
BOLETÍN INFORMATIVO*

NORMAS QUE REGULAN LA RELACIÓN CONTRACTUAL EN LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

En la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela signada con el número 40.856 de fecha 25 de febrero de 2016, la Superintendencia de la Actividad Aseguradora dictó resolución signada con el número 069 de fecha 25 de febrero de 2016 mediante la cual establece las normas que regulan la relación contractual en la actividad aseguradora, cuyo tenor es el siguiente:

TÍTULO I Disposiciones Generales

Objeto Artículo 1. Las presentes Normas tienen por objeto regular, en sus distintas modalidades, los contratos de seguro y de reaseguro, de servicio de medicina prepagada, de administración de riesgos, de financiamientos de primas y cuotas, de fianzas, de reafianzamientos y de fideicomiso; en ese sentido, se aplicará en forma supletoria a los contratos regidos por leyes especiales y otras normas que se dicten al efecto.

Carácter imperativo e irrenunciable Artículo 2. Las disposiciones contenidas en las presentes Normas son de carácter imperativo, a no ser que en ellas se disponga expresamente otra cosa.

De igual forma, los derechos establecidos a favor de los tomadores, asegurados, contratantes, beneficiarios, usuarios y afiliados son irrenunciables. Será nula toda acción, acuerdo o estipulación que implique renuncia, disminución o menoscabo de estos derechos. No obstante, se entenderán válidas las cláusulas contractuales que sean más beneficiosas para el tomador, asegurado, contratante, beneficiario, usuario y afiliado.

Carácter mercantil Artículo 3. Los contratos a los que se refieren estas Normas, cualquiera sea su modalidad, por su naturaleza son mercantiles, siempre que sean hechos entre comerciantes. Si el tomador, asegurado, contratante, beneficiario, usuario y afiliado no es comerciante, sólo tendrá carácter mercantil para la otra parte.

Las relaciones derivadas de los contratos suscritos se rigen por estas Normas y por las disposiciones que convengan las partes, a falta de disposición expresa.

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.
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 la ley señale que una determinada disposición no es de carácter imperativa. En caso de duda, se aplicará la analogía, y 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. Sólo 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 de 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. Las cláusulas relativas a la caducidad de derechos del tomador, asegurado, contratante, beneficiario, usuario y afiliado, deben ser de interpretación restrictiva, a menos que la interpretación extensiva los beneficie.

Nulidad de las cláusulas abusivas o ambiguas Artículo 5. Los contratos a los que se refieren estas Normas, no podrán contener cláusulas abusivas o tener carácter lesivo para los tomadores, asegurados, contratantes, beneficiarios, usuarios y afiliados. Se redactarán en forma clara y precisa, destacando de modo especial las cláusulas que contengan las coberturas, exclusiones y exoneraciones de responsabilidad, según corresponda.

Cuando una cláusula sea ambigua u oscura se interpretará a favor del tomador, asegurado, contratante, beneficiario, usuario y afiliado.

TITULO II Del Contrato de Seguros

Capítulo I Disposiciones Generales

Definición Artículo 6. El contrato de seguro es aquél en virtud del cual una empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora, a cambio de una prima, asumen las consecuencias de riesgos ajenos, que no se produzcan por acontecimientos que dependan de la voluntad del tomador, del asegurado o del beneficiario, comprometiéndose a indemnizar, dentro de los límites pactados, el daño producido al tomador, al asegurado o al beneficiario, o a pagar un capital, una renta u otras prestaciones convenidas, todo subordinado a la ocurrencia de un evento que se denomina siniestro, cubierto por una 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, siempre que no exista una ley especial que los regule.

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, a cambio de una prima, por asumir las consecuencias de riesgos ajenos, salvo prohibición expresa de la ley.

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 seguros.

Pueden asegurarse las personas y los bienes de lícito comercio, en cuya conservación tenga el tomador, asegurado o beneficiario un interés económico legítimo.

Partes del contrato Artículo 10. Son partes del contrato de seguro:

1. La empresa de seguros y la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora.
2. El tomador, persona que obrando por cuenta propia o ajena, traslada los riesgos.
3. El asegurado, persona que en sí misma, en sus bienes o en sus intereses económicos está expuesta al riesgo;
4. El beneficiario, aquél 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.

Capítulo II De la Contratación del Seguro

De la solicitud y la proposición de seguro Artículo 11. La solicitud de seguro no obligará al tomador o al propuesto asegurado.

La proposición de seguro obliga a la empresa de seguros o asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora, a mantener la proposición durante un plazo de diez (10) días hábiles, 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 las partes, los efectos del seguro podrán retrotraerse al momento en que se presentó la solicitud o se formuló la proposición.

La solicitud de seguro deberá contener, como mínimo:

1. Datos de identificación del tomador, del propuesto asegurado y del beneficiario, de ser el caso. Con indicación de la profesión, oficio u ocupación del tomador o del propuesto asegurado, con especial mención si se trata del ejercicio independiente, empleado o socio; actividad económica; capacidad económica o financiera; entre otros. Si el tomador es una persona jurídica, la persona acreditada para ejercer su representación, deberá indicar los datos de identificación aquí señalados.
2. Descripción detallada y ubicación del bien o interés que se pretenda asegurar. Para los seguros de personas, el cuestionario que sea elaborado por la empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora para la evaluación del riesgo.
3. Detalle de las coberturas que se pretenden contratar, distinguiendo las coberturas básicas de aquellas consideradas opcionales, otorgadas directamente o mediante anexos, señalando expresamente que estas últimas no serán de obligatoria suscripción por parte del tomador, asegurado, contratante, beneficiario, usuario y afiliado.
4. Las declaraciones de fe que correspondan, según sea el caso.
5. Firmas del tomador y del propuesto asegurado.

De la aceptación y las modificaciones Artículo 12. 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 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 generales del contrato, hagan necesario un reconocimiento médico. 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.

La modificación de la suma asegurada y del deducible requerirá aceptación expresa de la otra parte, la cual deberá ser notificada al asegurado con treinta (30) días hábiles de anticipación. En caso contrario, 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, y por parte del tomador o del propuesto asegurado, mediante comunicación escrita o por el pago de la diferencia de prima correspondiente, si la hubiere.

En caso de desacuerdo, el asegurado deberá notificarlo por escrito a la empresa de seguros o asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora, dentro del plazo de quince (15) días hábiles siguientes a la fecha en que hubiere recibido la proposición y antes del vencimiento del plazo previsto en el párrafo anterior, en consecuencia, los efectos del seguro se retrotraen al momento de la solicitud de prórroga, modificación o rehabilitación del contrato.

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

Contratos por cuenta propia o de otro Artículo 13. 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. En estos casos el tomador deberá cumplir las obligaciones derivadas del contrato, salvo aquéllas que por su propia naturaleza no puedan ser cumplidas sino por el asegurado o el beneficiario.

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 14. 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 15. 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.

El tomador y la empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora, podrán acordar que la entrega de los documentos señalados en este artículo se efectúe en forma impresa o a través de los mecanismos electrónicos previstos para ello, previo cumplimiento de las disposiciones que en materia de mensajes de datos y firmas electrónicas sean exigibles.

La empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora, debe suministrar la póliza al tomador, en la forma acordada, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la entrega de la cobertura provisional. Asimismo, debe entregar, a solicitud y a costa del interesado, duplicados o copias de la póliza.

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

Prueba Artículo 16. 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 previstos en la ley, de acuerdo con la naturaleza del contrato, sin embargo, no se admitirá sólo la prueba de testigos.

