



**República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional**  
2019 - Año de la Exportación

**Anexo**

**Número:**

**Referencia:** ANEXO I - Pautas Mínimas a aplicar para las Condiciones Contractuales de los Seguros de Vida con Ahorro

---

ANEXO I

**Pautas Mínimas a aplicar para las Condiciones Contractuales de los Seguros de Vida con Ahorro**

1. Condiciones Generales Comunes:

1.1. Preeminencia Normativa

Se tendrá como preeminencia normativa el siguiente orden de prelación:

- a. Normas de orden público de las Leyes N° 17.418 y N° 20.091;
- b. Condiciones Particulares;
- c. Cláusulas Adicionales;
- d. Condiciones Generales Específicas;
- e. Condiciones Generales Comunes.

1.2. Definiciones Contractuales

La póliza hará referencia invariablemente a los siguientes puntos. En los casos de las normas de orden público de la Ley N° 17.418, se deberán reproducir con precisión los mecanismos de funcionamiento de las mismas:

- a. Reticencia;
- b. Vigencia de la Póliza, Posibilidad de Renovación Automática y Plazo de Preaviso para Descartar la Renovación Automática, en la medida que resulten aplicables;
- c. Suma Asegurada;
- d. Prima y Premio;
- e. Plazo de Gracia para el Pago del Premio, detallando adecuadamente su funcionamiento;
- f. Plazo para el Pago del Premio. Consecuencias de la Falta de Pago Oportuno;
- g. Agravación del Riesgo;

- h. Denuncia del Siniestro;
- i. Pago de la Indemnización;
- j. Rescisión de la Póliza;
- k. Designación y Cambio de Beneficiarios, especificando claramente el derecho del Asegurado a designarlos;
- l. Valuación por Peritos;
- m. Rescate;
- n. Seguro Saldado;
- o. Préstamos;
- p. Rehabilitación;
- q. Finalización de Vigencia de la Cobertura, donde únicamente pueden preverse las causas detalladas a continuación:

- Renuncia del Asegurado a continuar con su cobertura.
- Fallecimiento del Asegurado.
- Falta de pago del premio de acuerdo con lo establecido en la cláusula correspondiente de las Condiciones Generales Comunes.
- Arribo del Asegurado a la fecha de finalización de vigencia o edad máxima de permanencia establecida en las Condiciones Particulares. La continuidad de cobro de prima correspondiente a ese Asegurado, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por dicha prima.
- Ocurrencia de un siniestro amparado por una cláusula adicional de la póliza, en caso de haberla contratado, que otorgue una cobertura sustitutiva de la cobertura básica de fallecimiento.
- En los seguros colectivos, la no pertenencia al grupo regido por el Tomador.

- r. Prescripción;
- s. Jurisdicción;
- t. Domicilio.

1.3. Rescisión sin causa del contrato de seguro instrumentado por la póliza: sólo podrá contemplarse la rescisión sin causa decidida por el Tomador y/o Asegurado. El Asegurador no podrá rescindir sin causa el contrato vigente.

1.4. Agravación del Riesgo: deberán especificarse puntualmente cada una de las causales que la póliza considerará como “agravaciones del riesgo”, en caso de corresponder. No podrán ser calificadas como tales: a) el envejecimiento; b) la aparición de enfermedades con posterioridad al inicio de vigencia de la cobertura.

1.5. En los seguros colectivos, deberán detallarse específicamente las obligaciones que tendrá el Tomador con la Aseguradora y con los Asegurados, teniendo en cuenta que esta cláusula deberá establecer siempre una efectiva protección al ejercicio de los derechos de estos últimos.

## 2. Cobertura:

Las condiciones contractuales deberán estar codificadas y agrupadas por tipo de cobertura.

### 2.1. Cobertura Básica

Deberá indicarse que el seguro cubre el riesgo de fallecimiento de cada Asegurado durante la vigencia de las respectivas Condiciones Particulares.

Asimismo, deberá quedar claramente especificado el procedimiento para acceder a la liquidación de los fondos acumulados, en caso de supervivencia del asegurado.

## 2.2. Cláusulas Adicionales

Deberán contener en sus condiciones contractuales las definiciones de los siguientes términos, en la medida que resulten aplicables:

- a. Riesgo Cubierto;
- b. Carácter del Beneficio;
- c. Exclusiones Específicas;
- d. Plazos de Espera;
- e. Plazos de Comprobación;
- f. Denuncia del Siniestro;
- g. Modalidad de Pago del Beneficio.

