



Universidad de Buenos Aires  
Facultad de Ciencias Económicas  
Biblioteca "Alfredo L. Palacios"



# El seguro de vida en la Argentina

Marcenaro, Arnaldo Eduardo

1941

Cita APA:

Marcenaro, A. (1941). El seguro de vida en la Argentina.

Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Económicas

Este documento forma parte de la colección de tesis doctorales de la Biblioteca Central "Alfredo L. Palacios".  
Su utilización debe ser acompañada por la cita bibliográfica con reconocimiento de la fuente.

Fuente: Biblioteca Digital de la Facultad de Ciencias Económicas - Universidad de Buenos Aires

**ORIGINAL**

Universidad de Buenos Aires  
Facultad de Ciencias Económicas  
.....

**E L        S E G U R O**

**D E        V I D A**

**E N        L A        A R G E N T I N A**

.....  
.....  
.....  
.....

Tesis de  
**ARNALDO E. MARCENARO**  
.....

P A R T E            P R I M E R A

-.o-.o-.o-.o-.o-.o-.o-.o-.o-.o-

D E    L O S    S E G U R O S    D E

.....

V I D A    E N    G E N E R A L

.....

.ooooo00ooo.

o  
o

150 1/0228

## CAPÍTULO PRIMERO

### PRINCIPIOS FUNDAMENTALES

-.-.-.-.-

- a) El seguro: conceptos generales. Sus bases. Elementos. El seguro de vida y la estadística. Necesidad de concentración de las estadísticas.
- b) Cuando hay seguro? Teorías acerca de su naturaleza. Definición.
- c) Riesgo y daño. Límite e interés del seguro.
- d) El seguro y las diversas tendencias económicas.
- e) El seguro comparado con otras instituciones económicas.

--oo0oo--

### EL SEGURO: CONCEPTOS GENERALES. SUS BASES. ELEMENTOS. EL SEGURO DE VIDA Y LA ESTADÍSTICA. NECESIDAD DE CONCENTRACION DE LAS ESTADÍSTICAS.

La especialidad cuyo estudio comenzamos es por demás interesante, ya que permitirá interiorizarnos acerca de múltiples aspectos de una de las más grandes industrias que se explotan en la actualidad y que ha sido materia de innumerables estudios en el orden internacional, ocupándose de ella todas las legislaciones del mundo. Me refiero a la industria del seguro.

La industria del seguro está íntimamente ligada al desarrollo económico bajo todos sus aspectos.

Difícilmente podríamos imaginar que las grandes instituciones industriales y comerciales de nuestros días hicieran gala de su desarrollo actual de no haber sido respaldadas por el seguro.

Igualmente difícil sería suponer que cualquiera de estas extraordinarias manifestaciones del progreso industrial moderno, con capitales enormes invertidos en maquinarias, edificios, etc., sujetos a toda clase de acontecimientos futuros e inciertos, que de ninguna manera pueden ser es

tablecidos de antemano, pudiera hacer su propio seguro constituyendo un fondo al que destinaría parte de sus reservas, para cubrir los posibles siniestros que pudieran producirse; ya que dicho fondo de muy poco podría servir en caso de originarse un siniestro de proporciones, al que ni remotamente alcanzaría a cubrir, colocando a la entidad afectada en una difícilísima situación que hasta llegaría a significar la bancarrota.

Todo ello sin contar que en tales instituciones donde los capitales invertidos absorben ingentes sumas anuales para su conservación, reparación y amortización, resulta poco menos que imposible constituir, además, un fondo de seguro y mantenerlo inmovilizado a través del tiempo, sin poderlo utilizar en aumento del giro comercial o industrial, a la espera de que acontezcan determinados hechos futuros y fortuitos, cuya producción es imposible precisar.

Pero como, de todos modos, la entidad industrial y comercial tiene que considerar la posibilidad de un siniestro, no habría ninguna solución intermedia a no mediar la institución del seguro debidamente organizada.

Pasando a considerar el seguro de vida, notaremos que éste, en determinados casos, difiere sustancialmente del seguro de orden patrimonial al que acabamos de referirnos, ya que al celebrarse un seguro de vida no siempre se busca conseguir una indemnización, como se puede ver claramente con el simple examen de su mecanismo económico.