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 aprobadas por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora para el mismo ramo, coberturas 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 17. La póliza de seguro es el documento 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 recomiende. 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 de los asegurados y de los 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. La suma asegurada, el modo de precizarla o el alcance de la cobertura.

5. La prima y su especificación por cobertura de los riesgos asumidos, o el modo de calcularlas; así como la forma, la frecuencia y el lugar de su pago.
6. Identificación completa de los intermediarios, en caso de que intervengan en el contrato.
7. Las condiciones generales, particulares y sus anexos.
8. La firma del representante de la empresa de seguros o asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora.

Condiciones del contrato de seguro Artículo 18. A los efectos de estas Normas, se entiende por condiciones generales aquéllas 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.

También forman parte del contrato de seguros los anexos, que son aquellos documentos que pueden o no modificar condiciones previamente pactadas en el contrato o incorporar riesgos o coberturas adicionales.

Obligación de notificar los anexos Artículo 19. Para su validez, los anexos de las pólizas, propuestos por la empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora, deberán ser notificados al tomador, a través del mecanismo acordado por las partes, dejando constancia del cumplimiento de esta obligación; con indicación expresa de la póliza a la que pertenecen.

Se tendrá como aceptación tácita del contenido del anexo el pago de la prima adicional que éste genere, efectuada por el tomador, asegurado, contratante, beneficiario, usuario y afiliado.

En caso de discrepancia entre lo indicado en los anexos propuestos por la empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora y la póliza, prevalecerá lo que más favorezca al asegurado o el beneficiario, de conformidad con los principios de interpretación previstos en estas Normas.

Carácter y cesión de la póliza Artículo 20. La póliza debe ser nominativa. La cesión de la póliza no produce efecto contra la empresa de seguros o asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora sin su autorización.

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

Efecto de las notificaciones al intermediario Artículo 21. Las comunicaciones entregadas al intermediario producen el mismo efecto que si hubiesen sido entregadas a la otra parte, salvo estipulación en contrario.

El intermediario será civil y penalmente 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 V De las Obligaciones de las Partes

Obligaciones del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario Artículo 22. El tomador, el asegurado o el beneficiario, según el caso, deberá:

1. Llenar la solicitud del seguro y declarar con sinceridad todas las circunstancias necesarias para identificar el bien 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.
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 o 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 toda aquella información necesaria para la indemnización del siniestro, que sea 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 de seguros y las asociaciones cooperativas que realizan actividad aseguradora Artículo 23. 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 éste le formule.
2. Pagar la suma asegurada, la prestación o la indemnización según corresponda 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

Solicitud y cuestionario Artículo 24. El solicitante debe declarar con exactitud a la empresa de seguros o a la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora, de acuerdo con la solicitud o el cuestionario que éstas le proporcionen, y según los requerimientos que le indiquen, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Esos instrumentos formarán parte integrante de la póliza.

La empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora, deberá participar al asegurado, dentro del plazo de cinco (5) días hábiles, que ha tenido conocimiento de un hecho no declarado que puede influir en la valoración del riesgo, y podrá ajustarlo o dar por terminado el contrato, mediante comunicación dirigida al tomador o asegurado, según corresponda, en el plazo de un (1) mes, contado a partir del conocimiento de los hechos, aplicándose las reglas para la terminación del contrato, previstas en estas Normas, de ser el caso.

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.

Si el siniestro sobreviene antes 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 sólo 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 25. Las falsedades y reticencias de mala fe por parte del tomador, del asegurado o del beneficiario realizadas en la solicitud o cuestionario de seguros, debidamente probadas, serán causa de nulidad absoluta del contrato, si son de tal naturaleza que la empresa de seguro o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora, de haberlo conocido, no hubiese contratado o lo hubiese hecho en otras condiciones.

En caso de falsedades y reticencias de mala fe por parte del tomador, del asegurado o del beneficiario al momento de la declaración de ocurrencia del siniestro, debidamente probadas, exonera del pago de la indemnización a la empresa de seguro o a la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora.

Capítulo VII De la Prima

Definición Artículo 26. 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 y los intermediarios no podrán cobrar cantidad alguna por otro concepto distinto al monto de la prima estipulado en la póliza, salvo los gastos de inspección de riesgo, en los seguros de daño.

Obligación del pago Artículo 27. 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 seguro 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.

Oportunidad para el pago Artículo 28. 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.

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.

Lugar y forma de pago Artículo 29. 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 30. Si la prima no ha sido pagada en la fecha en que es exigible, el riesgo no correrá por cuenta de la empresa de seguros o de la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora; salvo que las partes hayan acordado como facilidad de pago, la modalidad de prima fraccionada, luego que haya sido pagada una fracción.

La empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora, tiene derecho a dar por terminado 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 o bimestral o de cualquier otro período y el pago de la prima es fraccionado, se entiende que este mecanismo es una facilidad y no implica modificación del período de vigencia de la póliza. En este caso, si el Tomador no pagase las fracciones de prima dentro de los cinco (5) días continuos a la fecha de su exigibilidad, la empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora tiene derecho a exigir la prima debida o a resolver el contrato con fundamento en la póliza, y si ocurriese un siniestro amparado por la póliza durante su vigencia, la empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora, deberá asumir el pago del mismo y descontar del monto del siniestro todas las fracciones de primas pendientes hasta completar la totalidad de la prima del período de vigencia de la póliza.

Período del seguro Artículo 31. Por período de 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 32. Si el contrato prevé un plazo de gracia para el pago de la prima de renovación, los riesgos serán a cargo de la empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora, durante ese plazo.

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 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 en el plazo de gracia concedido. Si la prima no es pagada en el referido período, el contrato quedará sin validez y efecto a partir de la fecha de terminación de la vigencia del contrato anterior.

Capítulo VIII Del Riesgo

Definición Artículo 33. El riesgo es el suceso futuro e incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador, del asegurado o del beneficiario, cuya materialización da origen a la obligación de indemnizar. 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 no medible respecto a determinado hecho que se haya cumplido o no.

Comienzo y finalización del riesgo Artículo 34. 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 35. 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 por ésta, en el 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, contados a partir de la fecha en que sea conocida, 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.

Cuando la agravación del riesgo dependa de un acto del tomador, del asegurado o del beneficiario y que sea indicado en la póliza, debe ser notificado antes de que se produzca, a la empresa de seguros o a la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora, en el plazo de cinco (5) días hábiles, salvo que medie una causa extraña no imputable.

Conocido por la empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora, que el riesgo se ha agravado, ésta dispone de un plazo de quince (15) días continuos, contados a partir de la notificación del tomador, para indicar las razones por las cuales da por terminado el contrato o propone la modificación del mismo. Notificada la modificación al tomador, éste deberá dar cumplimiento a las condiciones exigidas, en un plazo que no exceda de quince (15) días continuos, caso contrario, se entenderá que el contrato ha quedado sin efecto a partir del vencimiento del plazo.

En caso de que el tomador no actúe de acuerdo a 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.

De ocurrir un siniestro, dentro de cualquiera de los plazos que se encuentran previstos en este artículo, 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.

En el caso de que el tomador o el asegurado no hayan 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.

Para el supuesto en que la agravación del riesgo sea de tal magnitud que la empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora, no hubiese celebrado el contrato de haber conocido la entidad del riesgo, no estará obligada al pago de la indemnización, y podrá dar por terminado el contrato con efecto a partir de la fecha de notificación del siniestro, aplicándose lo establecido en estas Normas para la terminación anticipada.

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, aplicándose el régimen previsto en este artículo para la agravación, sólo al interés o bien cuyo riesgo se ha agravado.

