

Seguros de vida

Introducción

El seguro es un contrato por el cual una de las partes (el asegurador) se obliga, mediante una prima que le abona la otra parte (el asegurado), a resarcir un daño o cumplir la prestación convenida si ocurre el evento previsto, como puede ser un accidente o un incendio, entre otras.

El contrato de seguro puede tener por objeto toda clase de riesgos si existe interés asegurable, salvo prohibición expresa de la ley. Por ejemplo:

- Los riesgos de los incendios.
- Los riesgos de las cosechas.
- La duración de la vida de uno o más individuos.
- Los riesgos del mar.
- Los riesgos de los transportes por aire o tierra.

El asegurador por lo general es una compañía de seguros organizada bajo la forma de sociedad anónima; pero también existen cooperativas y mutualidades de seguros e incluso un organismo oficial – La caja de Ahorro y Seguro – realiza operaciones de este tipo. Asimismo, en algunas provincias funcionan entidades aseguradoras oficiales.

El contrato de seguro es consensual, bilateral y aleatorio. Es consensual porque se perfecciona por el mero consentimiento de las partes y produce sus efectos desde que se ha realizado la convención; es bilateral puesto que origina derechos y obligaciones recíprocas entre asegurador y asegurado, y es aleatorio porque se refiere a la indemnización de una pérdida o de un daño producido por un acontecimiento o un hecho incierto, pues no se sabe si se va a producir y en el caso contrario – como ocurre con la muerte – no se sabe cuándo ello ha de acontecer.

Clasificación de los seguros

De diversos modos pueden clasificarse los seguros. En primer lugar, según se hallen a cargo del Estado, en su función de tutela o de la actividad aseguradora privada, se dividen en seguros sociales y seguros privados.

- Seguros sociales: Los seguros sociales tiene por objeto amparar a la clase trabajadora contra ciertos riesgos, como la muerte, los accidentes, la invalidez, las enfermedades, la desocupación o la maternidad. Son obligatorios sus primas están a cargo de los asegurados y empleadores, y en algunos casos el Estado contribuye también con su aporte para la financiación de las indemnizaciones. Otra de sus características es la falta de una póliza, con los derechos y obligaciones de las partes, dado que estos seguros son establecidos por leyes y reglamentados por decretos, en donde se precisan esos derechos y obligaciones.

El asegurado instituye al beneficiario del seguro, y si faltase esa designación serán beneficiarios sus herederos legales, como si fuera un bien ganancial, en el orden y en la proporción que establece el Código Civil. Por consiguiente, producido el fallecimiento del asegurado la Caja Nacional de Ahorro y Seguro abona el importe del seguro a los beneficiarios instituidos por aquél o a sus herederos.

El sistema de previsión de las cajas de jubilaciones no es técnicamente un seguro, aunque por sus finalidades resulta análogo. Permite gozar de una renta a los jubilados y cubre los riesgos del desamparo en que puede quedar el cónyuge y los hijos menores de una persona con derecho a jubilación, ordinaria o extraordinaria, a la

fecha de su fallecimiento.

- Seguros privados: Estos seguros son los que el asegurado contrata voluntariamente para cubrirse de ciertos riesgos, mediante el pago de una prima que se halla a su cargo exclusivo. Además de estas características podemos señalar:
- Los seguros privados se concretan con la emisión de una póliza – el instrumento del contrato de seguro – en la que constan los derechos y obligaciones del asegurado y asegurador.
- En nuestro país los seguros privados son explotados, en su mayoría por compañías privadas, mutualidades y cooperativas. Pero también el Estado, por intermedio de la Caja Nacional de Ahorro y seguro, hace seguros de distintos tipos. Y en algunas provincias existen aseguradoras oficiales.

De acuerdo con su objeto los seguros privados pueden clasificarse en seguros sobre las personas y seguros sobre las cosas.

