

GACETA OFICIAL

DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

AÑO CLI - MES XI

Caracas, martes 3 de septiembre de 2024

N° 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 214°, 165° y 25°

PROVIDENCIA ADMINISTRATIVA
N° SAA-01-0478-2024

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 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 regirá por las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, el Cuadro Póliza Recibo, la Solicitud de Seguro y los demás documentos que formen parte integrante del mismo.

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA 1. OBJETO DEL SEGURO.

Mediante este seguro el Asegurador se compromete a 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 pretendan asegurar y demás datos que puedan influir en la estimación del riesgo, que deben ser contestadas en su totalidad y con exactitud por el Tomador o el Propuesto Asegurado, constituyendo dicha declaración la base legal para la emisión del contrato de seguro.

Duración

Artículo 144. La duración del contrato de medicina prepagada será estipulada por las partes, supeditado al pago oportuno de las cuotas establecidas en el contrato, las cuales no podrán ser modificadas dentro de ese período. Si el contrato no estipulare duración, se entenderá celebrado por un (1) año.

De la suspensión temporal del servicio por falta de pago

Artículo 145. Transcurrido el plazo pactado por las partes para el pago de la segunda cuota vencida, sin que este se haya efectuado, la empresa de medicina prepagada podrá suspender la prestación de los servicios médicos asistenciales.

La suspensión procederá sin perjuicio de lo establecido para la resolución del contrato por falta de pago.

A partir de la fecha en que el contante proceda al pago de la totalidad de lo adeudado, la empresa de medicina prepagada debe restablecer la prestación de los servicios médicos asistenciales para los nuevos casos, así como pagar los reembolsos pendientes ocurridos antes de la suspensión del referido servicio.

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

De la resolución del contrato por falta de pago

Artículo 146. Las empresas de medicina prepagada podrán resolver el contrato cuando hayan transcurrido noventa (90) días consecutivos desde la fecha de vencimiento de la última cuota pagada. Transcurrido este lapso, la empresa de medicina prepagada debe comunicar por escrito al contratante su decisión de resolver el contrato.

TÍTULO II**De la prestación del servicio****De las modalidades de prestación del servicio**

Artículo 147. El servicio de medicina prepagada debe ser prestado bajo alguna de las siguientes modalidades:

1. De manera directa, a través de centros de salud propios;
2. De manera indirecta, a través de centros de salud y profesionales adscritos mediante la celebración de contratos de prestación de servicios médico asistenciales;
3. Ambas modalidades.

De la prevalencia en la prestación del servicio

Artículo 148. Los contratos de medicina prepagada deberán establecer explícitamente las alternativas u opciones con las que cuenta el usuario o afiliado en aquellos supuestos en los que la prestación del servicio no pueda ser cumplida bajo las modalidades descritas en el artículo anterior, indicando las condiciones o requisitos que deberán llenarse sobre el particular.

Las empresas de medicina prepagada, a los efectos de redactar las condiciones o requisitos arriba mencionados, deben tomar en cuenta que si están imposibilitadas para prestar los servicios garantizados, deberán referir a los usuarios o afiliados a proveedores de servicios de salud de categoría equivalente a los centros de salud y profesionales adscritos, pagando directamente a tales proveedores los gastos por los servicios médicos recibidos por los afiliados o usuarios.

En los casos de emergencias médicas, si el afiliado o usuario no puede comunicarse con la empresa de medicina prepagada para solicitar la prestación de los servicios, conllevando que reciba la atención con proveedores de servicios de salud no vinculados con la empresa de medicina prepagada, ésta podrá pagar directamente a tales proveedores los gastos ocasionados o rembolsar al usuario o afiliado los gastos incurridos amparados por el contrato.

Continuidad en la prestación del servicio

Artículo 149. Si el usuario o afiliado se encuentra recibiendo servicios médico asistenciales como consecuencia de una alteración a la salud amparada, se tendrán cubiertos los gastos que se originen luego de vencido el contrato, siempre que: sean atribuibles a la misma asistencia médica; no se haya agotado el límite de responsabilidad, en los términos establecidos en el contrato; y sea dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha de vencimiento del contrato, salvo que las partes hayan acordado un plazo mayor.

De la derogatoria

Artículo 150. Se deroga el acto administrativo contenido en la Providencia N° FSAA-9-00661 de fecha 11 de julio 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 que regulan la Relación Contractual en la Actividad Aseguradora, en lo que se refiere a las Disposiciones del Contrato de Seguros y 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 151. Se ordena la publicación de las presentes normas en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, con el fin de coadyuvar con la divulgación de su contenido a todos los interesados y público en general, sin menoscabo de su publicación en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela.

De la vigencia

Artículo 152. Las presentes normas entrarán en vigencia a partir de su publicación en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela.

DISPOSICIONES FINALES

Primera. Las disposiciones establecidas en estas normas para el contrato de seguro, son aplicables al contrato de medicina prepagada, siempre que no desvirtúen la naturaleza de la prestación del servicio de medicina prepagada.

Segunda. Los contratos a que se refieren estas normas deben hacer referencia a la existencia del Defensor del tomador, asegurado y, beneficiario, contratante, usuario o afiliado de la actividad aseguradora; y que, en caso de cualquier denuncia, queja, reclamo o sugerencia, podrán acudir a la Oficina de Atención Ciudadana de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, o comunicarse a través de los mecanismos dispuestos para ello.

