

ESCUELA DE NEGOCIOS

MBA 2010 (INTENSIVO)

**EL IMPACTO DEL SEGURO DE VIDA COLECTIVO DE SALDO
DEUDOR EN LAS ENTIDADES FINANCIERAS DE LA
REPÚBLICA ARGENTINA**

AUTOR : DANIEL EDGARDO CALABRESE

TUTOR : DIEGO PABLO NOTO

BUENOS AIRES, JUNIO DE 2012

AGRADECIMIENTOS

En primer término deseo agradecer a Gloria mi mujer, quien con su apoyo y comprensión permitió realizar la carrera, la maestría y este trabajo final.

También agradezco a mi hijo Julián y su esposa Karina, quienes me alentaron a seguir adelante. A mi hijo Alejandro con el cual compartimos las mismas vivencias académicas y nos soportamos mutuamente. A mi hijita Samanta y su esposo Luis quienes han estado siempre presente para ayudarme.

A mis nietas Micaela y Catalina que por el solo hecho de brindarme sus sonrisas y cariño, ya estoy muy agradecido. A Malena que con sus 3 añitos alegra la vida de todos.

También agradezco a María, que me ha tenido que soportar estudiando e invadiendo su espacio.

A Pedro, Juan, Florencia y Lucía quienes han estado siempre presentes.

RESUMEN

El seguro de vida colectivo de saldo deudor es un producto que millones de clientes de entidades financieras de la Argentina poseen y cuyo alcance pocos conocen. Esto es debido a su carácter de obligatorio en determinados productos como: tarjeta de crédito, préstamos personales, hipotecarios, prendarios y cuenta corriente.

Si bien es un producto “impuesto”, no implica que sea abusivo para el cliente. Por el contrario, es beneficioso tanto para él como para los otros intervinientes. Para el cliente deudor, dado que no deja a sus herederos con la carga de las deudas en el caso de muerte y en el caso de la entidad financiera, tiene el beneficio de poder recuperar la deuda contraída por el cliente fallecido. Finalmente, para la compañía de seguros, como es la prestadora del servicio, se traduce en la ganancia por la venta del producto, entre otras variables que se verán en el presente trabajo.

El equilibrio planteado en el párrafo anterior referente a los beneficios, se desarticula al registrarse importantes pérdidas monetarias en las entidades financieras. Estas son originadas por la falta de cobro de los siniestros que se motivaron en los fallecimientos de los clientes deudores.

En el presente trabajo se investigaron las razones de estas pérdidas y para ello, se realizaron entrevistas a responsables del proceso del producto Seguros en las entidades financieras. También se estudió el impacto que se produce en el mercado cuando una entidad pertenece al mismo grupo económico que una aseguradora, y por último se analizaron todos los aspectos normativos de las leyes y resoluciones vigentes.

Se concluye que para dar solución a este problema, las entidades financieras deberán modificar sus procesos operativos, específicamente en el control de la supervivencia del cliente deudor. Asimismo, se arriba a la conclusión de que las entidades y compañías de seguros que comparten el mismo grupo económico, cuentan con una ventaja competitiva. Cabe destacar que la normativa vigente no especifica el procedimiento en los casos de siniestros para este seguro.

ÍNDICE

Introducción

Capítulo I. Consideraciones generales de los seguros

Origen del seguro.....	1
Definición de seguros.....	1
Precio del seguro.....	4
Interés asegurable.....	5
Empresa de seguros.....	5
Contrato de seguros.....	6
Calificación de los seguros.....	7
Seguros de personas.....	8
Partes del contrato de seguros.....	9

Capítulo II. Seguros de personas

Seguros de accidentes personales.....	10
Seguro sobre la vida.....	13
Pago en el seguro de personas.....	19
Beneficiario en el seguro de personas.....	19

Capítulo III. Seguro de vida colectivo de saldo deudor

Obligatoriedad.....	22
Descripción.....	23
Condiciones generales de la póliza.....	23

Normativa específica vigente.....	27
-----------------------------------	----

Capítulo IV. Proceso del seguro de vida colectivo de saldo deudor en una entidad financiera

1- Contratación.....	30
2- Inicio del proceso operativo.....	30
3- Proceso continuo.....	31
4- Tratamiento de las excepciones.....	31
5- Proceso de los siniestros.....	32
6- Rechazos de siniestros.....	32

Capítulo V. Mercado de la Banca – Seguros

Sector Bancario.....	34
Sector de seguros.....	35
Punto de inflexión de la banca – seguros.....	37

Capítulo VI. Metodología de investigación

Diseño de investigación.....	38
Tipo de investigación.....	38
Instrumentos de la investigación.....	38
Estrategia de la entrevista.....	39
Selección de entidades financieras.....	39

Capítulo VII. Resultado de la investigación

Documentación.....	40
Control operativo.....	41
Información sobre el fallecimiento del cliente.....	41

Información sobre rechazos de siniestros.....	42
Registración de las pérdidas.....	42
Banco y compañía de seguros dentro del mismo grupo económico.....	43
Entrevista en el Registro Nacional de las Personas.....	43
Análisis de impacto económico.....	45
Capítulo VIII. Conclusión.....	47

INTRODUCCIÓN

En la década de los años 90 en la Argentina hubo un importante crecimiento de los créditos de consumos a través de productos como las tarjetas de créditos, préstamos personales o acuerdos en cuenta corriente. En aquel momento las entidades financieras otorgaban esos créditos a personas físicas con garantía propietaria, prendaria o hipotecaria.

En la primera década del presente siglo, el aumento de la competencia entre las entidades financieras para la colocación de los productos crediticios, llevaron a tomar decisiones, como prescindir de la garantía propietaria, con el consecuente aumento del riesgo. Esto conllevó a analizar la problemática del fallecimiento del cliente deudor, la cual fue resuelta por las entidades financieras a través de la contratación de una póliza de seguro de vida colectivo de saldo deudor.

Las entidades financieras, prácticamente sin excepciones, comenzaron a contratar este seguro para asegurar la vida de los clientes deudores. Este tipo de seguro consiste en que, en el caso de muerte de uno de estos clientes, la compañía de seguros abona a la entidad financiera el importe correspondiente al saldo deudor. Y así, la entidad aplica el importe percibido, producto del cobro del siniestro, para saldar la deuda del cliente fallecido.

A fines de la década pasada los créditos para el consumo aumentaron en forma dramática, por ende el seguro de vida colectivo de saldo deudor acompañó dicho crecimiento y las entidades financieras encontraron un nuevo ingreso, al cobrar un sobre precio en el seguro. Esto provocó diferentes denuncias en las entidades de defensa del consumidor, por lo que la Superintendencia de Seguros de la Nación tuvo que reglamentar este tipo de seguros en forma específica.

El seguro de vida colectivo de saldo deudor cobró vital importancia para las entidades financieras, ya que una entidad promedio alcanza aproximadamente el millón de clientes deudores entre los productos tarjetas de crédito, cuenta corriente y préstamos personales. Ante el incremento de la cantidad de clientes deudores en las entidades financieras, es lógico que se registre un mayor

volumen de siniestros por muerte de los mismos. Por lo tanto las entidades debieron incorporar procesos operativos, con el fin de obtener la documentación requerida por las compañías de seguros para el cobro de los siniestros.

A pesar de ello, en las entidades comenzaron a registrarse pérdidas millonarias por la falta de cobro de los siniestros del seguro aquí tratado, produciéndose el siguiente cuadro de situación: un cliente fallecido con deuda; los deudos y/o familiares del cliente delegan la responsabilidad a la entidad para el cobro del siniestro; y la compañía de seguros no abona el siniestro hasta contar con la documentación correspondiente. Por lo tanto, la entidad de no cumplir con las exigencias de la compañía de seguros, queda impedida de saldar la deuda.

En general las circunstancias que impiden el cobro de los siniestros son:

- 1) Los deudos o familiares no presentan la documentación para reclamar el siniestro.
- 2) La entidad no se entera del fallecimiento.
- 3) El certificado de defunción presentado indica que fue una muerte traumática.
- 4) El fallecimiento fue por suicidio.
- 5) El trámite prescribió por haber transcurrido mayor tiempo del estipulado en la Ley de Seguros y en las condiciones particulares de la póliza.

Por lo antes expuesto, en la investigación sobre el seguro de vida colectivo de saldo deudor se hará especial énfasis en los procesos operativos en las entidades financieras, relativo al cobro de los siniestros en los casos de muerte de los clientes.

En razón de expresar el objeto de la investigación, es menester realizar las siguientes preguntas que permitirán explorar el fenómeno en profundidad:

¿Se pueden generar procesos en las entidades financieras para minimizar las pérdidas monetarias ocasionadas por la imposibilidad de cobro de los siniestros del seguro de vida colectivo de saldo deudor?

¿Cuáles son los límites legales que impiden a las entidades financieras cobrar los montos correspondientes a los siniestros en este tipo de seguros?

¿Existe diferenciación en esta problemática entre las entidades financieras por sus características, como ser si es extranjera, oficial o si integra un grupo económico donde exista una compañía de seguros?

Los objetivos generales son, por un lado, determinar las causas que impiden completar los requerimientos exigidos por las compañías de seguros para acceder al cobro de los siniestros en este seguro específico.

Por otro, evaluar si tiene influencia que una entidad financiera pertenezca a un grupo económico donde también haya una compañía de seguros, específicamente en el momento del cobro de los siniestros en el seguro de vida colectivo de saldo deudor.

En cuanto a los objetivos específicos son:

Analizar los circuitos internos de las entidades financieras, con el fin de detectar si existen anomalías en el proceso de la obtención de documentación de los siniestros, que debe ser presentada ante las compañías de seguros.

Analizar concienzudamente la Ley de Seguros y las resoluciones específicas de la Superintendencia de Seguros de la Nación, con el fin de determinar si las exigencias impuestas por las compañías de seguros están debidamente avaladas por la mencionada normativa.

Finalmente, desarrollar alternativas en el cumplimiento de los requerimientos exigidos por las compañías de seguro, que permitan establecer un nuevo modelo a fin de alcanzar el objetivo principal, que es el cobro del siniestro por parte de las entidades financieras.

El alcance de la presente investigación será el producto Seguro de Vida Colectivo de Saldo Deudor en las entidades financieras de la República Argentina, más precisamente en lo que atañe al proceso administrativo para el cobro de los siniestros.

Además, se analizará si la conformación de los capitales en las entidades financieras, como ser públicas, privadas o extranjeras, generan diferencias a la hora del cobro de siniestros. El mismo procedimiento se realizará con aquella entidad que es parte de un holding y también está integrado por una compañía de seguros.

La investigación estará orientada a obtener la información necesaria que permita minimizar las pérdidas monetarias ocasionadas por la falta de cobro de los siniestros del seguro del presente trabajo.

Se arriba a la siguiente hipótesis: la imposibilidad de cobro de los siniestros de los seguros de vida colectivo de saldo deudor por parte de las entidades financieras se debe principalmente a dos factores:

- A) Un cierto grado de ineficiencia en los procesos operativos por parte de las entidades financieras
- B) Las compañías de seguros imponen presentación de documentación a través de interpretar, a su favor, la normativa vigente.

CAPÍTULO I - CONSIDERACIONES GENERALES DE LOS SEGUROS

Origen del seguro

La economía y el derecho antiguos no conocieron el seguro a prima fija. En Roma, la fidejussio indemnitas, el nauticum faenus, la pecunia trajecticia, eran instituciones próximas; de ellas se desprende que si el concepto no era ignorado, no se alcanzó a crear una doctrina independiente; se lo practicó confundido con otros contratos. Esta confusión obedeció al desconocimiento de los elementos técnicos.

En la Edad Media, las gildas eran instituciones de asistencia, en las cuales las primas no estaban en relación con las prestaciones.

El seguro nació en las ciudades italianas del Medioevo; su aparición bajo forma de un préstamo gratuito y, luego, sobre todo, de venta de precio a pagarse si la cosa no llegaba a destino, se debió fundamentalmente a la prohibición por Gregorio IX, 1234, del interés en el préstamo a la gruesa.

Apareció en el siglo XIV con el seguro marítimo. Los primeros documentos conocidos son italianos; y las repúblicas de Pisa, Florencia y Génova son las primeras en darle disciplina legislativa. Los lombardos llevaron su práctica a Francia, Portugal, España, Inglaterra.

Definición de Seguros

El seguro es un procedimiento por el cual un conjunto de personas sujetas a las eventualidades de ciertos hechos riesgosos, reúnen sus contribuciones a fin de resarcir al integrante de ese conjunto que llegue a sufrir las consecuencias de esos riesgos. La organización de ese conjunto, selección de tales riesgos, fijación de las contribuciones de aquellas personas llamados asegurados, queda a cargo de una empresa que puede ser sociedad anónima, cooperativa, mutual que asume la prestación del servicio, para lo cual se capacita técnica y financieramente.

Esta organización compleja de elementos técnicos y financieros de que depende el funcionamiento cabal de los contratos de seguros, que tiene una influencia decisiva en la aplicación práctica de la institución.

Jurídicamente hablando, es un instituto por el cual el Asegurador se obliga, mediante el cobro de una prima a abonar, dentro de los límites pactados, un capital u otras prestaciones convenidas, en caso de que se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura. El seguro brinda protección frente a un daño inevitable e imprevisto, tratando de reparar materialmente, en parte o en su totalidad las consecuencias. El seguro no evita el riesgo, resarce al asegurado en la medida de lo convenido, de los efectos dañosos que el siniestro provoca.