Agravación del riesgo que no afecta el contrato Artículo 36. 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 se haya impuesto para cumplir el deber de socorro que le impone la ley.
3. 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 37. 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 la prima cobrada en exceso por el período que falte por transcurrir, en un plazo de quince (15) días hábiles contados a partir de la notificación, deducida la comisión pagada al intermediario.

En el caso de que el tomador o el asegurado no hayan efectuado la declaración 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 38. 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.

Si con motivo del siniestro se extingue el interés asegurable, y éste es rechazado, la empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora deberá proceder a la devolución de prima, deducida la porción del periodo transcurrido.

Capítulo IX De los Siniestros

Definición Artículo 39. El siniestro es el acontecimiento futuro e incierto del cual depende 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.

En caso de que el siniestro se inicie antes de la vigencia del contrato, y continúe 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, salvo pacto en contrario.

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 o la ley, la exoneran de responsabilidad.

Definición de indemnización Artículo 40. Es la prestación del servicio o la suma que deben pagar las empresas de seguros o las asociaciones cooperativas que realizan actividad aseguradora, en caso que ocurra un siniestro, así como la prestación a la que está obligada en los casos que correspondan.

A los efectos de estas normas, la indemnización se producirá en los supuestos antes señalados, siempre que estén cubiertos de conformidad con lo previsto en las condiciones establecidas en el contrato de seguro.

Aviso y suministro de información Artículo 41. El tomador, el asegurado o el beneficiario, debe notificar a la empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora, la ocurrencia del siniestro dentro del plazo máximo de cinco (5) días hábiles de haberlo conocido, 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 declaración del siniestro en el plazo fijado, a menos que compruebe que la misma dejó de realizarse por un hecho ajeno a su voluntad.

El tomador, el asegurado o el beneficiario, debe dar a la empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora toda clase de informaciones sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro.

Obligación de aminorar las consecuencias del siniestro Artículo 42. 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, a 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, el asegurado o el beneficiario.

Si este 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, e 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 hayan 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 43. Cuando así esté establecido en el contrato de seguros, y su naturaleza lo permita, siempre que el asegurado o el beneficiario lo consienta al momento de pagar la indemnización, la empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora, podrá cumplir su obligación reparando o entregando un bien similar, en las mismas condiciones en las cuales se encontraba al momento del siniestro.

Valor de reposición a nuevo Artículo 44. 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 45. 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, sí 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, y en los demás casos establecidos en estas Normas.

Pago de la indemnización por dolo o culpa grave Artículo 46. 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 47. 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 en contrario.

De la suma asegurada por daños parciales Artículo 48. 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.

Capítulo X De las Nulidades del Contrato de Seguros

Nulidad del contrato Artículo 49. El contrato es nulo si en el 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 la inexistencia o de la cesación del riesgo, o de la ocurrencia del siniestro, tiene derecho al reembolso de los gastos en que hubiere incurrido. Si el tomador o el asegurado, tenía conocimiento de tales hechos, tendrá derecho además, al pago de la totalidad de la prima convenida.

Cargas no razonables Artículo 50. Las cargas no razonables que se impongan al tomador, al asegurado o al beneficiario de los contratos de seguros, serán nulas.

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

Duración y renovación Artículo 51. La duración del contrato será estipulada por las partes, y no podrá exceder de diez (10) años, salvo los contratos relativos al seguro de vida.

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, a través del mecanismo que hayan acordado, 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 de la póliza.

Las disposiciones contenidas en el presente artículo no son aplicables, en cuanto sean incompatibles, a los seguros de personas.

Modificación del contrato Artículo 52. 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.

Si en virtud de las modificaciones a que se refiere este artículo, se impusieren mayores cargas u obligaciones, el tomador tendrá derecho a decidir si paga el eventual aumento de prima por el período a transcurrir o continúa con el contrato en los términos originalmente pactados hasta la renovación.

Terminación anticipada Artículo 53. 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 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 realizada 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, correspondiente al período que falte por transcurrir.

La terminación anticipada de la póliza se efectuará sin perjuicio del derecho del beneficiario a indemnizaciones por siniestros ocurridos con anterioridad a la fecha de terminación anticipada, en cuyo caso, no procederá devolución de prima cuando la indemnización sea 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 54. Revocada la autorización a la empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora, para operar en uno o

varios ramos de seguros, se dará por terminado el contrato con efectos inmediatos, estando obligada al reembolso de la prima pagada correspondiente al tiempo aún no transcurrido de la duración del seguro.

En los seguros de vida, el asegurado podrá dar por terminado el contrato, exigiendo el valor de rescate, en el entendido que exista, o la parte proporcional de la prima por el período que falte por transcurrir, según corresponda.

En todo caso, quedan a salvo las eventuales acciones por daños y perjuicios.

Caducidad Artículo 55. 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 ésta 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 al monto de la indemnización o de la prestación del servicio.

En todo caso, el plazo de caducidad siempre será contado desde el momento en que haya un pronunciamiento definitivo por parte de la empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora.

A los efectos de esta disposición, se entenderá iniciada la acción judicial una vez que sea presentado el libelo de demanda por ante los órganos jurisdiccionales.

Prescripción Artículo 56. 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 57. 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 58. 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 inmediatamente anterior a la ocurrencia del siniestro, es inferior a la suma asegurada, la empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora, deberá, salvo pacto en contrario, devolver la prima cobrada en exceso, en el plazo previsto para efectuar la indemnización 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 59. 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 60. 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 sobreseguro Artículo 61. El contrato de seguro celebrado por una suma superior al valor real del bien asegurado será válido, únicamente hasta la concurrencia del valor real del bien asegurado, teniendo ambas partes la facultad de pedir 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.

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 de la cosa asegurada 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 62. 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 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 63. Cuando un interés estuviese asegurado contra el mismo riesgo, por dos o más empresas de seguros o asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora, el tomador o el asegurado 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 o el asegurado, intencionalmente omite ese aviso o hubiese celebrado el segundo o los posteriores contratos de seguros, 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 o del asegurado.

Notificado el siniestro, 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, 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.

Prohibición de renunciar a los derechos Artículo 64. Cuando exista una pluralidad de seguros, en caso de siniestro, 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 65. Cuando un seguro o riesgo relativo al mismo interés asegurable, 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 66. 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 tendrá derecho a dar por terminado unilateralmente el contrato, mediante los mecanismos de notificación que hayan acordado las partes, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes al momento en que hubiese tenido conocimiento del cambio de propietario.

En el supuesto de no hacer 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, dentro del plazo antes previsto.

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

Evaluación del daño Artículo 67. 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.

Mientras el daño no hubiese sido evaluado, 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 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 68. La empresa de seguros o asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora, salvo pacto en contrario, no responde de los daños provenientes del vicio propio o intrínseco del bien asegurado, por las pérdidas de las ganancias producidas como consecuencia del siniestro, movimientos telúricos, inundación y los que se califican 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, que atenten contra la institucionalidad o vigencia constitucional.

Subrogación Artículo 69. 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 si el daño hubiese sido causado por el cónyuge, por la persona con quien mantenga unión estable de hecho o por las personas por las que deba responder civilmente.

Capítulo II Del Seguro de Incendio

Definición y cobertura Artículo 70. 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 causa de fuego fuera de control,

rayo o por sus efectos inmediatos, como el calor y el humo, siempre que hubiere llamas, fuego o principio de estos, destruyendo aquello que no estaba destinado a quemarse.