El seguro de vida puede dividirse en dos grandes grupos: el seguro para caso de vida propiamente dicho y el seguro para caso de muerte.

En el primero, el fin que se sigue es general

mente el de crear un capital. El asegurado abona al asegurador determinadas primas para que al vencimiento del período establecido, si está con vida, se le entregue el capital con venido. Nos encontramos frente a un caso de seguro denominado "de capital diferido", caso típico del seguro para caso de vida. Seguro eminentemente egoísta, donde no existe beneficiario, siendo el propio asegurado quien ha de percibir su importe si llega con vida al final del período pactado y que dando para la compañía aseguradora el importe de las primas abonadas si aquél fallece antes del vencimiento.

En el segundo caso planteado, el asegurado jamás ha de disfrutar del importe de su seguro, ya que el mismo solo será pagado al beneficiario tan pronto sobrevenga el fallecimiento de aquél.

× En este segundo caso, el hombre que trabaja y sostiene a su familia con el producto del mismo, prevé las ingratas consecuencias que su desaparición puede traer aparejada para esos seres que le son queridos y realiza entonces un seguro en virtud del cual, y mediante el pago de primas durante toda su vida o durante un determinado número de años, en el momento de su deceso, su familia percibirá una suma que le permita sobrellevar la situación. Se trata del seguro denominado "de vida entera" o "de vida entera en pagos limitados", caso típico de los seguros para el caso de muerte, basados en principios eminentemente altruístas, de previsión y de solidaridad humana.

En la práctica podemos distinguir una tercera categoría que surge como consecuencia de la combinación de los dos casos antes planteados y que concilia el principio individualista con el principio colectivista. Me refiero al

seguro mixto o dotal, que no es otra cosa que la combinación del seguro de capital diferido con el seguro **temporario**.

En este nuevo seguro se fija el plazo dotal y durante el mismo el asegurado ha de satisfacer las respectivas primas anuales. Si fallece durante el plazo convenido, la suma asegurada se paga a sus beneficiarios o herederos; si llega vivo a la terminación de ese plazo percibe él mismo el importe de su seguro.

Todas estas consideraciones previas nos permiten establecer que, generalmente, el seguro responde a una tendencia perfectamente humana, cual es: la previsión. El hombre no solamente trata de satisfacer sus necesidades presentes, sino también las futuras. Prevé la existencia de algo que de producirse en un futuro más o menos cercano, traerá aparejado un considerable quebranto para sus bienes o persona, que puede hasta llegar a herir a todos aquellos que de él dependen. De ahí la necesidad de hacer un sacrificio actual, apartando ciertas sumas, para tratar de ponerse a cubierto de tales hechos futuros, o cuando menos, mitigar sus consecuencias.

Esta es la forma como nace el seguro bajo su aspecto de institución de previsión.

Considerado individualmente, no es el seguro problema que el hombre se siente capaz de resolver, ya que de ninguna manera se considera con fuerzas suficientes para organizarlo y cubrirlo por sí solo. Cómo fija la cantidad que tiene que separar hoy para ponerse a cubierto de ese acontecimiento futuro? Cómo sabe cuando ha de producirse? Son incógnitas que aisladamente no está en condiciones de despejar. Como en forma aislada iría al fracaso, surge la

necesidad de unión.

Si nos fuera posible reunir un gran número de personas, de existencia real o jurídica, abocadas todas ellas a sufrir las consecuencias de determinados hechos futuros y fortuitos, ciertos o inciertos, y si pudiéramos, además, precisar cual es el monto de sus capitales expuestos a tales riesgos y cual es el monto de los capitales destruidos por la producción de esos hechos, tendríamos reunidos capitales en giro y capitales siniestrados, o sean los casos posibles y los favorables, lo que nos daría la probabilidad de producción del siniestro, que multiplicada por el monto de cada uno de los capitales individuales sometidos a riesgos análogos determina la prima de cada seguro, en tal forma que la suma de todas esas primas representa el monto de los capitales siniestrados.

La unión de todas estas personas que nos ha permitido calcular el aporte de cada uno para, en caso de siniestro, indemnizar a quien lo sufrió, nos coloca frente al principio de la mutualidad que puede condensarse en la frase: "Todos para uno, uno para todos."

Donde falla el principio de la mutualidad no existe seguro.