## 3. Exclusiones de Cobertura:

3.1. Conforme lo establecido en el Reglamento General de la Actividad Aseguradora, las exclusiones de cobertura deberán encontrarse detalladas en el ANEXO I de la Póliza, como así también dentro de las Condiciones Contractuales.

3.2. Todas las exclusiones deberán estar relacionadas con el riesgo cubierto de la cláusula en cuestión. Asimismo, deberán guardar relación con las bases técnicas que respalden sus tarifas.

3.3. Deberán quedar taxativamente establecidas las prácticas/actividades/deportes/actos/fenómenos excluidos, no pudiendo utilizar los términos “similares”, “análogos”, “otros”, “etc.” y demás expresiones similares ni referenciar sólo a ejemplos. No se admitirá la enunciación de exclusiones generales, indeterminadas o poco precisas.

3.4. Conforme lo dispuesto por las Resoluciones N° 37.270 y N° 37.275, no se admitirán exclusiones de cobertura relativas a infecciones que resulten consecuencia directa o indirecta del SIDA ni ninguna exclusión discriminatoria en los términos de la Ley Nacional contra la Discriminación N° 23.592.

3.5. No podrán establecerse exclusiones de cobertura relacionadas con la declaración del Asegurado en la solicitud de cobertura correspondiente, toda vez que la Aseguradora pudo aceptar o rechazar el riesgo al momento de suscribirlo.

## 4. Cuentas/Fondos:

En las Condiciones Generales Comunes, deberán describirse claramente las características de las cuentas o fondos comprendidos en la póliza, especificando que los mismos pertenecen al Tomador/Asegurado y éste podrá realizar retiros parciales o totales en cualquier momento de vigencia de la póliza, siempre conforme la normativa vigente, especificando los requisitos necesarios para dichos retiros, diferenciando los casos de cuentas/fondos garantizados de los no garantizados.

## 5. Plazos de Espera, Carencias y Enfermedades Preexistentes:

### 5.1. Seguros Individuales

No podrán aplicarse carencias ni exclusiones por enfermedades preexistentes, debiendo la entidad

realizar el análisis de suscripción correspondiente y en consecuencia aceptar o no el riesgo.

A continuación, se expresan los plazos de espera máximos pasibles de aplicación:

<b>Coberturas</b>	<b>Espera (en días)</b>
Invalidez Total y Permanente	90
Invalidez Temporaria	60
Renta Diaria por Internación	5
Cuidados Prolongados	30

## 5.2. Seguros Colectivos

5.2.1. En caso de contemplar la aplicación de exclusiones por enfermedades preexistentes, éstas deberán definirse como toda enfermedad que padeciera el asegurado durante los primeros meses de vigencia del Certificado de Incorporación Individual, diagnosticada con anterioridad a su incorporación al seguro, y que fuera la causa directa del siniestro cubierto por la cobertura en cuestión. El plazo de exclusión no podrá exceder de DOCE (12) meses desde el inicio de vigencia del Certificado de Incorporación Individual.

5.2.2. En caso de solicitarse requisitos de asegurabilidad, no podrán aplicarse carencias de ningún tipo.

5.2.3. No podrán establecerse carencias en forma conjunta con exclusiones por enfermedades preexistentes.

5.2.4. No podrán establecerse plazos de carencia para siniestros provocados por accidentes.

A continuación, se expresan los plazos de carencia y períodos de espera máximos pasibles de aplicación:

<b>Coberturas</b>	<b>Carencia (en días)</b>	<b>Espera (en días)</b>
Fallecimiento	30	N/A
Hijo Póstumo	30	N/A
Sepelio	30	N/A
Invalidez Total y Permanente	30	90
Invalidez Temporaria	60	60
Trasplante de Órganos	120	N/A
Diagnóstico de Cáncer	60	N/A
Enfermedades Graves y Terminales	60	N/A
Renta Diaria por Internación	90	5
Cuidados Prolongados	90	30
Intervenciones Quirúrgicas	90	N/A
Prótesis y Ortesis	90	N/A
Radiología y Diagnóstico por	60	N/A

Imágenes		
Alta Complejidad Médica	90	N/A

6. Modalidad de Pago de los Beneficios de la Póliza y/o del Saldo de la Cuenta Individual/Fondos:

Los beneficios podrán ser abonados mediante un pago único o en forma de renta cierta. En este último caso, el plazo de pago de la renta no podrá exceder los CINCO (5) años. El importe a abonar por dicha renta deberá estipularse conforme un porcentaje- no menor al DIEZ POR CIENTO (10%)- del Salario Mínimo Vital y Móvil (SMVM), el que deberá verse incrementado conforme la periodicidad de pago, de acuerdo al siguiente cuadro:

<b>Periodicidad del Pago</b>	<b>Monto del Beneficio</b>
Mensual	1 * SMVM * %
Bimestral	2 * SMVM * %
Trimestral	3 * SMVM * %
Cuatrimestral	4 * SMVM * %
Semestral	6 * SMVM * %

Asimismo, deberán reconocerse intereses superiores a la tasa técnica.

