

GACETA OFICIAL

DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

AÑO CXLIII - MES XI

Caracas, miércoles 24 de agosto de 2016

Número 40.973

SUMARIO

PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA

Decreto N° 2.441, mediante el cual se designa a la ciudadana Lucía Barboza Siri, como Viceministra de Exploración e Inversión Ecominera; y al ciudadano Luis Gonzalo Salinas Loreto, como Viceministro de Seguimiento y Control del Desarrollo Ecominero, del Ministerio del Poder Popular de Desarrollo Minero Ecológico.- (Véase N° 6.252 Extraordinario de la GACETA OFICIAL DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA, de esta misma fecha).

Decreto N° 2.442, mediante el cual se designa al ciudadano Joel Gerardo Espinoza Dávila, como Presidente de la Empresa de Producción Social Minera Nacional, C.A.- (Véase N° 6.252 Extraordinario de la GACETA OFICIAL DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA, de esta misma fecha).

VICEPRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA SUNDDE

Providencias mediante las cuales se designa a las ciudadanas y ciudadanos que en ellas se mencionan, para ocupar los cargos que en ellas se especifican, de este Organismo.

MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA BANCA Y FINANZAS SUDEBAN

Resolución mediante la cual se dictan las Normas que Regulan los acuerdos operativos entre las instituciones bancarias y los prestadores de servicios turísticos de alojamiento, para realizar operaciones de adquisición de divisas en efectivo.

Superintendencia de la Actividad Aseguradora
Providencias mediante las cuales se dictan las Normas que Regulan la Relación Contractual en la Actividad Aseguradora.

Providencia mediante la cual se dictan las Normas que Regulan el Aporte para el Desarrollo Social.

Providencia mediante la cual se dictan las Normas para la Divulgación y Publicidad de la Actividad Aseguradora.

MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA EL COMERCIO EXTERIOR E INVERSIÓN INTERNACIONAL

Resolución mediante la cual se establece la Estructura para la Ejecución Financiera del Presupuesto de Gastos de este Ministerio, para el ejercicio fiscal 2016.

MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA DEFENSA

Resolución mediante la cual se designa al ciudadano General de Brigada Malvin Javier Tilleró Marín, como Responsable del manejo de los fondos de funcionamiento (Partidas 402 y 403), que se giren a la Unidad Administradora Desconcentrada, sin delegación de firma, "Brigada de Defensa Aérea Los Llanos".

Resolución mediante la cual se delega en el ciudadano General de División Gerardo José Quintero González, en su carácter de Director General de Armas y Explosivos de este Ministerio, la facultad de firmar los actos y documentos que en ella se indican.

Resolución mediante la cual se crea y activa como unidad ejecutora local la "Selección de Datos", adscrita al Comando Estratégico Operacional de la Fuerza Armada Nacional Bolivariana, encargada de recaudar información para el Desarrollo de la Inteligencia Militar en apoyo a las operaciones Militares que en ella se mencionan.

MINISTERIOS DEL PODER POPULAR PARA LA ALIMENTACIÓN, PARA LA AGRICULTURA PRODUCTIVA Y TIERRAS Y PARA LA SALUD

Resoluciones Conjuntas mediante las cuales se aprueba la incorporación al ordenamiento jurídico nacional las Resoluciones del MERCOSUR que en ellas se señalan.

MINISTERIO DEL PODER POPULAR DE PESCA Y ACUICULTURA

Resolución mediante la cual se crea la Comisión Evaluadora de Importaciones y Exportaciones de Productos y Subproductos Pesqueros y Acuícolas.

Resoluciones mediante las cuales se designa a las ciudadanas que en ellas se mencionan, para ocupar los cargos que en ellas se especifican, de este Ministerio.

INSOPESCA

Providencias mediante las cuales se designa a las ciudadanas y ciudadanos que en ellas se indican, para ocupar los cargos que en ellas se señalan, de este Instituto.

MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA EDUCACIÓN UNIVERSITARIA, CIENCIA Y TECNOLOGÍA

Resolución mediante la cual se valida el título de Enfermero que le fuera otorgado a la ciudadana Lewis del Carmen Acosta Pérez, por la Corporación Universitaria Rafael Núñez, de la República de Colombia.

Resolución mediante la cual se valida el título de Profesional en Terapia Ocupacional que le fuera otorgado a la ciudadana Martha Yaneth Gamboa Moncada, por la Corporación Universitaria de Santander, de la República de Colombia.

Resolución mediante la cual se autoriza a la Universidad Nacional Experimental Simón Rodríguez, a gestionar los programas nacionales de formación de profesoras y profesores de Educación Media que en ella se mencionan.

CODECYT, S.A.

Modificación del Reglamento Interno de la Unidad de Auditoría Interna Corporación para el Desarrollo Científico y Tecnológico, S.A., (CODECYT, S.A.).

MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA EDUCACIÓN

Resoluciones mediante las cuales se designa a las ciudadanas y ciudadanos que en ellas se señalan, como Directores de las Zonas Educativas de los municipios que en ellas se indican, de los estados que en ellas se establecen, en condición de Encargados.

MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA EL PROCESO SOCIAL DE TRABAJO

Resolución mediante la cual se dicta la Norma Técnica de los Servicios de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Resolución mediante la cual se dicta la Norma Técnica para el control en la manipulación, levantamiento y traslado manual de carga.

Resolución mediante la cual se confiere a las ciudadanas y ciudadanos que en ella se especifican, la condecoración Orden al Mérito en el Trabajo, como reconocimiento a su compromiso, preparación, perseverancia y entereza en el trabajo y con la lucha a favor de la clase trabajadora de la Fundación Fondo Nacional de Transporte Urbano (FONTUR).

Resolución mediante la cual se designa a la ciudadana Ángela Vásquez, como Directora Estatal, adscrita a la Dirección Estatal Monagas de este Ministerio, para la Ejecución Financiera del Presupuesto de Gastos para el año 2016.

MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA HÁBITAT Y VIVIENDA

Resoluciones mediante las cuales se declara las ocupaciones temporales de los inmuebles que en ellas se mencionan, ubicados en las Direcciones que en ellas se especifican, con los linderos que en ellas se señalan.

MINISTERIO DEL PODER POPULAR DE PETRÓLEO

Resolución mediante la cual se delega en el ciudadano Justino Rafael Salazar Cleopatosky, en su carácter de Director General (E), del Despacho de este Ministerio, la firma de los actos y documentos que en ella se indican.

Artículo 8: Los prestadores de servicios turísticos de alojamiento, no podrán establecer discriminaciones en cuanto al servicio que ofrecerán a los visitantes no residentes o turistas internacionales.

Artículo 9: Queda prohibido cobrar a los visitantes no residentes o turistas internacionales, comisiones o tarifas por las operaciones cambiarias, que éstos realicen en el prestador de servicios turísticos de alojamiento, salvo las establecidas por el Banco Central de Venezuela.

Artículo 10: Será responsabilidad de la institución bancaria brindar el adiestramiento al personal que laborará en el prestador de servicios turísticos de alojamiento, para desempeñar y ejecutar las funciones y actividades inherentes a la prestación de operaciones cambiarias; así como, mantener actualizado dicho adiestramiento en base con los cambios o modificaciones que la institución bancaria lleve a cabo en sus manuales operacionales y que se relacione con los servicios contratados, o ello sea requerido por el prestador de servicios turísticos de alojamiento.

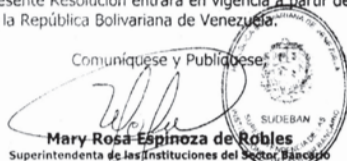
Artículo 11: Las instituciones bancarias deberán implementar consistentes y amplios mecanismos de control interno, idóneos para la funcionalidad de los prestadores de servicios turísticos de alojamiento, que provean niveles razonables de seguridad, precisión y previsión de riesgos, en la administración, registro y realización de las transacciones y operaciones que se generen en tales instancias.

Artículo 12: Las instituciones bancarias deben estar conectadas con los prestadores de servicios turísticos de alojamiento, a efecto de facilitar el registro de las operaciones de compra de divisas realizadas por éstos de conformidad con lo dispuesto en la normativa cambiaria.

Artículo 13: Las instituciones bancarias tendrán la responsabilidad de suministrar al prestador de servicios turísticos de alojamiento los anuncios o avisos que identifique el ofrecimiento de servicios, los cuales deberán fijarse en un lugar visible al público. Tales avisos deben identificar las responsabilidades de la institución bancaria y de éste, para con los visitantes no residentes o los turistas internacionales.

Los cargos tributarios o impuestos correspondientes a la publicidad y propaganda sobre el servicio, serán de la exclusiva responsabilidad de la institución bancaria.

Artículo 14: La presente Resolución entrará en vigencia a partir de su publicación en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela.

Comuníquese y Publíquese:

Mary Rosa Espinoza de Robles
 Superintendente de las Instituciones del Sector Bancario
 Decreto Presidencial N° 772, de fecha 5 de febrero de 2014

Publicado en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 40.370 de fecha 12 de marzo de 2014

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA BANCA Y FINANZAS

SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

N° FSAA-9-00661 Caracas, 11 Jul 2016

206°, 157° y 17°

Visto que el Decreto n.º 2.178 con Rango, Valor y Fuerza de Ley de la Actividad Aseguradora, publicado en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela n.º 6.211 Extraordinario de 30 de diciembre de 2015, reimpresso en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela n.º 6.220 Extraordinario de 15 de marzo de 2016, dispone en el artículo 6 numerales 1 y 3 que es atribución de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora ejercer la potestad regulatoria, así como establecer el sistema de control, vigilancia previa, concomitante y posterior; supervisión, autorización, inspección, verificación y fiscalización de la actividad aseguradora.

Visto que el Superintendente de la Actividad Aseguradora, según lo dispuesto en el artículo 8 numerales 1, 2, 7 y 44 del mencionado Decreto, tiene la atribución de ejercer la dirección, y, como máxima autoridad, la potestad de ejecutar de manera directa las competencias atribuidas a la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, supervisando el cumplimiento y desarrollo de las actividades que le son permitidas a los sujetos regulados.

Visto que la Disposición Transitoria Primera del Decreto con Rango, Valor y Fuerza de Ley de la Actividad Aseguradora establece que, dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a su entrada en vigencia, la Superintendencia de la Actividad Aseguradora dictará las normas que regulen el contrato de seguro y otros contratos y relaciones de la actividad aseguradora.

Quien suscribe, **José Javier Morales**, Superintendente de la Actividad Aseguradora designado según Resolución n.º 069 de

25 de febrero de 2016, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela n.º 40.856 de 25 de febrero de 2016, en ejercicio de las atribuciones señaladas;

DICTA

Las siguientes,

NORMAS QUE REGULAN LA RELACIÓN CONTRACTUAL EN LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

TÍTULO I Disposiciones Generales

Objeto

Artículo 1. Las presentes normas tienen por objeto regular, en sus distintas modalidades, los contratos de: seguro, reaseguro, medicina prepagada, administración de riesgos, financiamiento de primas de seguros o cuotas de medicina prepagada, fianzas, reafianzamientos y fideicomiso.