Como lógicamente se infiere, en esto existe una cierta relatividad dado que hecho el cálculo "a priori" no quiere decir que fatalmente hayan de producirse los siniestros.

Ello no obstante, tales cálculos se basan en la observación de los fenómenos y su mayor o menor exactitud depende de la frecuencia y período de tiempo dentro del cual se producen. Cuanto mayor sea el número de elementos que se

tengan en cuenta y mayor el tiempo a que esté sujeto nuestro análisis, notaremos la existencia de una repetición de los fenómenos dentro de límites casi perfectamente definidos y tendremos la casi absoluta certeza que allí es donde está concentrada la producción del siniestro. Y, a medida que aumenten los elementos de juicio considerados, iremos reduciendo esos límites hasta tener uno constante.

Recapitulando acerca de lo manifestado anteriormente podemos establecer como base para la existencia del seguro, la necesidad del hombre de ponerse a cubierto de acontecimientos futuros, ciertos o inciertos; la imposibilidad en que se encuentra de cubrirlo aisladamente, ya que carece de la potencialidad económica necesaria para ello; y por último, su necesidad de unión con las demás existencias económicas abocadas a riesgos análogos y su organización para atender mutuamente a las necesidades de una indemnización por la producción de tales hechos similares y tasables en dinero.

La forma de organización de los asegurados puede tener varios aspectos: o son simples mutualidades constituidas por personas sujetas a riesgos similares, siendo la mutualidad una institución donde los asegurados son a la vez aseguradores; o puede tenerse la organización capitalista, es decir, la constitución de sociedades anónimas dedicadas a la industria del seguro; o puede haber la constitución del seguro por parte del Estado.

En cualquiera de estas tres formas que acabamos de exponer, vamos a encontrar la existencia de estos dos elementos: el productor del seguro, o sea el asegurador, y el consumidor del seguro, o sea el asegurado.

Habíamos llegado a establecer al referirnos a las bases del seguro, la necesidad que siente el hombre de unirse con otras existencias económicas expuestas a riesgos similares para hacer la atención mutua de los daños que se puedan producir. Dijimos también, que cuanto mayor sea el número de existencias económicas que se consiguiera reunir y mayor el tiempo utilizado para hacer el estudio de los riesgos a que se encontraban expuestas, con mayor precisión llegaríamos a establecer los límites dentro de los cuales tendríamos la casi certeza de que habría de producirse el siniestro, ya se trate de hechos de producción cierta, como sería el fallecimiento de una persona, o de producción incierta como puede ser un incendio, circunstancia esta última que da lugar a la división que de los seguros hacen los ingleses al denominar "assurances" a los primeros e "inssurances" a los segundos.

La necesidad, entonces, de que la observación sea hecha sobre un gran número de casos y durante períodos de tiempo muy largos, quita valor a la experiencia que pueda hacer cada asegurador aisladamente. Por ello todos los aseguradores sienten la necesidad de asociarse, llevados por el propósito de centralizar las experiencias que cada uno posee.

En nuestro país, las entidades aseguradoras confeccionan los datos estadísticos correspondientes a cada uno de los ramos de seguro que exploten: producción anual, monto de las primas, costo de los seguros, siniestros producidos, monto de las indemnizaciones, etcétera. Tales datos se remiten a la Asociación Nacional de Aseguradores donde, en base a dichas experiencias, se van construyendo las cifras correspondientes a las primas propias de cada clase de

seguro.

Esos datos permiten a las distintas compañías proceder a la rectificación de sus premios, rebajándolos, aumentándolos y aun llegando a eliminar de su producción determinada clase de seguros o de beneficios acordados a sus asegurados por llegarse a demostrar que resultan sumamente gravosos.

Las cifras demuestran que no puede haber progreso en materia de seguros que no esté basado en una estadística sana y llevada con criterio. Hay que tratar, a su respecto, de humanizar las cifras, poder sacar consecuencias y obtener resultados que nos demuestren la exactitud de nuestras conclusiones o nos indiquen las modificaciones a introducir. No consiste todo en llevar estadísticas; lo interesante es saber llevarlas y conocer a fondo el negocio de los seguros para poder adaptarlas, más tarde, a la realidad.

