

GACETA OFICIAL

DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

AÑO CLI - MES XI

Caracas, martes 3 de septiembre de 2024

Nº 6.835 Extraordinario

SUMARIO

MINISTERIO DEL PODER POPULAR DE ECONOMÍA, FINANZAS Y COMERCIO EXTERIOR

Superintendencia de la Actividad Aseguradora
Providencias mediante las cuales se dictan las
Normas Prudenciales de la Superintendencia de la
Actividad Aseguradora.

MINISTERIO DEL PODER POPULAR DE ECONOMÍA, FINANZAS Y COMERCIO EXTERIOR

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
MINISTERIO DEL PODER POPULAR DE ECONOMÍA,
FINANZAS Y COMERCIO EXTERIOR
SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD
ASEGURADORA

Caracas, a los veintinueve (29) días de agosto 2024

AÑOS 214º, 165º y 25º

PROVIDENCIA ADMINISTRATIVA
Nº SAA-01-0478-2024

De conformidad con las provisiones normativas contenidas en los artículos 6 numeral 1; 8 numerales 1, 3 y 18 de la Ley de la Actividad Aseguradora, que le atribuyen al Superintendente de la Actividad Aseguradora (E), **OMAR OROZCO COLMENARES**, designado mediante Resolución N° 003 de fecha 18 de enero de 2021, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 42.049 de la misma fecha, la competencia para establecer y dictar sus manuales de normas y procedimientos que regulan la actividad aseguradora.

POR CUANTO

La Ley de la Actividad Aseguradora dispone que la Superintendencia de la Actividad Aseguradora podrá establecer, mediante acto administrativo, los modelos de contratos y tarifas que deben mantener carácter general y uniforme, cuando el interés común así lo requiera.

POR CUANTO

Es competencia de esta Superintendencia de la Actividad Aseguradora verificar y garantizar que los sujetos regulados cumplan con las disposiciones contenidas en la Ley de la Actividad Aseguradora.

En virtud de lo anterior, acuerda dictar las siguientes:

NORMAS SOBRE LAS CONDICIONES GENERALES DE LAS PÓLIZAS DE SEGUROS PATRIMONIALES

Aprobación con carácter general y uniforme

Artículo 1. Aprobar con carácter general y uniforme las Condiciones Generales de las Pólizas de Seguros Patrimoniales, en los términos que se transcriben a continuación:

PÓLIZA DE SEGURO DE (Indicar nombre completo del Seguro Patrimonial)

Entre (RAZÓN SOCIAL DEL ASEGURADOR), (REGISTRO ÚNICO DE INFORMACIÓN FISCAL (R.I.F.)), (DATOS DE REGISTRO MERCANTIL), que en adelante se denominará el Asegurador, representada por el ciudadano _____ en su carácter de _____, facultado según consta en documento inscrito ante la Notaría Pública _____, el _____ de _____ de _____, bajo el N° _____, Tomo _____, y el Tomador, identificado en el Cuadro Póliza Recibo, han convenido en suscribir el presente contrato de seguro, el cual está conformado y se registrará por las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, el Cuadro Póliza Recibo, la Solicitud de Seguro y los demás documentos que formen parte integrante del mismo.

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA 1. OBJETO DEL SEGURO.

Mediante este seguro el Asegurador se compromete a cubrir los riesgos mencionados en las Condiciones Particulares y Anexos, si los hubiere, y a indemnizar al Asegurado o al Beneficiario por la pérdida o daño que pueda sufrir el bien amparado por el presente contrato, hasta por la suma asegurada indicada como límite en el Cuadro Póliza Recibo.

CLÁUSULA 2. DEFINICIONES GENERALES.

A los efectos de este contrato, queda expresamente convenido entre las partes que los siguientes términos tendrán los significados que se indican, siendo que el género masculino incluirá también al femenino, cuando corresponda, salvo que del texto de este contrato se desprenda una interpretación diferente:

- ASEGURADO:** Persona natural o jurídica que en sus bienes o intereses económicos está expuesta a los riesgos amparados por este contrato.
- ASEGURADOR:** Persona jurídica que asume los riesgos cubiertos en este contrato.
- BENEFICIARIO:** Persona natural o jurídica que tiene el derecho de recibir el pago de la indemnización a que hubiere lugar. El Tomador, el Asegurado o el Beneficiario pueden ser o no la misma persona.
- CONDICIONES PARTICULARES:** Aquellas que contemplan aspectos concretamente relativos al riesgo que se asegura.
- CUADRO PÓLIZA RECIBO:** Documento en el que se indica, como mínimo, la siguiente información: número de la Póliza; identificación completa del Asegurador y de su domicilio principal; identificación completa del Tomador y del Asegurado; dirección del Tomador; dirección de cobro; dirección del Asegurado; duración del contrato; fecha de emisión del contrato; vigencia del recibo; coberturas contratadas, básicas y opcionales, distinguiendo para cada cobertura: la suma asegurada, el deducible, si lo hubiere, y el monto de la prima; lugar y forma de pago de la prima; identificación del intermediario de la actividad aseguradora y firmas del Asegurador y del Tomador.
- DOCUMENTOS QUE FORMAN PARTE DEL CONTRATO DE SEGURO:** La Solicitud de Seguro; el documento de cobertura provisional, si lo hubiere; las Condiciones Generales; las Condiciones Particulares; el Cuadro Póliza Recibo; los anexos que se emitan para complementar o modificar el contrato y los demás documentos que, por su naturaleza, formen parte del contrato.
- PRIMA:** Contraprestación que, en función del riesgo, debe pagar el Tomador al Asegurador en virtud de la celebración del contrato.
- RIESGO:** Posible ocurrencia por azar de un acontecimiento que no dependa exclusivamente de la voluntad del Tomador, Asegurado o Beneficiario, que ocasione una necesidad económica, y cuya aparición real o existencia se previene y garantiza en este contrato.
- SINIESTRO:** Materialización del riesgo que da origen a la obligación de indemnizar por parte del Asegurador, que corresponda conforme con el presente contrato.
- SOLICITUD DE SEGURO:** Cuestionario que proporciona el Asegurador, el cual contiene un conjunto de preguntas relativas a la identificación del Tomador, del Propuesto Asegurado y del Beneficiario, así como también la identificación, la descripción detallada y la ubicación de los bienes o intereses que se pretenden asegurar y demás datos que puedan influir en la estimación del riesgo, que deben ser contestadas en su totalidad y con exactitud por el Tomador o el Propuesto Asegurado, constituyendo dicha declaración la base legal para la emisión del contrato de seguro.

De los límites de gasto publicitario

Artículo 19. La Superintendencia de la Actividad Aseguradora podrá establecer los gastos asociados a publicidad mediante acto particular o general.

De la derogatoria

Artículo 20. Se deroga el acto administrativo contenido en la Providencia N° FSAA-9-00731 de fecha 2 de agosto de 2016, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 40.973 de fecha 24 de agosto de 2016, mediante el cual se dictaron las Normas para la Divulgación y Publicidad de la Actividad Aseguradora. Las demás normativas prudenciales y actos administrativos conexos a la actividad aseguradora, que coliden con las presentes normas no serán aplicables.

De la publicidad

Artículo 21. Se ordena la publicación de las presentes normas en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, con el fin de coadyuvar con la divulgación de su contenido a todos los interesados y público en general, sin menoscabo de su publicación en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela.

De la vigencia

Artículo 22. Las presentes normas entrarán en vigencia a partir su publicación en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela.

Comuníquese y publíquese



Caracas, a los veintinueve (29) días del mes de agosto de 2024

AÑOS 214°, 165° y 25°

**PROVIDENCIA ADMINISTRATIVA
N° SAA-01-0505-2024**

De conformidad con las previsiones normativas contenidas en los artículos 6 numeral 1; 8 numerales 1, 3 y 18 de la Ley de la Actividad Aseguradora, que le atribuyen al Superintendente de la Actividad Aseguradora (E), **OMAR OROZCO COLMENARES**, designado mediante Resolución N° 003 de fecha 18 de enero de 2021, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 42.049 de la misma fecha, la competencia para establecer y dictar sus manuales de normas y procedimientos que regulan la actividad aseguradora.

POR CUANTO

La Ley de la Actividad Aseguradora establece que las tarifas utilizadas por las empresas de seguros o de medicina prepagada deben cumplir con los principios, condiciones, requisitos y lineamientos establecidos en el reglamento de la referida ley y las normas que se dicten al efecto.

POR CUANTO

Es competencia de esta Superintendencia de la Actividad Aseguradora verificar y garantizar que los sujetos regulados cumplan con las disposiciones contenidas en la Ley de la Actividad Aseguradora.

En virtud de lo anterior, acuerda dictar las siguientes:

**NORMAS PARA ELABORAR LOS REGLAMENTOS
ACTUARIALES DE LAS TARIFAS APLICABLES EN LOS
CONTRATOS DE SEGUROS Y DE MEDICINA PREPAGADA**

Del objeto

Artículo 1. Las presentes normas tienen por objeto establecer los criterios, elementos y parámetros generales para la elaboración de los reglamentos actuariales contentivos de las tarifas aplicables en los contratos de seguros y de medicina prepagada.