Estas Normas se aplicarán en forma supletoria a los contratos regidos por leyes especiales.

Carácter irrenunciable de los derechos

Artículo 2. Los derechos de los tomadores, asegurados, contratantes, beneficiarios y usuarios o 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, contratante, beneficiario y usuario o afiliado.

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, contratante, beneficiario y usuario o afiliado no es comerciante sólo tendrá carácter mercantil para la otra parte.

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 la mala debe probarla.
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 permita. 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 los 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, contratante, beneficiario y usuario o afiliado.
5. Las cláusulas relativas a la caducidad de derechos del tomador, asegurado, contratante, beneficiario y usuario o afiliado deben ser de interpretación restrictiva, a menos que la interpretación extensiva los beneficie.

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, según corresponda, se destacarán de modo especial para facilitar su identificación.

Serán nulas las cláusulas abusivas o lesivas de los derechos de los tomadores, asegurados, contratantes, beneficiarios y usuarios o afiliados.

TÍTULO II Del contrato de seguros

Capítulo I Disposiciones Generales

Definición

Artículo 6. El contrato de seguro es aquel en virtud del cual una empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora, 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, del asegurado o del 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 se obliga a prestar un servicio o a pagar una cantidad de dinero en caso de que ocurra un acontecimiento futuro e incierto, y que no dependa exclusivamente de la voluntad del beneficiario a cambio de una contraprestación.

Características del contrato

Artículo 7. El contrato de seguro es consensual, bilateral, oneroso, aleatorio, de buena fe y de ejecución sucesiva.

Objeto del contrato

Artículo 8. El contrato de seguro puede cubrir toda clase de riesgos si existe interés asegurable, salvo prohibición expresa.

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.

Partes del contrato

Artículo 10. Son partes del contrato de seguro:

1. La empresa de seguros o la asociación cooperativa que se encuentre autorizada para realizar actividad aseguradora de conformidad con lo establecido en la ley que rige la materia, quien asume los riesgos.
2. El tomador, persona que obrando por cuenta propia o ajena traslada los riesgos.

Además de las partes señaladas podrá existir en el contrato de seguro: el asegurado, persona que en sí misma, en sus bienes o en sus intereses económicos está expuesta al riesgo; y el beneficiario, aquel en cuyo favor se ha establecido la indemnización que pagará la empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora.

El tomador, el asegurado o el beneficiario pueden ser o no la misma persona.

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 de póliza o 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.

Capítulo II De la Contratación del Seguro

De la solicitud y la proposición de seguro

Artículo 12. La solicitud de seguro no genera obligaciones para ninguna de las partes excepto para las empresas de

seguro cuando se trata de seguros solidarios y el propuesto asegurado cumpla con los requisitos establecidos para ello.

La proposición de seguro obliga a la empresa de seguros o asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora a mantenerla durante un plazo de diez (10) días hábiles contados a partir de su emisión, siempre y cuando el reasegurador mantenga las condiciones y no se hayan modificado las condiciones del riesgo, ni se haya evidenciado reticencia o declaraciones falsas del tomador o del propuesto asegurado.

El requerimiento de la empresa de seguros o asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora de que el propuesto asegurado se realice el examen médico no implica aceptación.

Por acuerdo expreso de ambas partes los efectos del seguro podrán retrotraerse al momento en que se presentó la solicitud o se formuló la proposición.

La solicitud de seguro deberá contener al menos:

1. Datos de identificación del tomador, del propuesto asegurado y del beneficiario.
2. Cuestionario elaborado por la empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora para la evaluación del riesgo. En el caso de los seguros de daños debe incluirse descripción detallada y ubicación de los bienes o intereses que se pretendan asegurar.
3. Detalle de las coberturas que se pretenden contratar distinguiendo las coberturas básicas de las opcionales. Las coberturas opcionales siempre deberán contar con una leyenda en la que se indique que no son de obligatoria suscripción por el tomador o asegurado.
4. Las declaraciones de fe que correspondan.
5. Firmas y huellas dactilares del tomador y del propuesto asegurado.

Prórroga

Artículo 13. Se consideran aceptadas las solicitudes escritas de prorrogar o modificar un contrato o de rehabilitar un contrato suspendido si la empresa de seguros o asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora no rechaza por escrito la solicitud dentro de los diez (10) días hábiles de haberla recibido. Este plazo será de veinte (20) días hábiles cuando la prórroga, modificación o rehabilitación, conforme a las condiciones del contrato, hagan necesario un reconocimiento médico.

El requerimiento de la empresa de seguros o asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora de 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 de que no exista aceptación expresa se presumirá aceptada: por la empresa de seguros o asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora, con la emisión del 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 es efectiva a partir de la prórroga del contrato la solicitud debe ser comunicada al tomador mediante notificación efectuada en forma impresa o a través de los mecanismos electrónicos acordados para ello, con un plazo de un (1) mes de anticipación a la conclusión del período de seguro en curso. En caso de desacuerdo del tomador, la empresa de seguros o asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora mantendrá o renovará el contrato bajo las mismas condiciones de suma asegurada y deducible vigentes al momento de la propuesta de modificación.

Modificación del contrato por las autoridades

Artículo 14. Si durante la vigencia del contrato fueren modificadas, por disposición de las autoridades competentes, las pólizas de un determinado ramo de seguro o 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 renovación.

Capítulo III

Del Seguro Propio, por Cuenta de Otro o de Quien Corresponda

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 el beneficiario; sin embargo, la empresa de seguros o asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora no podrá rechazar el cumplimiento por parte del asegurado o del beneficiario de las obligaciones que correspondan al tomador.

A falta de estipulación en contrario, el seguro se entenderá celebrado por cuenta propia.

Los derechos que se derivan del contrato corresponderán al asegurado o al beneficiario según lo que se determine en el contrato.

Excepciones

Artículo 16. La empresa de seguros o asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora podrá oponer al asegurado o al 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 al 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 o asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora y de los gastos del contrato, el tomador tiene privilegio sobre las sumas debidas por aquél en el mismo grado que el mandatario por los créditos por gastos de conservación.

Capítulo IV

De la Celebración y Prueba del Contrato de Seguros

Perfeccionamiento

Artículo 17. El contrato de seguro y sus modificaciones se perfeccionan con el simple consentimiento de las partes.

La empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora está obligada a entregar al tomador, en el momento de la celebración del contrato, copia de la solicitud de seguro, la póliza o el documento de cobertura provisional, con su cuadro recibo, cuadro de póliza o recibo de prima.

Dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la entrega del documento de cobertura provisional, la empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora debe suministrar la póliza al tomador.

Asimismo, la empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora debe entregar, a solicitud y a costa del interesado, duplicados o copias de los documentos que forman parte integrante de la póliza.

La empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora podrá hacer entrega de los documentos señalados en este artículo a través de mecanismos electrónicos, una vez avalado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora que se haya cumplido las disposiciones en materia de mensajes de datos y firmas electrónicas.

La empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora deberá dejar constancia de que ha cumplido con la obligación dispuesta en este artículo.

Prueba

Artículo 18. Será prueba del contrato de seguro, a falta de la entrega de la póliza por parte de la empresa de seguros o de la

asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora, el recibo de prima, cuadro recibo o cuadro de póliza.

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

Presunción de las condiciones del contrato

Artículo 19. En los casos en los que la empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora no entregue la póliza de seguro o sus anexos al tomador, 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 o asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora a las que esa prima sea aplicable, se entenderá que el contrato corresponde a la que sea más favorable para el asegurado o el beneficiario.

De la póliza

Artículo 20. La póliza de seguro es el documento escrito donde constan las condiciones del contrato, redactado en idioma castellano; sin embargo, podrán contener simultáneamente traducciones a otros idiomas, cuando la naturaleza del riesgo a asegurar así lo requiera. Las pólizas de seguros deberán contener como mínimo:

1. Razón social, registro de información fiscal (R.I.F.), datos de registro mercantil y dirección de la sede principal de la empresa de seguros o asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora, 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 del beneficiario y la forma de identificarlos en el supuesto de que sean distintos.
3. La vigencia 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 los deducibles, si los hubiere, por coberturas contratadas, básicas u 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 u opcionales, o el modo de calcularlas, discriminadas por persona, bien o interés asegurado; así como la forma, la frecuencia y el lugar de su pago.
7. Identificación completa de los intermediarios de la actividad aseguradora, en caso de que intervengan en el contrato.
8. Las condiciones generales y particulares que acuerden las partes del contrato.
9. La firma del representante de la empresa de seguros o asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora y del tomador.

Condiciones del contrato de seguro

Artículo 21. A los efectos de estas Normas, se entiende por condiciones generales aquellas que establecen el conjunto de principios que prevé la empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora 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 seguros.

Obligación de firmar los anexos

Artículo 22. Los anexos de las pólizas que modifiquen sus condiciones para su validez deberán estar firmados por la empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora y el tomador, indicando claramente la póliza a la que pertenecen. En caso de discrepancia entre lo indicado en los anexos y en la póliza, prevalecerá lo señalado en el anexo firmado por las partes.

Carácter y cesión de la póliza

Artículo 23. La póliza puede ser nominativa, a la orden o al portador. La cesión de la póliza no produce efecto contra la empresa de seguros o asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora sin su autorización. La cesión de la póliza a la orden puede hacerse por simple endoso.

La empresa de seguros o asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora podrá oponer al cesionario o endosatario las excepciones que tenga contra el tomador, el asegurado o el beneficiario.

Capítulo V De las Obligaciones de las Partes

Obligaciones del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario

Artículo 24. El tomador, el asegurado o el beneficiario, según el caso, deberá:

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 o asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora, 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 incidente ocurrido.
6. Declarar al momento de contratar la póliza y al tiempo de exigir el pago del siniestro, los contratos de seguros que cubren el mismo riesgo.
7. Probar la ocurrencia del siniestro a través de la consignación de la información necesaria para verificar las circunstancias y consecuencias del siniestro solicitada por la empresa de seguros o asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora.
8. Realizar todas las acciones necesarias para garantizar a la empresa de seguros o asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora, el ejercicio de su derecho de subrogación.

Obligaciones de las empresas y las asociaciones

Artículo 25. Son obligaciones de las empresas de seguros y las asociaciones cooperativas que realizan actividad aseguradora:

1. Informar al tomador, mediante la entrega de la póliza y demás documentos, la extensión de los riesgos asumidos y aclarar cualquier duda que aquél, el asegurado o el beneficiario le formule.
2. Pagar la suma asegurada o la indemnización, en caso de siniestro, o rechazarlo mediante escrito motivado en los plazos establecidos en la Ley que regula la actividad aseguradora.

Capítulo VI De las Declaraciones

Declaraciones en la solicitud

Artículo 26. El tomador o el propuesto asegurado, al llenar la solicitud, debe declarar con exactitud a la empresa de seguros o a la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora, 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. Esos instrumentos formarán parte integrante de la solicitud de seguro.

La empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora deberá participar al tomador o al 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 rescindir el contrato, mediante comunicación dirigida al tomador o al 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 de la empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora. Corresponderán a la empresa de seguros o a la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora las primas relativas al período de seguro transcurrido, en el momento en que haga esta notificación. La empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora no podrá rescindir 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 la empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora haga la participación a que se refiere este artículo, 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 o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora 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.

Falsedades y reticencias de mala fe

Artículo 27. Las falsedades y reticencias de mala fe por parte del tomador o del asegurado realizadas en la solicitud de seguros serán causa de nulidad absoluta del contrato si son de tal naturaleza que la empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora, de haberlas conocido, no hubiese contratado o lo hubiese hecho en otras condiciones.

Las falsedades y reticencias de mala fe por parte del tomador, del asegurado o del beneficiario en la reclamación del siniestro será causa de nulidad absoluta del contrato y exonerará del pago de la indemnización a la empresa de seguros o a la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora.

No hay lugar a la devolución de prima en los supuestos de nulidad del contrato contemplados en este artículo.

Capítulo VII De la Prima

Definición

Artículo 28. La prima es la contraprestación que, en función del riesgo, debe pagar el tomador a la empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora en virtud de la celebración del contrato. Salvo pacto en contrario, la prima es pagadera en dinero.

La prima expresada en la póliza incluye todos los derechos, comisiones, gastos y recargos, con excepción de los impuestos que estén a cargo directo del tomador, del asegurado o del beneficiario.

Las empresas de seguros o las asociaciones cooperativas que realizan actividad aseguradora no podrán cobrar cantidad alguna por otro concepto distinto al monto de la prima estipulado en la póliza.

Obligación del pago

Artículo 29. 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 o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora puede reclamar el pago al asegurado o al 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 o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora tendrá derecho de compensar la prima con la prestación debida al asegurado o al beneficiario.

En los seguros de daños, la empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora no puede rechazar el pago de la prima por un tercero a menos que exista oposición del asegurado.

Oportunidad para el pago

Artículo 30. La prima es debida desde la celebración del contrato; sin embargo, será exigible con la entrega de la póliza, del cuadro recibo, cuadro de póliza, recibo de prima o de la nota de cobertura provisional.

Lugar y medio de pago

Artículo 31. La prima podrá ser pagada directamente en las oficinas de la empresa de seguros o de la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora.

En el supuesto que la póliza no determine ningún lugar para el pago de la prima se entenderá que deberá hacerse en el domicilio del tomador.

La prima podrá ser pagada bajo cualquier mecanismo o medio acordado por las partes.

Consecuencia del no pago

Artículo 32. 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 o de la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora.

La empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora tiene derecho a rescindir el contrato de seguros o a exigir el pago de la prima debida con fundamento en la póliza.

Si la vigencia del contrato de seguro es anual, semestral, cuatrimestral, trimestral, bimestral o de cualquier otro período y las partes acuerdan fraccionar el pago de la prima, se entiende que este mecanismo constituye una facilidad de pago y no implica modificación del período de vigencia del contrato. En este caso, si el tomador no pagase alguna fracción de prima dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de la finalización de la última fracción pagada, la empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora tiene derecho a exigir la fracción de prima debida o resolver el contrato con fundamento en la póliza, y si ocurriese un siniestro amparado durante el mencionado plazo, la empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora 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 o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora podrá deducir las fracciones de primas pendientes para completar la totalidad de la prima del período de vigencia del contrato.

2. Si el monto indemnizable es menor a la fracción de prima vencida, la empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora pagará la indemnización, siempre que el tomador pague la referida fracción de prima vencida, antes del plazo dispuesto en este artículo.

Período del seguro

Artículo 33. Por período, vigencia o duración del seguro se entiende el lapso 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 de que las partes hayan acordado como facilidad de pago, la modalidad de prima fraccionada, este no afectará el período para el cual ha sido calculada la unidad de prima.

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 o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora.

Ocurrido un siniestro en este período la empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora 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 o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora pagará la indemnización, siempre que el tomador pague la prima de renovación en el plazo de gracia concedido. Si la prima de renovación no es pagada en el referido período, el contrato quedará sin validez y efecto a partir de la fecha de terminación de la vigencia del contrato anterior.

Capítulo VIII Del Riesgo

Definición

Artículo 35. El riesgo es la posible ocurrencia por azar de un acontecimiento que no dependa exclusivamente de la voluntad del tomador, del asegurado o del 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 riesgo, ni son susceptibles de ser asegurados. Tampoco constituye riesgo la incertidumbre subjetiva respecto a determinado hecho que se haya cumplido o no.

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 o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora, a las doce (12) del día de la fecha de inicio del contrato y terminará a la misma hora del último día de duración del contrato.

Agravación del riesgo

Artículo 37. El tomador, el asegurado o el beneficiario, durante la vigencia del contrato, debe comunicar a la empresa de seguros o a la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora 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 celebrado, 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, del asegurado o del beneficiario debe ser notificada a la empresa de seguros o a la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora al menos cinco (5) días hábiles antes de que se produzca, salvo que medie una causa extraña no imputable.

Las empresas de seguros o las asociaciones cooperativas que realizan actividad aseguradora deberán indicar en sus pólizas aquellos hechos que, por su naturaleza, constituyan agravaciones de riesgos que deban ser notificados.

Conocido por la empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora que el riesgo se ha agravado, aquella dispone de un plazo de quince (15) días continuos, contados a partir de la fecha en que haya sido conocido, para indicar las razones por las cuales rescinde el contrato o propone la modificación del mismo. Notificada la modificación, el tomador deberá 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 tomador o el asegurado no actúa de acuerdo con las indicaciones de la empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora, se entenderá que el contrato ha sido terminado por aquél.

En el caso de que el tomador, el asegurado o el beneficiario no haya efectuado la declaración y sobreviniere un siniestro, el deber de indemnización de la empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo, salvo que el tomador o el asegurado haya actuado con dolo o culpa grave, en cuyo caso, la empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora 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.

En el supuesto de rescisión de contrato, la empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora deberá devolver, en un plazo de quince (15) días hábiles contados a partir de su notificación, la parte proporcional de la prima correspondiente al período que falte por transcurrir, deducida la comisión pagada al intermediario de la actividad aseguradora.

Agravación del riesgo que no afecta el contrato

Artículo 38. La agravación del riesgo no producirá los efectos previstos en el artículo precedente, en los casos siguientes:

1. Cuando no haya tenido influencia sobre el siniestro ni sobre la extensión de la responsabilidad que incumbe a la empresa de seguros o a la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora.
2. Cuando haya tenido lugar para proteger los intereses de la empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora, con respecto de la póliza.
3. Cuando se haya impuesto para cumplir el deber de socorro que le impone la ley.
4. Cuando la empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora haya tenido conocimiento por otros medios de la agravación del riesgo, y no haya hecho uso de su derecho a rescindir en el plazo de quince (15) días continuos.
5. Cuando la empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora, 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.

Disminución del riesgo

Artículo 39. El tomador, el asegurado o el beneficiario, durante la vigencia del contrato, podrá poner en conocimiento de la empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por ésta en el momento del perfeccionamiento

del contrato lo habría celebrado en condiciones más favorables para el tomador.

La empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora deberá 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 o el asegurado no hayan efectuado la declaración de la disminución del riesgo y sobreviniere un siniestro, la empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora deberá indemnizar al asegurado o al beneficiario según las condiciones originalmente pactadas en el contrato.

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 o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora 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 o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora 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 o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora tendrá derecho solamente al reembolso de los gastos 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 por la empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora.

Capítulo IX De los Siniestros

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 o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora, que corresponda conforme al contrato suscrito.

Si el siniestro ha continuado después de vencido el contrato, la empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora 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 principiado a correr por cuenta de la empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora, ésta queda relevada de su obligación de indemnizar.

El tomador, el asegurado o el beneficiario debe probar la ocurrencia del siniestro, el cual se presume cubierto por la póliza; sin embargo, la empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora puede probar que existen circunstancias que, según el contrato de seguro, la ley o las presentes Normas, la exoneran de responsabilidad.

Definición de indemnización

Artículo 42. Es la suma que debe pagar la empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora en caso de que ocurra un siniestro, así como la prestación a la que está obligada en los seguros de vida.

Aviso y suministro de información

Artículo 43. El tomador, el asegurado o el beneficiario debe notificar a la empresa de seguros o a la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora 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 o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora quedará exonerada de toda responsabilidad si el obligado hubiese dejado de hacer la notificación del siniestro en el plazo fijado, a menos que éste compruebe que no la realizó por una causa extraña que no le sea imputable.

El tomador, el asegurado o el beneficiario dará a la empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora toda la información le requieran sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro.

Obligación de aminorar las consecuencias del siniestro

Artículo 44. El tomador, el asegurado o el 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 o a la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora 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, del asegurado o del beneficiario.

Si el incumplimiento se produjera con la manifiesta intención de perjudicar o engañar a la empresa de seguros o a la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora, 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 o de la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora 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 o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora, que en virtud del contrato sólo deba indemnizar una parte del daño causado por el siniestro, deberá reembolsar la parte proporcional de los gastos de salvamento a menos que el tomador, el asegurado o el beneficiario haya actuado siguiendo las instrucciones de la empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora, y haya demostrado que esos gastos no eran razonables, en cuyo caso, los gastos serán a costa de ésta.

Sustitución de indemnización

Artículo 45. Cuando así esté establecido en el contrato de seguros, la naturaleza del bien lo permita y el asegurado o el beneficiario lo consienta previo al pago de la indemnización, la empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora podrá cumplir su obligación reparando o entregando un bien que se encuentre en condiciones similares al momento del siniestro.

En este supuesto, la empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora podrá dar cumplimiento a su obligación a través de proveedores de insumos o servicios, escogidos libremente por el asegurado o el beneficiario.

Valor de reposición a nuevo

Artículo 46. En los casos en los que la empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora se obligue a indemnizar el valor de reposición a nuevo, el asegurado o el beneficiario estará obligado con el monto de la indemnización a reponer el bien a nuevo, salvo pacto expreso en contrario.

Exoneración de responsabilidad

Artículo 47. La empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora no estará obligada al pago de la indemnización por los siniestros ocasionados por culpa grave, salvo pacto en contrario, o dolo del tomador, del asegurado o del beneficiario; sin embargo, si de los ocasionados en cumplimiento de deberes legales de socorro o en tutela de intereses comunes con la empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora en lo que respecta al contrato de seguro.

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 o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora.

Pago de la indemnización por dolo o culpa grave

Artículo 48. La empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora deberá pagar la indemnización cuando los siniestros hayan sido ocasionados por dolo o culpa grave de las personas de cuyos hechos debe responder el tomador, el asegurado o el beneficiario, de conformidad con lo previsto en el contrato de seguros.