El riesgo es un hecho eventual, generalmente futuro (porque existen seguros retroactivos), del cual puede derivar en un daño (seguros de intereses o patrimoniales o de daños) o que puede afectar la vida humana o la integridad física (seguros de personas).

El asegurador no puede aceptar cualquier riesgo, ni cualquier riesgo es en sí mismo asegurable.

Para que un riesgo sea asegurable es importante que reúna ciertos extremos técnicos que posibilitan se asuman sus consecuencias como ser:

Dispersión: el siniestro no debe afectar a una masa de personas o cosas al mismo tiempo, es decir el riesgo no debe ser generalizado.

Incertidumbre: que debe referirse por lo menos a la época que ocurrirá un claro ejemplo es el Seguro de Vida.

Objetivo: de ahí que también debe ser ajeno a la voluntad de las partes, por lo que la provocación del siniestro produce pérdida del derecho a la indemnización. No obstante, la provocación culposa queda incluida en la asunción del riesgo, como una evolución impuesta por la necesidad social de la cobertura, por el empleo de utillaje o medios riesgosos, lo que ha creado nuevas necesidades que el contrato ha de satisfacer. Este riesgo derivado de la culpa (subjetivo) impone un incremento del precio del servicio (prima) y es

técnicamente calculable conforme a la estadística. La observación estadística es la que permite con carácter riguroso formular las tablas de mortalidad para los seguros sobre la vida, con un cálculo de vida media, y para los otros seguros también la formulación de hipótesis, fundada en esa estadística que no es tan rigurosa por el carácter de los hechos, rectificada con la experiencia del propio asegurador. El asegurador debe tratar de realizar en su explotación comercial de acuerdo a esa hipótesis estadística.

Se cubre cualquier clase de riesgo, pero dentro de los planes del asegurador, porque el riesgo debe insertarse en un conjunto que permite reproducir esa observación estadística como:

Frecuencia: es indispensable para la confección de estadísticas que permitan establecer las probabilidades del siniestro. Cuanto mayor y más precisa sea la observación, más cuidadas serán las clasificaciones de los riesgos y más homogéneos.

Intensidad: la intensidad no debe ser grande, porque influye decisivamente en el precio y torna antieconómico el seguro comercial, imponiendo otra forma de satisfacer la necesidad de afrontar los riesgos, como por ejemplo los riesgos catastróficos. La intensidad para el asegurador individual se disminuye con el reaseguro o el coaseguro.

Estos elementos analizados estadísticamente, permiten la clasificación de los riesgos, que funda la fijación del precio.

El riesgo concreto debe ser individualizado a efecto de ser clasificado. La individualización del riesgo es dada por la vinculación: causal, temporal, local y objetiva. Estas circunstancias concretan el estado del riesgo. La vinculación causal significa la limitación de los daños en relación de causalidad adecuada con el riesgo; la temporal importa la asunción de esas consecuencias dañosas por un tiempo determinado; la objetiva, precisa el bien o la persona que debe ser dañado o afectado por el riesgo; el local se refiere a la limitación del ámbito en el que debe producirse el siniestro.

El riesgo individualizado es seleccionado y clasificado para crear homogeneidad de los riesgos. Esto significa: selección, la no cobertura de aquellos riesgos que por su frecuencia, concentración o intensidad se clasifican malos, esto es que rompen la homogeneidad; clasificación, el encasillamiento de las distintas categorías de riesgos según su normalidad o anormalidad (riesgos agravados o tasados), lo que influye decisivamente en el precio.

Precio del seguro

Es la prestación de dinero a cargo del tomador del seguro en pago por la transferencia del riesgo. Suele denominarse genéricamente “prima”, aún cuando según veremos corresponde formular al respecto algunas distinciones.

Prima técnica o pura: también se lo denomina prima de riesgo o actuarial. Constituye el valor actual del riesgo futuro, establecido en forma científica o empírica sobre la base de las probabilidades de acaecimiento del suceso previsto, que surge de la experiencia estadística, es decir el equivalente estadístico, del riesgo transferido al asegurador.

Prima comercial o bruta: también denominada “de tarifa”. Incluye la prima técnica o pura más el importe representativo de gastos de administración y margen de ganancias.

Premio: es la suma que en definitiva paga el tomador del seguro y se forma con la prima comercial aplicada al contrato respectivo, más los sellados, impuestos, tasas, derecho de emisión y cualquier otro adicional que incida sobre el precio del seguro. Cuando la ley se hace referencia a la prima, como objeto de las obligaciones del tomador o asegurado, debe entenderse que se refiere al premio, que es realidad la prestación a su cargo.

Las primas así determinadas integran las tarifas, que deben ser aprobadas por la autoridad de control.

Interés asegurable

Consiste en el interés que el asegurado debe tener en la conservación de los bienes o personas expuestas al riesgo y constituye requisito indispensable para la validez del seguro.

El interés asegurable puede existir al tiempo de celebrarse el contrato o posteriormente. En este caso el seguro queda sujeto a la condición de que dicho interés llegue a existir.

Este interés constituye, precisamente, el objeto del contrato de seguro, ya que este puede tutelar toda clase de riesgos, si existe interés asegurable, salvo provisión expresa en la ley (Artículo 2°)

No debe confundirse con la calidad de dueño de la cosa o titular de un derecho, ya que según la clasificación tienen interés asegurable las siguientes personas:

- a) El titular de derechos reales.
- b) El titular de derechos crediticios
- c) Titular de obligaciones que suponen responsabilidad personal por las cosas.

En los seguros de personas se requiere por lo menos un interés afectivo.

Empresa de seguros

La explotación técnica del ramo de seguros requiere que el asegurador sea una empresa, ya que su funcionamiento exige la acumulación de una masa de riesgos, para la realización de la hipótesis estadística que lo funda y la formación de un fondo de primas que permita afrontar las obligaciones asumidas.

De ahí que se exija que el asegurador sea una sociedad con determinada organización jurídica, que haga posible su permanencia, sociedad anónima o sociedad cooperativa, con objeto exclusivo. Su capacitación económica y técnica es permanentemente controlada en su constitución y durante su funcionamiento como por ejemplo planes de comercialización, pólizas a emplear, tarifas de primas, reservas que deben constituirse para afrontar las

indemnizaciones, y su inversión para hacer efectiva la función en un momento determinado, etc.

La capacidad económica de la empresa de seguros así organizada tiene un límite para responder por los siniestros eventuales, según hipótesis estadística señalada y su plan comercial, según de la clase de riesgo a que se dedique, este límite es su capacidad de retención o pleno. Su equilibrio económico para hacer efectiva su capacidad para afrontar los siniestros exige que cuando exceda de ese pleno lo transfiera, lo que se logra por dos procedimientos:

Reaseguro, por el cual el asegurador asegura su responsabilidad en cuanto excede de su pleno de retención, reasegurador que, a su vez, empresario de seguros debe reasegurar cuando excede de su propio pleno. De tal manera que el soporte concreto del daño se diluye tanto más cuanto mayor cantidad de sucesivos reaseguros exista.

La función del reaseguro se ha tornado así una pieza esencial del sistema, que comparte con el coaseguro la función de diluir el soporte del siniestro.

Coaseguro es la celebración del contrato de seguro con una pluralidad de aseguradores, sea directamente con todos ellos, sea a través del asegurador que actúa como mandatario, aisladamente o sistemáticamente, por una organización permanente (pool), pero en cuanto exceda de los respectivos plenos de retención deben reasegurar.

Contrato de Seguros

De acuerdo al artículo 1° de la Ley de Seguros 17.418, hay contrato de seguro cuando el asegurador se obliga, mediante una prima o cotización, a resarcir un daño o cumplir la prestación convenida si ocurre el evento previsto.

El contrato de seguro es consensual; los derechos y obligaciones recíprocos del asegurador y asegurado, empiezan desde que se ha celebrado la convención, aun antes de emitirse la póliza.

Clasificación de los Seguros

Seguros de interés: En los cuales el asegurador se vincula por el daño concreto sufrido, en donde se aplica rigurosamente el principio de no enriquecimiento del asegurado, son los que la ley denomina daños patrimoniales. Admite dos subtipos por el objeto:

- 1) El interés asegurable puede recaer sobre un bien determinado, ejemplo incendio, o sobre un derecho determinado a un bien, como por ejemplo del acreedor hipotecario sobre el bien gravado.
- 2) El interés asegurable puede referirse al patrimonio, como por ejemplo el seguro de la responsabilidad civil, también enunciado como referente al nacimiento de un pasivo.

La ley regula las ramas del seguro más importantes en la práctica comercial argentina, pero establece numerosas normas generales, comunes a todos los seguros.

Seguro de incendio, que es el seguro tipo para un riesgo específico de una cosa inmovilizada, para nuestra ley cubre los daños causados a los daños de acción directa o indirecta del fuego, las medidas para extinguirlos, de demolición, de evacuación o análogos, así como los provenientes de explosión o rayo sino media nada en contrario y los bienes que extravíen durante el incendio.

Seguro de la agricultura: pueden referirse a cualquier riesgo que pueda dañar la explotación en determinada etapa o momento. La ley reglamenta el seguro de granizo, por el cual se asumen los daños causados exclusivamente por el granizo a los frutos y productos asegurados, aún cuando concorra con otros fenómenos meteorológicos. Sus normas se aplican a los daños causados por helada.

Seguro de mortalidad de animales: el asegurador indemnizará el daño causado por la muerte del animal o animales asegurados o por su incapacidad total y permanente si así se conviene.

Seguro de la responsabilidad civil, el artículo 109° de la ley lo define como el contrato en que el asegurador se obliga a mantener indemne al asegurado de cuanto deba a un tercero en razón de la responsabilidad prevista en el contrato, a consecuencia de un hecho acaecido en el plazo convenido.

Seguro de transporte: incluye cualquier riesgo a que estén expuestos los vehículos de transporte, las mercaderías o la responsabilidad del transportador.

Seguros de Personas

No depende de la existencia de un daño concreto, (aunque que en algunos supuestos sirva para medir la prestación del asegurador: enfermedad, invalidez, etc., con referencia a un salario) sino de las vicisitudes que afectan a una persona determinada, su salud o integridad corporal. Admiten dos subtipos:

- 1) Sobre la vida, que incluye los seguros para el caso de muerte, de supervivencia y mixto, denominado dotal en la práctica.
- 2) Sobre la salud o integridad, que incluye los seguros de accidentes y de enfermedad.

Es importante destacar entre seguros sociales y seguros privados. Técnicamente ambos son seguros, que se distinguen esencialmente por su función, que les da sus rasgos particulares:

El seguro privado se inspira en un interés personal inmediato: se funda en un negocio jurídico privado, normalmente voluntario; el espíritu de lucro en el asegurador privado, que es una persona de derecho privado.

El seguro social satisface un interés social inmediato y da origen a una relación jurídica que es obligatoria e íntegramente regulada por ley. El asegurador es siempre persona de derecho público; los beneficiarios sólo pagan una parte de la prima, la que es completada por aportes de un tercero que puede ser el estado o un patrón. El ejemplo típico está dado por las jubilaciones.

Partes del contrato de Seguros

Asegurado: Persona, titular del interés sobre cuyo riesgo se toma el seguro. En el sentido estricto, es la persona sobre la cual recae la cobertura del seguro. En algunas disposiciones la ley emplea la denominación de tomador del seguro, su empleo obedece a que esas normas se refieren a consecuencias del contrato del seguro respecto de quien puede no ser titular del interés asegurado, no obstante de haber celebrado el contrato por cuenta ajena o por cuenta de quien corresponda.

El beneficiario del seguro sobre la vida o del seguro colectivo no es parte en el contrato, ya que no asume ni se le imponen obligaciones.

Cuando el seguro sobre la vida se celebra sobre la vida de un tercero, se requiere el consentimiento por escrito del tercero o del representante legal. Pero este consentimiento no le hace parte en el contrato aún cuando su reticencia sea oponible al asegurado.

Asegurador: La explotación técnica del ramo de seguro requiere que el asegurador sea una empresa, porque su funcionamiento exige la acumulación de una masa de riesgos, para la realización de hipótesis estadística que lo funda y la formación de un fondo de primas que permita afrontar las obligaciones asumidas; no es posible alcanzar este resultado si los negocios no se extienden a un amplio territorio, si no se continúan por una larga serie de años, si las primas percibidas no se emplean segura y fructuosamente, si no se gana la confianza de los asegurados con un capital inicial de garantía.

La Superintendencia de Seguros de la Nación exige que estas empresas sean sociedades anónimas, mutuales o cooperativas expresamente autorizadas por este organismo. En el ejercicio de su control, la Superintendencia de Seguros tiene facultades para requerir a las empresas la exhibición de libros, documentos y correspondencia; para revisar sus carteras de valores, controlar balances, etc., también podrá realizar inspecciones que poseen una habitualidad anual.

CAPÍTULO II - SEGURO DE PERSONAS

Son aquellos seguros que garantizan el pago de un capital o de una renta cuando se produce un hecho que afecta la existencia, salud o integridad física del asegurado. Generalmente terminan en un pago en dinero o en prestaciones tales como: asistencia médica, asistencia farmacéutica, provisión de prótesis, entre otras. Están subordinadas a hechos atinentes directamente a la persona del asegurado.

No tienen carácter resarcitorio, de ahí que no proceda la subrogación en los derechos contra el tercero responsable, ni las reglas referentes al sobreseguro o al infraseguro, limitadas a daños patrimoniales.