Del ámbito de aplicación

Artículo 2. Las presentes normas serán de aplicación obligatoria por parte de las empresas de seguros y de medicina prepagada, en la elaboración de los reglamentos actuariales contentivos de las tarifas aplicables a los contratos que suscriben con sus tomadores o contratantes, según sea el caso.

De los principios técnicos de la tarifa

Artículo 3. Las tarifas aplicables a los contratos de seguros y de medicina prepagada deben garantizar los siguientes principios:

- 1. Principio de Equidad:** La prima o cuota debe presentar una correlación positiva con el riesgo amparado, de acuerdo con las condiciones del riesgo. Por tanto, la tarifa debe garantizar el equilibrio financiero entre las primas o cuotas que deben pagar los tomadores o contratantes y el costo de las indemnizaciones, prestaciones o servicios a cargo de los sujetos regulados, según corresponda;
- 2. Principio de suficiencia:** La tarifa debe proveer ingresos suficientes para cubrir, al menos, la prima o cuota de riesgo y los gastos de gestión inherentes a las operaciones del sujeto regulado, esto es, los costos de intermediación y administración, así como la utilidad esperada.

De la fuente de información para elaborar la tarifa

Artículo 4. Las empresas de seguros y de medicina prepagada deben elaborar sus tarifas aplicables con base en estadísticas pertenecientes al sujeto regulado que la elabora.

De la información estadística

Artículo 5. La información estadística utilizada como base técnica en la elaboración de las tarifas debe contar con las características siguientes:

- 1. Homogénea:** Los datos estadísticos objeto de estudio deben tener características comunes de tipo cualitativo y cuantitativo;
- 2. Representativa:** El tamaño de la muestra debe corresponder a un número de elementos de la población que garantice un nivel de significación razonable y cubra un período adecuado, de manera que queden expresadas apropiadamente y con un bajo nivel de error todas las características que se quieren observar de la población;
- 3. Actualizada:** La validez de la información en el tiempo debe reflejar la realidad actual de sucesos que se desean medir;
- 4. Verificable:** Los datos son susceptibles de ser comprobados a través de fuentes objetivas.

De la imposibilidad del uso de estadísticas propias

Artículo 6. En aquellas operaciones en las que no sea posible contar con información estadística que cumpla con las características señaladas en el párrafo anterior, las empresas de seguros y de medicina prepagada podrán fundamentar sus tarifas en información estadística del mercado nacional de la actividad aseguradora, así como también en información estadística de cualquier institución u organismo reconocido, público o privado, que publique datos específicos del riesgo objeto de la tarifa.

Del uso de tarifas aprobadas con carácter general y uniforme

Artículo 7. En el caso del uso de tarifas contenidas en regulaciones con carácter general y uniforme derogadas, como base para la elaboración de nuevas tarifas a aplicar en los contratos de seguros o de medicina prepagada, los sujetos regulados deben realizar las adecuaciones y actualizaciones pertinentes, en los casos que lo ameriten, conjuntamente con la remisión de la respectiva justificación técnica para dicho uso.

De las otras fuentes de información

Artículo 8. Los sujetos regulados podrán emplear como bases técnicas, en la elaboración de sus reglamentos actuariales, además de los insumos señalados en el artículo precedente, cualquiera de las siguientes fuentes de información:

1. Experiencias estadísticas de mercados de seguros o de medicina prepagada internacionales;
2. Estadística Internacional relativa al riesgo que se asegura, emitida por instituciones reconocidas y de acceso público, siempre que no esté disponible en los mercados nacionales de seguros o de medicina prepagada;
3. El respaldo de reaseguradores inscritos en el registro que a tales efectos lleva la Superintendencia de la Actividad Aseguradora;
4. El respaldo de proveedores de insumos o servicios; o
5. Estudios comparativos de tarifas de empresas nacionales dedicadas a la actividad aseguradora.

De las tarifas respaldadas por contratos de reaseguro

Artículo 9. En los supuestos de tarifas respaldadas por contratos de reaseguro, el sujeto regulado debe consignar copia de los contratos de reaseguro suscritos vigentes, donde se indique expresamente la duración del respaldo, incluyendo cualquier anexo relacionado con el mismo, en especial los contentivos de las coberturas y tarifas, todo ello suscrito entre las partes.

En este caso, debe señalarse de forma explícita, si las primas o cuotas propuestas por el reasegurador son de riesgo o comerciales.