Extensión de los riesgos

Artículo 49. La empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora 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 determinado riesgo, la empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora responderá de todos ellos, salvo disposición contraria de la ley o de estas Normas.

De la suma asegurada por daños parciales

Artículo 50. En caso de indemnización por daños parciales, la empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora queda obligada, durante el período que falte por transcurrir de vigencia de la póliza, hasta por el total de la suma asegurada, salvo convención en contrario. Esta circunstancia debe indicarse expresamente en la póliza de seguro.

Efecto de las notificaciones al intermediario

Artículo 51. 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 lapso de cinco (5) días hábiles, contados a partir de su recepción.

Capítulo X

De las Nulidades del Contrato de Seguros

Nulidad del contrato

Artículo 52. El contrato es nulo si al momento de su celebración el riesgo no existía o ya hubiere ocurrido el siniestro.

La empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora que no tenga conocimiento de los supuestos señalados en este artículo tiene derecho al reembolso de los gastos en que hubiere incurrido. Si el tomador o el asegurado tenía conocimiento de tales hechos, la empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora tendrá derecho al pago de la totalidad de la prima convenida.

Cargas no razonables

Artículo 53. Serán nulas las cargas no razonables que se impongan al tomador, al asegurado o al beneficiario de los contratos de seguros.

Capítulo XI

De la Duración del Contrato, de la Caducidad y de la Prescripción

Duración y renovación

Artículo 54. 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 la prórroga del anterior.

Las partes pueden negarse a la renovación del contrato mediante una notificación efectuada a la otra parte en forma impresa o a través de mecanismos, con un plazo de un (1) mes de anticipación a la conclusión del período de seguro en curso.

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, en cuanto sean incompatibles, a los seguros de personas.

Terminación anticipada

Artículo 55. La empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora podrá dar por terminado el contrato de seguro, 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 o de la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora, 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 podrá dar por terminado el contrato de seguro, con efecto a partir del día hábil siguiente al de la recepción de la notificación enviada a la empresa de seguros o a la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora, 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 o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora 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 del 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 o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora no podrá dar por terminado anticipadamente el contrato en los casos de seguros obligatorios ni en los seguros de personas.

Terminación por revocatoria de autorización

Artículo 56. Revocada la autorización a la empresa de seguros o a la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora 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 la empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora al reembolso de la parte proporcional de la prima no consumida por el período que falte por transcurrir.

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.

Caducidad

Artículo 57. El tomador, el asegurado o el beneficiario perderá todo derecho a ejercer acción judicial contra la empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora, o convenir con esta a 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 o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora, sobre la inconformidad del tomador, del asegurado o del beneficiario

respecto a la indemnización o al cumplimiento de la obligación a través de proveedores de insumos o servicios.

Prescripción

Artículo 58. Salvo lo dispuesto en leyes especiales, las acciones derivadas del contrato de seguro prescriben a los tres (3) años contados a partir del siniestro que dio nacimiento a la obligación.

TÍTULO III Del Seguro contra los Daños

Capítulo I Del Seguro contra los Daños en General

Interés asegurable

Artículo 59. 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, deberán cumplir con las disposiciones establecidas para cada seguro en particular.

Principio indemnizatorio

Artículo 60. El seguro no puede ser objeto de enriquecimiento para el asegurado o el 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 o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora deberá 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.

Variación de la suma asegurada

Artículo 61. 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 deberá contener necesariamente los criterios y el procedimiento para adecuar la suma asegurada y las primas a las variaciones del valor de ese interés asegurado.

Fijación del monto a indemnizar

Artículo 62. Cuando el monto de la indemnización no sea fijo, a falta de mecanismo o procedimiento para la fijación del valor o monto a indemnizar, existiendo dos valores posibles, la indemnización deberá proceder por el monto más alto.

Del sobreguro

Artículo 63. El contrato de seguro celebrado por una suma superior al valor real del bien asegurado será válido únicamente hasta la concurrencia de su valor real, teniendo ambas partes la facultad de solicitar la reducción de la suma asegurada. En este caso, la empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora 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 o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora indemnizará el daño efectivamente causado.

Cuando se celebre un contrato de seguro por una suma superior al valor real del bien asegurado 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 64. Si la suma asegurada sólo cubre una parte del valor del bien asegurado en el momento del siniestro, la indemnización se pagará, salvo convención en contrario, en la proporción existente entre la suma asegurada y el valor del bien asegurado 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 o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora se obliga a indemnizar la pérdida o el daño hasta la concurrencia del valor del bien asegurado al momento del siniestro.

Pluralidad de seguros

Artículo 65. Cuando un interés estuviese asegurado contra el mismo riesgo por dos o más empresas de seguros o asociaciones cooperativas que realizan actividad aseguradora, el tomador, el asegurado o el beneficiario estará obligado, salvo pacto en contrario, a poner en conocimiento de esa circunstancia a todas las empresas de seguros o asociaciones cooperativas que realizan actividad aseguradora 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, el asegurado o el 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 o asociaciones cooperativas que realizan actividad aseguradora no quedan obligadas 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, del asegurado o del beneficiario.

Las empresas de seguros o las asociaciones cooperativas que realizan actividad aseguradora 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 el beneficiario podrá solicitar a cada empresa de seguros o asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora, en el orden que él establezca, la indemnización debida, según el respectivo contrato. La empresa de seguros o asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora 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 asegurable, todos los contratos serán válidos y obligarán a cada una de las empresas de seguros o asociaciones cooperativas que realizan actividad aseguradora 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.

Insolvencia de una empresa

Artículo 66. En caso de pluralidad de seguros, si una de las empresas de seguros o de las asociaciones cooperativas que realizan actividad aseguradora 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 o las asociaciones cooperativas que realizan actividad aseguradora que indemnicen quedan subrogadas contra la insolvente.

Prohibición de renunciar a los derechos

Artículo 67. Cuando exista una pluralidad de seguros, en caso de siniestro, el asegurado o el beneficiario no puede renunciar a los derechos que le correspondan, según el contrato de seguro o aceptar modificaciones de los mismos, con una de las empresas de seguros o asociaciones cooperativas que realizan actividad aseguradora en perjuicio de las demás.

Coaseguro

Artículo 68. Cuando un seguro se hubiese repartido entre varias empresas de seguros o asociaciones cooperativas que realizan actividad aseguradora, 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 o asociaciones cooperativas que realizan actividad aseguradora, para suscribir los documentos contractuales o para pedir el cumplimiento del contrato o contratos al tomador o al asegurado en nombre del resto de las empresas de seguros o asociaciones cooperativas que realizan actividad aseguradora, 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, al asegurado o al beneficiario.

Cambio de propietario del objeto asegurado

Artículo 69. 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 o asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora, dentro de los quince (15) 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 o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora al pago de las primas vencidas hasta el momento de la transferencia de la propiedad.

La empresa de seguros o asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora tendrá derecho a resolver unilateralmente el contrato, mediante la notificación en forma impresa o a través de los mecanismos electrónicos, dentro de los quince (15) 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 por escrito 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 o asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora 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.

Si la correspondiente póliza hubiese sido emitida a la orden o al portador no podrá resolverse unilateralmente el contrato.

Las disposiciones de este artículo serán aplicables también en caso de muerte, cesación de pagos y quiebra del tomador.

Evaluación del daño

Artículo 70. La empresa de seguros o asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora, 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, el asegurado o el beneficiario no debe, sin el consentimiento de la empresa de seguros o asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora, 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, el asegurado o el beneficiario contraviniera esta obligación con intención fraudulenta, la empresa de seguros o asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora queda liberada de toda responsabilidad con respecto al siniestro ocurrido.

Exclusión de responsabilidad

Artículo 71. La empresa de seguros o asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora, 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.

Subrogación

Artículo 72. La empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora que ha pagado la indemnización queda subrogada de pleno derecho, hasta la concurrencia del monto de ésta, en los derechos y acciones del tomador, del 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.

Capítulo II Del Seguro de Incendio

Definición y cobertura

Artículo 73. El seguro de incendio es 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 o 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 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.

Obligación adicional del tomador o del asegurado

Artículo 74. Adicionalmente a las obligaciones a cargo del tomador o del 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.
3. Destino y uso de los inmuebles colindantes, en cuanto estas circunstancias puedan influir en la estimación de los riesgos.
4. Lugares en que se encontrarán almacenados o colocados los bienes asegurados.

Riesgo de vecino y riesgo locativo

Artículo 75. El seguro de incendio no comprende el riesgo que corre el tomador o 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 ejecutoriada 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.

Exclusión de responsabilidad

Artículo 76. La empresa de seguros no responde por:

1. Los daños provenientes de la combustión espontánea del bien asegurado.
2. Los daños 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. Los daños provocados por incendio, cuando se origine por dolo o culpa grave del tomador, del asegurado o del beneficiario o cuando alguno de éstos hubiese infringido las leyes o reglamentos sobre prevención de incendios.

Sustracción ilegítima

Artículo 77. Salvo pacto en contrario, el seguro de incendio no cubre la pérdida de los bienes asegurados que se origine como consecuencia de la sustracción ilegítima durante el incendio o después del mismo. Sin embargo, la empresa de seguros responderá de la pérdida o desaparición de los objetos asegurados que sobrevengan durante el incendio a no ser que ésta demuestre que proviene de la sustracción ilegítima.

Capítulo III Del seguro de sustracción ilegítima

Definición y cobertura

Artículo 78. Por seguro de sustracción ilegítima se entiende 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.

Relevo de responsabilidad

Artículo 79. La empresa de seguros, salvo pacto en contrario, quedará relevada de su obligación de indemnizar cuando:

1. Exista negligencia manifiesta del tomador, del asegurado o del beneficiario o de las personas que de ellos dependan o con ellos convivan.
2. 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.
3. La sustracción se produzca con ocasión de los siniestros derivados de los riesgos previstos en las exclusiones de responsabilidad, señaladas en estas normas y cualesquiera otras que se establezcan en el contrato.

Indemnización

Artículo 80. 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 deberá 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 la empresa de seguros. La empresa de seguros deberá proceder a la reparación del bien para dejarlo en las mismas condiciones en que se encontraba antes del siniestro, en caso de que corresponda.

2. Si el bien asegurado es recuperado luego de transcurrido el plazo establecido para que la empresa de seguros proceda a la indemnización, deberá notificarlo al asegurado dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes de haber tenido conocimiento del hecho con la finalidad de que el asegurado 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 deberá comunicar su decisión a la empresa de seguros en un plazo no mayor de (30) 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 tendrá la obligación, dentro de un plazo no mayor de (30) 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.

Régimen especial

Artículo 81. Las disposiciones previstas en este Capítulo, serán aplicables a todo contrato de seguro que incluya coberturas de sustracción ilegítima, comercializado por las empresas de seguros o las asociaciones cooperativas que realizan actividad aseguradora.