Igualmente, responde por los daños, gastos, pérdidas o menoscabos que sean consecuencia de las medidas adoptadas para extinguirlo, para evitar la propagación del incendio y para 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 71. Adicionalmente a las obligaciones a cargo del tomador o del asegurado, señaladas en estas Normas, éste deberá informar a la empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora, al momento de solicitar el seguro como mínimo, 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 72. 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 contra los riesgos locativos, no podrá reclamar la indemnización convenida hasta tanto se produzca una sentencia ejecutoriada en la que se haya declarado no 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 73. 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.
4. El incendio que proceda por haber infringido el tomador, el asegurado o el beneficiario la normativa que tenga por objeto prevenir ese incidente.

Sustracción ilegítima Artículo 74. 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.

Capítulo III Del Seguro de Robo

Definición y cobertura Artículo 75. Por seguro de robo 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 el daño o pérdida causados por el apoderamiento del bien asegurado mediante el empleo de fuerza en las cosas haciendo uso de medios violentos.

Mediante estipulación expresa, la cobertura podrá extenderse también al daño o pérdida causado por el hurto, asalto o atraco.

Entendiéndose por hurto el apoderamiento del bien asegurado sin intimidación en las personas y sin utilizar medios violentos; y por atraco o asalto el acto de apoderarse ilegalmente del bien amparado, contra la voluntad del asegurado o de la persona que ejerza la guarda y custodia del bien, utilizando la violencia física o la amenaza de causar daños graves inminentes a las personas.

El alcance de las coberturas que puedan ser ofrecidas para este tipo de seguro, no es limitativo en cuanto a las diferentes modalidades previstas en este artículo.

Relevo de responsabilidad Artículo 76. La empresa de seguros, salvo pacto en contrario, quedará relevada de su obligación de indemnizar cuando el apoderamiento se produce:

1. Existiendo negligencia manifiesta del tomador, del asegurado o del beneficiario o de las personas que de ellos dependan o con ellos convivan.
2. Fuera del lugar 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. 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.
4. Por los empleados o dependientes del tomador o del asegurado.

Indemnización Artículo 77. 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, y aquella, si corresponde, deberá proceder a su reparación, dejándolo en las mismas condiciones que se encontraba antes del siniestro; a menos que se hubiera reconocido expresamente la facultad de abandono a favor de la empresa de seguros.
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 del plazo de cinco (5) días hábiles de haber tenido conocimiento del hecho, con la finalidad de que el asegurado decida entre recibir la indemnización, o retenerla, en caso de que ya se hubiese pagado, o abandonando a la empresa de seguros la propiedad del objeto asegurado, o manteniendo o readquiriendo la propiedad del bien asegurado, restituyendo en este último caso, la indemnización percibida, decisión que deberá comunicar a la empresa de seguros, en un plazo

no mayor de (30) días continuos siguientes a aquél en que el asegurado fue notificado de la recuperación del bien asegurado.

En el caso que el asegurado haya manifestado su voluntad de mantener la propiedad del bien, la empresa de seguros tendrá la obligación en el plazo antes señalado, de realizar todos los trámites necesarios para restituir la propiedad del bien al asegurado, y proceder a su reparación, si corresponde.

Régimen especial Artículo 78. Las disposiciones del seguro de robo previstas en estas Normas, serán aplicables a los contratos de seguros de casco de vehículos terrestres comercializados por las asociaciones cooperativas que realizan actividad aseguradora.

Capítulo IV Del Seguro de Transporte Terrestre

Definición y cobertura Artículo 79. 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; huelga, motín, daños maliciosos y conmoción civil; terremoto, movimientos telúricos, maremotos, tsunamis y temblor de tierra; y cualesquiera otros que se establezcan en el contrato.

Diversos medios de transporte Artículo 80. 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 aplicarán 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 81. 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 82. 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 83. 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 84. 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 85. En caso de pérdida total del vehículo 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 86. La empresa de seguros se subrogará una vez pagada la indemnización en las acciones que tenga el beneficiario en contra de los portadores, por los daños de los que éstos fueren responsables.

TÍTULO V Del Contrato de Seguro de Personas

Capítulo I Disposiciones Comunes

Alcance de la cobertura Artículo 87. 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 88. Los seguros de personas pueden cubrir un interés económico o referirse a una indemnización independiente de una pérdida patrimonial. La empresa de seguros no podrá subrogarse en los derechos del asegurado o el beneficiario contra terceros con ocasión del siniestro, salvo en las pólizas de hospitalización, cirugía y maternidad.

Capítulo II Del Seguro de Vida

Definición y cobertura Artículo 89. 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 aquél mayor de edad, es válido sin el consentimiento a que se refiere este artículo.

El seguro de vida podrá cubrir riesgos como el de accidentes personales, funerario y renta por incapacidad, en cualquiera de sus modalidades; y otros que se establezcan en el contrato.

Designación del beneficiario Artículo 90. 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, siempre que no existiere cesión alguna de la póliza o en un momento posterior, mediante declaración escrita comunicada a la empresa de seguros.

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.

En cuanto no contraríen su naturaleza, y salvo pacto expreso, serán aplicables estas normas a los otros contratos de seguros de personas.

Beneficiarios descendientes Artículo 91. 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 92. 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 93. Aún 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, a la imputación y a la reducción de las donaciones.

Derecho del beneficiario Artículo 94. 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 95. 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 96. 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 tomador, quedando a salvo los derechos de prenda eventualmente constituidos.

Pago en caso de reclamaciones Artículo 97. 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 98. 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 y, en todo caso, salvo que el tomador o el asegurado haya actuado con dolo.

Inexactitud en la edad del asegurado Artículo 99. Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del asegurado, sin que se demuestre que haya 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 el monto de la reserva matemática en función de la edad con que fue suscrito el contrato.

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 intereses. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.

4. Si con posterioridad a la muerte del asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la empresa de seguros estará obligada a pagar al beneficiario la suma que por las primas canceladas corresponda de acuerdo con la edad real.

Para los cálculos que exige el presente artículo se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.

Suicidio Artículo 100. 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 101. Se entiende por valores garantizados las diferentes opciones a las que tiene derecho el asegurado, a partir de determinada vigencia del contrato.

A petición del asegurado, la empresa de seguros deberá otorgar valores de rescate o, a elección de aquél, transformar en un seguro saldado o prorrogado, cualquier seguro de vida en el cual existan valores de rescate.

El valor de rescate es la cantidad a la que tiene derecho el asegurado, en caso que el contrato deje de tener efectos, y se obtiene de restar de la reserva matemática, los gastos de adquisición no amortizados.

Por seguro saldado se entenderá aquel por el cual el asegurado 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.

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.

La empresa de seguros señalará en la póliza las bases 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 reglas relativas a la reducción, prórroga y rescate deberán formar parte de las condiciones particulares del contrato, de modo que el asegurado pueda conocer en todo momento los valores correspondientes.

En los seguros de supervivencia y en el seguro de vida temporal, la empresa de seguros no estará obligada a conceder valores garantizados para el caso de muerte.

La empresa de seguros podrá, en cualquier caso, conceder al asegurado los derechos de rescate, reducción, prórroga, anticipos y cualquier otro valor de opción en los términos que determine la póliza.

Cambios de profesión o actividad Artículo 102. Los cambios de profesión o de actividad del asegurado no harán cesar los efectos del seguro de vida.

Derechos de los beneficiarios Artículo 103. Declarada la quiebra, hecha la cesión de bienes del tomador o en los casos en que los acreedores tengan bienes que ejecutar, el cónyuge o descendientes del asegurado, beneficiarios de un seguro de vida, sustituirán a éste en el contrato, a los efectos del pago de las primas, a menos que rehúsen expresamente esta sustitución. Si hubiese varios beneficiarios, éstos deberán designar un solo representante común que reciba las comunicaciones de la empresa de seguros, ésta podrá enviarlas a cualquiera de ellos, mientras no se le dé a conocer el nombre y dirección del representante.