Sobre la suma asegurada, como uno de los elementos técnicos del contrato, se calculará la prima.

Se incluyen en esta categoría los seguros sobre la vida para el caso de muerte del asegurado o de un tercero, de supervivencia, mixto, de accidentes personales, de enfermedad, de asistencia médica. Asimismo la contratación puede realizarse en forma individual o en forma colectiva.

Seguros de Accidentes Personales

Es un seguro de personas como se desprende del capítulo III de la ley (Anexo 1) y las razones de esto son:

- 1) El interés del asegurado es de naturaleza diversa al interés asegurable en los seguros de daños.
- 2) El alea es idéntico al alea en los seguros sobre la vida.
- 3) La fijación del monto a pagarse no se hace con carácter resarcitorio, de ahí que pueda concurrir con la indemnización que deba el tercero responsable y que no exista subrogación del asegurador que paga.

El concepto de accidente no está especificado en la ley. La póliza aprobada considera que “toda lesión corporal que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta, sufrida por el asegurado independientemente de su voluntad, por la acción repentina y violenta de o con un agente externo”:

- a) La acción externa, en principio debe ser física, pero también se admite como tal la acción de gases.
- b) Lo repentino debe ser el hecho, pero no el resultado.
- c) Por exterior, se entiende ajeno al cuerpo del asegurado.
- d) Por independiente de su voluntad, que el resultado no sea querido por el asegurado, aunque sea la consecuencia de un acto querido.

Con referencia al beneficiario cabe asegurar en amparo del propio tomador, lo que ocurrirá normalmente cuando se trata de la disminución física en razón del accidente, o de un tercero denominado beneficiario que existirá necesariamente cuando la muerte sea consecuencia del accidente.

El valor asegurable queda librado al arbitrio de las partes, de ahí que no se apliquen las normas de sobreseguro.

La prestación del asegurador puede convenirse en el pago de un capital o de una renta, generalmente calculados en relación a la incapacidad definitiva remanente; así como la prestación de asistencia médico-quirúrgica y farmacéutica. Para fijar el monto a pagarse por la incapacidad, las pólizas contienen un cuadro de porcentajes de incapacidad según órganos afectados.

En la agravación de riesgo para esta especie de seguro se aplican:

- a) Los motivos de agravación que deben denunciarse han de ser específicamente expresados en el contrato.
- b) Los cambios de profesión o de actividad del asegurado autorizan la rescisión, sólo si agravan el riesgo de modo tal que de existir a la celebración, el asegurador no hubiese celebrado el contrato, es decir, no está contemplado en los planes del asegurador.

La peculiaridad de las consecuencias del siniestro hace que la ley regule específicamente la carga de salvamento, que se vincula con la exigibilidad de que el asegurado se someta a intervención quirúrgica para reducir las consecuencias. El artículo 150 le impone observar las instrucciones del asegurador al respecto, en cuanto sean razonables. Lo que la ley quiere evitar

es que el asegurado perciba la prestación para luego eliminar o reducir la incapacidad. Esta intervención será solventada por el asegurador.

No es necesario que el accidente sea la causa exclusiva del daño; el hecho de que este se agrave por las condiciones de salud del asegurado, no limita la responsabilidad del asegurador por la indemnización de todo el daño, se le asegura en el estado de salud propio de él y no en virtud de condiciones ideales o estándar.

El asegurado acreditará la existencia del accidente por presunciones, es decir que le basta presentar su pretensión como probable o verosímil, por lo que será bastante que ninguna circunstancia desvirtúe la naturaleza accidental del hecho o que las comprobaciones materiales no la contradigan.

La ley no fija una norma especial para informar el siniestro en este seguro, el plazo se computa desde que puede apreciarse la gravedad de las consecuencias del accidente. Es así porque la existencia del siniestro depende de que se produzcan ciertas consecuencias y no del mero hecho del cual nace o pueden nacer a la persona del asegurado.

El asegurador se libera cuando el asegurado o beneficiario provoca el accidente dolosamente o por culpa grave o lo sufre en empresa criminal.

Además de los informes complementarios que pueda requerir el asegurador, este puede adoptar ciertas medidas, a su costo, que no debe ejercer abusivamente. La obstaculización maliciosa libera al asegurador.

Si no media acuerdo de las partes, las consecuencias serán fijadas por peritos, cuyo dictamen se podrá impugnar si se aparta evidentemente de la real situación de hecho o del procedimiento pactado, el anulado del peritaje se determinará judicialmente.

Se pagará:

- a) En caso de muerte, cuando se pruebe el hecho y el título. El monto será fijado en la póliza.

- b) En el supuesto de incapacidad definitiva y total, se pagará la suma máxima establecida. Si se previó una renta, esta se debe desde que se denunció el hecho.
- c) Si la incapacidad es definitiva y parcial, se aplicarán las mismas reglas, con referencia al porcentaje previsto en la misma póliza, según los órganos afectados.
- d) Si la incapacidad es temporaria, las pólizas prevén el pago de una renta desde el tercer día hasta un máximo de doscientos días.

La asistencia médica como la asistencia farmacéutica se deben si están previstas, así como el suministro de prótesis.

La naturaleza alimentaria de las prestaciones las torna inembargables.

Seguro sobre la vida

Es un verdadero seguro ya que se dan los dos elementos, riesgo y premio. Hay riesgo porque la muerte influye con un alea capaz de oscilaciones amplísimas sobre las obligaciones de los contratantes, sea que apresure, retarde o excluya el cumplimiento. Con tanto mayor razón si el seguro no es plurianual.

El pago de una suma única o periódica por el asegurado tiene los caracteres jurídicos y técnicos de la prima, es el precio del riesgo, calculado con arreglo a una hipótesis estadística y financiera y forma con las demás el fondo con lo que la empresa satisface sus obligaciones.

No obstante que el seguro plurianual los pagos son facultativos para el asegurado, se trata de un contrato único por toda la duración, no sólo porque la prima se calcula en un promedio por toda la duración, sino también por el funcionamiento del contrato, con cada pago no hay una actualización del informe del riesgo, el asegurador no puede rehusar el pago. El pago anual facultativo obedece a una necesidad práctica, dejar al asegurado en libertad de decidir por el porvenir, por las circunstancias que pueden sobrevenir y llevarle a rescindir el contrato. Justamente la facultad del asegurado coadyuva a la difusión del seguro.

Este seguro puede ser objeto de múltiples combinaciones vinculadas con la vida humana. Además de las tres formas fundamentales ya señaladas, es importante agregar lo siguiente: 1) la duplicación del monto a pagar si la vida se pierde en accidente 2) concertación conjunta con un seguro de incapacidad por accidente 3) pago de educación técnico-universitaria y 4) pago de saldo de precio o de hipoteca de la vivienda propia.

Es usual la llamada participación en las utilidades; el pacto es voluntario, obedece a que el asegurador percibe una sobreprima, para rectificar cálculos del asegurador, si con esta se produce un excedente, lo restituye con esa participación en las condiciones que fije la póliza.

Requiere capacidad para disponer cuando es en beneficio de tercero o para el caso de muerte. Además:

- 1) La mujer casada puede hacerlo sin limitaciones si las primas se pagan con los bienes gananciales que administra o con bienes propios.
- 2) El menor de 18 años cumplidos, si designa beneficiarios a sus ascendientes, descendientes o hermanos que se hallen a su cargo.
- 3) El menor emancipado por matrimonio con autorización.
- 4) El menor de 18 años cumplidos, si el pago de las primas se hace con el peculio de libre disponibilidad, adquirido con su trabajo o profesión.
- 5) El menor habilitado.

Los esposos pueden contratarlo uno en beneficio del otro, porque no se trata de donación.

El fallido puede contratarlo si paga las primas con bienes no incluidos en el desapoderamiento, como serían los provenientes de su trabajo personal.

De lo expuesto resulta que no pueden contratarlo el tutor ni el curador, ni un apoderado con mandato general, ni celebrarse como una mera gestión de negocios.

Existen diversos sistemas de contratación, la ley deja librado a las partes fijar el plazo de duración. Cuando es plurianual, que solo el asegurado puede rescindir

libremente, con lo que se excluye la aplicación de la libre rescindibilidad recíproca. Tampoco se admite el seguro de duración indeterminada.

En el seguro de la propia vida, el interés del tomador no llena ninguna función, ya que el monto no se determina por el valor del interés y la provocación del siniestro se previene por otras normas. Cuando el seguro es sobre la vida de un tercero, la ley exige el consentimiento del tercero.

En lo que se refiere al beneficiario, la ley tampoco exige la existencia de un interés ni su prueba; si la vida asegurada es la de un tercero, rige el conocimiento de este; si el seguro es sobre la vida propia, la designación es suficiente.

En el seguro sobre la vida, el asegurador obtiene la información por un cuestionario, que el asegurable debe satisfacer con la mayor veracidad posible.

El asegurador completa su información en los seguros individuales plurianuales con un examen médico.

Cuando el seguro se celebra sin revisión médica, generalmente en los de escaso monto, colectivos o de grupo, el asegurado declara su estado de buena salud y la reticencia se juzga respecto de esa declaración.

El valor asegurable queda librado al arbitrio de las partes. De ahí que no se le apliquen las reglas del sobreseguro, el principio resulta de las normas precitadas, por lo que también puede celebrarse cuantos contratos se desee. Si los aseguradores recaban informe sobre seguros anteriores o solicitudes rechazadas, es para tomar conocimiento del verdadero estado del riesgo.

El riesgo consiste en la probabilidad de muerte. El riesgo es progresivo ya que la uniformidad de la prima cuando el seguro es plurianual puede desorientar, pero debe tenerse en cuenta que la prima anual es un promedio superior al valor del riesgo en los primeros años y luego inferior para impedir que la prima progresivamente mayor llegue a ser un gravamen excesivo. Además se integra con la prima del riesgo y la cuota de ahorro. El excedente de las primas pagado por el asegurado integra la reserva relativa a su póliza.

Se puede asegurar la vida de un tercero, con su consentimiento por escrito o de su representante legal si fuere incapaz, pero está prohibido el seguro para el caso de muerte de los interdictos y de los menores de catorce años, no se percibe en estos casos el interés jurídico legítimo para esa contratación.

Las pólizas excluyen de la garantía el riesgo de guerra, que incluye desde la incorporación a las filas, por movilización o aislamiento voluntario.

Con referencia a la agravación del riesgo, la ley ha establecido:

- a) Sólo se debe denunciar la agravación del riesgo expresamente prevista en el contrato con indicación de las causas que los originen.
- b) Los cambios de profesión o de actividad del asegurado autorizan la rescisión sólo cuando agraven el riesgo de modo tal que de existir a la celebración, el asegurador no hubiese celebrado el contrato. Si lo hubiese concluido por una prima mayor, la suma asegurada se reducirá en proporción.

Esto es, que el principio es la libertad de adoptar cualquier profesión y cambiar de domicilio, excepto las que puedan considerarse normalmente previsibles por el asegurador como vejez, enfermedades, accidentes, etc.

Cuando se aseguró la vida de un tercero, las agravaciones deben referirse a éste.

Respecto a la prima, la mora en el pago tiene efectos especiales:

- a) Es usual convenir un plazo de gracia, generalmente de un mes, por el cual se mantiene la garantía, se pagará por el asegurador si el siniestro ocurre durante ese plazo.
- b) Producida la mora, la ley fija distintos efectos, vinculados a la formación de la reserva matemática. Transcurrido tres años el asegurador puede optar por:
 - 1) La conversión en un seguro saldado, esto es de prima pagada por el importe de la reserva, por una suma reducida y con igual plazo, o de un seguro por un plazo menor. La póliza debe fijar los planes.

- 2) La rescisión del contrato, con la restitución al asegurado de una suma determinada, conforme a las tablas enunciadas en la póliza, llamado valor de rescate.

Si el asegurado no formula opción, después de un mes de interpelado por el asegurador, el contrato se convertirá automáticamente en un seguro saldado por una suma reducida.

No obstante la reducción del seguro, el asegurado puede, en cualquier momento, restituir el contrato a sus términos primitivos, con el pago de las primas que se devengaron, con sus intereses.

- c) Las pólizas autorizan otro remedio, previsto en la ley, que es la aplicación de un préstamo a que tiene derecho el asegurado, calculado sobre las reservas, para pagar la prima, prorrogando el contrato en sus términos originales.

En el Artículo 141 de la ley reconoce al asegurado, después de transcurridos tres años, el derecho a obtener un préstamo, que se calculará según reserva correspondiente al contrato, conforme a los planes que apruebe la autoridad de control.

En el seguro de personas, el obligado a pagar la prima es el tomador y el tercero no puede pagar por reemplazo del tomador, porque se convertiría en seguro de la vida de un tercero y por la naturaleza estrictamente personal, con la excepción del supuesto de que el beneficiario haya sido designado a título oneroso, en el cual éste tiene un interés patrimonial en mantener vigente el contrato, cuya contratación obedece a una vinculación entre tomador y beneficiario.

En el seguro para el caso de muerte el siniestro lo constituye el fallecimiento del asegurado, cualquiera sea la causa, excepto la provocación prevista en la ley, en el seguro de supervivencia, el hecho de que al vencimiento viva el asegurado y en el mixto o dotal, uno u otro hecho.

En caso de ausencia con presunción de fallecimiento, se pagará al cumplirse los extremos del artículo 28, ley 14.394, con la garantía prevista en el artículo 30, se deberá tener en cuenta que habilita la apertura de la sucesión.