Capítulo IV

Del Seguro de Transporte Terrestre

Definición y cobertura

Artículo 82. Se entiende por seguro de transporte terrestre, aquél mediante el cual la empresa de seguros se obliga, dentro de los límites establecidos por la ley y en 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 robo; asalto o atraco; hurto; operaciones en carga y descarga; falta de entrega o extravío de bultos completos por terceros responsables; refrigeración y cualesquiera otros que se establezcan en el contrato.

Diversos medios de transporte

Artículo 83. En el caso de que 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 de que el transporte terrestre sea accesorio de un transporte marítimo, se aplicará a todo el transporte las normas del seguro marítimo. En caso de que el transporte terrestre sea accesorio de uno aéreo, se aplicarán las disposiciones previstas en las presentes normas, a falta de disposición especial preferente.

Plazo de vigencia

Artículo 84. 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 vigencia del contrato, aunque sus efectos se manifiesten con posterioridad, pero siempre dentro de los seis (6) meses siguientes a la fecha de su expiración.

La empresa de seguros no responderá por el daño derivado de la naturaleza intrínseca o vicios propios de las mercancías transportadas.

Extensión de cobertura

Artículo 85. La cobertura del seguro prevista en los artículos anteriores comprenderá el depósito transitorio de las mercancías y de la inmovilización del vehículo o su cambio durante el viaje, cuando se deban a incidencias propias del transporte asegurado y no hayan sido causados por algunos de los acontecimientos excluidos del seguro, salvo pacto expreso en contrario.

La póliza podrá establecer un plazo máximo, y transcurrido éste sin reanudarse el transporte cesará la cobertura del seguro.

Modificación del medio de transporte

Artículo 86. 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 haya realizado en tiempo distinto al previsto en tanto la modificación no sea imputable al asegurado o al conductor.

Gastos de salvamento

Artículo 87. 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.

Abandono

Artículo 88. 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.

Subrogación

Artículo 89. La empresa de seguros se subrogará, una vez pagada la indemnización, en las acciones que tenga el asegurado o el beneficiario en contra de los porteadores por los daños de los que éstos fueren responsables.

TÍTULO IV

Del Contrato de Seguro de Personas

Capítulo I

Disposiciones Comunes

Alcance de la cobertura

Artículo 90. El contrato de seguro de personas 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 deberá estar determinado por alguna característica común, diferente al sólo propósito de asegurarse.

Interés asegurable y subrogación

Artículo 91. Los seguros de personas pueden cubrir un interés económico o referirse a una indemnización independiente de una pérdida patrimonial. La empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora no podrá subrogarse en los derechos del asegurado o el beneficiario contra terceros con ocasión del siniestro, salvo en los seguros de salud.

Capítulo II

Del Seguro de Vida

Definición y cobertura

Artículo 92. Por seguro de vida se entiende aquel mediante el cual la empresa de seguros se obliga, dentro de los límites establecidos por la ley y en 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 del seguro. 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 otros 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.

Designación del beneficiario

Artículo 93. Es válido el seguro de vida en el que el asegurado establezca como beneficiario a un tercero.

La designación del beneficiario puede ser hecha en la oportunidad de la celebración del contrato de seguro o en un momento posterior, siempre que se haga por escrito 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, deberá 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.

Beneficiarios descendientes

Artículo 94. Cuando los hijos de una persona determinada 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.

Revocación

Artículo 95. 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.

Revocación por liberalidad

Artículo 96. 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.

Derecho del beneficiario

Artículo 97. El beneficiario designado con carácter irrevocable puede celebrar contratos por medio de los cuales disponga de su derecho a la prestación.

Pérdida de la cualidad de beneficiario

Artículo 98. 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 del crédito derivado del seguro o de quiebra o de cesión de bienes del tomador; 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.

Inembargabilidad

Artículo 99. Cuando el asegurado hubiese designado como beneficiario a su cónyuge o a 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.

Pago en caso de reclamaciones

Artículo 100. La prestación de la empresa de seguros deberá ser entregada al beneficiario, en cumplimiento del contrato, aun contra las reclamaciones de los herederos legítimos y acreedores de cualquier clase, del tomador o del 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.

Reticencia e inexactitudes

Artículo 101. En caso de reticencia o inexactitud de las declaraciones del tomador o del asegurado que influyan en la estimación del riesgo, salvo lo relativo a la edad de éstos, 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 el asegurado haya actuado con dolo.

Inexactitud en la edad del asegurado

Artículo 102. 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 estuviese comprendida dentro de dichos límites, se aplicarán las reglas siguientes:

1. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad se pagare 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 interés. Las primas posteriores 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.

Suicidio

Artículo 103. Dentro del primer año de vigencia de la póliza el suicidio no estará cubierto.

La empresa de seguros no estará obligada, si habiendo cesado los efectos del seguro por falta de pago de las primas, no hubiere transcurrido un (1) año contado a partir de la fecha en que el contrato hubiese sido rehabilitado.

Valores garantizados

Artículo 104. Se entiende por valores garantizados los derechos de rescate, de seguro saldado o de 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 deberá, a petición del asegurado, otorgar el valor de rescate o transformar el contrato en un seguro saldado o un seguro prorrogado.

El valor de rescate es la cantidad que se obtiene de restar de la reserva matemática, los gastos de adquisición 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.

La empresa de seguros señalará en la póliza 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 deberán formar parte de las condiciones del contrato.

Cambios de profesión, ocupación o actividad

Artículo 105. Los cambios de profesión, de ocupación o de 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.

En los casos que haya cesado la condición que ameritó el pago de una extraprima por una profesión, ocupación o actividad, declarada en la solicitud del seguro, el tomador deberá notificarlo a la empresa de seguros, en forma impresa o a través de los mecanismos electrónicos acordados para ello, extraprima que dejará de ser pagada, sin afectar la suma asegurada.

Otros derechos de los beneficiarios

Artículo 106. Declarada la quiebra, hecha la cesión de bienes del tomador o en los casos en que los acreedores tengan bienes que ejecutar, el asegurado, si fuere distinto de aquél, o su cónyuge o descendientes beneficiarios de un seguro de vida, sustituirán al tomador en el contrato a los efectos del pago de las primas, a menos que rehúsen expresamente esta

sustitución. El asegurado y los beneficiarios deberán 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.

Remate de derechos

Artículo 107 Si el derecho que surge de un seguro sobre la 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.

Cesión o pignoración

Artículo 108 El tomador o 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 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 tomador o el asegurado deberá comunicar por escrito a la empresa de seguros la cesión o pignoración realizada.

Capítulo III

Del Seguro de Accidentes Personales

Definición y coberturas

Artículo 109 Por el seguro de accidentes personales se entiende aquel mediante el cual la empresa de seguros o asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora se obliga a pagar una cantidad de dinero cuando el asegurado sufra una lesión corporal derivada de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del tomador o del asegurado, que produzca invalidez temporal o permanente, incapacidad o muerte.

El seguro de accidentes personales podrá cubrir otros riesgos que se establezcan en el contrato.

Son aplicables al seguro de accidentes personales, en cuanto no contraríen su naturaleza, las disposiciones sobre el seguro de vida.

Cambios de profesión, ocupación o actividad

Artículo 110 Los cambios de profesión, de ocupación o de actividad del asegurado no harán cesar los efectos del seguro de accidentes personales.

Cuando los cambios sean de tal naturaleza que si la nueva profesión, ocupación o actividad hubiese existido en la fecha del contrato la empresa de seguros o asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora sólo habría consentido en el seguro mediante una prima más elevada, la indemnización a su cargo será reducida proporcionalmente a la menor prima convenida comparada con la que hubiese sido fijada.

Si la empresa de seguros o asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora fuese notificada o tuviese conocimiento de los precitados cambios, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes deberá manifestar al tomador si desea terminar el contrato, reducir la indemnización o elevar la prima. En caso de que la empresa de seguros o asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora 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 asegurado la porción de la prima no consumida.

Si la empresa de seguros o asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora declara que desea modificar el contrato en uno de los sentidos indicados, el tomador, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes, deberá declarar si acepta o no la proposición.

Si el tomador declara que no acepta la proposición, el contrato queda resuelto, salvo el derecho de la empresa de seguros o asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora a la prima correspondiente al período del seguro en curso que se hubiere causado. El silencio del tomador equivale a la aceptación de la propuesta de la empresa de seguros o asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora.

Incumplimiento en la notificación

Artículo 111 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 o asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora pueda deducir de la suma asegurada cantidad alguna por este concepto.

Accidente provocado

Artículo 112 En caso de que se compruebe que el tomador o el asegurado ha provocado intencionalmente el accidente, la empresa de seguros o asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora se libera del cumplimiento de su obligación de indemnizar.

En el supuesto de que el beneficiario cause dolosamente el daño quedará nula la designación hecha a su favor y la indemnización corresponderá al asegurado o, en su caso, a los herederos de éste.

Gastos de asistencia médica

Artículo 113 Los gastos de asistencia médica como consecuencia de accidentes personales serán por cuenta de la empresa de seguros o asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora, siempre que se haya establecido su cobertura expresamente en la póliza y que tal asistencia se haya efectuado 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.

Grado de invalidez

Artículo 114 La determinación del grado de invalidez que derive del accidente se efectuará después de la presentación del certificado médico de incapacidad en los términos previstos en la póliza.

La empresa de seguros o asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora notificará por escrito al asegurado la cuantía de la indemnización que le corresponde, de acuerdo con el grado de invalidez que conste de la certificación médica y de los parámetros fijados en la póliza.

Si el asegurado no aceptase la proposición de la empresa de seguros o asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora, 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

Definición y coberturas

Artículo 115 Se entiende por seguro de salud 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 de incurrir en gastos derivados de las alteraciones a la salud del asegurado.

El seguro de salud podrá cubrir todos o algunos de los gastos por hospitalización, cirugía, maternidad y cualquier otro previsto 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, a través de la modalidad de reembolso de los gastos en los que el asegurado hubiera incurrido; o mediante la prestación del servicio de salud que éste requiera por medio de un profesional de la medicina o de una institución hospitalaria.

En caso de que la indemnización sea pagadera mediante la prestación del servicio, deberá ser ofrecida en la póliza de manera expresa. La empresa de seguros hará mensualmente del conocimiento público el listado actualizado de las instituciones hospitalarias con las cuales haya suscrito los contratos para la prestación del servicio, mediante avisos colocados en cada una de las oficinas de atención a sus clientes y en los medios de información electrónicos. En estos casos, la empresa de seguros podrá prever en el contrato el otorgamiento de carta aval o carta de compromiso, u otras modalidades, que permitan recibir la prestación del servicio por parte de esos proveedores de salud.

Si la póliza solo prevé que las indemnizaciones se realizarán mediante reembolso no podrán ofrecerse cartas avales o cartas de compromiso, o cualquier otra modalidad o servicio, en las publicidades u ofertas que sobre esa póliza se realicen. Cualquier anuncio u oferta en este sentido obliga a la empresa de seguros a otorgarlas en los términos ofrecidos, dentro de los límites de cobertura señalados en la póliza.

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 deberán indemnizar, según los límites de sus pólizas, hasta el monto total de los gastos cubiertos.