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-01-0507-2024**

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

Producto de la entrada en vigencia de la Ley de la Actividad Aseguradora, el sector Asegurador incursiona en una etapa de adaptación al nuevo marco legal establecido, lo cual provoca la actualización, reestructuración y adecuación por parte de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora de las Pólizas de Seguro de Salud.

POR CUANTO

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

En virtud de lo anterior, acuerda dictar las siguientes:

NORMAS QUE ESTABLECEN EL CONTENIDO MÍNIMO DE LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE LOS CONTRATOS DE SEGURO DE SALUD

Del objeto

Artículo 1. Las presentes normas tienen por objeto aprobar con carácter general y uniforme el contenido mínimo de las condiciones generales y particulares de los contratos de seguro de salud.

Del contenido mínimo de las Condiciones Generales

Artículo 2. El contenido mínimo de las Condiciones Generales de los contratos de seguro de salud se transcribe en los términos que se muestran a continuación:

CLÁUSULA. OBJETO DEL SEGURO

El Asegurador se compromete a asumir los riesgos indicados en este contrato, hasta la suma asegurada señalada en el Cuadro Póliza Recibo.

CLÁUSULA. DEFINICIONES GENERALES

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

1. **ASEGURADOR:** Persona jurídica que asume los riesgos cubiertos en este contrato;
2. **TOMADOR:** Persona natural o jurídica que contrata el seguro y se obliga a pagar la prima correspondiente al Asegurador;
3. **ASEGURADO:** Persona natural expuesta a los riesgos cubiertos y amparados por este contrato;
4. **ASEGURADO TITULAR:** Asegurado indicado con este carácter en el Cuadro Póliza Recibo, quien ejerce los derechos de los Asegurados ante el Asegurador;
5. **BENEFICIARIO:** Persona que tiene el derecho de recibir el pago de la indemnización a que hubiere lugar. En caso de reembolso, el Asegurador pagará la indemnización al Asegurado titular, independientemente de la persona que haya incurrido en los gastos;
6. **EDAD:** Es la correspondiente a la fecha de cumpleaños más cercana, anterior o posterior, al momento de emisión o renovación del contrato;
7. **DOCUMENTOS QUE FORMAN PARTE DEL CONTRATO DE SEGURO:** Las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, la Solicitud de Seguro, el Cuadro Póliza Recibo, los Anexos que se emitan para complementar o modificar el contrato y los demás documentos que por su naturaleza formen parte del contrato;
8. **SOLICITUD DE SEGURO:** Cuestionario que proporciona el Asegurador, el cual contiene un conjunto de preguntas relativas a la identificación del tomador, de los propuestos Asegurados y de los Beneficiarios, así como también del estado de salud de cada una de las personas que estarán amparadas por el contrato y demás datos que puedan influir en la estimación del riesgo, que deben ser contestadas en su totalidad y con exactitud por el tomador o propuesto Asegurado titular, según corresponda, constituyendo dicha declaración la base legal para la emisión de este contrato;
9. **CUADRO PÓLIZA RECIBO:** Documento en el que se indica, como mínimo, la siguiente información: número de la Póliza, identificación completa del Asegurador y de su domicilio principal, identificación completa del tomador, de los Asegurados y de los Beneficiarios, dirección del tomador, dirección de cobro, dirección del Asegurado titular, nombre del intermediario de la actividad Aseguradora, riesgos cubiertos, suma asegurada, monto de la prima, forma de pago, duración del contrato, fecha de emisión del contrato, deducible, si lo hubiere, y firmas del Asegurador y del tomador;
10. **CONDICIONES PARTICULARES:** Aquellas que contemplan aspectos concretamente relativos al riesgo que se asegura;
11. **PRIMA:** Contraprestación que, en función del riesgo, debe pagar el tomador al Asegurador en virtud de la celebración de este contrato;
12. **SINIESTRO:** Materialización del riesgo que da origen a la obligación de indemnizar por parte del Asegurador;

13. **DEDUCIBLE:** Cantidad indicada en el Cuadro Póliza Recibo que deberá asumir el Asegurado, y en consecuencia no será pagada por el Asegurador en caso de ocurrencia de un siniestro cubierto por este contrato;

14. **SUMA ASEGURADA:** Límite máximo de responsabilidad del Asegurador, indicado en el Cuadro Póliza Recibo.

CLÁUSULA. EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

El Asegurador no estará obligado al pago de la indemnización en los siguientes casos:

1. Si el tomador, el Asegurado, el Beneficiario o cualquier persona que obre por cuenta de éstos presenta una reclamación fraudulenta o engañosa, o si en cualquier tiempo emplea medios o documentos engañosos o dolosos para sustentar una reclamación o para derivar otros beneficios relacionados con este contrato;
2. Si el siniestro ha sido ocasionado por dolo del tomador, del Asegurado o del Beneficiario;
3. Si el siniestro ha sido ocasionado por culpa grave del tomador, del Asegurado o del Beneficiario o de cualquier persona que obre por cuenta de ellos. No obstante, el Asegurador estará obligado al pago de la indemnización si el siniestro ha sido ocasionado en cumplimiento de deberes legales de socorro o en tutela de intereses comunes con el Asegurador, en lo que respecta a este contrato;
4. Si el siniestro se inicia antes de la duración de este contrato y continúa después de que los riesgos hayan comenzado a correr por cuenta del Asegurador;
5. Si el tomador, el Asegurado o el Beneficiario no empleare los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del siniestro, siempre que este incumplimiento se produjera con la manifiesta intención de perjudicar o engañar al Asegurador;
6. Si el tomador o el Asegurado titular actúa con dolo o culpa grave, según lo señalado en la Cláusula relacionada con las Declaraciones en la Solicitud de Seguro, de estas Condiciones Generales;
7. Si el tomador, Asegurado o el Beneficiario incumpliere lo establecido en la Cláusula relativa a la Subrogación de Derechos, de estas Condiciones Generales, a menos que compruebe que el incumplimiento es debido a una causa extraña no imputable a él;
8. Si el tomador, el Asegurado, el Beneficiario o cualquier persona que obre por cuenta de éstos, actuando con dolo o culpa grave, obstaculiza los derechos del Asegurador estipulados en este contrato;
9. Otras exoneraciones de responsabilidad que se establezcan en las Condiciones Particulares de este contrato.

CLÁUSULA. DURACIÓN DEL CONTRATO

La duración del contrato será anual y se hará constar en el Cuadro Póliza Recibo, con indicación de la fecha de emisión, la hora y día de su iniciación y vencimiento.

CLÁUSULA. PAGO DE LA PRIMA

El tomador debe pagar la primera prima anual en el plazo de diez (10) días continuos contados a partir de la fecha de inicio de la duración del contrato. Si la prima no es pagada o se hace imposible su cobro por causa imputable al tomador en el plazo establecido, el Asegurador tendrá derecho a exigir el pago correspondiente o resolver el contrato. En caso de resolución, esta tendrá efecto desde el inicio de la duración del contrato. Si el Asegurador no ejerce su derecho a resolver el contrato de seguro, no podrá negarse a recibir el pago de la prima vencida.

Si ocurriese un siniestro en el plazo convenido para el pago de la primera prima, el Asegurador pagará la indemnización, siempre que el tomador pague antes de su vencimiento la prima correspondiente.

El pago de la prima solamente conserva en vigor el contrato por el tiempo al cual corresponda dicho pago, según conste en el Cuadro Póliza Recibo.

Contra el pago de la prima, el Asegurador entregará al tomador el Cuadro Póliza Recibo o recibo de prima correspondiente, según sea el caso, firmado y sellado. La entrega podrá efectuarse en forma impresa o a través de los mecanismos electrónicos acordados para ello, que consten en la solicitud de seguro, con su acuse de recibo.

Las primas pagadas en exceso no darán lugar a responsabilidad alguna por parte del Asegurador por el exceso, sino única y exclusivamente al reintegro sin intereses del excedente, aun cuando aquellas hubieren sido aceptadas formalmente por éste.

CLÁUSULA. RENOVACIÓN

El contrato se entenderá renovado automáticamente al finalizar el último día de duración del período de vigencia anterior y por un plazo igual, siempre que el tomador pague la prima correspondiente al nuevo período, de acuerdo con lo establecido en la Cláusula Plazo de Gracia, de estas Condiciones Generales, entendiéndose que la renovación no implica un nuevo contrato, sino la continuidad del anterior.

Las partes pueden negarse a la prórroga del contrato mediante una notificación efectuada a la otra parte en forma impresa o a través de los mecanismos electrónicos acordados, con un plazo de por lo menos un (1) mes de anticipación a la conclusión del período de duración en curso.

Transcurridos dos (2) años ininterrumpidos desde la celebración del contrato, el Asegurador no podrá anular o negarse a renovar en las mismas condiciones, siempre que el tomador pague la prima correspondiente.

CLÁUSULA. PLAZO DE GRACIA

Se concede un plazo de gracia de **(Indicar plazo, mínimo treinta (30) días continuos)** para el pago de la prima de renovación del contrato, contados a partir de la fecha de terminación de la duración anterior. Si ocurriere un siniestro en este plazo, el Asegurador pagará la indemnización, previa deducción de la prima correspondiente. Si el monto del siniestro es menor a la prima de renovación, el Asegurador pagará la indemnización, siempre que el tomador pague la prima en el plazo de gracia concedido. Si la prima no es pagada en el referido plazo, el contrato quedará sin validez y efecto a partir de la fecha de terminación de la duración del contrato anterior.

CLÁUSULA. DECLARACIONES EN LA SOLICITUD DE SEGURO

El tomador y el propuesto Asegurado titular, al llenar la solicitud, deben declarar con exactitud al Asegurador todos los datos que le sean requeridos.

Corresponde al propuesto Asegurado titular declarar con precisión la información solicitada en el cuestionario y cumplir con los demás requerimientos exigidos por el Asegurador para la valoración del riesgo.

El Asegurador deberá participar al tomador o Asegurado, en el plazo de cinco (5) días hábiles siguientes, que ha tenido conocimiento de un hecho no declarado en la solicitud que pueda influir en la valoración del riesgo, y podrá ajustar o resolver el contrato, mediante comunicación impresa o a través de los mecanismos electrónicos acordados para ello, con acuse de recibo, dirigida al tomador o Asegurado según corresponda, en el plazo de un (1) mes, contado a partir del conocimiento de los hechos. En caso de resolución, ésta se producirá a partir del decimosexto (16º) día continuo siguiente a su notificación, siempre que la parte proporcional de la prima, deducida la comisión pagada al intermediario de la actividad Aseguradora, correspondiente al período que falte por transcurrir, se encuentre a disposición del Tomador en la caja del Asegurador. Corresponderán al Asegurador las primas relativas al período de seguro transcurrido, hasta el momento en que se haga esta notificación.