Seguros sobre las personas: El seguro sobre las personas comprende los seguros sobre la vida, los seguros contra accidentes y los seguros contra enfermedades. En realidad, constituyen un solo grupo denominado seguro de vida, pues los seguros contra accidentes y enfermedades no son sino una variante de los seguros de vida.

Clasificación de los seguros de vida, conforme al riesgo que cubren

- Seguros en caso de muerte: En los seguros de este tipo, al fallecimiento del asegurado, el asegurador abona al beneficiario instituido por aquél el importe del seguro.
- Seguros en caso de vida: En estos seguros la entidad aseguradora abona al asegurado el importe del seguro, siempre que viva al vencimiento de un determinado periodo de tiempo. También puede convenirse el pago de una renta periódica mientras viva el asegurado, a partir de una fecha establecida de antemano.
- Seguros mixtos: Constituyen una combinación de los seguros de muerte y de vida. Por lo tanto, el importe del seguro se paga a los beneficiarios si el asegurado muere antes de vencer el contrato, y se le entrega a él si sobrevive a esa fecha.

Según que cubran a una o más cabezas

- Seguros sobre una cabeza: Se paga el seguro cuando fallece la persona asegurada.
- Sobre dos o más cabezas: Mediante este contrato se asegura la vida de dos o más personas y el seguro se paga cuando muere una de ellas a favor de la otra u otras.

Atento al número de personas amparadas por la póliza

- Seguros individuales: Son los contratos por medio de los cuales se asegura una persona con un seguro de muerte, de vida o mixto.
- Seguros colectivos: En estos contratos se asegura la vida de numerosas personas. El seguro se paga a la muerte de estas, a los beneficiarios instituidos.

Según las cláusulas adicionales

- Seguros con cláusulas adicionales: De acuerdo con estas cláusulas la póliza puede prever otros beneficios.
- Seguros sin cláusulas adicionales: Son aquellos cuyas pólizas sólo prevé el seguro de muerte, vida o mixto.

Disposiciones legales

Régimen Leal: La ley 17.418 de 1967, incorporada al Código de Comercio en reemplazo de sus anteriores disposiciones, regula en la actualidad el contrato del seguro. Lo hace con criterio publicístico, estableciendo gran cantidad de disposiciones que no pueden ser modificadas por las partes (o que solo pueden ser modificadas en beneficio del tomador) y reglamentarista, contemplando en detalle todos los aspectos del contrato.

Las disposiciones legales de mayor significación que rigen en la actualidad en materia de seguros son las siguientes:

- Reticencia:

Toda falsa declaración conocida por el asegurado, aun hecha de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones, si el asegurador hubiera sido cerciorado del verdadero estado de riesgo, hace nulo el seguro.

- Póliza:

Es el instrumento del contrato de seguro y debe contener los siguientes datos:

- Los nombres y domicilios de las partes.
- El interés o la persona asegurada.
- Los riesgos asumidos.
- El momento desde el cual estos se asumen y el plazo.
- La prima.
- La suma asegurada.
- Las condiciones generales del contrato.

De acuerdo con esta enumeración las pólizas constan de dos partes. En la primera se insertan las cláusulas particulares del contrato. En la segunda figuran las condiciones generales del seguro del que se trate. Estas condiciones son uniformes para todos los contratos, se incluyen al dorso de la póliza y deben ser aprobadas por la Superintendencia de Seguros de la nación.

- Prima:

Es el precio del seguro y debe pagarse en el domicilio del asegurador o en el lugar convenido entre las partes. Se adeuda desde la celebración del contrato pero no es exigible sino contra la entrega de la póliza.

- Agravación del riesgo:

Toda agravación del riesgo asumido que a juicios de peritos hubiera impedido el seguro o modificado sus condiciones, es causa especial de rescisión del contrato de seguro. El asegurado tiene que denunciar al asegurador la agravación del riesgo. Si esta se debe a un hecho del asegurado, la cobertura queda suspendida y el asegurador tiene que notificar, en el término de 7 días, su decisión de rescindir. Si la agravación resulta de un hecho ajeno al asegurado, la decisión de rescindir debe notificarse dentro de los 30 días.