Vigencia del contrato

Artículo 116 La vigencia del contrato de seguro de salud será anual, salvo pacto en contrario, y se hará constar en el cuadro recibo, cuadro de póliza o recibo de prima, con indicación de la fecha de emisión, la hora y día de su iniciación y vencimiento.

Plazos de espera y exclusiones temporales

Artículo 117 El contrato de seguro de salud no podrá prever plazos de espera por períodos iguales o superiores a los de su vigencia.

Se entiende por plazo de espera aquel período, dentro de la vigencia de la cobertura del contrato de seguros, durante el cual la empresa de seguros no cubre determinados riesgos establecidos en el contrato. Los plazos de espera serán contados a partir de la fecha de comienzo de la póliza o la inclusión del asegurado.

Los contratos de seguros podrán contener exclusiones temporales, por períodos iguales o superiores a su vigencia, que no excedan del plazo de dieciocho (18) meses, contados a partir de la fecha de comienzo del contrato de seguros o la inclusión del asegurado, 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 el asegurado solicitare un incremento en la suma asegurada, cambio de plan o disminución del deducible, para las cantidades en exceso, comenzarán a considerarse nuevamente los plazos de espera o exclusiones temporales, contados a partir de la fecha en que se produjo el incremento o cambio de plan, por tanto de ocurrir 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 la suma asegurada, plan o deducible contratado antes de la modificación, siempre que los plazos de espera anteriores hubieren vencido.

Costos razonables

Artículo 118 A los efectos del contrato de seguro de salud, se entiende por costo razonable el 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 una intervención quirúrgica o tratamiento médico 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, 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.

Enfermedad preexistente, defecto o malformación congénita

Artículo 119 Se entiende por enfermedad preexistente toda 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 la póliza, y sea conocida por el tomador o el asegurado al momento de la suscripción del contrato.

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 el asegurado a la fecha de inicio de la vigencia del contrato o de la inclusión del asegurado en la póliza, se considerará enfermedad preexistente.

Los contratos de seguros de salud cubren las enfermedades preexistentes, salvo que algunas de ellas estén expresamente excluidas en la póliza.

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.

Indisputabilidad, terminación y renovación

Artículo 120 Transcurridos tres (3) años ininterrumpidos desde la celebración del contrato de seguro de salud, la empresa de seguros no podrá alegar que una enfermedad era preexistente para el momento de la contratación o inclusión del asegurado, ni podrá terminar o negarse a renovar el contrato en las mismas condiciones, siempre que el tomador o el asegurado pague la prima correspondiente, salvo los casos de falsedades y reticencias de mala fe.

No obstante, desde el inicio del contrato las partes podrán establecer que determinadas enfermedades, sean o no preexistentes, no estén cubiertas, siempre que sea mediante un acuerdo firmado por los contratantes.

Condición especial

Artículo 121 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 en lo que se refiere a la misma suma asegurada, deducible o plan vigente 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.

Régimen aplicable

Artículo 122 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.

Capítulo V Del Seguro Colectivo

Definición

Artículo 123 El seguro colectivo es aquel que se toma entre un grupo de personas que tienen un nexo en común, distinto al solo interés de asegurarse.

No constituyen grupos de personas asegurables a que se refiere este artículo, el formado por la familia y aquellos que se constituyan con solo propósito de asegurarse.

Derechos de los beneficiarios

Artículo 124 El tomador del seguro colectivo puede ser beneficiario del mismo si tiene el mismo interés del grupo. El tomador puede ser igualmente beneficiario cuando tenga un interés económico lícito, respecto de la vida o salud de los integrantes del grupo, en la medida del perjuicio concreto.

Ingresos y egresos al seguro colectivo

Artículo 125 El contrato de seguro colectivo fijará las condiciones de ingreso y egreso al grupo asegurado.

Si se exige examen médico previo la incorporación de nuevos asegurados queda supeditada al mismo. El referido reconocimiento médico se efectuará por la empresa de seguros o asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora 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 o asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora los gastos ocasionados por los exámenes médicos que razonablemente sean requeridos.

La empresa de seguros o asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora deberá 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 estará obligado a entregar a cada integrante del grupo, en forma impresa o a través de mecanismos electrónicos, el certificado individual de seguro colectivo que 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 o asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora devolver la porción de prima no consumida al tomador.

Condiciones especiales para el seguro colectivo de accidentes personales

Artículo 126 En el seguro colectivo contra accidentes personales, salvo que se haya estipulado expresamente que la indemnización convenida se cubra en forma de renta, deberá 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. Puede convenirse que mientras se constata el grado de la incapacidad, se paguen cuotas periódicas a cuenta de la indemnización definitiva.

Reintegro por experiencia favorable

Artículo 127 En el supuesto de que el contrato de seguro colectivo incluya el beneficio de reintegro por experiencia favorable se indicará en las condiciones que los asegurados tendrán derecho al reembolso del reintegro en la misma proporción en que estos hayan contribuido al pago de la prima.

Condiciones especiales para los seguros colectivos de vida

Artículo 128 El contrato de seguro de vida bajo la modalidad colectiva debe garantizar que el asegurado, al egresar del colectivo, tendrá derecho a la emisión de una póliza de seguro de vida individual en la misma empresa de seguros sin ser sometido a pruebas de asegurabilidad, siempre que haya

estado amparado ininterrumpidamente al menos el año inmediatamente anterior a la fecha efectiva del egreso y efectúe el requerimiento dentro de los treinta (30) días continuos siguientes, manteniendo la misma suma asegurada y mediante el pago de la prima correspondiente a la edad alcanzada y al plan de seguro de vida individual escogido. La empresa de seguros queda relevada de esta obligación cuando se solicite un seguro de vida temporal.

Condiciones especiales para los seguros colectivos de salud

Artículo 129 El contrato de seguro de salud bajo la modalidad colectiva debe garantizar que el asegurado, al egresar del colectivo, tendrá derecho a la emisión de una póliza de seguro de salud individual en la misma empresa de seguros sin ser sometido a pruebas de asegurabilidad y sin perder su antigüedad como asegurado en lo que se refiere a la misma suma asegurada, deducible o plan vigente 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.

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 el párrafo precedente.

TÍTULO V

Del Contrato de Reaseguro y Retrocesión

Capítulo I

Disposiciones Generales

Definición

Artículo 130 Es el contrato mediante el cual una persona denominada cedente transfiere, total o parcialmente, los riesgos asumidos a otra persona llamada reasegurador o cesionario, de conformidad con los términos que se pacten en la negociación.

El contrato de retrocesión es el contrato de reaseguro celebrado entre reaseguradores.

Régimen aplicable

Artículo 131 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.

Prueba

Artículo 132 El contrato automático de reaseguro relativo a una serie de cesiones de riesgos debe probarse por escrito. Las cesiones al contrato automático y los reaseguros facultativos se demuestran por cualquier medio de prueba admitido por la ley.

Efectos

Artículo 133 A menos que se prevea expresamente en el contrato de seguro, el contrato de reaseguro sólo crea relaciones entre las empresas de seguros, de medicina prepagada, asociaciones cooperativas que realizan actividad aseguradora u organismos de integración y la empresa de reaseguros; sin embargo, ésta sigue la suerte del primero en el riesgo que le hubiese sido cedido, de acuerdo con lo que a tal efecto prevea el contrato de reaseguro.

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.

Partes del contrato

Artículo 134 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. Podrá ser la empresa de seguros, o la asociación cooperativa que realizan actividad aseguradora, así como la empresa o asociación cooperativa 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.

En los contratos de retrocesión las partes son las que actúan como reaseguradores, en su condición de retrocedentes o retrocesionarios.

Del reaseguro de vida individual

Artículo 135 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 regirán por las condiciones establecidas en el contrato de seguro inicialmente suscrito por la cedente, pactado con el asegurado y que se transfiere al reasegurador sobre la base de una alícuota de todas las obligaciones previstas en el contrato, según el plan de seguros de que se trate.

TÍTULO VI

Del Contrato de Medicina Prepagada

Capítulo I

Disposiciones Generales

Definición y alcance

Artículo 136 El contrato de medicina prepagada es aquel mediante el cual la empresa de medicina prepagada o asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora 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.

Objeto del contrato

Artículo 137 El contrato de medicina prepagada cubre toda clase de prestación de servicios médico-asistenciales, salvo prohibición expresa de la ley, mediante el cobro periódico por anticipado de una cuota.

Causa del contrato

Artículo 138 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.

Partes del contrato

Artículo 139 Son partes del contrato de medicina prepagada:

1. La empresa de medicina prepagada o asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora.
2. El contratante, persona natural o jurídica que suscribe un contrato de servicios con una empresa de medicina prepagada o asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora, bien para su exclusivo beneficio, para beneficio de terceros o para beneficio de uno y otros.

Además de las partes señaladas en este artículo, existen el afiliado o usuario, 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; y el beneficiario, aquel en cuyo favor se ha establecido la indemnización que pagará la empresa de medicina prepagada o asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora. El contratante, afiliado o usuario y el beneficiario pueden ser o no la misma persona.

Interpretación de términos

Artículo 140 A los fines de la 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 médico-asistenciales en

sus diferentes áreas y especialidades, a través de la cual el usuario o afiliado recibe atención médica o quirúrgica.

2. **Plan de Salud:** Conjunto de condiciones, prácticas médicas y servicios médico-asistenciales que, de acuerdo con las modalidades previstas en estas Normas, se comprometen a prestar las empresa de medicina prepagada o asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora, a través de un contrato de medicina prepagada.
3. **Profesional de la Salud:** Persona natural acreditada conforme a la ley, para ejercer cualquiera de las profesiones relacionadas con la salud, en todas sus modalidades y especialidades, a través de la cual la empresa de medicina prepagada o asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora puede ejecutar la prestación del servicio de medicina prepagada en beneficio de los usuarios o afiliados.
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 médico-asistenciales.

Modalidades de prestación del servicio médico-asistencial

Artículo 141 El servicio de medicina prepagada puede ser prestado en dos modalidades: de manera directa, por las empresas de medicina prepagada o asociaciones cooperativas que realizan actividad aseguradora, a través de centros de salud propios; o de manera indirecta, a través de centros de salud y profesionales con los cuales celebren contratos civiles de prestación de servicios médico-asistenciales; o mediante ambas modalidades.

Excepcionalmente, cuando la prestación del servicio no pueda ser cumplida bajo las modalidades descritas, el usuario o afiliado elegirá cualquier centro de salud o profesional de salud no vinculado con la empresa de medicina prepagada o asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora, previa referencia por parte de ésta, pagando directamente al centro de salud o al profesional de salud, o a través de reembolso, los gastos médicos y de hospitalización amparados por el contrato.

En los casos de emergencia médica, si la atención del usuario o afiliado es prestada por un centro de salud no vinculado con la empresa de medicina prepagada o asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora, ésta pagará directamente a los centros de salud o a través de reembolso, los gastos médicos y de hospitalización amparados por el contrato.

