuentren dentro de los rangos de vidas medias detallados a continuación:

| Edad | Mínima | Máxima |
|------|--------|--------|
| 15 | 56,8 | 67,9 |
| 25 | 47,3 | 58,2 |
| 35 | 38,1 | 48,4 |
| 45 | 29,2 | 38,9 |
| 55 | 21,0 | 29,7 |
| 65 | 13,9 | 21,0 |

El actuario firmante deberá expedirse sobre la adecuación de las tablas a las vidas medias estipuladas.

La vida media se obtendrá con la siguiente fórmula:

$$e(x) = T(x) / I(x)$$



siendo:

$$l(x+1) = l(x) * (1-q(x))$$

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

$$L(x) = l(x) - d(x)/2$$

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

$$e(x) = T(x)/l(x)$$

Ajuste de la tabla por suscripción: se podrá establecer un ajuste equidistante sobre el porcentual de tabla definida. Los límites inferior y superior del rango así determinado deberán siempre recaer dentro de las cotas de vida media establecidas precedentemente. El desvío indicado no podrá superar una variación del veinticinco por ciento (25%) del porcentaje de tabla definido. La utilización de este rango sustituye la aplicación del punto 26.1.10 del reglamento General de la Actividad Aseguradora.

Recargo de seguridad: La aseguradora podrá incorporar un recargo de seguridad para desvíos en la tabla de mortalidad. Dicho recargo no puede superar el veinte por ciento (20%) de la mortalidad y deberá establecerse de forma puntual.

Máximos gastos de adquisición (producción) y administración (explotación): Deberán definirse individualmente. La suma de ambos conceptos no puede exceder el cincuenta por ciento (50%) de la prima de tarifa. En el gasto de adquisición se incluye la comisión que se abona al productor asesor de seguros o al agente



institorio/mandatario, conforme lo previsto en el artículo 4º de la presente Resolución y los puntos 26.1.8. y 26.1.13. del Reglamento General de la Actividad Aseguradora.

Recargo por fraccionamiento: La aseguradora podrá aplicar un recargo por el fraccionamiento de las primas, el cual no podrá exceder el 5% de tasa directa anual para el fraccionamiento mensual.

Recargo por agravación del riesgo: En caso de suscripción de riesgo por profesión o por salud, se admitirá una extraprima aplicable al riesgo particular, debiendo estar indicado recargo en el Certificado individual del asegurado al que se aplique.

Cláusulas Adicionales: Se deberán justificar las tasas propuestas con bases técnicas y en base a estudios estadísticos debidamente actualizados, o contar con el aval del reasegurador que participe en el riesgo. La prima de cada una de las coberturas adicionales no podrá superar a la prima de la cobertura básica.