De las notas de cobertura o cartas de respaldo

Artículo 10. Los sujetos regulados podrán soportar la elaboración de las tarifas aplicables con notas de cobertura de la sociedad de corretaje de reaseguros o del reasegurador, o con carta de este último respaldando la cobertura, las cuales deben contener, como mínimo: identificación del reasegurador; identificación de la empresa de seguros o de medicina prepagada; indicación del ramo; coberturas; tarifa propuesta; duración y porcentaje del respaldo; firma del representante y sello de la sociedad de corretaje de reaseguros o del reasegurador. La tarifa debe señalar de forma explícita, si las primas o cuotas propuestas son de riesgo o comerciales.

De las tarifas respaldadas por proveedores de insumos o servicios

Artículo 11. En aquellas coberturas en que el sujeto regulado pretenda cumplir sus compromisos a través de un proveedor de insumos o servicios, debe remitirse el respectivo contrato suscrito por las partes, cuyo período que falte por transcurrir, al momento de la solicitud, no sea menor de tres (3) meses. El contrato debe incluir su duración, la descripción de las coberturas, el ramo en el que se aplica y las tarifas correspondientes, así como cualquier anexo relacionado con el mismo.

De los estudios comparativos de tarifas o de mercados

Artículo 12. En el supuesto de estudios comparativos de tarifas, deben seleccionarse al menos tres (3) tarifas de productos equivalentes o similares al propuesto, incluyendo un estudio comparativo de las coberturas, exclusiones, exoneraciones y demás restricciones que justifiquen la selección.

De los criterios generales para la elaboración de los reglamentos actuariales

Artículo 13. Los reglamentos actuariales contentivos de las tarifas aplicables a los contratos de seguros y de medicina prepagada, deben cumplir con los siguientes criterios generales:

1. Presentar de manera clara la información, supuestos, fórmulas, procedimientos y métodos utilizados, de forma tal que pueda evaluarse su validez;
2. Los procedimientos y métodos empleados en la determinación de la tarifa deben basarse en modelos reconocidos de la práctica actuarial;
3. Ajustarse a la notación actuarial reconocida internacionalmente. En caso de requerirse terminología o notación matemática, estadística, financiera o cualquier otra, debe ser explícitamente definida. En el supuesto de que el actuario establezca sus propios símbolos, debe definir el significado de los mismos, de manera que no quede sujeto a interpretaciones que puedan conducir a error, confusión o indefinición;
4. Los parámetros, símbolos y conceptos utilizados deben estar íntegramente especificados. Los que correspondan a valores estimados deben estar expresados en términos algebraicos, con independencia de que se incluya una explicación conceptual de estos;
5. Las hipótesis, supuestos o teorías planteadas deben basarse en criterios prudenciales, técnicamente justificados, que describan o expliquen, con un grado razonable de confiabilidad, las condiciones o sucesos no confirmados;
6. Debe existir congruencia entre lo establecido en los condicionados del producto y el reglamento actuarial correspondiente.

De la estructura de los reglamentos actuariales

Artículo 14. Los reglamentos actuariales elaborados para la determinación de las tarifas aplicables a los contratos de seguros y de medicina prepagada deben contener, como mínimo, los elementos y parámetros establecidos en la estructura detallada en las presentes normas.

De las características del producto

Artículo 15. Los reglamentos actuariales deben establecer las características técnicas del producto a ser comercializado, presentando los siguientes aspectos:

1. Denominación del sujeto regulado;
2. Identificación del reglamento actuarial;
3. Identificación del producto:
 - 3.1. Nombre de la póliza, contrato o anexo;
 - 3.2. Nombre comercial, si lo hubiere, asignado a la póliza, contrato o anexo;
 - 3.3. Ramo al cual pertenece;
 - 3.4. Si se refiere a un anexo, nombre de la póliza o contrato al cual se pretende adherir.
4. Modalidad de comercialización:
 - 4.1. Indicar si el producto se comercializará bajo la modalidad individual, colectiva o flota, según sea el caso;

- 4.2. Indicar los canales de comercialización del producto: de forma directa, mediante intermediarios de la actividad aseguradora o a través de canales alternativos;
- 4.3. Indicar si el producto se refiere a un Microseguro, Seguro Inclusivo, Seguro Masivo, Microplan, Plan Inclusivo o Plan Masivo de Medicina Prepagada;
5. Moneda del contrato; indicar la moneda o monedas de comercialización del seguro.

De la descripción de las coberturas

Artículo 16. Los reglamentos actuariales deben detallar las coberturas previstas en el condicionado de cada producto, básicas y opcionales, así como los bienes, personas o intereses a los cuales va dirigido; la indemnización que se otorgará en caso de siniestro; así como cualquier otra característica relevante del riesgo amparado; todo en concordancia con lo indicado en las condiciones generales y particulares del correspondiente contrato.