- Vencimiento de la obligación del asegurador:

En los seguros de daños patrimoniales, el crédito a favor del asegurado debe pagarse dentro de los 15 días, una vez fijado el importe de la indemnización o aceptada, por parte del asegurado, la indemnización ofrecida. En los seguros de personas el pago se hace dentro de los 15 días de notificado el siniestro. Cuando el asegurador haya estimado el daño reconocido el derecho del asegurado, se puede reclamar un pago a cuenta si el procedimiento para establecer la prestación no se haya terminado un mes después de la notificación del

siniestro. El pago a cuenta no puede ser inferior a la mitad de la prestación reconocida por el asegurado.

Elementos del contrato de seguros

El Asegurador: Únicamente pueden actuar como aseguradores las sociedades anónimas, las cooperativas y las sociedades de seguros mutuos. También puede asegurar el Estado.

Las aseguradoras deben ser autorizadas para funcionar por la Superintendencia de Seguros de la Nación. Esta institución las fiscaliza, establece las condiciones de las pólizas y monto de las primas, determina las inversiones y reservas que deben efectuar y controla su administración y situación económica y financiera.

El Asegurado: La ley distingue las personas del tomador del seguro, del asegurado y del beneficiario.

- El tomador del seguro es la persona que celebra el contrato.
- El asegurado es el titular del interés asegurable.
- El beneficiario es el que percibirá la indemnización.

El tomador se diferencia del asegurado cuando estipula el seguro por cuenta de un tercero o por cuenta "de quien corresponda".

Por su parte, el asegurado y beneficiario generalmente coinciden. Se separan por ejemplo en los seguros de vida, cuando se asegura la propia vida en beneficio de otra persona.

La póliza: Es el instrumento escrito en el cual constan las condiciones del contrato. Aunque no es indispensable para que exista el contrato, la práctica aseguradora la ha impuesto sin excepciones.

Puede emitirse a la orden o al portador, salvo en los seguros de personas, en que debe ser nominativa.

El texto es, en general, uniforme para los distintos tipos de seguros. Las cláusulas adicionales y especiales y las modificaciones al contenido de la póliza se denominan endosos y se redactan en hoja separada, que se adhiere a aquella.

Plazo: Si el plazo del contrato no está determinado en el contrato, se presume que es de un año, salvo que por la naturaleza del riesgo la prima se calcule por un tiempo distinto.

Las obligaciones del asegurador comienzan a las doce horas del día establecido y terminan a las doce horas del último día de plazo.

A pesar del plazo pactado, cualquiera de las partes puede rescindir el contrato antes de su vencimiento, con reintegro al tomador de la prima proporcional por el plazo no corrido.

Obligaciones emanadas del contrato

Pagar la prima: El tomador del seguro debe pagar la prima establecida más los impuestos, tasas, sellados y demás recargos que establecen o autorizan las reglamentaciones de la actividad aseguradora.

El total de lo que debe pagar el tomador constituye el premio del seguro.

Si la prima no es pagada en término, el asegurador no es responsable por el siniestro ocurrido antes de su pago.

La prima puede variar en el curso del contrato, aumentando o disminuyendo cuando aumente o disminuya el

riesgo contemplado.

Denunciar el estado de riesgo: El tomador debe describir con precisión el riesgo contemplado, con relación a la cosa o persona sobre la cual recae el interés asegurable.

Denunciar la agravación del riesgo: El tomador debe denunciar todos los hechos, propios o ajenos, que puedan agravar el riesgo contemplado, aumentando la posibilidad de siniestro.

Denunciar el siniestro: El tomador debe denunciar el siniestro dentro de los tres días de ocurrido. Debe denunciar y probar los daños que ha sufrido y permitir que el asegurador verifique la concurrencia del hecho y los perjuicios ocasionados.