Si el siniestro sobreviene antes que el Asegurador haga cualquiera de las notificaciones a que se refiere esta cláusula o antes de que se haga efectiva la resolución del contrato, la indemnización se reducirá en la misma proporción que existe entre la prima convenida y la que se hubiese establecido de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si el Tomador actúa con dolo o culpa grave, el Asegurador quedará liberado del pago de la indemnización y de la devolución de la prima. Cuando el contrato esté referido a varias personas y la reserva o inexactitud se contrajese solo a una o varias de ellas, el contrato subsistirá con todos sus efectos respecto a las restantes, si ello fuere técnicamente posible.

CLÁUSULA. FALSEDADES Y RETICENCIAS DE MALA FE

Las falsedades y reticencias de mala fe por parte del Tomador o Asegurado realizadas en la solicitud de seguros, debidamente probadas, serán causa de nulidad absoluta del contrato, si son de tal naturaleza que el Asegurador, de haberlas conocido, no hubiese contratado o lo hubiese hecho en otras condiciones.

Las falsedades y reticencias de mala fe por parte del Tomador, Asegurado o Beneficiario en la reclamación del siniestro, debidamente probadas, serán causa de nulidad absoluta del contrato y exoneran del pago de la indemnización al Asegurador. No hay lugar a la devolución de prima en los supuestos de nulidad del contrato contemplados en esta cláusula.

CLÁUSULA. PAGO DE INDEMNIZACIONES

El Asegurador deberá pagar la indemnización que corresponda en un plazo que no exceda de veinte (20) días continuos siguientes, contados a partir de la fecha en que haya recibido el último recaudo solicitado, salvo por causa extraña no imputable al Asegurador.

CLÁUSULA. SUBROGACIÓN DE DERECHOS

El Asegurador que ha pagado la indemnización, queda subrogado de pleno derecho, hasta la concurrencia del monto pagado, en los derechos y acciones del Tomador, Asegurado o del Beneficiario contra los terceros responsables.

Salvo el caso de dolo, la subrogación no se efectuará contra las personas de cuyos hechos debe responder civilmente el Asegurado, ni contra el causante del siniestro vinculado con el Asegurado hasta el segundo grado de parentesco por consanguinidad o que sea su cónyuge o la persona con quien mantenga unión estable de hecho.

El Asegurado o el Beneficiario no podrá, en ningún momento, renunciar a sus derechos de recobrar de otras personas los daños y pérdidas que éstas le hubiesen ocasionado.

En caso de siniestro, el Asegurado o el Beneficiario está obligado a realizar a expensas del Asegurador, cuantos actos sean necesarios y todo lo que ésta pueda razonablemente requerir, con el objeto de permitir que éste ejerza los derechos que le correspondan por subrogación, sean antes o después del pago. Si el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario incumpliere lo establecido en esta cláusula, perderá el derecho al pago que le otorga este contrato, a menos que compruebe que el incumplimiento es debido a una causa extraña no imputable a él.

CLÁUSULA. OTROS CONTRATOS DE SALUD

Al momento de notificar la ocurrencia del siniestro, el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario está obligado a informar al Asegurador la existencia de cualquier otro contrato de salud que ampare al Asegurado que activó la cobertura del contrato.

Cuando el Asegurado se encuentre amparado por varios contratos de salud que estén obligados a pagar la indemnización sobre un mismo siniestro, escogerá el orden en que presentará las reclamaciones, notificando a todas las empresas la ocurrencia del siniestro en los plazos establecidos en los respectivos contratos de salud, y se deberá indemnizar, según los beneficios y límites de cada uno de ellos, hasta el monto total de los gastos cubiertos, previa deducción de los montos pagados por los otros contratos.

CLÁUSULA. ARBITRAJE

Las partes podrán someter a un procedimiento de arbitraje las divergencias que se susciten en la interpretación, aplicación y ejecución del contrato. La tramitación del arbitraje se ajustará a lo dispuesto en la ley que regule la materia de arbitraje y supletoriamente al Código de Procedimiento Civil.

El Superintendente de la Actividad Aseguradora actuará como árbitro arbitrador en aquellos casos en que sea designado de mutuo acuerdo entre ambas partes, con motivo de las controversias que se susciten en la interpretación, aplicación y ejecución del contrato. En este supuesto, la tramitación del arbitraje se ajustará a lo dispuesto en las normas que regulan el arbitraje en la actividad Aseguradora.

El laudo arbitral será de obligatorio cumplimiento.

CLÁUSULA. CADUCIDAD

El Tomador, Asegurado o Beneficiario perderá todo derecho a ejercer acción judicial contra la empresa de seguros, o convenir con esta someterse al arbitraje, si no lo hubiere hecho antes de transcurrir el plazo de un (1) año, contado a partir de la fecha de la notificación, por escrito:

1. Del rechazo, total o parcial, del siniestro;
2. De la decisión de la empresa de seguros sobre la inconformidad del tomador, Asegurado o Beneficiario respecto a la indemnización o al cumplimiento de la obligación a través de proveedores de insumos o servicios.