De las bases técnicas de la tarifa

Artículo 17. Los reglamentos actuariales deben indicar los insumos fundamentales utilizados para el cálculo de la tarifa, como se describe a continuación:

1. Descripción y fuente de la información estadística y datos utilizados para determinar los valores de frecuencia, severidad, montos promedios o de cualquier otro parámetro necesario para fundamentar técnicamente las tarifas resultantes;
2. Cualquier aspecto relevante sobre la modificación, depuración y transformación que se haya realizado a los datos utilizados;
3. En caso de imposibilidad de emplear estadísticas propias, descripción de la información estadística del mercado nacional de la actividad aseguradora, de cualquier institución u organismo reconocido, público o privado, o de cualesquiera otras fuentes de información utilizadas para la elaboración de la tarifa, según lo dispuesto en los artículos 6, 7 y 8 de las presentes normas;
4. Estimación futura de la siniestralidad, utilizando el método que el sujeto regulado considere conveniente, si aplica, empleando para ello modelos estándares de la práctica actuarial. Tales proyecciones deben basarse en hipótesis razonables y, de ser el caso, considerando información oficial;
5. Tasa de interés técnico utilizada para el cálculo de la prima o cuota neta, pura o de riesgo, si fuere el caso;
6. Las hipótesis, supuestos o teorías planteadas que se hayan tenido en cuenta para el cálculo de la tarifa, sin perjuicio de que puedan incluirse en cualquier otro lugar de la estructura del reglamento actuarial, si fuere conveniente.

De los procedimientos y fundamentos para el cálculo de la prima o cuota de riesgo

Artículo 18. En los reglamentos actuariales deben presentarse los supuestos, fórmulas, parámetros, procedimientos y métodos para el cálculo de la prima o cuota neta, pura o de riesgo, correspondiente a los riesgos amparados por los contratos de seguros o de medicina prepagada, señalando como mínimo, según corresponda:

1. Fórmula o procedimiento utilizado para el cálculo;
2. Fundamentos teóricos aplicados;
3. Valor y metodología de cálculo de los parámetros que formen parte de las fórmulas o procedimientos utilizados para la obtención de la prima o cuota neta, pura o de riesgo;
4. Fórmulas de cálculo o valores de los deducibles o copagos que apliquen, así como la forma en que estos se reflejarán en el cálculo de la prima o cuota neta, pura o de riesgo;
5. Desarrollo preciso del procedimiento utilizado para el cálculo de los recargos y descuentos sobre la prima o cuota neta, pura o de riesgo, si los hubiera, así como la justificación de su aplicación;
6. Para aquellas coberturas que incluyan los riesgos catastróficos a que se refiere la Ley de la Actividad Aseguradora, deben especificarse las primas o cuotas netas, puras o de riesgo correspondientes a estos.

De los procedimientos y fundamentos para el cálculo de la prima o cuota comercial

Artículo 19. En los reglamentos actuariales deben indicarse los procedimientos, fórmulas y parámetros, con los que se calculará la prima o cuota comercial o de tarifa, correspondiente a los riesgos amparados por los contratos de seguros o de medicina prepagada, señalando como mínimo, según corresponda:

1. Fórmula o procedimiento utilizado para el cálculo;
2. Márgenes razonables de recargos comerciales:
 - 2.1. Comisión: Porcentaje fijo sobre la prima o cuota comercial o de tarifa, de conformidad con el Arancel de Comisiones aprobado al sujeto regulado, por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora;
 - 2.2. Gastos de administración: Porcentaje fijo sobre la prima o cuota comercial o de tarifa, basado en los gastos administrativos del sujeto regulado en el ramo de que se trate, cuya determinación debe estar justificada. La Superintendencia de la Actividad Aseguradora podrá fijar criterios para el establecimiento de este recargo;

- 2.3. Margen de utilidad: Porcentaje fijo sobre la prima o cuota comercial o de tarifa que no excederá de quince por ciento (15%), excepto para el ramo de salud que no podrá ser mayor a cinco por ciento (5%). No obstante, la Superintendencia de la Actividad Aseguradora podrá fijar criterios para el establecimiento de este recargo.
3. Desarrollo preciso del procedimiento utilizado para el cálculo de los descuentos o recargos sobre la prima o cuota comercial o de tarifa, si los hubiere, así como la justificación de su aplicación;
4. Para aquellas coberturas que incluyan los riesgos catastróficos a que se refiere la Ley de la Actividad Aseguradora, deben especificarse las primas o cuotas comerciales o de tarifa correspondientes a tales riesgos.

De las tablas de primas o cuotas

Artículo 20. Deben incluirse las tablas de las primas o cuotas netas, puras o de riesgo y las tablas de las primas o cuotas comerciales o de tarifa, o si es el caso, las tablas de tasas de riesgo y comerciales, para cada cobertura, básicas y opcionales, discriminadas por plan o combinación de suma asegurada y deducible, así como por modalidad individual o colectiva, si es el caso.