Producido e informado el siniestro al asegurador, en el caso de muerte a través de certificado de defunción, el asegurador puede optar ciertas medidas complementarias, que no debe ejercer abusivamente y cuya obstaculización maliciosa libera al asegurador.

La provocación del siniestro tiene un régimen especial en los artículos 135, 136 y 137 ya que tienen la característica de que son actos voluntarios, porque los hechos que producen la muerte, aunque cumplidos con culpa grosera, no liberan al asegurador. Si bien cabe pactar la cobertura del suicidio voluntario, no es admisible el pacto para los demás, porque son hechos reprimidos penalmente.

La ley prevé:

- a) Suicidio, incluso del tercero cuya vida se aseguró. Por suicidio debe entenderse la muerte dada a sí mismo voluntariamente. El cometido en estado de inconsciencia o estado de perturbación mental o enfermedad mental es un caso fortuito. Debe cometerse en estado de consciencia normal libre; pero no es necesario que se cumpla para hacer percibir el beneficio. No existe suicidio consciente o voluntario toda vez que por causas internas o externa, morbosas o no; el sujeto pierde la consciencia plena de sus actos, la libertad de su voluntad. Quiere decir que deja de ser consciente o voluntario no solo el cometido en estado de insania, sino en todos los supuestos en el que se ofusca la razón o se halla impedida la serenidad del juicio. Además la ley exige que se cometa dentro de los tres años de vigencia ininterrumpida del contrato
- b) Pena de Muerte, exige aplicación legítima, es decir por hecho cometido por el asegurado, por un tribunal competente y que se ejecute. El asegurador no se liberaría si fallece en la cárcel.
- c) Empresa criminal, la muerte debe ser consecuencia de un delito cometido por el asegurado, consumado o meramente tentado, concurren

o no causas atenuantes. Pero es menester que se trate de un delito en cuya ejecución es posible hallar la muerte. El asegurador debe probarlo, no existe empresa criminal si median causas justificantes o excusantes.

Pago en el Seguro de Personas

El asegurador debe pagar en el término del artículo 49 dentro de los quince días de informado el siniestro o suministrada la información complementaria.

El asegurador no se subroga en los derechos del beneficiario contra el tercero responsable, es una consecuencia de su naturaleza jurídica, de no ser un contrato indemnizatorio. Además el beneficiario puede no ser el titular del derecho contra el tercero.

Beneficiario en el Seguro de Personas

Generalidades: El seguro de personas para el caso de muerte es un contrato esencial y principalmente para tercero, designado por la ley: beneficiario, pero no es parte en el contrato de seguro, aunque se le designe en él.

La designación puede ser:

- 1) A título gratuito, normalmente en cumplimiento de un deber moral.
- 2) A título oneroso, en ejecución de un vínculo obligacional entre el asegurado y el beneficiario.

Designación: Puede hacerse en el contrato o por acto por separado, conocida por el asegurador antes o después del siniestro. Cuando se omitió la designación, la ley suple la voluntad, teniendo por designados a los herederos, quienes reciben el beneficio por derecho propio.

Si la póliza fija precisamente el beneficiario a quien se pagará, en caso de no existir o no sobrevivir este beneficiario, se pagará a los herederos del estipulante, como beneficiarios.

Capacidad: El estipulante tiene capacidad plena para designar beneficiario, con la limitación del caso del menor de 18 años cumplidos.

La designación no es una donación, porque no se cumple “animus donandi”, sino en ejecución de un deber moral o de una obligación civil.

Revocabilidad: es de la esencia del contrato, cuando es a título gratuito. El poder del estipulante es absoluto, ni el asegurador ni el beneficiario pueden oponerse. El estipulante puede designar otro beneficiario sin limitación alguna.

Cuando es a título oneroso, es irrevocable por cláusula expresa o tácitamente, en estos casos el beneficiario puede ser reemplazado con su consentimiento, adquiere un derecho propio durante el funcionamiento del contrato.

Derechos del Beneficiario: adquiere un derecho propio, independiente del patrimonio del asegurado, de ahí que el heredero designado puede rechazar la herencia sin que obste al cobro del seguro.

La situación legal del beneficiario es distinta antes y después del siniestro dependiendo si es: a título gratuito u oneroso:

- a) Cuando es a título gratuito, antes del siniestro no tiene un derecho perfecto, lo que sería incompatible con la libre disposición por el tomador, no puede disponerlo, no integra su patrimonio. El asegurado retiene la libre disposición del derecho y puede cambiar el beneficiario. Producido el siniestro, el beneficiario consolida su derecho propio y directo contra el asegurador. Está sujeto a las limitaciones del contrato de seguro, y el asegurador puede oponerle las defensas que nazcan de él, ejemplo reticencia, caducidades incurridas. El beneficiario no lo recibe a título hereditario y que por consecuencia no sufre la acción de acreedores del asegurado.
- b) Cuando es a título oneroso, el beneficiario adquiere un derecho propio o temporal, que integra su patrimonio, por ende puede transferirlo y ser ejecutado por sus acreedores, a la vez que es irrevocable.

El beneficio caduca cuando el beneficiario sea autor o cómplice en la muerte de la persona asegurada. Se trata de la provocación dolosa del siniestro, por lo que no se aplica al homicidio por imprudencia, homicidio preterintencional o el cometido en legítima defensa o en estado de necesidad. En cambio, es

indiferente que concurren atenuantes o que sea indultado; y se ha extendido a los supuestos en que apresura el siniestro, como complicidad en el suicidio, incitación al alcoholismo.

CAPÍTULO III - SEGURO DE VIDA COLECTIVO DE SALDO DEUDOR

El seguro colectivo es una forma de contratación y no un tipo de seguro, que en la práctica refiere a las personas, como especifica la ley en el artículo 153, puede tratarse de vida o accidentes personales. Asimismo se puede combinar con el de responsabilidad civil y especialmente con el de accidentes del trabajo.

Si bien la ley no estipula el funcionamiento del seguro de vida colectivo y tampoco se cuenta con bibliografía específica del tema, es necesario establecer que en la década final del siglo pasado, las entidades financieras comercializaban los productos crediticios, con un mayor riesgo, otorgando la mayoría de los créditos a personas físicas, a sola firma, es decir se obviaron las garantías propietarias. A partir de esta transformación las entidades financieras comenzaron a contratar este seguro, con el fin de mitigar el riesgo, específicamente en aquellos casos de fallecimiento de clientes deudores.

Obligatoriedad

El Banco Central de la República Argentina en abril del 2007 emite la comunicación A 4637 donde detalla el manual de préstamos con garantía hipotecaria y prendaria. En el mismo obliga a la Entidad que otorga el crédito a contratar un seguro de acuerdo a la siguiente característica:

Préstamo Hipotecario: Es requisito que los solicitantes cuenten con un seguro de vida que cubra por el saldo de deuda del préstamo y que sea cancelatorio en caso de siniestro. Será facultad de la entidad dar de baja el seguro cuando el crédito registre una mora superior a 180 días, en la medida que opción esté contemplada en su política de crédito aplicable a este tipo de financiación. Que la póliza sea emitida o endosable a favor de la entidad financiera o de quien en el futuro resulte ser el acreedor del préstamo hipotecario.

En el caso de existir más de un solicitante deberá decidir por que cada solicitante este asegurado por el total del saldo del préstamo o cada solicitante estará asegurado por una porción del saldo impago en función de su contribución a los ingresos computables del conjunto.

Préstamo Prendario: Es requisito que por lo menos uno de los solicitantes cuente con un seguro de vida que cubra por el saldo de deuda del préstamo y

que sea cancelatorio en caso de siniestro. Que la póliza sea emitida o endosable a favor de la entidad financiera o de quien en el futuro resulte ser el acreedor del préstamo prendario.

Por lo antes expresado solo los préstamos hipotecarios y préstamos prendarios tienen obligatoriedad de contar con el seguro colectivo de vida de saldo deudor, sin embargo las entidades financieras obligan comercialmente a los clientes que obtengan productos como cuenta corriente, tarjeta de crédito, préstamos personales entre otros, a contar con el mencionado seguro, es decir se encuentra dentro de los requisitos para otorgar el producto.

Descripción

En el seguro colectivo de vida de saldo deudor existen tres partes claramente determinadas:

- 1) El asegurado es el cliente de la entidad financiera que accedió a un producto crediticio. Estos productos generan saldos deudores que tienen variabilidad mensual. Cubre el riesgo de muerte del cliente y es por ello que deben ser clientes personas físicas.
- 2) El asegurador es la Compañía de Seguros que es contratada por la entidad financiera que debe estar autorizada por la Superintendencia de Seguros de la Nación. Con el fin de administrar adecuadamente el servicio, la compañía genera una póliza por cada producto de la entidad financiera.
- 3) El beneficiario es la entidad financiera que por disposiciones vigentes, debe contar con más de una compañía, para dar la posibilidad de que el cliente pueda realizar una elección. Asimismo al producirse un siniestro, la entidad debe entregar la documentación estipulada a la compañía de seguros. De no mediar rechazo, la compañía realiza el pago en los tiempos establecidos. La entidad financiera deberá aplicar los fondos a la deuda del cliente fallecido.

Condiciones generales de la póliza

A continuación se detallará las condiciones generales de este tipo de seguros que deben ser aprobadas por la Superintendencia de Seguros de la Nación.

Riesgos Cubiertos: Esta póliza cubre el riesgo de muerte del asegurado. El asegurado está cubierto por esta póliza sin restricciones en cuanto a la residencia y viajes que pueda realizar dentro y fuera del país.

Riesgos no cubiertos: La compañía no pagará indemnización cuando el fallecimiento de un asegurado se produzca como consecuencia de:

- a) Competencia como conductor o integrante de equipo en pruebas de pericia o velocidad, vehículos mecánicos o de tracción a sangre; participación de justas hípicas.
- b) Intervención en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánicas.
- c) Práctica de paracaidismo.
- d) Práctica deportivas submarinas o subacuáticas; escalamientos de montañas; actos de acrobacia; práctica del boxeo profesional.
- e) Actos de guerra civil o internacional ejecutados dentro del país o fuera del mismo, guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, siempre que el asegurado hubiera participado en ellos en forma activa.
- f) Suicidio voluntario, salvo que haya estado ininterrumpidamente en la póliza por lo menos durante un año antes del hecho.
- g) Participación en empresa o acto criminal; muerte en duelo o riña, salvo el supuesto de legítima defensa.
- h) Hechos originado por reacciones de origen nuclear y sus posibles efectos tardíos.
- i) Participación en trabajos subterráneos o de minería; realización de caza mayor;
- j) Acontecimientos ocurridos por el dolo o culpa grave del asegurado.
- k) Consumo de alcohol; uso de drogas o estupefacientes sin prescripción médica.

Enfermedades preexistentes: El asegurador no quedará obligado a pagar la suma del seguro cuando la muerte del asegurado se produzca por causa de una enfermedad preexistente al momento del ingreso del asegurado en esta

cobertura. Pasado un año desde el inicio de la cobertura ninguna podrá ser considerada como preexistente.

Personas Asegurables: Se considera asegurable en el momento de emisión de la póliza a toda persona física menor a 99 años, o menor de la edad que se indique en las condiciones particulares que resulte ser deudor de la entidad financiera.

Cantidad mínima de asegurados: Es condición especial para que este seguro entre en vigor y pueda mantenerse en vigencia, que la cantidad de asegurados alcance por lo menos los porcentajes mínimos estipulados en las condiciones particulares. De no reunirse las condiciones mínimas, la compañía se reserva el derecho de rescindir la póliza.

Primas del seguro: El importe de la prima será estipulado en las condiciones particulares, el que solo podrá ser modificado en cada renovación de póliza. La compañía podrá establecer primas por cada mil de suma asegurada para el o los rangos homogéneos de edad y diferentes sumas aseguradas por individuos. La prima se aplicará a todos los asegurados incluidos dentro del mismo rango de edad, sin discriminación de edad entre ellos.

Beneficiarios – Compromiso de la Entidad Financiera: La entidad financiera es el único beneficiario de este seguro en la medida del saldo de la deuda original adeudado por el asegurado al momento de su muerte.

La entidad financiera se compromete a aceptar los pagos provenientes de la compañía y a aplicarlos a la cancelación de la deuda cubierta por la póliza.

Información que debe suministrarse a la Compañía: Tanto la entidad financiera como el asegurado se comprometen a suministrar todas las informaciones que sean necesarias para el fiel cumplimiento de la póliza, tales como las fechas, pruebas y certificados de nacimiento y de defunción o cualquier otra que se relacione con el seguro.

La entidad financiera comunicará a la compañía el acaecimiento del siniestro dentro de los 3 días de conocerlo, adjuntando copia de la partida de defunción, certificado médico sobre la causa del deceso, una certificación del capital adeudado y demás constancias especificadas en la condiciones particulares sin perjuicio del derecho de la compañía a requerir información complementaria para verificar el siniestro.

La compañía abonará al beneficiario dentro de los 15 días de notificado el siniestro o de acompañada, si correspondiera, la información complementaria que la compañía pudiera requerir.

Nómina de Asegurados: La entidad financiera entregará a la compañía una nómina de los asegurados con las respectivas sumas aseguradas; y periódicamente listas adicionales de modificación con el ingreso y egreso de asegurados. Estas listas adicionales deberán utilizarse en el caso de aumento o reducción de los capitales asegurados, con la periodicidad y los datos fijados en las condiciones particulares. La nómina original y las listas adicionales deberán contener nombre, sexo, fecha de nacimiento y el documento de identidad del asegurado, como también el plazo del crédito otorgado y su monto.