A los efectos de esta disposición, se entenderá iniciada la acción judicial una vez que sea consignado el libelo de demanda por ante los Órganos Jurisdiccionales.

CLÁUSULA. PRESCRIPCIÓN

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

CLÁUSULA. MODIFICACIÓN Y REHABILITACIÓN

Las solicitudes de modificación y rehabilitación del contrato deben ser solicitadas a través de cualquier mecanismo acordado por las partes.

Se consideran aceptadas las solicitudes efectuadas por el Tomador o Asegurado si el Asegurador no la rechaza dentro de los diez (10) días hábiles siguientes de haberla recibido. Este plazo será de veinte (20) días hábiles cuando la modificación o rehabilitación conforme a las condiciones de este contrato, hagan necesario un reconocimiento médico. El requerimiento del Asegurador de que se realicen exámenes médicos no implica la aceptación a que se refiere esta cláusula.

El contrato de seguro puede ser rehabilitado a solicitud del Tomador, siempre que los Asegurados se encuentren en buen estado de salud, según declaración de salud o reconocimiento médico a cargo del Asegurado. En este supuesto, se requiere la aceptación del Asegurador y el pago de la prima pendiente, entrando el contrato nuevamente en vigor en la fecha indicada en el Cuadro Póliza Recibo. El Asegurador reconocerá la antigüedad obtenida por los Asegurados, pero no estarán amparados los gastos incurridos desde la fecha de resolución del contrato hasta su rehabilitación **(debe indicarse el alcance de este reconocimiento, en lo que se refiere a la aplicación de los plazos de espera y exclusiones temporales, si estuviesen establecidos en el contrato, y los riesgos que tendrán cobertura inmediata, en los cuales deben incluirse los accidentes. Asimismo, en cualquier caso, podrá establecerse un plazo de espera adicional, que no exceda de tres (3) meses, contados a partir de la rehabilitación)**.

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

La modificación de la suma asegurada o el deducible requerirá siempre aceptación expresa de la otra parte. En caso contrario, se presumirá aceptada por el Asegurador con la emisión del Cuadro Póliza Recibo o recibo de prima, en el que se modifique la suma asegurada o el deducible y, por parte del Tomador o el Asegurado Titular, con el pago de la diferencia de prima correspondiente, si la hubiere. Si la modificación propuesta por el Asegurador es efectiva a partir de la renovación del contrato, debe ser comunicada al Tomador mediante comunicación impresa o a través de los mecanismos electrónicos acordados para ello, con acuse de recibo, en un plazo no menor a un (1) mes de anticipación a la conclusión del período de seguro en curso. En caso de desacuerdo del Tomador, si el Asegurador decide mantener o renovar el contrato, deberá hacerlo bajo las mismas condiciones de suma asegurada y deducible vigentes al momento de la propuesta de modificación, sin perjuicio de la obligación del Asegurador de renovar el contrato, conforme con lo indicado en la Cláusula *(indicar número)* Renovación de estas Condiciones Generales.

Las modificaciones se harán constar mediante Anexos, debidamente firmados por un representante del Asegurador y el Tomador, los cuales prevalecerán sobre las Condiciones Particulares y éstas sobre las Condiciones Generales de este contrato.

Si la modificación requiere pago de prima adicional se aplicará lo dispuesto al respecto en este contrato.

CLÁUSULA. AVISOS

Todo aviso o comunicación que una parte deba dar a la otra respecto al contrato deberá hacerse mediante comunicación impresa o a través de los mecanismos electrónicos acordados para ello, con acuse de recibo, dirigido al domicilio principal o sucursal del Asegurador o a la dirección del Tomador o del Asegurado que conste en el contrato, según sea el caso.

Las comunicaciones relacionadas con la tramitación de siniestros que sean proporcionadas, por cualquier medio, al intermediario de la actividad Aseguradora, producen el mismo efecto que si hubiesen sido entregadas a la otra parte, salvo estipulación en contrario indicada expresamente en el contrato.

El intermediario de la actividad Aseguradora será administrativa y civilmente responsable en caso de que no haya entregado la notificación a su destinatario en un plazo de tres (3) días hábiles, contados a partir de su recepción.

CLÁUSULA. DOMICILIO ESPECIAL

Para todos los efectos y consecuencias derivadas o que puedan derivarse de este contrato, las partes eligen como domicilio especial, único y excluyente de cualquier otro, el lugar donde se celebró el contrato, a cuya Jurisdicción declaran someterse las partes.

Del contenido mínimo de las Condiciones Particulares

Artículo 3. El contenido mínimo de las condiciones particulares de los contratos de seguro de salud se transcribe en los términos que se muestran a continuación:

CLÁUSULA. INTERPRETACIÓN DE TÉRMINOS

A los efectos de este contrato, los términos que se señalan a continuación tendrán el siguiente significado:

- 1. ACCIDENTE:** Suceso violento, súbito, externo y ajeno a la intencionalidad del Asegurado, que le cause a este último lesiones corporales;
- 2. EMERGENCIA MÉDICA:** Condición que compromete la vida o la integridad física del Asegurado, cuya atención no puede ser diferida y su diagnóstico ha sido hecho por un médico calificado de la institución hospitalaria prestadora de los servicios de salud;
- 3. ENFERMEDAD:** Alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo, que origine reducción de su capacidad funcional y que requiera de tratamiento médico o intervención quirúrgica;
- 4. ENFERMEDAD PREEXISTENTE:** Enfermedad o lesión que pueda comprobarse ha sido adquirida con anterioridad a la fecha de inicio de la vigencia del contrato o de la inclusión del Asegurado en el seguro, y sea conocida por el Tomador o el Asegurado al momento de la suscripción del contrato o de la inclusión del Asegurado en el mismo;
- 5. INSTITUCIÓN HOSPITALARIA:** Establecimiento permanente con permiso sanitario vigente para suministrar asistencia médica, autorizado por el organismo público competente. No serán consideradas instituciones hospitalarias para los efectos de este contrato de seguro, lugares de descanso, geriátricos, spas, hidroclínicas y cualquier institución que suministre tratamientos similares, centros exclusivos para tratamiento de farmacodependientes, de dipsómanos (alcohólicos), enfermos mentales o desordenes de conducta, ni lugares donde proporcionen tratamientos naturistas, terapias alternativas, y acupuntura;
- 6. MÉDICO:** Persona natural acreditada conforme a la ley para ejercer la profesión médica en el país donde presta sus servicios, en cualquiera de sus modalidades y especialidades;
- 7. PROCEDIMIENTO EXPERIMENTAL O INVESTIGATIVO:** Tratamiento médico, intervención quirúrgica, suministro, medicamento, procedimiento médico u hospitalario que:

- 7.1. No haya sido aceptado como seguro, efectivo y apropiado para el tratamiento médico de enfermedades por el consenso de las organizaciones profesionales que están reconocidas por la comunidad médica internacional; o
- 7.2. Su uso esté restringido a objetivos clínicos disciplinados que posean valor o beneficio para propósitos clínicos de la disciplina y estudios científicos; o
- 7.3. No se haya probado de manera objetiva que posea valor o beneficio terapéutico; o
- 7.4. Esté bajo estudio, investigación, en un período de prueba o en cualquier fase de un experimento o ensayo clínico.

8. TRATAMIENTO MÉDICO: Conjunto de medidas realizadas u ordenadas por un médico que se ponen en práctica para la curación o alivio de una enfermedad o lesión, incluyendo medicamentos prescritos, insumos o prótesis;

9. ATENCIÓN AMBULATORIA: Atención médica suministrada a un Asegurado cuando su permanencia en la Institución Hospitalaria sea menor de 24 horas;

10. COSTO RAZONABLE: Promedio calculado por el Asegurador de los gastos cubiertos por tratamientos médicos o intervenciones quirúrgicas de instituciones hospitalarias ubicadas en una misma área geográfica, que sean de la misma categoría o equivalente a aquella donde fue atendido el Asegurado, los cuales correspondan a una intervención quirúrgica o tratamiento médico igual o similar, libre de complicaciones y que de acuerdo a las condiciones de este contrato de seguro se encuentran cubiertos.

Este promedio será calculado sobre la base de las estadísticas que tenga el Asegurador de los gastos facturados en el mes calendario inmediatamente anterior a la fecha en que el Asegurado incurrió en los gastos, incrementado según el Índice Nacional de Precios al Consumidor (I.N.P.C) del Banco Central de Venezuela registrado en el mismo mes. Cuando este promedio no pueda ser obtenido, el costo razonable será el monto facturado.

No obstante, si el Asegurador hubiere acordado con algún proveedor un baremo, deberá efectuar la indemnización de los servicios prestados por este proveedor de acuerdo con el referido baremo.

De ser el caso, el costo razonable de los gastos cubiertos debe ajustarse a los baremos o la estructura de precios que el Estado haya fijado en el área de prestación de servicios de salud.

Este concepto es aplicable a toda adquisición de insumos, suministros, instrumentos especiales, equipos médicos o a cualquier otro gasto médico amparado e incurrido con motivo de la asistencia;

11. MÉDICAMENTE NECESARIO: Conjunto de medidas o procedimientos ordenados y suministrados por un médico o institución hospitalaria, que se ponen en práctica para el tratamiento, curación o alivio de una enfermedad o lesión, bajo las siguientes características:

1. Que sea apropiado para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad o lesión del Asegurado;
2. Que sea congruente con las normas profesionales aceptadas en la práctica de la medicina en la República Bolivariana de Venezuela y por la Federación Médica Venezolana o por la comunidad médica del país donde se presta el servicio o tratamiento;
3. Que el nivel de servicio o suministro sea idóneo y pueda ser proporcionado sin riesgo para el Asegurado;
4. Que no sea primordialmente para el confort o la conveniencia personal del Asegurado, de su familia o de su médico.

(El Asegurador podrá incluir o excluir definiciones de acuerdo con las características del producto de seguro que pretenda comercializar).