Los beneficios a indemnizar no podrán liquidarse en forma de Renta Vitalicia.

El Asegurado deberá tener la opción de modificar el beneficio a pago único en cualquier etapa del seguro.

7. Rehabilitación:

Para la rehabilitación de la póliza no podrán aplicarse requisitos de asegurabilidad.

8. Coberturas de Invalidez:

El plazo máximo que podrá establecer la Aseguradora a los fines de verificar el estado de invalidez total y permanente no podrá superar los SEIS (6) meses. El presente plazo incluye el período de espera aplicable.

9. Coberturas de Salud:

9.1. En las Cláusulas en que corresponda, conforme las características del riesgo, las entidades aseguradoras deberán incluir Opinión Médica en la cual se certifique la existencia de riesgo considerando en forma conjunta las definiciones de las enfermedades cubiertas y las exclusiones

establecidas.

9.2. Para la comprobación del siniestro la entidad podrá solicitar al Asegurado hasta DOS (2) exámenes médicos.

9.3. Para el caso de la Cobertura de Trasplante de Órganos, el beneficio deberá abonarse dentro de los QUINCE (15) días de notificado el diagnóstico del mismo o de recibidas las constancias y pruebas requeridas por la Aseguradora.

#### 10. Grupo Familiar:

Se podrá brindar la posibilidad de extender todas las coberturas contratadas por el Asegurado titular a su cónyuge/conviviente y a sus hijos mayores de CATORCE (14) años.

#### 11. Otras Cláusulas:

##### 11.1. Cláusula de Interpretación:

En lo que se refiere a la Cláusula de Interpretación de hechos de guerra, guerra civil, guerrilla, rebelión, insurrección o revolución, conmoción civil, terrorismo, sedición o motín, huelga o lockout y tumulto popular, deberán quedar expresamente convenidas sus respectivas definiciones y equivalencias que se consignen, siempre y cuando resulten razonablemente aplicables las exclusiones a definir en las Condiciones Técnico Contractuales a autorizar.

##### 11.2. Incremento Automático de los Capitales Asegurados:

Deberá quedar claramente especificada la periodicidad de ajuste del Capital Asegurado, el cual podrá ser únicamente semestral o anual.

Deberá definirse el índice de ajuste utilizado y establecer un tope o porcentaje máximo de ajuste en base al mismo, al momento de contratación de la cobertura.

#### 12. Condiciones Particulares:

12.1. Además de los requisitos establecidos en el Punto 25 del Reglamento General de la Actividad Aseguradora, se deberá indicar:

- a. Moneda del Contrato;
- b. Plazos de Espera;
- c. Edades Mínimas y Máximas de Ingreso y de Permanencia para cada una de las Coberturas;
- d. Detalle de cada una de las Cuentas/Fondos seleccionados por el Asegurado/Tomador, como así también su correspondiente composición, en caso de corresponder;
- e. Detalle de cada uno de los Gastos sobre las Cuentas/Fondos.

12.2. El cuadro de discriminación del premio deberá detallar los importes de la prima de riesgo y prima de ahorro y cada uno de los gastos y recargos por cualquier concepto incluidos en la Nota Técnica para la obtención del Premio, según corresponda. Los gastos deberán estar expresados en la misma frecuencia que la del pago de la prima y deberá definirse cada uno de ellos en nota al pie de página.

12.3. Las cargas que se imponen al Asegurado y/o Tomador en las Condiciones Contractuales deberán ser incorporadas como advertencia en forma clara y destacada en las Condiciones Particulares.

12.4. Cuando las disposiciones de la póliza se aparten de las normas legales derogables, en un todo de acuerdo a lo expuesto en el Artículo 158 de la Ley N° 17.418, no podrán formar parte de las Condiciones Generales, y deberán incluirse en las Condiciones Particulares.

12.5. En el caso de seguros colectivos, las disposiciones del presente punto resultan igualmente aplicables al Certificado de Incorporación Individual.