Salvamento: El tomador debe hacer todo lo necesario para evitar o disminuir los daños.

Obligaciones del asegurador

Reembolsar gastos: Debe reintegrar los gastos realizados en cumplimiento de la obligación de salvamento, siempre que no hayan sido manifiestamente desacertados o innecesarios.

Pagar la indemnización: Se determina de acuerdo con el tipo de seguro contratado, el daño efectivamente sufrido y el monto asegurado.

En los seguros de daños, la indemnización nunca puede superar el daño efectivamente sufrido, aunque el monto asegurado sea mayor. El seguro es para reparar un perjuicio, no para obtener fin de lucro.

En los seguros de personas, la prestación se limita a la suma convenida.

El pago de la indemnización debe hacerse dentro de los quince días de fijado su monto (en los seguros de daños) o de ocurrido el siniestro(en los seguros de personas).

La organización y administración de las compañías seguros

Primas: Es el precio del seguro que paga el asegurado al asegurador como contraprestación del riesgo que asume éste y del compromiso que es su consecuencia.

Existen distintos tipos de primas:

- Prima natural
- Prima pura
- Prima comercial
- Prima nivelada
- Prima única
- Prima periódica

Prima natural: En los seguros de vida es la prima que depende del cómputo matemático del riesgo. Por esta razón, a mayor riesgo, mayor será la prima natural, y viceversa.

Prima pura: Es la prima de riesgo de los otros ramos de seguros.

Prima comercial: esta es la prima que paga efectivamente el asegurado y se compone de dos partes: la prima natural o pura por un lado y los gastos de explotación y la ganancia del asegurador por el otro. De esos gastos los más importantes son:

- Comisión a favor de los productores que colocan los seguros.
- Comisión de cobranza que se paga a los colaboradores por la percepción de las primas.
- Gastos de administración y propaganda.
- Recargo por fraccionamiento de la prima. La prima puede fraccionarse mediante cuotas periódicas, y ello da origen a un recargo, como suele ocurrir con las ventas a plazo.
- Margen de seguridad. Se trata de un recargo para prever cualquier aumento de gastos y en particular la posibilidad de un riesgo mayor.

Prima nivelada: La aplicación simple de la prima natural para el cálculo de la prima comercial haría prohibitivo el seguro de vida, a partir de una determinada edad. En este caso la prima comercial aumentaría de continuo y llegaría un momento en que el asegurado desistiría del contrato dado el alto precio que debería abonar por su seguro. Por ello ha sido necesario nivelar las primas a fin de que la prima comercial sea la misma, en los seguros de vida, durante toda la vigencia del contrato.

Prima única: es lo que debe abonar el asegurado cuando ello se hace en una sola oportunidad.

Primas periódicas: la prima única se abona con pagos parciales, con lo cual se ofrece al asegurado una posibilidad que puede decidir la concentración de estas operaciones.

El riesgo: Constituye uno de los factores principales dentro de la actividad aseguradora. Es el objeto del seguro como medida de prevención de un acontecimiento incierto, que de producirse obliga al asegurador a pagar la indemnización convenida. En el seguro de riesgo es siempre incierto. Aun la muerte de una persona, que fatalmente ha de ocurrir mas tarde o más temprano, es un acontecimiento incierto susceptible de asegurarse, porque no se sabe cuando ha de suceder.

Tratándose de un acontecimiento incierto es indudable que no puede depender de la voluntad de asegurado dado que entonces no habría posibilidad de seguro. Los riesgos sobre las cosas también presentan una cierta regularidad que los hace materia de aseguramiento. La practica aseguradora ha consagrado normas para medir dichos riesgos y calcular las normas que debe percibir el asegurador.

El riesgo determina la prima a cobrar, y en consecuencia, para los riesgos agravados con relación a los riesgos normales, la prima será más elevada. En la póliza de seguro el riesgo asumido por el asegurador debe definirse con mucha claridad, pues se trata de un elemento de capital importancia en este contrato.