Remate de derechos Artículo 104. 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 105. 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 106. Por el seguro de accidentes personales se entiende aquél mediante el cual la empresa de seguros 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, del asegurado y del beneficiario, 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 107. Si durante la vigencia del contrato se producen cambios de profesión, ocupación o de actividad del asegurado, se aplicarán las reglas sobre agravación o disminución del riesgo, previstas en estas Normas.

Incumplimiento en la notificación Artículo 108. El incumplimiento del deber de notificar la existencia de otros seguros que amparen iguales riesgos a los cubiertos por el seguro de accidentes personales, sólo puede dar lugar a una reclamación por los daños y perjuicios que origine, sin que la empresa de seguros, pueda deducir de la suma asegurada cantidad alguna por este concepto.

Accidente provocado Artículo 109. En caso de que se compruebe que el tomador o el asegurado, ha provocado intencionalmente el accidente, la empresa de seguros, se libera del cumplimiento de su obligación.

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 110. Los gastos de asistencia médica como consecuencia de accidentes personales, serán por cuenta de la empresa de seguros, siempre que se haya establecido su cobertura expresamente en la póliza y que tal asistencia se haya efectuado en las condiciones previstas en el contrato.

La cobertura prevista en este artículo, no podrá excluir las necesarias asistencias de carácter urgente.

Grado de invalidez Artículo 111. 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 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, 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 112. 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 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 sólo 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 113. 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 114. 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.

Salvo pacto en contrario, si el tomador o el asegurado solicitare un incremento en la suma asegurada o cambio de plan, para las cantidades en exceso, comenzarán a considerarse nuevamente los plazos de espera, 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 aplicables a la nueva suma asegurada o plan, la empresa de seguros indemnizará sobre la base de la suma asegurada o plan contratado antes de la modificación, siempre que los plazos de espera anteriores hubieren vencido.

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 casos o alteraciones a la salud, nombrados en el condicionado.

Costos razonables Artículo 115. 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 y/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 o equipos médicos.

Enfermedad preexistente, defecto o malformación congénita Artículo 116. 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.

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 la fecha de nacimiento o antes del mismo. Se considerará enfermedad preexistente si 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.

Salvo pacto en contrario, los contratos de seguros de salud no cubren las enfermedades preexistentes.

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 117. Transcurridos tres (3) años ininterrumpidos desde la celebración del contrato de seguro de salud, la empresa de seguros no podrá alegar como causal de rechazo la preexistencia, ni podrá terminar o negarse a renovar en las mismas condiciones, siempre que el tomador o el asegurado pague la prima, salvo los casos de falsedades y reticencias de mala fe.

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

Régimen aplicable Artículo 118. Los seguros de salud se regularán en lo atinente a la indemnización, conforme a lo dispuesto para el seguro de daños, y respecto del seguro de accidentes personales, en cuanto sean compatibles con este tipo de seguros.

Capítulo V Del Seguro Colectivo

Definición Artículo 119. 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 los grupos de personas asegurables a que se refiere este artículo, el formado por la familia y aquéllos que se constituyan con el propósito de asegurarse.

Derechos de los beneficiarios Artículo 120. 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 121. El contrato de seguro colectivo fijará las condiciones de ingreso o 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 en los quince (15) días siguientes a la fecha en que se le haya notificado la incorporación. En los seguros colectivos sólo podrá pactarse el examen médico obligatorio en el caso de seguro colectivo de vida. Serán a cargo de la empresa de seguros los gastos ocasionados por los exámenes médicos que razonablemente sean requeridos.

El tomador estará obligado a entregar a cada integrante del grupo, en forma impresa o a través de mecanismos electrónicos previstos para ello, el certificado de seguro colectivo, que deberá contener el nombre de los asegurados, la vigencia de la póliza y los beneficios a los que tiene derecho.

Se indicará en el contrato de seguro colectivo, que el asegurado participa en los reintegros por experiencia favorable, si fuese el caso, en la misma proporción en que lo hace en el pago de la prima.

Pago de la indemnización Artículo 122. En el seguro colectivo contra accidentes, 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.

Condiciones especiales para los seguros colectivos de vida y de salud Artículo 123. Los contratos de seguros de vida y de salud bajo la modalidad colectiva, deben garantizar que los asegurados tendrán derecho a la emisión de una póliza de seguro de vida o salud individual, según sea el caso, al egresar del colectivo, siempre que efectúe su requerimiento dentro de los treinta (30) días continuos del egreso, en la misma empresa de seguros manteniendo la suma asegurada, sin perder su antigüedad como asegurado, previo pago de la prima correspondiente; bajo el entendido que las coberturas, en los términos originalmente pactados, se extenderán a todo su grupo familiar.

TÍTULO V Del Contrato de Reaseguro o Retrocesión

Capítulo I Disposiciones Generales

Definición Artículo 124. El contrato de reaseguro es un acuerdo entre dos partes, llamadas compañía cedente y reasegurador, mediante el cual la cedente acuerda en ceder y el reasegurador en aceptar la participación del riesgo, de acuerdo con los términos que se pacten en la negociación.

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

Régimen aplicable Artículo 125. Los contratos de reaseguros y de retrocesión se rigen por el derecho común y no están sometidos a las disposiciones sobre el contrato de seguro.

Prueba Artículo 126. 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 127. 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, éste 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 128. 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 cesionario o aceptante. Podrá ser la empresa de seguros, la asociación cooperativa y los organismos de integración que realizan actividad aseguradora, así como la empresa o asociación cooperativa de medicina prepagada.
2. El cesionario, persona que acepta riesgos cedidos en reaseguros. 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 actúen como reaseguradores, en su condición de retrocedentes o retrocesionarios.

Interpretación de términos Artículo 129. A los fines de la interpretación y aplicación de estas Normas se definen los siguientes términos:

1. Cesión: Acción por la que la cedente transmite al cesionario un bien, derecho, acción o crédito que tiene frente a un tercero, adquiriendo el cesionario los mismos derechos y obligaciones que tenía el cedente en ese momento.
2. Prioridad: Se da este nombre, en el reaseguro de exceso de pérdida, al importe que en cada siniestro retiene por cuenta propia el cedente.
3. Retención: Es la parte del riesgo que no se transfiere en reaseguro.

Capítulo II De los Contratos de Reaseguro

Definición del contrato automático Artículo 130. 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 pueden probarse por cualquier medio de prueba admitido por la ley.

Contratos bajo régimen facultativo Artículo 131. En el contrato de reaseguro bajo régimen facultativo, la cedente conviene con el cesionario en ceder una parte o la totalidad de un riesgo determinado; éste por su parte, es libre de aceptar o declinar el riesgo que se le ofrece, teniendo ambas partes la facultad de ceder o rechazar el riesgo, respectivamente.