Ejecución del contrato: Las relaciones entre la compañía y los asegurados se efectuarán por intermedio de la entidad financiera. Como consecuencia de ello la entidad financiera deberá cobrar a los asegurados las primas asignadas y liquidar a la compañía la prima del contrato en los términos establecidos.

La entidad financiera no podrá utilizar el nombre de la compañía en propaganda, impresos y cualquier otra documentación similar, sin previa autorización expresa de esta última.

La entidad financiera no podrá incrementar el precio pactado con la compañía debitándolo de la cuenta del asegurado o cobrándolo al mismo en nombre de la compañía en concepto de seguro.

Cesiones: Los asegurados no pueden ceder los derechos emergentes de la póliza que son intransferibles. Toda cesión o transferencia se considerará nula y sin efecto alguno.

Disposiciones básicas: La compañía y la entidad financiera se someten a las disposiciones de la ley de seguro.

La póliza de seguro colectivo de vida se celebra entre la compañía aseguradora y la entidad financiera, y los asegurados podrán incorporarse al grupo siempre que cumplan las condiciones de incorporación establecidas en la póliza. (Artículo 154 de la Ley de Seguros).

Las declaraciones subscriptas por la entidad financiera y los asegurados en sus respectivas solicitudes son aceptadas por la compañía para la emisión de la póliza y su veracidad constituye la condición de validez de la misma. Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por la entidad financiera o por los asegurados, aún hecha de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o la aceptación de los seguros individuales, o modificado las condiciones de los mismos si la compañía hubiese sido cerciorada del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato o los certificados de los asegurados, según el caso.

Normativa específica vigente

Las razones que en el año 2010 llevaron a la Superintendencia de Seguros de la Nación a regular este tipo de seguros fueron:

- a) El constante crecimiento del crédito para el consumo.
- b) El Banco Central de la República Argentina obligó a las entidades a que sus clientes deudores de créditos hipotecarios y/o prendarios fueran cubiertos por un seguro de vida por el saldo de deuda del préstamo.
- c) Se habían detectado anomalías en las Entidades Financieras en la determinación de las tasas de primas pactadas con las respectivas aseguradoras.
- d) Denuncias recibidas al organismo tanto por las asociaciones de entidades y aseguradoras debido a la falta de información sobre la

modalidad de contratación, como de las coberturas involucradas y en el establecimiento de pautas mínimas y uniformes.

La resolución 35.678 de Marzo de 2011 es la vigente y se destaca los siguientes puntos:

- 1) Se determina que la cobertura a brindar en estos seguros será básicamente Fallecimiento, con la opción del tomador de incorporar la cobertura de invalidez total permanente. Las aseguradoras podrán ofrecer las cláusulas adicionales de invalidez total temporaria o desempleo involuntario.
- 2) El período de carencia no podrá exceder de treinta días para la cobertura de fallecimiento e invalidez total permanente y de sesenta días para invalidez total temporaria y desempleo involuntario. No podrá computarse el período de carencia en caso de accidente. Por enfermedad preexistente se entiende a toda enfermedad que padeciera el asegurado durante los primeros meses de vigencia del certificado individual, diagnosticada con anterioridad a su incorporación al seguro, y que fuera causa de su fallecimiento o de la incapacidad total permanente del mismo. Este plazo no podrá exceder los doce meses.
- 3) La entidad aseguradora en su carácter de mandante deberá arbitrar los medios a su alcance a fin de verificar y controlar que su mandatario o gestor haya cobrado al deudor solo el premio fijado. A tal efecto, la aseguradora deberá publicitar en su página web, u otro medio las tarifas correspondientes para que los asegurados puedan ejercer el derecho a la información. En ningún caso podrá reunirse en la misma persona la calidad de tomador y de agente institorio.
- 4) Los riesgos no cubiertos para la cobertura de Fallecimiento se limitarán exclusivamente a los previstos en los artículos 135°, 136° y 137° de la Ley 17.418. Asimismo podrá preverse que el asegurador se libere si el asegurado o beneficiario provoca el evento cubierto dolosamente o por culpa grave o lo sufre en empresa criminal. No se admitirán exclusiones referentes a desempleos masivos.

- 5) Para las coberturas de fallecimiento e invalidez total permanente, el capital asegurado será el saldo de la deuda del deudor durante la vigencia del seguro, que no podrá superar el monto máximo previsto en las condiciones particulares de la póliza, debiendo la aseguradora arbitrar los medios necesarios a fin de conocer el mismo. Cualquier discrepancia sobre el saldo deudor a la fecha del siniestro deberá ser dirimida entre la aseguradora, el agente institorio y el tomador de la póliza, sin perjudicar al deudor asegurado.
- 6) Cuando el costo del seguro se calcule con una tasa de prima media, se admitirá una tasa única para todo el grupo o tasas por rangos de edades, pudiendo los rangos correspondientes a los extremos tener una amplitud diferente a la de los restantes rangos, siempre y cuando no superen los diez años ni el doble de la amplitud de los restantes rangos.
- 7) Para las coberturas correspondientes a saldo de deuda por préstamos prendarios, hipotecarios y personales, la aseguradora deberá incluir en los certificados individuales los siguientes datos: a) Personas aseguradas, en el caso de ser varios, deberán figurar todos en el mismo certificado con indicación del porcentaje de su participación del capital asegurado. b) Tasa de premio, desagregada por coberturas, y recargo de prima por agravación del riesgo, este último de corresponder. c) Exclusiones por cobertura y enfermedades preexistentes, en caso de corresponder. d) Entidad aseguradora, domicilio y teléfono. e) edad máxima de permanencia por cobertura.
- 8) En caso de cambio de aseguradora no podrán aplicarse al grupo existente nuevas carencias o nuevos plazos para las cláusulas de exclusión por enfermedades preexistentes o por suicidio para las coberturas contratadas. Asimismo no podrán restringirse coberturas o modificarse condiciones contractuales en perjuicio del asegurado.

CAPÍTULO IV - PROCESO DEL SEGURO DE VIDA COLECTIVO DE SALDO DEUDOR EN UNA ENTIDAD FINANCIERA

1 - Contratación

La entidad financiera contrata con las compañías de seguros las diferentes pólizas necesarias para dar cumplimiento al servicio. Cabe destacar que habitualmente, para una mejor organización, se contrata una póliza por cada producto. Asimismo en cada producto puede diferenciarse por grupos de clientes, tal el caso de los grupos de afinidad de las tarjetas de crédito.

Es importante destacar que las entidades deben contratar con por lo menos dos compañías, para que el cliente tenga la opción de elegir.

En cada póliza se definen las condiciones particulares y se establecen los siguientes puntos:

- 1) Precio del seguro, que se calcula a través de un porcentaje del saldo deudor de cada uno de los clientes. Este importe es recaudado por la entidad financiera y rendido a la compañía; en este punto cabe destacar que el precio tiene un tope de acuerdo a lo resuelto por la Superintendencia de Seguros de la Nación.
- 2) Topes de edad de cada cliente, por cada producto y por el importe de la deuda.
- 3) Según la escala de capitales de la póliza la obligatoriedad de presentación de la declaración de salud y examen médico, esto último de corresponder.
- 4) Vigencia de la póliza, que normalmente es de un año.
- 5) Se establece el método para el envío de la información, que generalmente es mensual, y deberá contener los datos mínimos exigidos en las normativas vigentes.

2 – Inicio del proceso operativo

Una vez puesta en vigencia las diferentes pólizas, comienza el proceso operativo, para ello es imprescindible contar con sistemas adecuados para generar la información que será enviada en forma mensual a la compañía.

Con el fin de establecer un parámetro, se debe considerar que un banco que se encuentre entre los primeros veinte de la República Argentina cuenta en promedio con un millón de clientes deudores entre sus diferentes productos. De ahí la importancia de generar la información correcta, ya que la compañía de seguros sólo cubre el riesgo de todos aquellos clientes individuales de los cuales cuenta con la información. Se debe tener en cuenta que si fallara algún sistema de esa información, y esa falla fuera imperceptible (por ejemplo, un total de 100 clientes), los asegurados excluidos quedarían sin cobertura.

Asimismo, se deberán realizar los sistemas necesarios para implementar los topes de edad y de importe de deuda establecido en cada póliza y para cada compañía. Esto último sucede ya que para cada grupo de clientes existe más de una compañía, producto de su elección.

3 - Proceso continuo

Una vez que el sistema de información entra en la rutina requerida, en forma mensual se envía a cada compañía la base de datos con el detalle de cada cliente deudor.

Las compañías reciben la información por cada póliza, es decir por cada grupo de clientes, donde se detallan los datos requeridos en las condiciones particulares.

Asimismo la entidad financiera genera la facturación correspondiente con el importe de las primas recaudadas a los clientes, que luego de un proceso de control, debe ser rendida a cada compañía.

4 - Tratamiento de las excepciones

En los casos en que la entidad financiera desee incorporar clientes que por edad o por importe de saldo deudor se encuentren fuera de los procesos de rutina, solicitará la excepción a la Compañía de Seguros. La compañía puede demandar documentación que respalde la salud del cliente, tal como declaración jurada de salud, certificados médicos y, de ser necesario, el cliente puede ser citado en un consultorio indicado por la compañía, para que se le practiquen los exámenes de rutina y someterse a una revisión médica.

Una vez que la compañía informa la conformidad sobre estos casos, la entidad financiera lo incorpora a la base de datos para ser informados a la aseguradora con la frecuencia pactada.

5 - Proceso de los Siniestros

El proceso para el cobro de un siniestro por parte de la entidad financiera ante la compañía de seguros, debe estar conforme a lo establecido en la Ley de Seguro 17.418 y a las condiciones particulares pactadas entre ambos y deberá cumplir con los siguientes pasos:

- 1) La entidad financiera deberá corroborar que el cliente fallecido posea saldo deudor en uno o varios productos.
- 2) Una vez corroborado el punto anterior, se deberá chequear que el cliente fallecido se encuentre en la base de datos informado a la compañía y se generará el certificado correspondiente.
- 3) Analizará la información del cliente fallecido en relación a cada producto con que haya operado y su respectivo saldo deudor. Establecerá si existe diferencia entre el saldo real y el informado a las compañías de seguros.
- 4) La Entidad Financiera deberá obtener el certificado de defunción del cliente fallecido.
- 5) La presentación ante la compañía de seguros por parte de la entidad financiera será adjuntando el certificado de defunción y el certificado de deuda.
- 6) El sector que evalúa los siniestros de la compañía de seguros al recibir la presentación verificará la documentación.
- 7) La compañía de seguros cuenta con 15 días para realizar el pago del siniestro o rechazar el mismo.

6 - Rechazos de Siniestros

Los motivos que en general utilizan las compañías de seguros para rechazar los siniestros son:

- 1) Que el siniestro haya prescrito porque la fecha del deceso es mayor a un año.

- 2) Que el fallecimiento se haya producido dentro de la carencia, establecido en las condiciones particulares.
- 3) Que el deceso se haya producido por causas que estén incluidas en los riesgos no cubiertos de las condiciones particulares.
- 4) Que la muerte del asegurado se produzca por la existencia de enfermedad preexistente.
- 5) Que exista declaración dolosa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el asegurado aún hechas de buena fe.

La comunicación del rechazo por parte de la compañía de seguros a la entidad financiera se realiza a través de carta documento e implica que no se abonará el siniestro por lo tanto la entidad deberá establecer la aplicación de esa pérdida, la cual impactará negativamente en el balance.

Existen casos donde si el importe de la deuda es relevante, la entidad puede proceder a reclamar a los deudos / familiares el pago a través del departamento de mora.

CAPITULO V – MERCADO DE LA BANCA – SEGUROS

Sector Bancario

En la Argentina está conformado de la siguiente forma:

COMPOSICIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	DIC-2009	DIC-2010	NOV-2011	DIC-2011	ENE-2012
CANTIDAD ENTIDADES FINANCIERAS	83	80	80	80	80
Bancos	66	64	64	64	64
Bancos Públicos	12	12	12	12	12
Bancos Privados	54	52	52	52	52
Bancos Locales de Capital Nacional	33	32	31	31	31
Bancos Locales de Capital extranjero	12	11	12	12	12
Bancos Sucursales de Entidades Financieras del Exter	9	9	9	9	9
Compañías Financieras	15	14	14	14	14
Compañías Financieras de Capital Nacional	4	5	5	5	5
Compañías Financieras de Capital Extranjero	11	9	9	9	9
Cajas de Crédito	2	2	2	2	2

Como se puede observar existe una estabilidad en la composición de las entidades en los últimos años a diferencia de la década anterior.