Del fraccionamiento de las primas o cuotas

Artículo 21. Si el contrato de seguros o de medicina prepagada prevé el fraccionamiento de la prima o cuota comercial o de tarifa, debe detallarse en el reglamento actuarial la fórmula o procedimiento utilizado para su determinación.

De las tarifas para los seguros de vida

Artículo 22. En el caso de los seguros de vida, las tarifas se sustentarán en cálculos actuariales basados en las tablas de mortalidad o de supervivencia de rentistas y las tasas de interés técnico, necesarias para el cálculo de las primas de riesgo, así como de las reservas matemáticas.

De los reglamentos actuariales para los seguros de vida

Artículo 23. Los reglamentos actuariales para los seguros de vida deben considerar, además de lo establecido en los artículos precedentes, si corresponde, los criterios, hipótesis, parámetros, procedimientos y métodos especificados para estos seguros, conforme a las presentes normas.

De las tablas de mortalidad o de supervivencia de rentistas

Artículo 24. Para la determinación de las tarifas en los seguros de vida, deben emplearse tablas actualizadas de mortalidad o de supervivencia de rentistas, que se adapten en lo posible a la experiencia de los asegurados en la República Bolivariana de Venezuela.

De las tablas de mortalidad de los seguros colectivos de vida

Artículo 25. En el cálculo de las tarifas de los seguros colectivos de vida, deben emplearse tablas de mortalidad de grupos, reconocidas en la práctica actuarial.

De la tasa de interés técnico

Artículo 26. La tasa de interés técnico, debe fijarse con un criterio conservador, tomando en cuenta un tipo de interés posible de lograr en un periodo de tiempo equivalente a la vigencia del seguro, considerando las tasas de interés pasivas publicadas por el Banco Central de Venezuela, para seguros en moneda nacional. La Superintendencia de la Actividad Aseguradora podrá establecer criterios particulares para la determinación de esta tasa.

En todo caso, el valor de la tasa de interés técnico utilizado, debe justificarse conforme a los principios reconocidos en la práctica actuarial para estos efectos.

De las reservas matemáticas

Artículo 27. Los reglamentos actuariales para los seguros de vida deben indicar las fórmulas de la reserva pura terminal, fraccionada y de balance, teniendo en cuenta que si para la determinación de cualquiera de éstas se emplea la reserva modificada, deberá calcularse conforme a lo indicado en estas normas para este tipo de reserva.

El cómputo de las reservas de los seguros temporales, saldados, prorrogados, rentas contingentes o ciertas y otros valores de opción, se debe efectuar con base en la fórmula de la reserva pura.

En las pólizas de seguros que incluyan beneficios adicionales, debe indicarse el método de cálculo de las respectivas reservas de primas.

De las reservas modificadas

Artículo 28. Los reglamentos actuariales para los seguros de vida deben indicar las fórmulas de las reservas modificadas, si estuviesen previstas, las cuales podrán calcularse por el método que se estime conveniente, siempre que resulte igual o mayor a la que se obtendría al disminuir la reserva pura en una cantidad decreciente con la vigencia de la póliza. Esta cantidad podrá ser, para el final del primer año, como máximo, igual a la reserva pura de primer año de un seguro ordinario de vida para la misma edad, sin exceder del valor de la reserva pura del respectivo plan.

En los años sucesivos de renovación, dicha cantidad disminuirá en la misma proporción en que lo hace el valor de una renta contingente sobre una vida de edad de un (1) año superior a la del asegurado, a la fecha de emisión de su seguro, por el período restante de pago de primas.

De los valores de rescate

Artículo 29. En los reglamentos actuariales para los seguros de vida deben detallarse las fórmulas de los valores de rescate, cuyo cálculo podrá hacerse por el método que se estime conveniente, siempre que los valores de rescate que resulten, sean iguales o mayores al exceso, si lo hubiere, de las reservas puras sobre el valor actual de una renta contingente anticipada por un monto igual, como máximo, a la suma de un porcentaje de la prima pura nivelada del contrato más siete por mil (7×1.000) del monto asegurado, dividido entre una renta contingente anticipada para la edad de emisión y con período igual al de pago de primas. Esta cantidad irá disminuyendo con la vigencia de la póliza hasta extinguirse con la expiración del término de pago de primas.

Para definir el porcentaje antes citado, se elegirá el menor valor entre la unidad y el que resulte de dividir el período de pago de primas entre veinte (20).