Comercialización de los contratos

Artículo 142 Las empresas de medicina prepagada o asociaciones cooperativas que realizan actividad aseguradora únicamente podrán comercializar sus contratos de forma directa o a través de los intermediarios de la actividad aseguradora autorizados por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

Folleto explicativo

Artículo 143 Las empresas de medicina prepagada o asociaciones cooperativas que realizan actividad aseguradora deben entregar al contratante un folleto explicativo, 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.

El folleto debe detallar el mecanismo interno de recepción, seguimiento de consultas y reclamaciones de los contratantes, usuarios o afiliados, así como de los beneficiarios. Adicionalmente, debe contar con un suplemento que incluya:

1. Los centros de salud dispuestos por la empresa de medicina prepagada o asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora 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 médico-asistenciales autorizados para la cobertura geográfica de relevancia para el usuario o afiliado;
3. La unidad especializada en atención de consultas y reclamaciones; y

4. Los mecanismos para obtener información actualizada.

La empresa de medicina prepagada o asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora publicará en cada una de sus oficinas de atención al público y en los medios de divulgación de información electrónica, listados actualizados de los centros de salud, profesionales de la salud y demás prestadores de servicios médico-asistenciales.

Capítulo II De la Cuota

Definición

Artículo 144 La cuota es la contraprestación periódica que debe pagar por anticipado el contratante a la empresa de medicina prepagada o asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora, en virtud de la celebración del contrato. Salvo pacto en contrario, la cuota es pagadera en dinero.

La cuota expresada en el contrato de medicina prepagada incluye todos los derechos, comisiones, gastos y recargos, con excepción de los impuestos que estén a cargo directo del contratante, usuario o afiliado o del beneficiario.

Las empresas de medicina prepagada o asociaciones cooperativas que realizan actividad aseguradora 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.

Duración y renovación

Artículo 145 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.

Obligación de pago

Artículo 146 El derecho del usuario o afiliado de recibir la prestación de los servicios médicos-asistenciales de su respectivo plan de salud está supeditado al pago oportuno de la cuota correspondiente a la vigencia del contrato, en los términos pactados.

El pago de la cuota se efectuará en forma mensual, dentro de los cinco (5) días continuos, contados a partir de la fecha de exigibilidad de la cuota respectiva, o durante el período establecido por las partes como plazo de gracia.

Consecuencia del no pago

Artículo 147 Transcurrido el plazo para la exigibilidad del pago de la cuota sin que este se haya efectuado no correrá por cuenta de la empresa de medicina prepagada o asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora la prestación de los servicios médicos-asistenciales.

La empresa de medicina prepagada o asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora, tiene derecho a resolver el contrato de medicina prepagada, en los términos establecidos en estas Normas, o a exigir el pago de la cuota debida con fundamento en el contrato.

Suspensión temporal del servicio por falta de pago

Artículo 148 Transcurridos los cinco (5) días continuos para la exigibilidad del pago de la segunda cuota vencida, o el plazo de gracia pactado por las partes, sin que el pago se haya efectuado, la empresa de medicina prepagada o asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora 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 contratante proceda al pago de la totalidad de lo adeudado, la empresa de medicina prepagada o asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora 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.

Resolución del contrato por falta de pago

Artículo 149 La empresa de medicina prepagada o asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora podrá 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 o asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora debe comunicar por escrito al contratante su decisión de resolver el contrato.

Condiciones especiales

Artículo 150 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.

Rehabilitación

Artículo 151 Si el contrato de medicina prepagada ha sido resuelto por falta de pago de las cuotas, puede ser rehabilitado a solicitud del contratante siempre que el usuario o afiliado se encuentre en buen estado de salud, según declaración o reconocimiento médico a cargo del contratante. En este supuesto, se requiere la aceptación de la empresa de medicina prepagada o asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora, y el pago de las cuotas pendientes, entrando el contrato nuevamente en vigor en la fecha acordada.

La empresa de medicina prepagada o asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora reconocerá la antigüedad obtenida por el usuario o afiliado para efectos de la aplicación de los plazos de espera y exclusiones temporales, si las hubiere; sin embargo, salvo pacto en contrario, no estarán amparados los gastos incurridos desde la fecha de resolución del contrato hasta la fecha de inicio de su rehabilitación.

No se convendrá la rehabilitación una vez transcurridos noventa (90) días continuos desde la fecha de resolución del contrato.

Aplicación supletoria

Artículo 152 Las disposiciones establecidas en estas Normas para el contrato de seguro son aplicables al contrato de medicina prepagada, en lo que corresponda.

TÍTULO VII Del Contrato de Fianza

Definición

Artículo 153 Es un contrato por el cual una persona, llamada fiador, se obliga frente a otra, denominada acreedor, a pagar una cantidad de dinero por el incumplimiento de las obligaciones asumidas por el afianzado (deudor).

Características del contrato

Artículo 154 El contrato de fianza es consensual, subsidiario, oneroso y accesorio a una obligación principal.

Objeto del contrato

Artículo 155 El contrato de fianza garantiza las obligaciones contraídas voluntariamente por el afianzado, a cambio de una contraprestación por asumir las consecuencias de su incumplimiento, salvo prohibición expresa de la ley.

Causa del contrato

Artículo 156 Todo interés legítimo en garantizar el cumplimiento de una obligación puede ser causa de un contrato de fianza.

Partes del contrato

Artículo 157 Son partes del contrato de fianza:

1. El fiador, empresa de seguros que se obliga frente al acreedor a pagar una cantidad de dinero por el incumplimiento del afianzado (deudor).
2. El acreedor, persona titular de la obligación que se garantiza, en cuyo favor se otorga la fianza.
3. El afianzado (deudor), persona sobre la cual recae el cumplimiento de la obligación.

Requisitos del contrato

Artículo 158 El contrato por medio del cual la empresa de seguros se constituya en fiadora debe contener, como mínimo, 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 circunstancia que pueda dar lugar al reclamo tan pronto como tenga conocimiento de ello; el monto exacto garantizado y su duración.

Responsabilidad solidaria

Artículo 159 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 de que esta función sea encomendada a una instancia determinada, se mantendrá la responsabilidad solidaria de quien o quienes la deleguen.

En el contrato por el cual se expida una fianza debe dejarse constancia expresa de la decisión que aprueba su otorgamiento, emitida por la junta directiva de la empresa o quienes detenten esa función.

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 el Decreto con Rango, Valor y Fuerza de 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.

Aplicación supletoria

Artículo 160 Las disposiciones establecidas en estas Normas para el contrato de reaseguro, son aplicables al contrato de reafianzamiento, en lo que corresponda.

TÍTULO VIII Del Contrato de Fideicomiso

Definición

Artículo 161 Es el contrato por medio del cual una persona llamada fideicomitente, transfiere uno o más bienes o derechos a otra persona denominada fiduciario, quien se obliga a utilizarlo en favor de aquél o de un tercero llamado beneficiario.

Características del contrato

Artículo 162 El contrato de fideicomiso es bilateral, solemne, oneroso, de tracto sucesivo, autónomo y principal.

Objeto del contrato

Artículo 163 El contrato de fideicomiso busca la transferencia de uno o más bienes o derechos al fiduciario, teniendo el fideicomitente el poder de disposición sobre los bienes o derechos, o la situación jurídica de la cual se pretende disponer.

Causa del contrato

Artículo 164 El contrato de fideicomiso tiene por causa afectar ciertos bienes o derechos para la realización del fin para el cual fue constituido.

Partes del contrato

Artículo 165 Son partes del contrato de fideicomiso:

1. La fiduciaria, que será la empresa de seguros autorizada por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora para ejercer actividad fiduciaria, y que ha de recibir la transferencia de los bienes o derechos fideicometidos, los cuales deberán ser administrados para cumplir con las instrucciones del fideicomitente.

2. El fideicomitente, persona que transfiere los bienes o derechos a la fiduciaria 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.

Contenido del contrato

Artículo 166 El contrato de fideicomiso deberá contener, como mínimo, lo siguiente:

1. Una 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.

Debe señalarse, en el supuesto de contratos que versen sobre:

- a) Títulos valores: las características que lo identifican, a saber, tipo de instrumento, fecha de emisión, fecha de vencimiento, valor nominal y cualquier otro dato que los identifique.
- b) Bienes inmuebles: los datos del registro inmobiliario correspondiente, con indicación del número de libro, tomo, protocolo; así como, la descripción de su ubicación, linderos y situación de esos inmuebles.
- c) Bienes muebles: los números de seriales, marca, color, modelo, lugar de ubicación y otros distintivos que permitan su identificación.
- d) Derechos: sus particularidades e identificación del documento que los otorgue, especificando los datos de autenticación o registro según corresponda.

2. Forma, modo y oportunidad en la cual se incorporarán y desincorporarán los bienes o derechos otorgados en fideicomiso, de ser el caso.

Los bienes a los que refiere este numeral, deben contar con un avalúo suscrito por un perito evaluador autorizado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, que cuantifique y describa su estado. La antigüedad de dicho informe no podrá ser mayor a tres (3) meses, a la fecha de la firma del contrato de fideicomiso.

3. Objeto de los fondos dados en fideicomisos, según el tipo de fideicomiso.
4. Facultad expresa para administrar los fondos fiduciarios.
5. Forma, cuantía y demás parámetros para obligarse en nombre del fideicomiso.
6. Las obligaciones y derechos del fideicomitente, beneficiario y del fiduciario.
7. Duración del contrato de fideicomiso.
8. La terminación del contrato, con un lapso no menor de quince (15) días hábiles.
9. La 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 adecuado manejo o perfeccionamiento, ni ser objeto de interpretaciones subjetivas.

Responsabilidad del fiduciario

Artículo 167 El contrato de fideicomiso indicará taxativamente que el fiduciario no asume riesgos económicos ni financieros, por lo que no podrán garantizar, bajo ningún concepto, capital ni rendimientos de los bienes recibidos en fideicomiso. Sin embargo, el fiduciario cumplirá sus obligaciones como un buen padre de familia y será responsable, de conformidad con lo establecido en las leyes vigentes, 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.

Cuando el fiduciario actúe siguiendo instrucciones expresas del fideicomitente previstas en el contrato de fideicomiso, el fiduciario sólo 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, impericia o incumplimiento de las obligaciones contractuales.

Formalidad registral

Artículo 168 Los contratos de fideicomiso deben estar inscritos en el Registro Mercantil correspondiente. Adicionalmente, los contratos de fideicomiso mediante los cuales se transfiera al fondo fiduciario bienes inmuebles o derechos sobre éstos, así como las revocatorias o reformas de éstos, deben protocolizarse por ante la Oficina de Registro respectiva.

TÍTULO IX

Del Contrato de Administración de Riesgos

Definición

Artículo 169 El contrato de administración de riesgos es aquel en virtud del cual una empresa administra riesgos a cambio de una remuneración, responsabilizándose en el manejo e inversión de fondos de común acuerdo con el contratante, a los fines de amparar, con control de costos, los gastos incurridos por los afiliados o usuarios con ocasión de siniestros cubiertos que pudieran presentarse, donde el contratante está en libertad de escoger las coberturas, condiciones y límites de acuerdo con sus necesidades.