CLÁUSULA. PROCEDIMIENTO EN CASO DE ACTIVACIÓN DE LA COBERTURA

1. El Tomador, Asegurado o Beneficiario podrá solicitar el reembolso de los gastos incurridos. El Asegurador pagará la indemnización al Asegurado Titular con base en los documentos originales de: las certificaciones médicas, informaciones del proveedor del servicio, facturas, récipes con indicación médica concernientes a los productos o servicios expresamente cubiertos por este contrato y dispensados al Asegurado, que cumplan con las exigencias legales. Si otra empresa de la actividad Aseguradora hubiere pagado parte de los gastos incurridos por el Asegurado, deben entregarse al Asegurador el finiquito y las facturas originales indemnizadas, con el sello correspondiente;

El Tomador, Asegurado o Beneficiario deberá notificar el siniestro, dentro del plazo máximo de **(indicar plazo, mínimo cinco (05) días hábiles)** hábiles siguientes de haber recibido los productos o servicios o a su egreso de la institución hospitalaria, según sea el caso, utilizando los formularios usuales del Asegurador, y consignar los recaudos antes señalados, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes de haber efectuado la notificación; Asimismo, el Tomador, Asegurado o Beneficiario se comprometen a suministrar al Asegurador, en especial en los casos de tratamiento continuado o prolongado, mensualmente, en original, las facturas de los productos o servicios recibidos y amparados por este contrato. Cuando el Asegurado reciba los servicios fuera de la República Bolivariana de Venezuela, las facturas deberán ser traducidas al idioma castellano, si fuere el caso, y estar legalizadas o apostilladas, según sea el caso. La indemnización se efectuará al costo razonable que tengan los servicios en **(debe indicarse si son los de la República Bolivariana de Venezuela o el país donde se recibieron los servicios)**, en la moneda establecida

en el Cuadro Póliza Recibo o en la moneda nacional al tipo de cambio oficial de venta vigente, establecida por el Banco Central de Venezuela, para la fecha en que el Asegurador efectúe el pago, siempre que la reclamación resulte válida según las condiciones de este contrato;

El Asegurador podrá solicitar, sólo en una (1) oportunidad, en función de la información suministrada por el Tomador, Asegurado o Beneficiario, nuevos recaudos para la evaluación del siniestro y la determinación del pago que pudiera corresponder, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la entrega de los recaudos inicialmente solicitados. El Tomador, Asegurado o Beneficiario tendrá un lapso de treinta (30) días hábiles, contados desde la fecha de recepción de la solicitud, para entregar los nuevos recaudos solicitados, salvo por causa extraña no imputable al Tomador, Asegurado o Beneficiario. En caso de que el Asegurado Titular quede incapacitado o hubiere fallecido antes de recibir el pago de la indemnización, el reembolso corresponderá a sus Beneficiarios, y en su defecto, a sus causahabientes;

2. El Tomador, el Asegurado o el Beneficiario podrá solicitar Carta Aval al Asegurador. En este supuesto, deberá suministrar el presupuesto detallado de los gastos médicos por los productos y los servicios a ser prestados por el proveedor, así como los resultados de los exámenes preoperatorios y el informe médico donde se señale el diagnóstico, el tratamiento médico o la intervención quirúrgica a efectuarse. El Tomador, el Asegurado o el Beneficiario deberá remitir estos documentos, como mínimo, con diez (10) días hábiles de anticipación a la fecha en que deba realizarse el tratamiento médico o la intervención quirúrgica;

El Asegurador podrá solicitar, a su costo, una segunda evaluación médica o documentos adicionales a los descritos anteriormente, en una sola oportunidad. La solicitud debe efectuarse como máximo dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a la fecha en que se entregó el último de los documentos requeridos en el párrafo anterior; En este caso, se establece un plazo de cinco (5) días hábiles para que el Asegurado se someta a la segunda evaluación médica o para que sean consignados los nuevos recaudos solicitados por el Asegurador, según sea el caso, contados a partir de la fecha de solicitud, salvo causa extraña no imputable al Tomador, al Asegurado o al Beneficiario. El Asegurador está obligado a ofrecer un listado de por lo menos tres (3) médicos especialistas, con la finalidad de que el Asegurado escoja quién efectuará la evaluación médica;

El Asegurador se compromete a entregar la Carta Aval al Asegurado dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha en que fueron consignados los documentos antes mencionados y se hubiere concluido la evaluación médica, si fuere el caso;

3. En los supuestos de emergencia médica, a solicitud de la Institución Hospitalaria, el Asegurador debe informar de forma inmediata, a través de cualquier mecanismo previsto para ello, que el Asegurado se encuentra amparado por este contrato;

4. El Asegurador utilizará todos los mecanismos necesarios para procurar que el Asegurado reciba atención inmediata;

5. El Asegurado tiene el derecho a escoger libremente el proveedor que le prestará los servicios o suministros garantizados por este contrato, salvo aquellas coberturas que por su naturaleza deban ser garantizadas exclusivamente por un proveedor específico, conforme con las Condiciones Particulares o Anexos de este Contrato. El Asegurador podrá suscribir contratos con proveedores que aseguren la prestación de estos servicios o suministros. En este supuesto, indicará trimestralmente, mediante avisos colocados en cada una de sus oficinas de atención al público y en los medios de información electrónicos, los referidos proveedores;

6. Cualquiera sea el caso, la indemnización estará sujeta a un análisis previo realizado por el Asegurador, a fin de que éste pueda determinar que la lesión o enfermedad que originó la solicitud está cubierta por el contrato;

7. El Asegurado autoriza al médico tratante y a la Institución Hospitalaria para dar información acerca de su estado físico, historia clínica y demás circunstancias que originaron la reclamación, relevándolos de guardar el secreto médico;

8. Si después de haberse hecho efectivo el pago, resultare que los gastos incurridos por el Asegurado y pagados por el Asegurador, fueren originados o relacionados con algunas de las exclusiones o limitaciones de este contrato, el Asegurador procederá a recuperar del Asegurado Titular o de la persona que haya recibido la indemnización, el monto que haya sido pagado indebidamente.