En caso de capitales o primas variables, se deberá tomar el monto medio actuarial equivalente o la prima nivelada actuarial equivalente, sin que esta última supere a la prima pura del primer año.

En los planes de seguro de vida en caso de muerte, a prima única, los valores de rescate no podrán ser inferiores a las reservas puras.

En los planes de seguro de vida en caso de supervivencia, se concederán valores de rescate sólo durante el período anterior al pago de la renta o del capital total. Cuando estos planes sean tomados a prima única, los valores de rescate no podrán ser inferiores a las reservas puras.

De los seguros saldados y prorrogados

Artículo 30. Los reglamentos actuariales para los seguros de vida deben indicar las fórmulas de los seguros saldados, prorrogados y de cualquier otra opción anticipada o al vencimiento.

De los ejemplos numéricos

Artículo 31. Para cada una de las fórmulas descritas en el procedimiento de cálculo de la tarifa para los seguros de vida, los respectivos reglamentos actuariales deben presentar ejemplos numéricos a las edades de veinte (20), cuarenta (40) y sesenta (60) años. De igual forma, deben incluir la demostración de la suficiencia de la prima para los ejemplos numéricos contemplados.

Cuando en la demostración se reduzca la mortalidad por condiciones de reaseguro, debe remitirse carta del reasegurador que la respalde.

De los otros aspectos técnicos o financieros

Artículo 32. En los reglamentos actuariales contentivos de las tarifas aplicables tanto para los seguros de vida y seguros generales, como para los planes de medicina prepagada, debe incluirse en la estructura, en la ubicación conveniente, cualquier otro concepto, procedimiento, variable o parámetro de carácter técnico o financiero, que a juicio del actuario que suscribe el reglamento actuarial, sea necesario en la elaboración de la tarifa.

De la suscripción del actuario

Artículo 33. Los reglamentos actuariales contentivos de las tarifas aplicables a los contratos de seguros y de medicina prepagada deben ser suscritos por un actuario, residente en el país e inscrito en el registro que al efecto lleva la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, y deben contener la firma del mismo, en original.

Los reglamentos actuariales podrán ser suscritos mediante la firma digital del actuario, debidamente registrada en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

De la base de datos

Artículo 34. Las empresas de seguros y de medicina prepagada deben remitir a la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, conjuntamente con los reglamentos actuariales, las bases de datos estadísticas depuradas, en medios magnéticos o digitales, de la información estadística utilizada para la elaboración de la tarifa, así como de los cálculos efectuados en la ejecución de los procedimientos necesarios para el cálculo de la misma, cuya estructura permita verificar los valores, variables y parámetros obtenidos en la aplicación de la metodología actuarial descrita en el reglamento.

De la solicitud de aprobación

Artículo 35. Toda solicitud de aprobación de un nuevo producto o sus modificaciones en cuanto al riesgo amparado o cualquier otra que implique variaciones en la tarifa, deben estar acompañadas de su respectivo reglamento actuarial.

De la obligación de conservar la documentación

Artículo 36. Las empresas de seguros y de medicina prepagada deben mantener a disposición de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, en forma impresa y digital, las tarifas y sus respectivos reglamentos actuariales, conjuntamente con las bases de datos y los archivos magnéticos y digitales que soporten el cálculo de las mismas, así como las condiciones generales, condiciones particulares, anexos y demás documentos que formen parte de los contratos, con sus correspondientes oficios de aprobación.

De la derogatoria

Artículo 37. Se deroga el acto administrativo contenido en la Providencia N° PSAA-DL-2-0035 de fecha 31 de enero de 2018, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 41.501 de fecha 11 de octubre de 2018, mediante el cual se dictaron las Normas para Elaborar los Reglamentos Actuariales de las Tarifas Aplicables en los Contratos de Seguros y de Servicios de Medicina Prepagada. Las demás normativas prudenciales y actos administrativos conexos a la actividad aseguradora, que coliden con las presentes normas no serán aplicables.

De la publicidad

Artículo 38. Se ordena la publicación de las presentes normas en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, con el fin de coadyuvar con la divulgación de su contenido a todos los interesados y público en general, sin menoscabo de su publicación en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela.

De la vigencia

Artículo 39. Las presentes normas entrarán en vigencia a partir su publicación en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela.