El certificado de cesión de reaseguro y la nota de cobertura de los contratos bajo régimen facultativo deben contener como mínimo la siguiente información:

1. Nombre del tomador y asegurado; 2. Número de Cédula de Identidad o Registro de Información Fiscal del tomador y asegurado; 3. Actividad y ubicación del asegurado; 4. La identificación del ramo; 5. Las coberturas otorgadas por el cesionario y aquellas que se excluyan, si las hubiere; 6. Características del riesgo e identificación de las personas, bienes o intereses; 7. Movimiento de la póliza (emisión, renovación, aumento de la suma asegurada u otros); 8. La identificación de la cedente y su domicilio; 9. La identificación del cesionario y su domicilio, indicando sede de suscripción y país de origen; 10. Suma asegurada; 11. Suma reasegurada; 12. Porcentaje de retención; 13. Porcentaje de cesión; 14. Vigencia del seguro;

15. Vigencia de la cesión de reaseguro; 16. Ámbito territorial; 17. Prima de seguro; 18. Prima de reaseguro; 19. La garantía de pago de la prima de reaseguro; 20. Porcentaje y monto de la comisión a cargo del cesionario, si lo hubiere; 21. Impuestos y aporte a la Superintendencia de la Actividad Aseguradora a cargo del cesionario, si los hubiere; 22. Número de la póliza asignado por la cedente; 23. Número de la aceptación del cesionario; 24. Porcentaje y monto de participación del cesionario; 25. Identificación del intermediario de reaseguros o representante del cesionario, si lo hubiere; 26. Firma y sello de las partes contratantes del reaseguro facultativo (cedente y cesionario).

Los montos indicados en las cesiones de reaseguro y notas de cobertura deben ser expresados en bolívares con su equivalente en moneda extranjera, si fuera el caso.

Contratos bajo régimen obligatorio proporcional Artículo 132. Los contratos de reaseguros bajo régimen obligatorio proporcional consisten en una negociación en virtud de la cual una parte denominada cedente se obliga a transferir parte o la totalidad de los riesgos aceptados, a otro sujeto denominado cesionario, quien se obliga aceptarlos bajo los términos previstos en una relación porcentual. Deben contener, como mínimo, la siguiente información:

1. Tipo de contrato (cuota parte, excedente o mixto); 2. Identificación de la cedente y su domicilio; 3. Identificación del cesionario y su domicilio, indicando sede de suscripción y país de origen; 4. Objeto del contrato, incluyendo la identificación de los riesgos cedidos; 5. Vigencia del contrato; 6. Ámbito territorial; 7. Cuantía de la retención de la cedente (porcentaje de retención en caso de que sea un cuota parte, número y monto de cada pleno en caso de que sea un excedente o ambas cuantías en caso de que sea mixto); 8. Capacidad máxima del contrato o limite de suscripción; 9. Comisión y procedimientos para determinarla; 10. Comisiones adicionales en base a la siniestralidad, si aplica; 11. Participación de utilidades, sistema de arrastre de pérdidas y porcentaje de siniestralidad (la cual deberá contemplar todas las partidas

derivadas de la contabilización del contrato). 12. Porcentaje del gasto del reasegurador; 13. Período de presentación de las cuentas técnicas (plazos para su envío, conformación y fecha de pago); 14. Cláusulas y especificaciones del monto de siniestros al contado; 15. Tratamiento de la cartera (entrada y salida), si lo hubiere; 16. Exclusiones; 17. Impuestos y aporte a la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, si los hubiere; 18. Porcentaje de participación del reasegurador; 19. Identificación del intermediario de reaseguros o representante del cesionario, si lo hubiere; 20. Firma y sello de las partes contratantes del reaseguro (cedente y cesionario), donde se verifique los datos de identificación de los firmantes.

Quedan prohibidas las cláusulas de participación en las pérdidas que establezcan contraprestaciones o ingresos extras para el cesionario, o aquellas que distorsionen la proporcionalidad del contrato de reaseguro.

Contratos bajo régimen obligatorio no proporcional Artículo 133. En los contratos de reaseguros bajo régimen obligatorio no proporcional no existe una relación fija predeterminada, según la cual las primas y los siniestros han de ser repartidos entre la cedente y el reasegurador. Deben contener, como mínimo, la siguiente información:

1. Tipo de contrato (XL operativo, XL catastrófico, Tent Plan, Stop Loss o mixto o cualquier otro aplicable);
2. Identificación de la cedente y su domicilio;
3. Identificación del reasegurador y su domicilio, indicando sede de suscripción, país de origen y número de inscripción en el Registro de Reaseguradores que lleva la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.
4. Objeto del contrato, incluyendo la identificación de los riesgos cubiertos;
5. Vigencia del contrato;
6. Ámbito territorial;
7. Límite de suscripción;
8. Número total de capas y delimitación de cada una, en los siguientes términos: a) Prioridad b) Capacidad o límite de cobertura (límite de responsabilidad del reasegurador). c) Porcentaje de la tasa de ajuste (básica o fija, o mínima y máxima). d) Porcentaje de la tasa mínima y máxima, si lo hubiere. e) Prima mínima de depósito (MINDEP) por cada capa.
9. Prima anual estimada (EPI) y/o cúmulos de riesgos detallados por ramo;
10. Primas de reinstalación.
11. Forma de pago de la prima mínima de depósito;
12. Garantía de pago de primas, (fecha límite de pago de la prima);
13. Cláusula de ajuste de prima;
14. Identificación del intermediario de reaseguros o representante del reasegurador, si lo hubiere;
15. Participación del reasegurador;

16. Firma y sello de las partes contratantes del reaseguro, donde se verifique los datos de identificación de los firmantes.

Del reaseguro de vida individual Artículo 134. En los contratos de reaseguros de vida individual a prima de riesgo se entiende que la prima de reaseguro será la que corresponda a un contrato de seguro de vida temporal a un (1) año renovable, aplicado al riesgo efectivamente cubierto que se transfiere al reasegurador.

Los contratos de reaseguros de vida individual a prima original se registrarán por las condiciones establecidas en el contrato de seguro inicialmente suscrito por el asegurador, 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 135. El contrato de medicina prepagada comprende la prestación de servicios médico-asistenciales, mediante el cual la empresa o asociación cooperativa de medicina prepagada, se compromete con una persona natural, denominada usuario, afiliado o beneficiario, a gestionar la atención médica y a la prestación de servicios médicoasistenciales relacionados con la atención y tratamiento de la salud de las personas o para atender o prestar directa o indirectamente estos servicios, mediante el cobro periódico o total por anticipado de una cuota, previamente establecida y pagada por el contratante.

Las disposiciones del contrato de medicina prepagada regulan los derechos y las obligaciones entre las empresas de medicina prepagada y sus respectivos contratantes y usuarios o afiliados, derivados de la prestación de los servicios de medicina prepagada.

Objeto del contrato Artículo 136. El contrato de medicina prepagada puede cubrir toda clase de prestación de servicios médico-asistenciales, mediante el cobro periódico o total por anticipado de una cuota, salvo prohibición expresa de la ley.

Causa del contrato Artículo 137. Todo interés legítimo en el cuidado integral de la salud, mediante la prestación de servicios médico-asistenciales, que sea susceptible de valoración económica, puede ser causa de un contrato de medicina prepagada.

Partes del contrato Artículo 138. Son partes del contrato de medicina prepagada:

1. La empresa o asociación cooperativa de medicina prepagada, que realiza actividad aseguradora.
2. El contratante, persona natural o jurídica que suscribe un contrato de servicios con una empresa de medicina prepagada, para beneficio de terceros o para beneficio de uno y otros.
3. El afiliado, persona amparada por los contratos de prestación de servicios médicoasistenciales o planes de salud de medicina prepagada, teniendo derecho a la cobertura de los riesgos que prevea el contrato.
4. El usuario, persona con derecho a solicitar y recibir los servicios médico-asistenciales establecidos en el respectivo Plan de Salud.
5. El beneficiario, aquél en cuyo favor se ha establecido la indemnización que pagará la empresa o asociación cooperativa de medicina prepagada.