A continuación detallamos la composición de la cartera general de las entidades financieras:

INFORMACION ADICIONAL	DIC-2009	DIC-2010	JUN-2011	SET-2011	DIC-2011
Cantidad de cuentas corrientes	3.197.251	3.372.820	3.607.612	3.707.039	3.806.828
Cantidad de cuentas de ahorro	21.239.897	22.855.052	23.711.311	24.568.739	24.317.442
Cantidad de operaciones a plazo fijo Individuos	1.341.042	1.419.904	1.504.216	1.530.198	1.528.566
Cantidad de operaciones a plazo fijo Empresas	58.108	60.953	65.534	67.854	66.618
Cantidad de operaciones por préstamos Individuos	16.725.682	18.159.910	19.259.248	19.606.396	19.543.851
Cantidad de operaciones por préstamos Empresas	1.268.607	937.323	953.073	1.005.642	989.999
Dotación de personal	97.471	99.744	101.494	102.558	102.654
Cantidad de titulares por tarjetas de crédito	13.259.424	14.108.426	14.723.676	15.338.886	15.520.846
Cantidad de tarjetas de crédito (plásticos)	19.967.525	21.313.763	22.244.672	22.972.404	23.609.829
Cantidad de cuentas con tarjetas de débito	21.578.997	22.382.428	23.473.612	24.709.007	25.257.365
Cantidad de tarjetas de débito	18.849.413	19.356.091	20.467.801	21.713.055	22.062.355

Los productos de las entidades financieras que tienen relación, en este trabajo, con el seguro de vida colectivo de saldo deudor son: las cuentas corrientes de individuos en el momento que quedan en descubierto, los préstamos de

individuos entre los que podemos encontrar los personales, prendarios e hipotecarios y finalmente las cuentas titulares de tarjetas de crédito. Es importante destacar que algunas entidades otorgan adelanto en caja de ahorros llamadas concentradoras de débitos, estas también están alcanzadas por el seguro.

De acuerdo a la información del Anexo 2 podremos observar que la suma de las veinte primeras entidades de préstamos otorgados, están alrededor de los pesos 300.000.000.000. Esta cifra suma todos los préstamos otorgados es decir tanto a individuos como a empresas y /o organismos.

Focalizando sobre la información obtenida sobre el capital asegurable, para el seguro motivo de este trabajo, para una entidad de las primeras veinte del ranking emitido por el Banco Central de la República Argentina es en promedio de pesos 5.000.000.000 donde se incluye todos los productos antes descriptos. De este último importe las entidades cobran en forma mensual las primas a los clientes deudores que por normativa no puede ser mayor al 0,029% de la deuda. Por lo tanto una entidad recauda un promedio de \$ 14.500.000 en concepto de primas, las cuales deben ser remitidas a la compañía de seguros. Esta última realiza un retorno por la cobranza que realizó la entidad, que es variable de acuerdo al tipo de póliza y relación entre la entidad y la aseguradora.

Sector de Seguros

Conforme a la información brindada por la Superintendencia de Seguros de la Nación existen 98 compañías de seguros habilitadas para operar con seguros de vida, lo que se traduce en el seguro de vida colectivo de saldo deudor, a continuación se detalla el ranking correspondiente al seguro que nos ocupa:

VIDA COLECTIVO

Cuadro Nº 10

Orden	Entidad	Pólizas	%	% Acumulado
1	INSTITUTO DE SEGUROS	143.541	25,0	25
2	SANCOR	98.113	17,1	42
3	CNP	77.568	13,5	56
4	HSBC VIDA	39.584	6,9	63
5	IAM	32.986	5,7	68
6	SEGUNDA PERSONAS	25.563	4,5	73
7	MAPFRE VIDA	16.680	2,9	76
8	FED. PATRONAL	12.510	2,2	78
9	L' UNION DE PARIS	10.827	1,9	80
10	ORBIS	10.531	1,8	82
11	BERKLEY	9.386	1,6	83
12	SAN CRISTÓBAL	8.446	1,5	85
13	BBVA CONSOLIDAR	8.196	1,4	86
14	CAJA GENERALES	8.173	1,4	87
15	BENEFICIO	7.059	1,2	89

VIDA COLECTIVO

Cuadro Nº 11

Orden	Entidad	Certificados	%	% Acumulado	Promedio. x Póliza
1	PROVINCIA GENERALES	9.262.184	17,2	17	3.242
2	CARDIF	6.219.568	11,5	29	15.746
3	GALICIA	3.304.601	6,1	35	14.306
4	SURCO	3.215.805	6,0	41	18.588
5	ALICO GENERALES	2.975.366	5,5	46	1.043
6	METLIFE VIDA	2.765.767	5,1	51	4.223
7	ASSURANT	2.348.076	4,4	56	21.542
8	CNP	2.298.362	4,3	60	30
9	NACIÓN	2.183.040	4,0	64	7.158
10	SANCOR	2.064.906	3,8	68	21
11	HSBC VIDA	2.062.812	3,8	72	52
12	CAJA GENERALES	1.512.949	2,8	75	185
13	MAPFRE VIDA	1.293.725	2,4	77	78
14	BBVA CONSOLIDAR	1.197.175	2,2	79	146
15	SMG VIDA	1.029.942	1,9	81	7.518

El primero de los cuadros se encuentra ordenado por cantidad de pólizas y el segundo por la cantidad de certificados, se recuerda que los certificados es la cantidad de asegurados individuales dentro de cada póliza colectiva.

Las compañías de seguros deben registrarse en el organismo pertinente del estado, tener el capital para poder hacer frente a los siniestros, llevar registros contables específicos y contratar un reaseguro, para responder en caso de falencia económica de la aseguradora, por la ocurrencia de siniestralidad imprevista.

El negocio de las compañías de seguros básicamente es realizar una gran cantidad de contratos, recaudar las primas establecidas y pagar la menor cantidad posible de siniestros.

En el seguro de vida colectivo de saldo deudor y en relación a la información obtenida en párrafos anteriores establece que una compañía recibe de la entidad financiera en forma mensual en promedio la suma de \$ 14.500.000 en concepto de primas. Cabe destacar que por el lado de la compañía de seguros cuenta con profesionales actuarios que a través de cálculos matemáticos establecen la probabilidad de acaecimiento del riesgo.

Es pertinente aclarar que del importe recaudado deberá hacer frente a los siniestros, por lo tanto cuanto menos siniestros se pague obviamente se registrarán más ganancias.

Punto de inflexión de la banca – seguros

Los negocios de la banca y seguros tienen procesos inversos, ya que por el lado de las entidades, en el caso de préstamos, primero la entidad desembolsa los fondos y se van recuperando con el tiempo, el riesgo es la falta de pago. En el caso del seguro, primero recauda la prima y luego desembolsa, únicamente en el caso de muerte del cliente.

Se deduce que en la relación banca – seguros, el punto de inflexión, en el caso del seguro del presente estudio, es indudablemente el siniestro. Su pago o la falta del mismo modifican la posición de la entidad o de la compañía de seguros.

CAPITULO VI - METODOLOGÍA DE INVESTIGACION

Diseño de Investigación

El diseño a utilizar es el cuasi experimental, ya que se debe establecer ciertas relaciones causales entre las variables, en este caso particular la variable dependiente es la imposibilidad del cobro de los siniestros del seguro específico tratado en esta investigación, las diferentes variables independientes como ser el conocimiento del fallecimiento del cliente que posee saldo deudor con una entidad financiera o las ineficiencias operativas para cumplimentar la documentación a las compañías de seguros son las que se deben interrelacionar.

Tipo de Investigación

La investigación será descriptiva ya que para dar respuesta a los problemas planteados se deberá obtener información minuciosa de los procesos operativos de las entidades financieras con respecto al cobro de siniestro del seguro de vida colectivo de saldo deudor, su relación con la normativa vigente de la Superintendencia de Seguros de la Nación y finalmente obtener información de las entidades con referencia al grupo económico que pertenece y como impacta en el proceso del seguro que nos ocupa.

Asimismo y a modo de aporte se generará una entrevista con un responsable del Registro Nacional de las Personas, el objetivo es obtener información específica sobre el registro de los fallecimientos en el todo el territorio de la Nación.

Instrumentos de la Investigación

El instrumento a utilizar en esta investigación será a través de entrevistas semiestructuradas con el fin de tener la posibilidad de introducir cuestiones que ayuden a ahondar los conceptos y obtener información específica.

Estas entrevistas se realizarán con los responsables del sector seguros de diferentes entidades financieras, éstas serán escogidas con la premisa de conocer el tipo de entidad financiera como ser si es oficial, privada o extranjera. Asimismo se considerará si la entidad integra un holding donde dentro del mismo haya una compañía de seguros.

Para el caso de la entrevista con el responsable del Registro Nacional de las Personas será abierta, es decir que si bien la entrevista tendrá una guía básica tendrá la suficiente flexibilidad para obtener la información buscada.

Estrategia de la Entrevista

La entrevista con cada responsable de seguros de una entidad, tendrá como meta obtener información específica del proceso de siniestro del seguro de vida colectivo de saldo deudor abordando los siguientes tópicos:

- 1) Especificación de la documentación exigida por la compañía de seguro ante el fallecimiento de un cliente.
- 2) Información sobre la existencia del proceso de control sobre el fallecimiento de un cliente.
- 3) Detalle de los canales internos o externos que se utilizan con la información del siniestro.
- 4) Proceso operativo para la obtención de mayor documentación a la presentada ante la compañía de seguros en el caso de siniestro.
- 5) Ponderación de los motivos de rechazos de siniestro por parte de la compañía de seguros.
- 6) Obtención de la información de la aplicación de las pérdidas producto de los rechazos de siniestros.
- 7) Responsabilidad de las sucursales u oficial de la cuenta en el proceso de siniestros.
- 8) Toda información relevante al proceso que nos ocupa.

Selección de Entidades Financieras

Se seleccionó diez entidades que se posicionan dentro de las primeras veinte del sistema financiero argentino conforme al ranking de préstamos a enero de 2012, esta información corresponde a la estadística que emite el Banco Central de la República Argentina. (Anexo 2)

Es importante destacar que las primeras veinte entidades financieras poseen más del ochenta por ciento del mercado en préstamos para consumos en productos tarjeta de crédito, cuenta corriente y préstamo personal y esto se relaciona íntimamente con el seguro de vida colectivo de saldo deudor.

CAPÍTULO VII - RESULTADO DE LA INVESTIGACIÓN

Se realizaron ocho entrevistas en forma personal y una entrevista en forma telefónica por tratarse de una entidad del interior del país. En el siguiente esquema se detalla la tipificación de las entidades entrevistadas:

TIPO	CANTIDAD DE ENTREVISTAS
Entidades oficiales	2
Entidades con capital extranjero	5
Entidades con capital nacional	2

En el siguiente esquema se detalla la información correspondiente a la pertenencia de las entidades a grupos económicos donde también lo integre una compañía de seguros:

TIPO	CANTIDAD DE ENTREVISTAS
Entidades integrantes de Holding	2
Entidades no integrantes de Holding	7

Con el fin de dar un ordenamiento los datos recogidos en las nueve entrevistas se desarrollan a continuación divididos por tópicos:

Documentación

En el 100% de los casos la documentación mínima exigida por la compañía de seguros para el pago de un siniestro en el seguro que nos ocupa, es el certificado de defunción.

Se recoge que la documentación exigida es mayor a medida que se incrementa el saldo deudor del cliente fallecido, donde se llega a solicitar la historia clínica del cliente fallecido y en caso de accidente, la intervención legal pertinente.

Se ha podido detectar que en todos los casos existe un monto mínimo de saldo deudor del cliente fallecido, donde la compañía de seguros hace mínima la exigencia, el promedio de este monto mínimo se aproxima a \$ 5.000,- (pesos cinco mil).

Existen casos que las compañías de seguros, luego de someter a análisis la documentación del fallecimiento, exigen información complementaria, esto es

debido a razones tal como: la sospecha de una enfermedad preexistente, cuando la causa de muerte es traumática, señalado en el certificado de defunción presentado o cuando la muerte del cliente es producto de un accidente donde interviene la justicia. La información complementaria exigida es generalmente, la historia clínica y la declaración jurada del médico que atendió al cliente fallecido. Esta documentación la debe presentar la entidad financiera para poder cobrar el siniestro, por lo que es la que se contacta con los familiares del cliente con el fin de obtenerla. El resultado de este procedimiento tiene un éxito de aproximadamente el 50% de los casos. Esto significa que aproximadamente el 50% de estos trámites se transforma en pérdida para la entidad ya que la compañía no abonará el siniestro.

Control operativo

Ante la pregunta sobre si poseen control con referencia al fallecimiento de los clientes, la primera respuesta es positiva, pero si se sigue indagando se llega a la conclusión que sólo un banco pudo confirmar este proceso. El proceso de este banco está ligado a la supervivencia por el pago de jubilaciones, lo que significa que es parcial porque solo controla a los préstamos de consumo a clientes jubilados.

Información sobre el fallecimiento del cliente

Sobre la cuestión de cómo se enteran las entidades del fallecimiento de un cliente deudor, el resultado es que en un ochenta por ciento, es a través del propio departamento de mora, y esto es así porque este sector realiza llamados a los clientes que se encuentran en mora. En general es primero un sistema de llamado automático y luego la llamada la realiza un representante.

Sobre este tópico en el 100% de las entidades relevadas se puede dar el caso que el producto siga funcionando normalmente aún con el cliente fallecido. El producto es la tarjeta de crédito y el caso se puede dar cuando existe una tarjeta de crédito titular junto a un adicional, y se produce el fallecimiento del titular; la condición es que el adicional no avisa del fallecimiento pero sigue pagando las deudas, la entidad no posee medios para enterarse, excepto en el caso antes mencionado de los jubilados.

Información sobre rechazos de siniestros

Dentro de este tópico y luego de promediar las respuestas entre las entidades, sobre los motivos de rechazos de siniestros por parte de la compañía del seguro que nos ocupa, se obtuvo como resultado lo siguiente:

- ✓ El 43% se rechaza por prescripción del trámite, es decir supera el tiempo establecido por la ley de seguros y las condiciones particulares de la póliza. La situación más corriente es no contar con la información del fallecimiento del cliente.
- ✓ El 28% se rechaza porque el cliente fallecido poseía una enfermedad preexistente, lo cual es motivo de rechazo por lo establecido en las condiciones particulares de la póliza.
- ✓ El 18% de los rechazos se produce ante la exigencia de documentación complementaria por la compañía de seguros y los deudos y/o la entidad no la puede obtener dentro del tiempo acordado.
- ✓ El 11% de los rechazos tienen que ver con los errores operativos de las entidades, el más común es no haber informado el saldo de deudor de un cliente fallecido, por lo tanto la compañía no lo tenía dentro de la póliza.