CUÁNDO HAY SEGURO? TEORÍAS ACERCA DE SU NATURALEZA.  
DEFINICIÓN.—

Se ha dicho que una de las condiciones para que pueda existir el seguro era la de que los riesgos a que están sometidas las cosas objeto del mismo fueran tasables; esto es, que el acontecimiento futuro, fortuito, cierto o incierto debía de estar acompañado de la condición de ser medible. Es decir, que mediante una estadística podríamos llegar a resultados tales, basados en el cálculo de probabilidades, de poder determinar para cada clase de riesgo el coste del seguro.

Pero ahora se presenta otra cuestión. El hecho de que por medio de cálculos se pueda establecer la relación entre los casos favorables y los posibles para determinar la probabilidad de que el hecho se produzca y que multiplicada por el capital o riesgo se establezca la esperanza matemática, o sea, la prima, no quiere decir que exista un seguro, porque todos esos cálculos y determinaciones podría hacerlo una persona aisladamente, haciendo así su autoseguro. No es éste el verdadero concepto del seguro que, como sabemos, implica mutualidad.

Si esa persona aislada quisiera ser ella misma su propia aseguradora, podría, contando con las estadísticas necesarias, determinar la probabilidad de que el hecho se produzca. Multiplicando esa probabilidad por el valor que le asigne a la cosa asegurada tendría determinada la prima, o sea la cantidad que debe guardar o tener de lado para cubrir el posible siniestro. Esta persona estaría realizando una operación de juego consigo misma, porque de no producirse el siniestro la suma guardada le significaría una utilidad; y en caso de que se produjera sufriría una pérdida, ya que el importe separado de poco o nada serviría y

no alcanzaría ni remotamente a cubrir los daños producidos.

Si bien el seguro es una relación matemática, para establecer la relación entre los casos posibles y los favorables hay que ver también el terreno donde se va a aplicar. Hay circunstancias en que no obstante ser factible un seguro, no puede hacerse por faltar los datos necesarios para determinar la probabilidad y por consiguiente la prima. Tiene que existir un gran número de experiencias y cuanto más grande sea, más se van a ajustar los cálculos a la realidad. A pesar de ello se observará un desvío, porque en la práctica difícilmente vamos a ver cumplidos de manera matemática los cálculos previos. Muy difícil será que la suma total de primas se ajuste al monto total de siniestros.

Pueden haber circunstancias determinadas que hacen aumentar el riesgo, o puede la compañía aseguradora aplicar las primas a riesgos superiores a los que sirvieron de base para el cálculo. Si esto ocurre, nos vamos a encontrar con un desvío negativo que producirá pérdidas a la empresa. Si se produce una depuración, una inspección del riesgo, y si se ha hecho a conciencia clasificándolo como corresponde, posiblemente se va a obtener un desvío positivo; es decir, que la diferencia entre los siniestros producidos y los previstos arrojará una cantidad a favor de la institución.

De modo que cuanto mayor sea el número de experiencias y de elementos de que se disponga, la probabilidad que se calcule se irá aproximando más a la realidad. Si lo que se calcula se confirma en la práctica, tendremos que al fin del período todo lo cobrado por la compañía en concepto de primas habrá salido por siniestros ocurridos; esto es el ideal en materia de seguros. Así se explica que el se

guro nunca puede ser gratuito sino siempre oneroso, que es lo equitativo.

Veamos otras de las condiciones del seguro. Si bien es cierto que tiene por objeto prever las consecuencias de un hecho fortuito que puede ser cierto o incierto, debe tratarse también de hechos que se produzcan con alguna frecuencia y que no sea un individuo solo que sienta la necesidad de cubrirse de un riesgo, sino una gran cantidad de personas que sientan la necesidad de cubrirse de esas posibilidades. Es necesario que el hecho se repita con alguna frecuencia para poder con las experiencias ir determinando mejor las probabilidades y las primas.

De manera que otra de las condiciones del seguro es la de que no se refiera a riesgos aislados; tiene que tratarse de una cantidad grande de riesgos y sentirse la necesidad de la existencia de ese seguro, no por un individuo aislado, sino por muchas personas, lo que permite hacer el cálculo de probabilidades de los siniestros y determinar las primas que deben cobrarse para poder cubrirlos.