El contratante, el afiliado, el usuario o el beneficiario pueden ser o no la misma persona

Interpretación de términos Artículo 139. 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 los usuarios o afiliados reciben atención médica o quirúrgica.
2. Plan de Salud: Conjunto de condiciones, prácticas médicas y servicios médicoasistenciales, que de acuerdo con las modalidades previstas en estas Normas, se comprometen a prestar las

empresas o asociaciones cooperativas de medicina prepagada, 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 las empresas o asociaciones cooperativas de medicina prepagada, pueden ejecutar la prestación del servicio de medicina prepagada en beneficio de los usuarios, afiliados o beneficiarios.

4. Emergencia Médica: Condición que compromete la vida o la integridad física del usuario, afiliado o beneficiario, 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 140. El servicio de medicina prepagada puede ser prestado en dos modalidades: de manera directa, por las empresas o asociaciones cooperativas de medicina prepagada, 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 médicoasistenciales, o mediante ambas modalidades.

Excepcionalmente, cuando la prestación del servicio no pueda ser cumplida bajo las modalidades descritas, el contratante, usuario, afiliado o beneficiario elegirá el centro de salud y el profesional de salud, previa referencia por parte de la empresa o asociación cooperativa de medicina prepagada.

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

Comercialización de los contratos Artículo 141. Las empresas o asociaciones cooperativas de medicina prepagada únicamente podrán comercializar sus contratos de forma directa o a través de los intermediarios de medicina prepagada, autorizados por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

Folleto explicativo Artículo 142. Las empresas o asociaciones cooperativas de medicina prepagada 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. Adicionalmente, debe contar con un suplemento que incluya:

1. Los centros de salud dispuestos por la empresa o cooperativa de medicina prepagada para la atención de sus contratantes, usuarios, afiliados o beneficiarios;
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 contratante, usuario, afiliado o beneficiario;
3. La unidad especializada en atención de consultas y reclamaciones; y

4. Los mecanismos para obtener información actualizada.

La empresa o asociación cooperativa de medicina prepagada 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 143. La cuota es la contraprestación periódica o total que deberá pagar por anticipado el contratante, usuario, o afiliado en función del Plan de Salud suscrito. 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.

Las empresas o asociaciones cooperativas de medicina prepagada y los intermediarios no podrán cobrar cantidad alguna por otro concepto distinto al monto de la cuota estipulada en el contrato.

Obligación de pago Artículo 144. El derecho de los contratantes, usuarios, afiliados o beneficiarios de recibir la prestación de los servicios médicos-asistenciales de sus respectivos planes de salud, así como la aplicación de las coberturas previstas progresivamente en el contrato, 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 145. Transcurrido el plazo para la exigibilidad del pago de la cuota y esta no ha sido pagada, no correrá por cuenta de la empresa o asociación cooperativa de medicina prepagada la prestación de los servicios médicos-asistenciales.

La empresa o asociación cooperativa de medicina prepagada, tiene derecho a dar por terminado el contrato de medicina prepagada, o a exigir el pago de la cuota debida con fundamento en el contrato.

Suspensión temporal del servicio por falta de pago Artículo 146. Transcurridos los cinco (5) días continuos para la exigibilidad del pago de la cuota respectiva, o el plazo de gracia pactado por las partes, sin que el mismo se haya verificado, la empresa o asociación cooperativa de medicina prepagada podrá suspender la prestación de los servicios médicos-asistenciales.

En caso de no haberse efectuado el pago de la cuota respectiva, la suspensión procederá sin perjuicio de lo establecido para la terminación 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 o asociación cooperativa de medicina prepagada debe restablecer la prestación de los servicios médicos-asistenciales para los nuevos casos, así como pagar los reembolsos pendientes ocurridos antes de la suspensión del referido servicio.

Los gastos derivados de servicios de salud generados durante la suspensión de la prestación de los servicios médicos-asistenciales, no estarán amparados por el contrato.

Duración y renovación Artículo 147. La duración del contrato de medicina prepagada será estipulada por un (1) año, supeditado al pago oportuno de las cuotas establecidas en el contrato; las cuales no podrán ser modificadas dentro de ese período

El contrato se renovará tácitamente una o más veces, incluso por cláusulas convencionales, en el entendido que cada renovación tendrá la duración prevista en este artículo.

Terminación anticipada Artículo 148. En los supuestos de terminación anticipada, serán aplicadas las reglas previstas en estas Normas; adicionalmente, la empresa o asociación cooperativa de medicina prepagada debe reintegrar al contratante, usuario, afiliado o beneficiario el costo correspondiente a los vales u otro instrumento similar, si los hubiere, que no hayan sido utilizados.

No procederá la terminación anticipada del contrato por parte de la empresa o asociación cooperativa de medicina prepagada.

Condiciones especiales Artículo 149. Si el usuario, afiliado o beneficiario se encuentra recibiendo asistencia médica, como consecuencia de una alteración a la salud, amparada por el contrato de medicina prepagada, se tendrán cubiertos los gastos que se originen luego de vencido el contrato, que sean atribuibles a la misma asistencia médica, siempre que no se haya agotado el límite de responsabilidad.

Rehabilitación Artículo 150. La prestación de los servicios médicos-asistenciales, que haya sido suspendida temporalmente por falta de pago oportuno de las cuotas o por terminación del contrato de medicina prepagada, puede ser rehabilitada a solicitud del contratante, siempre que el usuario, afiliado o beneficiario se encuentren en buen estado de salud, según declaración o reconocimiento médico a cargo del contratante. En este supuesto, se requiere la aceptación de la empresa o asociación cooperativa de medicina prepagada, y el pago de las cuotas pendientes, entrando el contrato nuevamente en vigor en la fecha allí indicada.

La empresa o asociación cooperativa de medicina prepagada reconocerá la antigüedad obtenida por el usuario, afiliado o beneficiario para efectos de la aplicación de los plazos de espera y exclusiones temporales, si las hubiere.

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

Aplicación supletoria Artículo 151. 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 152. Es un contrato por el cual una persona llamada fiador, se obliga frente a otro acreedor, a cumplir las obligaciones asumidas por el afianzado (deudor), si este no las cumple. El fiador se responsabiliza por las obligaciones convenidas por el afianzado.

Características del contrato Artículo 153. El contrato de fianza es consensual, subsidiario, unilateral y accesorio a una obligación principal.

Objeto del contrato Artículo 154. El contrato de fianza puede cubrir toda clase de 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 155. Todo interés legítimo en garantizar el cumplimiento de una obligación, puede ser causa de un contrato de fianza.

Partes del contrato Artículo 156. Son partes del contrato de fianza:

1. La afianzadora llamada también fiadora, que será la empresa de seguros, persona que se obliga frente al acreedor a cumplir la obligación deudor si éste no lo hace.
2. El acreedor, persona titular del crédito que se garantiza.
3. El afianzado o también llamado deudor, persona contra quien se tiene el crédito y en cuyo favor se otorga la fianza.

Requisitos del contrato Artículo 157. 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 al vencimiento de un lapso que no puede ser mayor de un (1) año, contado desde la fecha en que el acreedor garantizado tenga conocimiento del hecho que da origen a la reclamación; 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 158. Las fianzas emitidas deben ser suscritas por quienes tengan la cualidad para comprometer patrimonialmente a la empresa de seguros, de conformidad con sus estatutos. En caso que esta función sea 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 resolución 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 159. 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 160. Es el contrato por medio del cual el fideicomitente transfiere la propiedad de uno o más bienes, para ser destinados a fines lícitos y determinados al fiduciario, quien se obliga a utilizarlo a favor de aquel o de un tercero beneficiario.

Características del contrato Artículo 161. El contrato de fideicomiso es consensual, bilateral, solemne, oneroso, de tracto sucesivo, autónomo y principal.