En el último punto es importante destacar que obtener la respuesta es complejo ya que es admitir ineficiencia en los procesos, por lo que puede ser un porcentaje mayor, pero que no modifica sustancialmente la información.

Registración de la pérdida

Una vez que la compañía de seguros rechaza el siniestro, la entidad se queda con la deuda del cliente fallecido, por lo tanto se requirió conocer donde aplicaban esa pérdida y se obtuvo lo siguiente:

- ✓ El 50% aproximadamente de las entidades aplican estas pérdidas a una cuenta general de pérdidas.
- ✓ El 30% aproximadamente aplica estas pérdidas al producto como ser tarjeta de crédito, préstamos o cuenta corriente.
- ✓ El 20% aproximadamente registra estas pérdidas a la sucursal donde estaba radicado el cliente fallecido.

En ninguno de los casos se registra las pérdidas al producto seguros.

Banco y Compañía de Seguros dentro del mismo grupo económico

Es importante mencionar que del grupo de entidades financieras contactadas, se destacan dos, una de ellas es un banco oficial y otro un banco de capital extranjero, lo que tienen en común es que estos bancos tienen dentro su grupo económico una compañía de seguros, por lo que en el desarrollo de este trabajo se encontraron diferencias sustanciales con el resto de las entidades.

En el punto de documentación el banco pasa directamente la novedad a la compañía de seguros del grupo, por lo que se encarga esta última del proceso de obtención de los elementos correspondientes.

Estos bancos no poseen control operativo para detectar el fallecimiento de los clientes deudores a excepción del banco oficial en los productos de crédito a los jubilados.

En lo referente a rechazos de siniestros en la registración de las pérdidas se cumplen con los procedimientos únicamente para respetar las normativas del Banco Central de la República Argentina y de la Superintendencia de Seguros de la Nación.

Como dentro del grupo económico están el banco y la compañía de seguros en el caso de muerte de un cliente deudor, se registrará siempre una pérdida ya sea por pago de siniestro en la compañía de seguros o por rechazo de siniestro en el banco.

Entrevista en el Registro Nacional de las Personas

Si bien el tipo de investigación se comenzó como descriptiva, se considera que tiene un tinte de exploratorio, debido a que en el abordaje de algunos temas planteados fueron poco estudiados, por otra parte el conocimiento y las conclusiones obtenidas en el presente trabajo pueden ser perfeccionados y profundizados por otro investigador.

En el afán de aportar una solución a una parte de los problemas planteados y alcanzar uno de los objetivos específicos, se generó una entrevista con el Director de Administración del Registro Nacional de Personas.

El objetivo de esta entrevista fue obtener información con respecto a la registración de los fallecimientos en el mencionado organismo. Cabe destacar que el Registro Nacional de las Personas es una Dirección Nacional

dependiente del Ministerio del Interior, tiene como cometido realizar el registro e identificación de todas las personas físicas que se domicilien en todo el territorio argentino y de todos los argentinos sin importar su domicilio, desde su nacimiento y a través de las etapas de su vida, protegiendo su derecho a la identidad.

Es un organismo autárquico y descentralizado que ejerce jurisdicción en todo el territorio de la Nación.

La ley 17.671 de identificación, registro y clasificación del potencial humano nacional, establece entre otros temas, el proceso a realizar en el caso de fallecimiento, su registro, control e información.

Los fallecimientos que se producen dentro del territorio nacional se registran en la jurisdicción donde ocurrió el hecho y es el registro civil quien genera el certificado de defunción. Conforme a la ley, el registro civil debe informar al Registro Nacional de las Personas la novedad en forma inmediata.

En la Argentina los Registros Civiles dependen del gobierno de cada provincia y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y tienen la misión de registrar todos los actos y hechos que den origen, alteren o modifiquen el estado civil o la capacidad de las personas. Asimismo cumple con las funciones que le delega el Registro Nacional de las Personas en cuanto a la clasificación e identificación del potencial humano, mediante la captación de datos para el registro de los antecedentes desde el nacimiento, pasando por las etapas de la vida hasta el registro del fallecimiento.

La ley 17.671 en el artículo 2 establece que el Registro debe proporcionar las bases de información que le permita fijar al Gobierno Nacional la política demográfica que más convenga a los intereses de la Nación.

Por todo lo antes expuesto, el Director entrevistado confirma que existe una base dinámica de datos con la información de los fallecidos de todo el país.

Ante la pregunta si puede ser consultada la base por las entidades financieras, la respuesta es que se debe realizar un contrato adecuado a la Ley N° 25.326 de Protección de Datos Personales.

En el mencionado contrato entre otros puntos legales, se pacta la frecuencia con la que la entidad puede realizar la consulta a la base, el costo que debe

abonar la entidad por registro y el tiempo de respuesta por parte del Registro Nacional de las Personas.

Cabe aclarar que la metodología es que la entidad entrega la base de clientes a consultar, en un formato acordado, y el Registro le devuelve la información con las novedades. Y en el caso particular de los clientes fallecidos se le suma los detalles como ser fecha de fallecimiento y causa del mismo.

Se puede concluir que las entidades financieras tienen la posibilidad de obtener una información, proveniente de un organismo oficial, de los fallecimientos de sus clientes. Es decir que la entidad puede pasar de la pasividad de conocer el fallecimiento de sus clientes por los medios detallados en el presente trabajo, a la pro actividad de conocer esta información en un período inmediato y actuar en consecuencia.

Análisis de impacto económico

Con el fin de incorporar un instrumento en esta investigación se realizó un análisis del impacto económico que se produce a la falta de cobro de los siniestros del seguro de vida de saldo deudor, para ello se acudió a las estadísticas de la Superintendencia de Seguros de la Nación, de allí se obtuvo que las compañías de seguros tienen la obligación de presentar toda la información referente al pago de los siniestros, pero no a los rechazos a las entidades financieras. De todas formas se realizó una relación entre los incrementos de la venta de estos seguros contra el pago de los siniestros. La información estadística de la Superintendencia de Seguros es al tercer trimestre del 2011. Por lo tanto la comparación se realizó entre el tercer trimestre del 2011 y el tercer trimestre del 2009, se obtuvo:

CONCEPTO	3° de 2009	3° de 2011	VARIACIÓN
Cantidad de ventas	39.506.589	53.967.317	36%
Cantidad de Siniestros	83.438	91.774	10%

(Anexos 3 y 4)

Esta información se traduce que mientras las ventas se incrementan debido a la mayor demanda de créditos, los pagos de los siniestros se mantienen con una menor variación, que permite deducir que las compañías de seguros

rechazan más siniestros y también que las entidades financieras no logran controlar este incremento con impacto directo en sus propias pérdidas.

Por otra parte consultado el Banco Central de la República Argentina, se obtuvo que este Ente rector no cuenta con información referente a pérdidas sobre cada producto de las entidades financieras. La información sobre pérdidas es sólo lo establecido en los balances. Únicamente obtienen información puntual sobre el origen de las pérdidas en las inspecciones que este Ente realiza a las entidades.

Varias son las razones de la imposibilidad de obtener un registro de estas pérdidas en las entidades financieras:

- 1) No existe obligación de presentarlas ante B.C.R.A.
- 2) No existe obligación de registrar estas pérdidas en alguna cuenta contable que pueda ser consultada.
- 3) Las pérdidas se registran en la mayoría de las entidades en cuenta general de pérdidas y si registrasen en cuentas de los productos activos, es difícil detectarlo.

Por lo tanto para poder recomponer esta información se acudió a la suma de los datos recogidos en las entrevistas con las entidades, asumiendo un importante compromiso de confidencialidad. De aquí podemos obtener el promedio de la muestra y extrapolarlo a toda la industria.

	Promedio anual de siniestros	Importe anual siniestros	Rechazos anual de siniestros
Por Entidad	700 casos	\$ 7.000.000,-	\$ 1.750.000,-
Total Industria	17.500 casos	\$ 175.000.000,-	\$ 43.750.000,-

De la información se desprende que en prácticamente en la totalidad de rechazos se transforma en pérdida para las entidades, excepto en casos muy puntuales donde la deuda es reclamada a los familiares del fallecido.

CAPÍTULO VIII - CONCLUSIÓN

El resultado del presente trabajo establece cinco conclusiones:

1 – Se destaca la ventaja competitiva de las entidades financieras que comparten el mismo grupo económico con una compañía de seguros. Esto se produce debido a que la entidad financiera utiliza como sector operativo a la compañía de seguros, bajando costos y haciendo más eficiente los procesos. Otro dato importante es que la entidad financiera y la compañía de seguros pueden compartir las pérdidas.

2 - Salvando lo expresado en el punto anterior, se concluye la inexistencia de diferenciación de las entidades financieras por el origen del capital, ya sean públicas, privadas nacionales o privadas extranjeras.

3 - Las exigencias impuestas por las compañías de seguros para el pago de siniestros están basadas en la interpretación de la Ley y en las atribuciones que supuestamente ésta concede. Por lo tanto las entidades financieras, en el momento de la contratación de una póliza de seguro de vida colectivo de saldo deudor, deberán negociar, entre otros puntos, los detalles del proceso de siniestros, con el fin de que ese proceso quede establecido en las condiciones particulares.

4 – En los procesos operativos de las entidades financieras, se observa una deficiencia importante en el control de la supervivencia de los clientes deudores. La solución que se aporta es obtener la información que suministra el Registro Nacional de las Personas, que puede transformar este proceso en proactivo y que beneficiará a otros departamentos de la entidad.

5 – Se advierte la falta de responsabilidad de la sucursal de radicación del cliente en el proceso de siniestros, esto se traduce al no obtener la documentación estipulada del cliente fallecido. Mientras el cliente estuvo activo, generó ganancias y éstas aportaron al cuadro de resultados de la sucursal. Con el mismo criterio deberían registrarse las pérdidas por la falta de cobro de siniestros.

BIBLIOGRAFÍA

Favier Dubois, E. (1978). *Los seguros*. Buenos Aires: Editorial El Coloquio.

Halperin, I. (1976). *Seguros: Exposición crítica de la ley 17.418*. Buenos Aires: Ediciones Depalma.

Halperin, I. (1997). *Lecciones de seguros*. Buenos Aires: Ediciones Depalma.

NORMATIVAS:

Ley N° 17.418 de Seguros.

Ley N° 17.671 de Identificación, registro y clasificación del potencial humano nacional.

Ley N° 25.326 de Protección de datos personales.

Resolución N° 35.106 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.

Resolución N° 35.308 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.

Resolución N° 35.678 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.

Comunicación "A"4637 del Banco Central de la República Argentina.

SITIOS WEB:

www.ssn.gov.ar

www.bcra.gov.ar

www.infoleg.mecon.gov.ar

www.mininterior.gov.ar

ANEXO 1

Ley de seguros N° 17.418

Buenos Aires, 30 de agosto de 1967.

CAPITULO III: SEGURO DE PERSONAS

SECCION I: Seguro sobre la vida

Vida asegurable

Art. 128. El seguro se puede celebrar sobre la vida del contratante o de un tercero.

Menores mayores de dieciocho años

Los menores de edad mayores de 18 años tienen capacidad para contratar un seguro sobre su propia vida sólo si designan beneficiarios a sus ascendientes, descendientes cónyuge o hermanos, que se hallen a su cargo.

Consentimiento del tercero. Interdictos y menores de catorce años

Si cubre el caso de muerte, se requerir el consentimiento por escrito del tercero o de su representante legal si fuera incapaz. Es prohibido el seguro para el caso de muerte de los interdictos y de los menores de 14 años.

Conocimiento y conducta del tercero

Art. 129. En el seguro de vida de un tercero se tomará en cuenta el conocimiento y la conducta del contratante y del tercero.

Incontestabilidad

Art. 130. Transcurridos tres años desde la celebración del contrato, el asegurador no puede invocar la reticencia, excepto cuando fuere dolosa.

Denuncia inexacta de la edad

Art. 131. La denuncia inexacta de la edad sólo autoriza la rescisión por el asegurador, cuando la verdadera edad exceda los límites establecidos en su práctica comercial para asumir el riesgo.

Edad mayor

Cuando la edad real sea mayor, el capital asegurado se reducirá conforme con aquélla y la prima pagada.

Edad menor

Cuando la edad real sea menor que la denunciada el asegurador restituir la reserva matemática constituida con el excedente de prima pagada y reajustar las primas futuras.

Agravación del riesgo

Art. 132. Sólo se debe denunciar la agravación del riesgo que obedezca a motivos específicamente previstos en el contrato.

Cambio de profesión

Art. 133. Los cambios de profesión o de actividad del asegurado autorizan la rescisión cuando agravan el riesgo de modo tal que de existir a la celebración, el asegurador no habría concluido el contrato.

Si de haber existido ese cambio al tiempo de la celebración el asegurador hubiera concluido el contrato por una prima mayor, la suma asegurada se reducirá en proporción a la prima pagada.

Rescisión

Art. 134. El asegurado puede rescindir el contrato sin limitación alguna después del primer período de seguro. El contrato se juzgará rescindido si no se paga la prima en los términos convenidos.