### 13. Declaración de Salud:

Los cuestionarios de salud a utilizar deberán estar relacionados con el riesgo cubierto de la cláusula a contratar. Debe evitarse la ambigüedad en las preguntas o terminologías. No podrán utilizarse los términos “similares”, “análogos”, “otros”, “etc.” y demás expresiones similares ni referenciar sólo a ejemplos o a afecciones “no mencionadas anteriormente”.

En caso de corresponder, las preguntas deberán quedar supeditadas al conocimiento del asegurable y limitadas a un período de tiempo determinado.



**República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional**  
2019 - Año de la Exportación

**Anexo**

**Número:**

**Referencia:** ANEXO II - Pautas Mínimas para la Nota Técnica de los Seguros de Vida con Ahorro

---

ANEXO II

**Pautas Mínimas para la Nota Técnica de los Seguros de Vida con Ahorro**

Las entidades aseguradoras deberán elaborar las tarifas de acuerdo a los lineamientos planteados en el presente Anexo.

La Nota Técnica deberá contemplar, según corresponda, el detalle de los gastos de adquisición y administración, plazos de espera y cualquier otro elemento que deba ser detallado en las Condiciones Particulares y cuyo valor no se encuentre específicamente establecido en las Condiciones Contractuales del plan. Conforme lo estipulado en el punto 24.2 del R.G.A.A., deberán remitirse los cálculos de las tarifas mediante hoja de cálculo (Planilla de Excel).

La Nota Técnica deberá especificar lo siguiente:

- a. **Características del producto:** Ramo, cobertura, modalidad de contratación, moneda del contrato, entre otras cuestiones que definan e identifiquen al producto.
- b. **Riesgos Cubiertos:** Cobertura básica, coberturas adicionales, sumas aseguradas, y todo otro elemento que sea determinante de la prima de riesgo.
- c. **Tasa Técnica:** CUATRO POR CIENTO (4%) efectivo anual para las pólizas emitidas en moneda de curso legal y UNO POR CIENTO (1%) efectivo anual para las pólizas emitidas en dólares estadounidenses o euros.
- d. **Rentabilidad Garantizada:** Las entidades deberán ofrecer siempre un fondo con rentabilidad garantizada, la cual resultará, como mínimo, igual al mayor rendimiento que surja de la comparación entre la tasa técnica y la tasa testigo publicada periódicamente por la Superintendencia de Seguros de la Nación aplicable a los Seguros de Retiro, para las pólizas emitidas en moneda de curso legal. Para las pólizas emitidas en dólares estadounidenses o euros, la rentabilidad garantizada deberá ser igual o superior a la tasa técnica.



e. Participación sobre las Rentabilidades: Sin perjuicio de la tasa garantizada que resulte de lo establecido en el inciso anterior, se deberá participar al asegurado de la rentabilidad obtenida por encima de la misma (rentabilidad excedente), ya sea para fondos garantizados o no garantizados, en un porcentual determinado, el cual no podrá ser inferior al SETENTA POR CIENTO (70%) de la rentabilidad bruta de los mismos.

A los fines de determinar el saldo de los fondos garantizados a una fecha determinada, se tomará el mayor saldo que surja de la aplicación del procedimiento anteriormente descripto y el obtenido de aplicar solamente la rentabilidad garantizada correspondiente.

f. Tabla de Mortalidad: Se deberá definir una tabla que, para todas las edades detalladas, se encuentre dentro de los rangos de vidas medias indicadas a continuación:

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

La vida media se obtendrá con la siguiente fórmula:

$$e(x) = \frac{T(x)}{l(x)}$$

siendo:

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

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

$$L(x) = l(x) - \frac{d(x)}{2}$$

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

$$e(x) = \frac{T(x)}{l(x)}$$

g. Ajuste de la Tabla por Suscripción: Se podrá establecer un ajuste equidistante sobre el porcentual de tabla definido (porcentaje base), el cual no podrá superar una variación del VEINTICINCO POR CIENTO (25%) sobre dicho porcentaje base. Los límites inferior y superior del rango así determinado deberán siempre recaer dentro de las cotas de vida media establecidas precedentemente. La utilización de este rango sustituye la aplicación del Punto 26.1.10 del Reglamento General de la Actividad Aseguradora.

h. Máximos Gastos de Adquisición (producción) y Administración (explotación): Se deberán limitar los porcentajes de gastos sobre las primas de riesgo destinadas a la cobertura de fallecimiento y cláusulas adicionales, no pudiendo superar la suma de ambos gastos el CINCUENTA POR CIENTO (50%) de la prima de tarifa. Para dicho cálculo se podrá efectuar un promedio simple en función del horizonte de cobertura de la póliza. Sobre toda prima en exceso de la prima de riesgo (prima excedente), los gastos se deberán limitar a un DIEZ POR CIENTO (10%) de la misma.

i. Gastos sobre las Cuentas/Fondos: Deberán limitarse los gastos sobre las cuentas o fondos con garantía, no pudiendo ser superiores al porcentaje de rentabilidad garantizada.