El contrato de fideicomiso tendrá carácter personal, en consecuencia, ninguna de las partes podrá traspasar, ceder ni transferir por ningún otro medio las obligaciones derivadas del contrato.

Objeto del contrato Artículo 162. El contrato de fideicomiso busca la transferencia de propiedad de uno o más bienes al fiduciario, teniendo el fideicomitente el poder de disposición sobre los bienes o la situación jurídica de la cual se pretende disponer.

Causa del contrato Artículo 163. El contrato de fideicomiso tiene por causa afectar ciertos bienes para la realización del fin para el cual fue constituido.

Partes del contrato Artículo 164. 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 en propiedad los bienes fideicometidos, los cuales deberán ser administrados para cumplir con las instrucciones del fideicomitente.
2. El fideicomitente, persona que transmite la propiedad del bien o los bienes 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 fideicometidos.

Contenido del contrato Artículo 165. El contrato de fideicomiso deberá contener, como mínimo, lo siguiente:

1. Una descripción amplia y detallada de los bienes y derechos, cuya propiedad ha sido transferida en fideicomiso, a los fines de identificarlos y determinar en qué condiciones han sido dados en fiducia, de ser el caso. En el supuesto de contratos que versen sobre: a) Títulos valores: debe señalar 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: debe especificar 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: deben especificar los números de seriales, marca, color, modelo, lugar de ubicación y otros distintivos que permitan su identificación. d) Derechos: debe detallar sus particularidades e identificar el 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 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, contados a partir de 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 anticipada con un lapso no menor de quince (15) días hábiles.

9. La retribución 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 166. 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 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 otorgados en fideicomiso, si se comprueba que hubo de su parte dolo, negligencia, imprudencia, impericia o incumplimiento de las obligaciones contractuales.

Formalidad registral Artículo 167. 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, deberán protocolizarse por ante la Oficina de Registro respectiva.

Requisitos de autorización y operatividad Artículo 168. Los requisitos que deben presentar las empresas de seguros al momento de solicitar la autorización para efectuar operaciones de fideicomiso, así como los lineamientos de estas operaciones, se establecerán en las normas que al efecto dicte la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

En las situaciones no previstas en las referidas normas, serán aplicables supletoriamente las disposiciones establecidas en la ley especial que regula el fideicomiso.

TÍTULO IX Del Contrato de Administración de Riesgos

Definición Artículo 169. El contrato de administración de riesgos es aquél en virtud del cual una empresa administradora de riesgos, a cambio de una remuneración, se responsabiliza por manejar e invertir fondos administrados, de común acuerdo con el contratante, para cubrir las consecuencias económicas de riesgos ajenos, comprometiéndose a prestar un servicio o a pagar una cantidad de dinero al afiliado, usuario o beneficiario, en caso de que ocurra un acontecimiento futuro e incierto y que no dependa exclusivamente de la voluntad del afiliado, usuario o beneficiario, dentro de los límites pactados, todo subordinado a la ocurrencia de un evento que se denomina siniestro, cubierto por el contrato de administración suscrito entre las partes.

Características del contrato Artículo 170. El contrato de administración de riesgos es consensual, bilateral, oneroso, aleatorio, de buena fe y de ejecución sucesiva.

Objeto del contrato Artículo 171. El contrato puede cubrir toda clase de riesgos mediante la administración de un fondo por parte de una empresa administradora de riesgos, a cambio de una remuneración, salvo prohibición expresa de la ley

Causa del contrato Artículo 172. Todo interés legítimo en la no materialización de un riesgo, al que está expuesto el afiliado, usuario o beneficiario, en cuanto a sus bienes, intereses, existencia, integridad física y salud, que sea susceptible de valoración económica, puede ser causa de un contrato de administración de riesgos.

Partes del contrato Artículo 173. Son partes del contrato de administración de riesgos:

1. La empresa administradora de riesgos.
2. El contratante, persona que obrando por cuenta propia o ajena, traslada los riesgos.
3. El afiliado o usuario, persona que en sus bienes, intereses o en sí misma está expuesta al riesgo.
4. El beneficiario, aquél en cuyo favor se ha establecido la indemnización que pagará la empresa administradora de 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 es el documento donde constan las condiciones del mismo, redactado al 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 administradora de 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 o 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 límite máximo de responsabilidad amparado por el contrato, determinado de manera particular y global, el modo de precisarlo o el alcance de la cobertura.
5. El monto del fondo o el modo de calcularlo, la forma y lugar de su transferencia a la empresa administradora de riesgos, su forma de inversión y la distribución del rendimiento que produzca, así como los mecanismos para su reposición, de ser el caso.
6. Señalamiento de los riesgos amparados, excluidos y exonerados.
7. Monto de la remuneración que será percibida por la empresa administradora de riesgos, o la forma de determinarla, así como otros gastos de administración que correspondan.
8. Las condiciones generales y particulares relativas a los riesgos amparados que acuerden los contratantes.
9. Identificación completa de los intermediarios, en caso de que intervengan en el contrato, incluyendo el monto o alícuota por concepto de comisión.

10. Las firmas del representante de la empresa administradora de riesgos y del contratante.

Condiciones del contrato de administración de riesgos Artículo 175. A los efectos de estas Normas, se entiende por condiciones generales aquéllas que establecen el conjunto de principios acordados por las partes, para regular todos 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 que se amparan.

También forman parte del contrato de administración de riesgos los anexos, que son aquellos documentos que pueden o no modificar condiciones previamente pactadas en el contrato.

Obligaciones del contratante, afiliado o usuario Artículo 176. El contratante, afiliado o usuario, según el caso, deberá:

1. Transferir a la empresa administradora de riesgos el monto inicial y los montos sucesivos 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 aquella información necesaria para la indemnización del mismo, o para la prestación del servicio requerido, que sea solicitada por la empresa administradora de riesgos.
3. Mantener actualizados los registros correspondientes a los afiliados o usuarios amparados por el contrato de administración de riesgos, empleando para ello los medios escritos que hayan acordado las partes.

Obligaciones de las empresas administradoras de riesgos Artículo 177. Son obligaciones de las empresas administradoras de riesgos:

1. Informar al contratante, mediante la entrega del contrato y demás documentos, la extensión de los riesgos amparados y aclarar, cualquier duda que éste 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 debidamente motivado, en los plazos previstos en la ley.
3. Informar al contratante, oportunamente, dentro de los plazos y empleando los medios 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 regida por la ley especial que regula la materia bancaria.

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, que se suscriban.

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

Objeto del contrato Artículo 180. Otorgar cantidades de dinero a las que asciende una proporción de la prima o cuota, para el financiamiento 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.
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.
2. Cuadro de amortización que indique, como mínimo, 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 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 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.
7. La terminación anticipada por falta del pago oportuno de por lo menos dos (2) cuotas del contrato de financiamiento; que 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, de ser el caso.
8. Indicación del domicilio procesal acordado por las partes del contrato.

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 de las pólizas de seguros o cuotas del contrato de medicina prepagada.

DISPOSICIÓN FINAL

Única. Las presentes normas entrarán en vigencia a partir de los treinta (30) días continuos siguientes a partir de su publicación en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela.

Cuenta con 184 artículos.

Para ver el contenido completo pulse [aquí](#) o visite el siguiente vínculo: www.sudeaseg.gob.ve

25 de febrero de 2016

**El presente boletín fue preparado y divulgado por ZAIBERT & ASOCIADOS. Su propósito es difundir información de interés general en materia jurídica. El contenido de este informe no puede ser interpretado como una recomendación o asesoría para algún caso específico. Se recomienda consultar especialistas en la materia para la aplicación de su contenido. Quedan expresamente reservados todos los derechos.*