Pago por tercero

El tercero beneficiario a título oneroso, se halla facultado para pagar la prima.

Suicidio

Art. 135. El suicidio voluntario de la persona cuya vida se asegura, libera al asegurador, salvo que el contrato haya estado en vigor ininterrumpidamente por tres años.

Muerte del tercero por el contratante

Art. 136. En el seguro sobre la vida de un tercero, el asegurador se libera si la muerte ha sido deliberadamente provocada por un acto ilícito del contratante.

Muerte del asegurado por el beneficiario

Pierde todo derecho el beneficiario que provoca deliberadamente la muerte del asegurado con un acto ilícito.

Empresa criminal. Pena de muerte

Art. 137. El asegurador se libera si la persona cuya vida se asegura, la pierde en empresa criminal o por aplicación legítima de la pena de muerte.

Art. 138. Transcurridos tres años desde la celebración del contrato y hallándose el asegurado al día en el pago de las primas, podrá en cualquier momento exigir, de acuerdo con los planes técnicos aprobados por la autoridad de contralor que se insertarán en la póliza:

Seguro saldado

- a. La conversión del seguro en otro saldado por una suma reducida o de plazo menor;

Rescate

- b. La rescisión, con el pago de una suma determinada.

Conversión

Art. 139. Cuando en el caso del artículo precedente el asegurado interrumpa el pago de las primas sin manifestar opción entre las soluciones consignadas dentro de un mes de interpelado por el asegurador, el contrato se convertirá automáticamente en un seguro saldado por una suma reducida.

Rescisión y liberación del asegurador

Art. 140. Cuando el asegurador se libera por cualquier causa después de transcurridos tres años, se aplica lo dispuesto en el artículo 9.

Préstamo

Art. 141. Cuando el asegurado se halla al día en el pago de las primas tiene derecho a un préstamo después de transcurridos tres años desde la celebración del contrato; su monto resultará de la póliza. Se calculará según la reserva correspondiente al contrato, de acuerdo a los planes técnicos del asegurador aprobados por la autoridad de contralor.

Préstamo automático

Se puede pactar que el préstamo se acordará automáticamente para el pago de las primas no abonadas en término.

Rehabilitación

Art. 142. No obstante la reducción prevista en los artículos 138 y 139, el asegurado puede, en cualquier momento, restituir el contrato a sus términos originarios con el pago de las primas correspondientes al plazo en el que rigió la reducción, con sus intereses al tipo aprobado por la autoridad de contralor de acuerdo a la naturaleza técnica del plan y en las condiciones que determine.

En beneficio de tercero

Art. 143. Se puede pactar que el capital o renta a pagarse en caso de muerte, se abone a un tercero sobreviviente, determinado o determinable al momento del evento.

Adquisición del derecho propio

El tercero adquiere un derecho propio a] tiempo de producirse el evento. Cuando su designación sea a título oneroso, podrá fijarse un momento anterior.

Excepto el caso en que la designación sea a título oneroso, el contratante puede revocarla libremente aun cuando se haya hecho en el contrato.

Colación o reducción de primas

Art. 144. Los herederos legítimos del asegurado tienen derecho a la colación o reducción por el monto de las primas pagadas.

Designación sin fijación de cuota parte

Art. 145. Designadas varias personas sin indicación de cuota parte, se entiende que el beneficio es por partes iguales.

Designación de hijos

Cuando se designe a los hijos se entiende los concebidos y los sobrevivientes al tiempo de ocurrido el evento previsto.

Designación de herederos

Cuando se designe a los herederos, se entiende a los que por ley suceden al contratante, si no hubiere otorgado testamento; si lo hubiere otorgado, se tendrá por designados a los herederos instituidos. Si no se fija cuota parte, el beneficio se distribuir conforme a las cuotas hereditarias.

No designación o caducidad de esta

Cuando el contratante no designe beneficiario o por cualquier causa la designación se haga ineficaz o quede sin efecto, se entiende que designó a los herederos.

Forma de designación

Art. 146. La designación de beneficiario se hará por escrito sin formalidad determinada aun cuando la póliza indique o exija una forma especial. Es válida aunque se notifique al asegurador después del evento previsto.

Quiebra o concurso civil del asegurado

Art. 147. La quiebra o el concurso civil del asegurado no afecta al contrato de seguro. Los acreedores sólo pueden hacer valer sus acciones sobre el crédito por rescate ejercido por el fallido o concursado o sobre el capital que deba percibir si se produjo el evento previsto

Ámbito de aplicación

Art. 148. Las disposiciones de este capítulo se aplican al contrato de seguro para el caso de muerte, de supervivencia, mixto, u otros vinculados con la vida humana en cuanto sean compatibles por su naturaleza.

SECCION II: Seguro de accidentes personales

Aplicación disposiciones seguro sobre la vida

Art. 149. En el seguro de accidentes personales se aplican los artículos 132, 133 y 143 a 147 inclusive, referentes al seguro sobre la vida.

Reducción de las consecuencias

Art. 150. El asegurado en cuanto le sea posible, debe impedir o reducir las consecuencias del siniestro, y observar las instrucciones del asegurador al respecto, en cuanto sean razonables.

Peritaje

Art. 151. Cuando el siniestro o sus consecuencias se deben establecer por peritos, el dictamen de éstos no es obligatorio si se aparta evidentemente de la real situación de hecho o del procedimiento pactado. Anulado el peritaje la verificación de aquellos extremos se hará judicialmente.

Dolo o culpa grave del asegurado o beneficiario

Art. 152. El asegurador se libera si el asegurado o el beneficiario provoca el accidente dolosamente o por culpa grave o lo sufre en empresa criminal.

SECCION III: Seguro colectivo

Tercero beneficiario

Art. 153. En el caso de contratación de seguro colectivo sobre la vida o de accidentes personales en interés exclusivo de los integrantes del grupo, éstos o sus beneficiarios tienen un derecho propio contra el asegurador desde que ocurre el evento previsto.

Comienzo del derecho eventual

Art. 154. El contrato fijará las condiciones de incorporación al grupo asegurado que se producirá cuando aquellas se cumplan.

Examen médico propio

Si se exige examen médico previo, la incorporación queda supeditada a esa revisión. Esta se efectuará por el asegurador dentro de los quince días de la respectiva comunicación.

Pérdida del derecho eventual por separación

Art. 155. Quienes dejan de pertenecer definitivamente al grupo asegurado, quedan excluidos del seguro desde ese momento, salvo pacto en contrario.

Exclusión del tomador como beneficiario

Art. 156. El contratante del seguro colectivo puede ser beneficiario del mismo, si integra el grupo y por los accidentes que sufra personalmente, sin perjuicio de lo dispuesto por el artículo 120.

También puede ser beneficiario el contratante cuando tiene un interés económico lícito respecto de la vida o salud de los integrantes de grupo, en la medida del perjuicio concreto.

ANEXO 2**Fuente: Banco Central de la República Argentina****SISTEMA FINANCIERO****Préstamos**

Información actualizada a Enero de 2012

- Importes en miles de pesos -

CODIGO	DENOMINACION	IMPORTE
1	NACION ARGENTIN	68.006.874
2	SANTANDER RIO	26.971.338
3	GALICIA Y BS AS	22.907.798
4	MACRO SA	22.422.754
5	FRANCES SA	22.299.381
6	PR BUENOS AIRES	20.723.373
7	HSBC BANK	14.966.907
8	CIUDAD DE BS AS	14.737.924
9	CREDICOOP COOP	11.666.568
10	PATAGONIA SA	11.105.564
11	CITIBANK N.A.	10.228.462
12	STANDARD BANK	9.355.736
13	HIPOTECARIO	6.895.649
14	PROV DE CORDOBA	5.760.671
15	SUPERVIELLE SA	5.611.756
16	ITAU ARGENTINA	5.594.080
17	NVO SANTA FE SA	5.101.558
18	COMAFI SA	2.933.282
19	BANCO INDUSTRIA	2.434.398
20	NVO ENTRE RIOS	2.248.493
21	LA PAMPA S.E.M.	2.040.641
22	DEL TUCUMAN S.A	1.951.393
23	BICE SA	1.747.517
24	NVO BCO CHACO	1.723.673
25	ARGENTINA CFSA	1.714.976
26	ROMBO CFSA	1.463.625
27	PROV DEL CHUBUT	1.402.928
28	PSA FINANCE CFS	1.386.114
29	COLUMBIA SA	1.211.882
30	MERCEDES BENZ	1.167.482
31	BANCO CMF	1.130.259
32	CETELEM S.A.	1.094.083

ANEXO 3

Fuente: Superintendencia de Seguros de la Nación

EVOLUCIÓN DE LAS PÓLIZAS Y CERTIFICADOS VIGENTES AL CIERRE DEL TRIMESTRE

Año	Trim.	Vida	Vida Colectivo		Sepelio	Sepelio Colectivo	
		Individual	Pólizas	Certificados	Individual	Pólizas	Certificados
2007	1º	815.977	344.215	29.483.410	130.225	2.733	9.426.580
	2º	835.653	395.458	31.770.090	137.968	2.836	11.560.679
	3º	783.673	409.663	32.560.896	147.447	2.915	12.117.671
	4º	762.352	436.640	33.859.617	156.425	3.141	12.655.576
2008	1º	742.580	456.981	33.788.207	163.161	3.276	12.658.548
	2º	795.805	479.113	35.355.048	171.381	3.394	13.895.000
	3º	1.094.722	504.532	36.666.325	179.363	3.550	14.045.111
	4º	1.316.936	535.271	37.736.660	185.788	3.580	13.604.315
2009	1º	1.363.220	557.571	38.451.046	190.190	4.043	13.095.633
	2º	1.437.381	567.656	38.980.068	195.960	4.130	13.172.782
	3º	1.477.875	421.345	39.506.589	202.477	4.208	12.651.727
	4º	1.540.655	434.211	40.878.331	213.061	4.263	12.499.800
2010	1º	1.651.644	447.096	41.623.517	216.875	4.334	12.904.623
	2º	1.686.864	516.033	43.839.770	221.038	5.377	13.141.015
	3º	1.729.271	529.487	46.104.433	227.322	5.459	12.645.114
	4º	1.818.900	540.903	48.699.485	234.051	6.177	13.394.068
2011	1º	1.885.740	551.494	51.184.285	236.139	6.731	12.628.792
	2º	1.963.806	563.517	51.916.595	242.075	5.517	13.918.218
	3º	2.007.864	573.950	53.967.312	249.248	9.686	13.255.357

ANEXO 4

Fuente: Superintendencia de Seguros de la Nación
EVOLUCIÓN DE LA CANTIDAD DE SINIESTROS PAGADOS POR
TRIMESTRE

PERÍODO: 1º Trimestre de 2002 al 3º Trimestre de 2011

Año	Trimestre	TOTAL	Incendio y Combinado Familiar	Automotores y TPP	Accidentes del Trabajo	Seguros de Personas	Transportes
2002	1º	207.000	22.497	118.326	683	36.762	2.731
	2º	239.638	25.225	140.184	738	41.098	4.043
	3º	254.601	25.975	152.218	710	47.132	2.873
	4º	248.444	27.989	147.985	727	44.003	2.742
2003	1º	236.701	28.224	138.617	545	38.952	2.553
	2º	250.320	27.429	154.496	615	39.968	2.694
	3º	247.634	26.081	153.152	549	43.199	2.904
	4º	256.166	28.274	160.447	577	43.857	2.770
2004	1º	244.428	27.838	151.956	486	41.419	2.167
	2º	252.910	25.881	161.035	503	41.150	3.068
	3º	278.160	27.708	181.155	300	47.386	2.983
	4º	286.146	27.362	187.873	445	48.179	2.857
2005	1º	269.392	28.385	172.683	257	42.131	2.634
	2º	312.710	29.696	204.742	193	48.672	2.971
	3º	321.710	30.926	212.564	247	54.253	3.206
	4º	334.940	30.669	220.128	249	53.324	2.732
2006	1º	318.061	31.896	215.879	153	48.869	2.639
	2º	358.069	32.682	233.548	139	51.662	2.909
	3º	396.145	40.402	265.750	123	59.810	3.149
	4º	410.643	40.902	273.090	100	60.575	3.415
2007	1º	410.512	44.575	261.898	79	56.882	2.929
	2º	426.155	45.070	272.205	73	57.029	3.136
	3º	433.768	39.271	285.547	72	68.258	3.158
	4º	460.226	38.401	301.292	94	67.287	3.279
2008	1º	436.734	38.402	283.560	66	59.580	2.682
	2º	495.041	43.673	324.873	75	64.647	3.382
	3º	491.862	39.759	318.013	52	79.154	3.642
	4º	477.584	36.408	320.748	110	69.936	3.345
2009	1º	488.412	41.940	317.154	56	64.182	3.129
	2º	532.397	43.275	346.534	119	69.458	3.270

2010	3º	564.886	43.662	371.879	34	83.438	3.485
	4º	558.137	43.763	372.186	35	80.610	3.263
	1º	557.707	51.799	361.722	25	75.246	2.560
	2º	595.083	56.999	399.990	34	75.579	2.938
2011	3º	612.384	51.821	411.903	21	86.203	3.523
	4º	612.376	44.420	418.089	65	87.290	3.310
	1º	581.296	46.019	394.770	27	77.191	2.638
	2º	639.696	47.166	433.434	32	86.061	4.699
	3º	667.929	50.578	462.852	40	91.774	3.274