De la adaptación del contenido mínimo

Artículo 5. El contenido mínimo al que se refiere estas normas podrá adaptarse a las particularidades de los seguros o coberturas de salud que puedan comercializarse conforme con la ley, previa aprobación de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

De las tarifas

Artículo 6. Las tarifas remitidas por las empresas de seguros para su aprobación, deben incluir primas sin limitación alguna por edad.

Del recargo comercial por utilidad

Artículo 7. Para efectos de la determinación de las tarifas del seguro de salud, el recargo comercial por utilidad esperada no podrá ser superior a cinco por ciento (5%) de la prima comercial.

Del uso de los documentos que estuvieron aprobados con carácter general y uniforme

Artículo 8. Las empresas de seguros podrán seguir utilizando las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares y el Anexo de Cobertura de Maternidad de la Póliza de Seguro de Salud Individual, prevista en la Providencia N° 003856 de fecha 18 de noviembre de 2013, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 40.316 de fecha 16 de diciembre del mismo año, siempre que estén ajustadas al ordenamiento jurídico vigente, previa aprobación de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, sin perjuicio de su aplicación para los contratos en curso.

De la derogatoria

Artículo 9. Se derogan los actos administrativos contenidos en la Providencia N° FSA-2-0160 de fecha 30 de noviembre de 2021, mediante el cual se dictó el Contenido Mínimo de las Condiciones Generales de los Contratos de Seguro de Salud y el Contenido Mínimo de la Cláusula de Interpretación de Términos de las Condiciones Particulares de los Contratos de Seguros de Salud, y en la Providencia N° 003856 de fecha 18 de noviembre de 2013, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 40.316 de fecha 16 de diciembre de 2013, mediante el cual se aprobaron con carácter general y uniforme las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, el Anexo de Cobertura de Maternidad y la Tarifa de la Póliza de Seguro de Salud Individual. Las demás normativas prudenciales y actos administrativos conexos a la actividad aseguradora, que coliden con las presentes normas no serán aplicables.

De la publicidad

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

De la vigencia

Artículo 11. Las presentes normas entrarán en vigencia a partir de 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-01-0508-2024

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

De conformidad con lo estatuido en la Ley de la Actividad Aseguradora, los aranceles de comisiones, bonos y planes de estímulos, deben ser aprobados previamente por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

POR CUANTO

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

GACETA OFICIAL

DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

DEPÓSITO LEGAL: ppo 187207DF1

AÑO CLI - MES XI N° 6.835 Extraordinario
Caracas, martes 3 de septiembre de 2024

*Esquina Urapal, edificio Dimase, La Candelaria
Caracas – Venezuela*

Tarifa sujeta a publicación de fecha 14 de noviembre de 2003
en la Gaceta Oficial N° 37.818

<http://www.minci.gob.ve>

Esta Gaceta contiene 216 páginas, costo equivalente
a 85,25 % valor Unidad Tributaria

<http://www.imprentanacional.gob.ve>

LEY DE PUBLICACIONES OFICIALES

(Gaceta Oficial Extraordinaria N° 6.688 de fecha viernes 25 de febrero de 2022)

Objeto

Artículo 1. Esta Ley tiene por objeto regular las publicaciones oficiales de los actos jurídicos del Estado a los fines de garantizar la seguridad jurídica, la transparencia de la actuación pública y el libre acceso del Pueblo al contenido de los mismos, en el marco del Estado Democrático y Social de Derecho y de Justicia.

Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela

Artículo 4. La "Gaceta Oficial", creada por Decreto Ejecutivo de 11 de octubre de 1872, continuará con la denominación "Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela".

Efectos de la publicación

Artículo 8. La publicación de los actos jurídicos del Estado en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela le otorga carácter público y con fuerza de documento público.

Para que los actos jurídicos del Poder Electoral, Poder Judicial y otras publicaciones oficiales surtan efectos deben ser publicados en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, de conformidad con el Reglamento que rige la materia.

Publicación física y digital

Artículo 9. La publicación de la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela acoge el sistema mixto que comprenderá uno digital y automatizado, y otro físico. La publicación física deberá contener todo el contenido publicado en la versión digital y automatizada y generará los mismos efectos establecidos en esta Ley, incluyendo su carácter público y de documento público. La contravención de esta disposición generará responsabilidad civil, administrativa y penal, según corresponda.

La Vicepresidenta Ejecutiva o Vicepresidente Ejecutivo establecerá las normas y directrices para el desarrollo, manejo y funcionamiento de las publicaciones digitales y físicas de la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, incluyendo el sistema informático de las publicaciones digitales.

Publicaciones oficiales

Artículo 15. El Servicio Autónomo Imprenta Nacional y Gaceta Oficial podrá dar carácter oficial a las publicaciones y ediciones físicas y digitales de los actos jurídicos publicados en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela. A tal efecto, deberá dictar un acto que indique las características esenciales de estas publicaciones.

Así mismo, el Servicio Autónomo Imprenta Nacional y Gaceta Oficial dictará un acto en el cual establezca los precios de las publicaciones impresas de la Gaceta Oficial, su certificación y los servicios digitales de divulgación y suscripción, así como cualquier otro servicio asociados a sus funciones.