Características del contrato

Artículo 170 El contrato de administración de riesgos es consensual, bilateral, oneroso y de ejecución sucesiva.

Objeto del contrato

Artículo 171 El contrato se refiere a la administración e inversión de un fondo destinado a la indemnización de siniestros, a cambio de una remuneración por parte de una empresa que administre riesgos, salvo prohibición expresa de la ley.

Causa del contrato

Artículo 172 Será causa de un contrato de administración de riesgos todo interés legítimo en la indemnización de siniestros, que puedan afectar al afiliado o usuario, en cuanto a sus bienes, intereses, existencia, integridad física y salud.

Partes del contrato

Artículo 173 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 pagará 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 174 El contrato de administración de riesgos debe estar redactado en idioma castellano y deberá contener como mínimo:

1. Razón social, registro de información fiscal (R.I.F.), datos de registro mercantil y dirección de la sede principal de la empresa que administre riesgos, 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 contratante y el carácter con el cual contrata, así como de los afiliados o usuarios y beneficiarios, o la forma de identificarlos, si fueren distintos.

3. La vigencia 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. 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. Identificación completa de los intermediarios de la actividad aseguradora, en caso de que intervengan en el contrato, incluyendo el monto o alícuota por concepto de comisión.
9. Las firmas del representante de la empresa que administre riesgos y del contratante.
10. La frecuencia con la que se rendirá las cuentas sobre el manejo del fondo

Condiciones del contrato de administración de riesgos

Artículo 175 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.

Obligaciones del contratante, afiliado o usuario

Artículo 176 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.

Obligaciones de las empresas que administran riesgos

Artículo 177 Son obligaciones de las empresas que administran riesgos:

1. Entregar al contratante el contrato y demás documentos, así como aclarar cualquier duda que éste, el usuario o afiliado le formule.
2. 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 escrito motivado, en los plazos previstos en la Ley que regula la actividad aseguradora.
3. 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.
4. Garantizar el destino de los recursos del fondo recibido, mediante una fianza de anticipo y de fiel cumplimiento, emitida por una institución financiera, empresa de seguros o

sociedad de garantías recíprocas para la mediana y pequeña industria, inscritas en la Superintendencia correspondiente.

TÍTULO X Del Contrato de Financiamiento de Primas o Cuotas

Definición

Artículo 178 El contrato de financiamiento de primas o cuotas es aquel mediante el cual una empresa realiza la operación de financiamiento al prestatario, para el pago de las primas de los contratos de seguros o cuotas de los contratos de medicina prepagada.

Características del contrato

Artículo 179 El contrato de financiamiento de primas o cuotas es consensual, bilateral, oneroso, y de ejecución sucesiva.

Objeto del contrato

Artículo 180 Otorgar cantidades de dinero para el financiamiento de la prima o cuota de un contrato de seguros o de medicina prepagada, a cambio de la aplicación de la tasa de interés por el préstamo otorgado.

Causa del contrato

Artículo 181 El interés del prestatario de financiar la prima o cuota correspondiente a un contrato de seguro o de medicina prepagada.

Partes del contrato

Artículo 182 Son partes del contrato de financiamiento de primas o cuotas:

1. La empresa financiadora de primas o cuotas.
2. El prestatario, que es el tomador o el contratante.

Contenido del contrato

Artículo 183 Los contratos de financiamiento deben contener, como mínimo, las siguientes condiciones:

1. Indicación del método de cálculo para amortizar el préstamo, la tasa de interés a cobrar por el financiamiento de ese préstamo y la tasa de los intereses de mora. Las tasas de interés de amortización del préstamo, no podrán ser superiores a las establecidas por el Banco Central de Venezuela para las operaciones activas bancarias.
2. Cuadro de amortización que indique, como mínimo, el monto de la inicial, el monto del préstamo y la tasa de interés del financiamiento; número, fecha de vencimiento y monto de las cuotas de financiamiento; amortización e intereses contenidos en cada cuota y el saldo del préstamo.

En caso de que el cuadro de amortización se presente mediante anexo, deberá indicarse expresamente que formará parte integrante del contrato de financiamiento.

3. Mandato mediante el cual la financiadora puede suscribir el contrato en nombre y por cuenta de la empresa de seguros, asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora o empresa de medicina prepagada, en donde se especifique que asumen los riesgos desde el momento en que se apruebe el contrato de financiamiento.
4. Disposición en caso de que la empresa financiadora no pueda materializar el cobro de la acreencia, mediante mecanismos electrónicos o cobros directos en cuenta, ésta procederá al cobro directo en el domicilio indicado por el prestatario del contrato de financiamiento.
5. Disposición mediante la cual el solicitante del financiamiento puede liberarse de sus obligaciones con la empresa financiadora, a través del pago de la totalidad del capital del préstamo, sin que la empresa financiadora pueda reclamar los intereses no causados hasta la fecha de pago.
6. Disposición mediante la cual se aplica una tasa de interés social fijada por el Presidente o Presidenta de la República, para el financiamiento de las primas de las pólizas de seguros o cuotas del contrato de medicina prepagada, tanto solidarios como obligatorios, si fuere el caso.

7. La terminación anticipada del contrato de financiamiento por falta del pago oportuno de por lo menos dos (2) cuotas; deberá ser notificada al prestatario en un plazo no menor de diez (10) días continuos, contados a partir del vencimiento de la oportunidad del pago de la segunda cuota impagada, en cuyo caso, el prestatario deberá pagar el saldo insoluto del préstamo más los intereses de mora causados, así como los gastos judiciales y extrajudiciales, de ser el caso.
8. Indicación del domicilio acordado por las partes.
9. Las firmas del representante de la empresa financiadora y del prestatario.

Prohibiciones para los contratos de financiamiento

Artículo 184 En los contratos de financiamiento de primas o cuotas se prohíbe:

1. Prever en el método de cálculo el pago anticipado de intereses.
2. Contener cláusulas que faculten a la empresa financiadora de primas o cuotas a solicitar a la empresa de seguros, asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora o empresa de medicina prepagada, la terminación anticipada del contrato de seguro o de medicina prepagada.
3. Establecer cláusulas que contengan recargos adicionales por cualquier otro concepto diferente a la tasa de interés para el financiamiento de las primas o cuotas.

DISPOSICIÓN DEROGATORIA

Derogatoria


Única. Se derogan todas las disposiciones de rango sublegal que colidan con las presentes Normas.

DISPOSICIONES FINALES

Primera. Los contratos a que se refieren estas Normas deben hacer referencia a la existencia del Defensor del tomador, asegurado, 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.

Segunda. Las presentes Normas entrarán en vigencia a los treinta (30) siguientes a su publicación en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela.

Publíquese.


JOSE JAVIER MORALES
 Superintendente de la Actividad Aseguradora
 Resolución n.º 069 de 25 de febrero de 2016
 G.O.R.B.V. n.º 40.856 de 25 de febrero de 2016

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA BANCA Y FINANZAS

SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

Caracas, 1 de agosto de 2016

FSAA-9-00730

157º, 206º y 17º

Visto que el Decreto n.º 2.250, publicado en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela n.º 40.872 de 18 de marzo de 2016, ordena que se entere al Fondo de Desarrollo Nacional

Fonden, S.A. el aporte para el desarrollo social al cual están obligadas las empresas de seguros, medicina prepagada, las asociaciones cooperativas que realicen actividad aseguradora y las administradoras de riesgos, según lo dispuesto en el artículo 135 del Decreto con Rango, Valor y Fuerza de Ley de la Actividad Aseguradora.

Visto que el artículo 6 del aludido Decreto establece que corresponderá a la Superintendencia de la Actividad Aseguradora establecer los mecanismos necesarios para garantizar el cumplimiento efectivo y oportuno del porcentaje que corresponde al aporte para el desarrollo social, así como informar al Fondo de Desarrollo Nacional Fonden, S.A. los montos que deben enterar los sujetos mencionados.

Visto que el artículo 135 del Decreto con Rango, Valor y fuerza de Ley de la Actividad Aseguradora dispone que el aporte para el desarrollo social será efectuado de acuerdo con las normas que se dicten al efecto.

Quien suscribe, **JOSÉ JAVIER MORALES**, Superintendente de la Actividad Aseguradora según Resolución n.º 069 de 25 de febrero de 2016, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela n.º 40.856 de 25 de febrero de 2016, en ejercicio de sus atribuciones y conforme con lo preceptuado en los artículos 8 (numerales 1, 2, 17 y 44), y 135 del Decreto con Rango, Valor y Fuerza de Ley de la Actividad Aseguradora; dicta las siguientes:

NORMAS QUE REGULAN EL APORTE PARA EL DESARROLLO SOCIAL

PRIMERA: El aporte anual para el desarrollo social, dispuesto en el artículo 135 del Decreto con Rango, Valor y Fuerza de Ley de la Actividad Aseguradora, será enterado de forma semestral por las empresas de seguros, medicina prepagada, las asociaciones cooperativas que realicen actividad aseguradora y las administradoras de riesgos cooperativas que realicen actividad aseguradora y las administradoras de riesgos.

SEGUNDA: El aporte para el desarrollo social se enterará dentro de los 45 días continuos siguientes al vencimiento del semestre. Realizado el aporte, las empresas de seguros, medicina prepagada, las asociaciones cooperativas que realicen actividad aseguradora y las administradoras de riesgos tendrán 5 días hábiles para consignar el soporte de la operación ante la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

TERCERA: Vencido el lapso dispuesto en la norma anterior, la Superintendencia de la Actividad Aseguradora tendrá 10 días hábiles para validar que el monto enterado se corresponda con el porcentaje fijado por el Ministro o Ministra del Poder Popular con competencia en materia de finanzas para el monto de las primas de las pólizas de seguros de salud, cuotas de los planes de salud, y del ingreso obtenido como remuneración por los contratos de administración de riesgos comercializadas en ese semestre.

En caso de disparidad entre la suma que corresponda y el monto enterado, la Superintendencia de la Actividad Aseguradora formulará el reparo. Dentro de los 10 días hábiles siguientes a la notificación del reparo las empresas de seguros, medicina prepagada, las asociaciones cooperativas que realicen actividad aseguradora y las administradoras de riesgos deberán enterar al Fondo el monto indicado y consignar el soporte de la operación ante la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

CUARTA: La solvencia con el aporte para el desarrollo social será indispensable para la aprobación de las tarifas y los estados financieros, sin menoscabo de que se exija el pago de interés por mora. A tal efecto, se creará un Registro de Solvencia con el Aporte al Desarrollo Social.

QUINTA: Dentro de los 45 días continuos siguientes al vencimiento del semestre, la Superintendencia de la Actividad Aseguradora informará al Ministerio del Poder Popular encargado del Sistema Público Nacional de Salud y al Fondo que corresponda a cuánto asciende el aporte para el desarrollo social de ese período.

SEXTA: A los 90 días continuos siguientes al vencimiento del semestre, la Superintendencia de la Actividad Aseguradora levantará y enviará al Ministerio del Poder Popular encargado del Sistema Público Nacional de Salud los montos efectivamente enterados.