Comuníquese y publíquese


OMAR OROZCO COLMENARES
 Superintendente de la Actividad Aseguradora (E)
 Resolución N° 003-2021 de fecha 18 de enero de 2021, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 42.049 de la misma fecha

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
MINISTERIO DEL PODER POPULAR DE ECONOMÍA,
FINANZAS Y COMERCIO EXTERIOR
SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD
ASEGURADORA

Caracas, a los veintinueve (29) días del mes de agosto de 2024

AÑOS 214°, 165° y 25°

PROVIDENCIA ADMINISTRATIVA
N° SAA-01-0506-2024

De conformidad con las previsiones normativas contenidas en los artículos 6 numeral 1; 8 numerales 1, 3 y 18 de la Ley de la Actividad Aseguradora, que le atribuyen al Superintendente de la Actividad Aseguradora (E), **OMAR OROZCO COLMENARES**, designado mediante Resolución N° 003 de fecha 18 de enero de 2021, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 42.049 de la misma fecha, la competencia para establecer y dictar sus manuales de normas y procedimientos que regulan la actividad aseguradora.

En consecuencia, acuerda dictar las siguientes:

NORMAS QUE REGULAN LOS CONTRATOS DE SEGURO Y DE MEDICINA PREPAGADA

SECCIÓN I
Disposiciones fundamentales

Del objeto

Artículo 1. Las presentes normas tienen por objeto regular, en sus distintas modalidades, los contratos de seguro y de medicina prepagada.

Estas normas se aplicarán en forma supletoria a contratos de seguro regidos por leyes especiales.

Del carácter irrenunciable de los derechos

Artículo 2. Los derechos de los tomadores, asegurados, beneficiarios, contratantes, usuarios y afiliados son irrenunciables. Será nula toda acción, acuerdo o estipulación que implique su renuncia, disminución o menoscabo.

En caso de duda se aplicarán las cláusulas contractuales que sean más beneficiosas para el tomador, asegurado, beneficiario, contratante, usuario y afiliado.

Del carácter mercantil

Artículo 3. Los contratos a los que se refieren estas normas, cualquiera sea su modalidad, se considerarán mercantiles cuando sean suscritos entre comerciantes. Si el tomador, asegurado, beneficiario, contratante, usuario o afiliado no es comerciante sólo tendrá carácter mercantil para la otra parte.

De los principios de interpretación

Artículo 4. Cuando sea necesario interpretar los contratos a los que se refieren estas normas, se utilizarán los principios siguientes:

1. Se presumirá que los contratos han sido celebrados de buena fe, quien alegue lo contrario deberá probarlo;
2. Las relaciones derivadas de los contratos se rigen por estas normas y por las disposiciones que convengan las partes a falta de disposición expresa o cuando estas normas o la ley así lo permitan. En caso de duda, se aplicará la analogía; cuando no sea posible aplicarla, el intérprete recurrirá a la costumbre, a los usos y a la práctica generalmente observada en el mercado asegurador venezolano. Solo se acudirán a las normas de derecho civil cuando no exista disposición expresa en la normativa que regula la actividad aseguradora o en la costumbre mercantil;
3. Los hechos de las partes contratantes, anteriores, coetáneos y subsiguientes a la celebración del contrato, que tengan relación con lo que se discute, serán la mejor explicación de la intención de las partes al tiempo de celebrarse la convención;
4. Cuando una cláusula sea ambigua u oscura se interpretará a favor del tomador, asegurado, beneficiario, contratante, usuario o afiliado;
5. Las cláusulas relativas a la caducidad de derechos del tomador, asegurado, beneficiario, contratante, usuario o afiliado deben ser de interpretación restrictiva, a menos que la interpretación extensiva los beneficie.

De la nulidad de las cláusulas abusivas

Artículo 5. Los contratos a los que se refieren estas normas se redactarán en forma clara y precisa. Las cláusulas que contengan las coberturas, exclusiones y exoneraciones de responsabilidad se destacarán de modo especial para facilitar su identificación.

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

SECCIÓN II**Del contrato de seguro****TÍTULO I****De las disposiciones generales****De la definición del contrato de seguro**

Artículo 6. Aquel en virtud del cual una empresa de seguros, a cambio de una prima, asume las consecuencias de riesgos ajenos que no se produzcan por acontecimientos que dependan enteramente de la voluntad del tomador, asegurado o beneficiario, comprometiéndose a indemnizar, dentro de los límites pactados, el daño producido al asegurado o a pagar un capital, una renta u otras prestaciones convenidas, todo subordinado a la ocurrencia del evento cubierto por la póliza.

Las disposiciones del contrato de seguro se aplicarán a los convenios mediante los cuales una persona, a cambio de una contraprestación, se obliga a prestar un servicio o pagar una cantidad de dinero en caso de que ocurra un acontecimiento futuro e incierto, y que no dependa exclusivamente de la voluntad de la persona contratante o beneficiaria.

De las características del contrato

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

Del objeto del contrato

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

De la causa del contrato

Artículo 9. Todo interés legítimo en la no materialización de un riesgo que sea susceptible de valoración económica puede ser causa de un contrato de seguro.

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