Además, es necesario que la cosa objeto del seguro se encuentre debidamente caracterizada a fin de que el asegurador conozca hasta donde se extiende el riesgo que corre.

Organización funcional de las compañías de seguros

La mayoría de las entidades aseguradoras son sociedades anónimas en las cuales el órgano soberano es la Asamblea de Accionistas y su órgano directivo el Consejo de Administración o Directorio designado por los accionistas reunidos en asamblea.

Del directorio depende directamente la Gerencia General, que, como toda empresa, es el órgano ejecutivo encargado de conducir a la compañía con arreglo a las resoluciones adoptadas por aquel.

Aceptación de los seguros y emisión de las pólizas

La emisión de las pólizas se realiza mediante los siguiente pasos:

- Solicitud del seguro.
- Verificación de todos los datos que constan en la solicitud.

- Aceptación del seguro.
- Emisión de la póliza.

La solicitud del seguro es el comprobante mediante el cual el asegurable solicita a la compañía un determinado seguro. Por ello en él figuran los datos necesarios para que el asegurador conozca con exactitud el riesgo que ha de correr al contratar el seguro. Los principales datos son:

- Fecha.
- Datos de identificación del asegurable.
- Objeto y riesgo del seguro.
- Descripción de la cosa que ha de asegurarse.
- Importe del seguro.

La declaración de salud disminuye los gastos de emisión de la póliza, porque es menos oneroso verificar esa declaración que hacer la revisión médica integral, y simplifica notablemente la gestión ante el asegurable para inducirlo a que tome un seguro de vida. Aceptada la solicitud, se emite la póliza conforme a los datos de aquella y se entrega al interesado.

Reaseguros activos y pasivos

El reaseguro es un contrato mediante el cual un asegurador que ha tomado directamente un seguro traspassa parte de él a otro asegurador, que, por consiguiente, toma la responsabilidad de pagar la proporción que le corresponda en el caso de que ocurran los riesgos previstos en el seguro contratado.

Los riesgos que técnicamente puede asumir una compañía de seguros tienen un límite, pasado el cual se impone la necesidad de realizar reaseguros para ceder a otras compañías ese exceso de riesgos.

La regla fundamental para establecer el límite de riesgos que pueden asumir se halla en la uniformidad de los capitales asegurados por cada compañía.

Para evitar el desequilibrio que puede producir la falta de uniformidad de los capitales, las compañías reaseguran la parte de los seguros que excede el límite normal de los capitales asegurados.

El límite de los riesgos que puede correr una compañía de seguros se denomina pleno. La compañía que cede el excedente de su pleno se llama cedente y hace un reaseguro pasivo. La compañía que toma el reaseguro se denomina cesionaria y hace un reaseguro activo.

A su vez, un reaseguro activo puede ser materia de un nuevo reaseguro en otra compañía. Este reaseguro se denomina retrocesión. Por lo común las compañías cedentes pagan a las cesionarias la misma prima que cobran a los asegurados y perciben de ellas una comisión más alta que la que deben abonar a sus agentes o corredores.

En nuestro país el reaseguro es regulado por el I.N.D.E.R. (Instituto Nacional de Reaseguro), que monopoliza los reaseguros de las compañías nacionales y el 30% aproximadamente de las compañías extranjeras. A su vez el I.N.D.E.R. puede retroceder sus reaseguros a compañías nacionales o extranjeras que operan en nuestro país o a aseguradoras del extranjero.

Anulaciones

Las pólizas emitidas se anulan cuando se rescinde el contrato de seguro. Ello ocurre por lo común en los siguientes casos:

- Falta de pago de la prima.
- Cambio de dueño de la cosa asegurada.
- Reticencia.
- Fraude del asegurado.

Con la anulación de la póliza la entidad aseguradora solo tiene derecho a percibir la prima correspondiente al riesgo que ha corrido.