Respecto a la rentabilidad excedente, los gastos no podrán ser superiores al DOS POR CIENTO (2%) de la misma.

En caso de que la aplicación de los gastos contemplados en la póliza conlleve a la obtención de un saldo negativo parcial teniendo en cuenta la prima abonada, dicho resultado podrá ser prorrateado en los próximos TRES (3) años de vigencia. Una vez transcurrido el período mencionado y no revertida la situación planteada, la entidad deberá estarse a lo dispuesto en el artículo 8° de la presente Resolución.

j. Recargo de Seguridad: La Aseguradora podrá incorporar un recargo de seguridad para desvíos en la tabla de mortalidad o en las tasas de frecuencia de las cláusulas adicionales. Dicho recargo no podrá superar el VEINTE POR CIENTO (20%) y deberá establecerse en forma puntual.

k. Recargo por Eliminación de Exclusiones: Se deberá especificar el recargo a aplicar por la eliminación de algunas de las exclusiones.

l. Recargo por Agravación del Riesgo: Se admitirá una extraprima aplicable a un riesgo particular, debiendo estar indicado dicho recargo en las Condiciones Particulares. El recargo máximo pasible de autorización será del TRESCIENTOS POR CIENTO (300%) sobre la tasa de riesgo.

m. La suma de los recargos por eliminación de exclusiones y agravación del riesgo no podrá superar el TRESCIENTOS POR CIENTO (300%) sobre la tasa de riesgo.

n. Recargo por Fraccionamiento: La Aseguradora podrá aplicar un recargo por el fraccionamiento de las primas, el cual no podrá exceder el TRES POR CIENTO (3%) de tasa directa anual para el fraccionamiento mensual.

o. Cláusulas Adicionales: Se deberán justificar las tasas propuestas con bases técnicas y en base a estudios estadísticos debidamente actualizados, o contar con el aval del reasegurador que participe en el riesgo.

p. Reservas: Deberá quedar especificado que estarán confeccionadas en un todo de acuerdo a la Resolución General SSN N° 38.708 y sus modificatorias.

q. Política de Suscripción y Retención de Riesgos contemplada en el Punto 24.1 del Reglamento General de la Actividad Aseguradora. Deberá discriminarse para cada una de las coberturas del plan y en cada una de las monedas en que será comercializado el mismo.

Para las Cláusulas Adicionales de Sepelio deberá tenerse en cuenta que la Suma Asegurada no podrá superar el valor de 5,5 Salarios Mínimos Vitales y Móviles (SMVM), conforme el último SMVM publicado al mes de diciembre del año anterior.

La Suma Asegurada de cada una de las coberturas adicionales no podrá superar la Suma Asegurada de la cobertura de fallecimiento.

r. Valor de Rescate: Deberá estarse a lo establecido en la Ley N° 17.418 y en la Resolución SSN N° 27.220.

En aquellas pólizas colectivas cuyo Tomador sea el empleador y éste tome a su cargo el pago de la prima total o parcialmente, la entidad deberá tener presente los siguientes puntos:

- No podrán realizarse más de TRES (3) retiros parciales por año calendario y con una frecuencia mínima de NOVENTA (90) días entre uno y otro.
- Ningún retiro parcial podrá ser superior al SETENTA POR CIENTO (70%) del fondo acumulado.

Los puntos precedentes no resultan de aplicación a los fondos constituidos por los pagos realizados por el Asegurado.

s. Fórmulas de Cálculo: Deberán establecerse las fórmulas de cálculo de la prima de riesgo de cada cobertura y de la prima de tarifa total individual, contemplando todos los conceptos detallados anteriormente que resulten de aplicación en el plan. El premio total de cada Asegurado será calculado adicionándole a la prima de tarifa individual los impuestos, tasas y sellados que pudieran corresponder según las coberturas contratadas.

t. Horizonte de cobertura: Deberá informarse en la nota técnica el horizonte de cobertura que se considerará para la comercialización del producto.

u. Explicación del esquema de transferencia de rentabilidad y del esquema de gastos: Deberá obrar en la nota técnica una explicación detallada del esquema de transferencia de rentabilidad de los fondos y del esquema de gastos por cualquier concepto.