A su vez, el hecho fortuito debe presentarse con una relativa frecuencia. La poca frecuencia de los hechos aleja la posibilidad de tener una estadística, no pudiéndose determinar la ley de formación de esos siniestros. Si un hecho indicado se produce muy de tiempo en tiempo, no habrá interés por parte del público para realizar la operación del seguro. Si se trata de hechos esporádicos que se presentan de año en año o más, v.gr. una tromba, el hecho existe, el peligro y el daño existen, también la probabilidad de que el hecho se produzca, pero todo ello no justifica la necesidad de asegurarse. A nadie le convendría tomar

un seguro de esa naturaleza, porque tendría que estar pagando las primas y quizás el hecho no se produciría nunca, porque es de escasísima frecuencia y nadie siente la necesidad de recurrir al seguro en ese caso.

Tiene que haber una perfecta coincidencia entre asegurador y asegurado y para que esa coincidencia exista, no sólo debe tratarse de un hecho futuro y fortuito sino que acontezca con frecuencia, que es lo que induce a las existencias económicas a buscar el seguro y que gracias a esa frecuencia pueden las compañías tener los datos necesarios para establecer el costo de la prima.

Son estos los elementos que deben tenerse presentes en el seguro.

Siempre ha habido la tendencia en materia de seguros a establecer teorías acerca del mismo, conociéndose una serie de definiciones al respecto.

Acabamos de referirnos a los elementos básicos del seguro y consideramos como principales la necesidad de que hubiera un gran número de existencias económicas que estuvieran supeditadas a riesgos análogos; que tales hechos fueran de producción frecuente y que las diversas existencias económicas se organizaran para atender mutuamente las consecuencias de la producción de esos hechos futuros, fortuitos y tasables.

Ahora bien; las distintas definiciones que se han hecho son de carácter subjetivo.

Unos dicen que el seguro está basado en la "teoría de las necesidades", esto es, que el mismo nace de la necesidad que tiene una persona de ponerse a cubierto de las posibles consecuencias de un hecho futuro.

Otros sostienen que el seguro es un juego,

creencia sustentada por muchas personas. Los que así opinan lo comparan con una lotería y encuentran muchos puntos de contacto. En efecto, el seguro contiene muchos elementos del juego: probabilidad que tiene el hecho de producirse, capital que tiene que pagarse en caso de que el hecho se produzca y la prima del seguro que es lo que se llama apuesta en el juego. Si el hecho se produce hay que pagar el capital o sea el premio; si no se produce, se pierden de la apuesta y el derecho al premio. Esta es una teoría completamente equivocada, porque mientras el seguro prevé los riesgos, el juego los crea; asimismo, el seguro tiene por objeto reparar un daño, el juego obtener un beneficio.

Otra es la "teoría del daño", por la cual el objeto del seguro es reparar un daño total o parcial, teoría que, en realidad, está bastante cerca de lo que es el seguro, pero que no es completamente exacta, toda vez que el <sup>to</sup> aseguro también tiene por objeto reparar un daño total o parcial y como ya vimos no es un seguro.

Otros dicen que el seguro es una simple prestación de servicios, que puede ser en dinero, de servicios o de reparación total o parcial de cosas dañadas.

Son todas estas teorías subjetivas, que van a estudiar al hombre y rompen así el elemento primordial del seguro que es la organización mutualista, que como sabemos puede condensarse en la frase "uno para todos, todos para uno."

Existe otra teoría, también errada, que dice que el seguro es una institución que acepta una cantidad de riesgos para que se produzca una compensación; es decir que se mezclan los riesgos mayores con los menores, las primas de incendio con las de vida, etc. produciéndose-

se así la compensación. En la realidad no hay tal cosa, porque en materia de seguros se establece una prima, no como parte de la compensación, sino que cada prima corresponde a un riesgo determinado y no se mezcla con el riesgo de otra naturaleza. Cada riesgo se considera por separado, se individualiza cada uno y no hay tal compensación.

De manera que el único y verdadero concepto que hay en materia de seguros es el concepto mutualista y en base a él podemos ensayar a definirlo diciendo que es LA REUNIÓN DE UN GRAN NÚMERO DE EXISTENCIAS ECONÓMICAS SUJETAS A RIESGOS ANÁLOGOS, QUE SE ORGANIZAN PARA HACER LA ATENCIÓN MUTUA DE LOS DAÑOS QUE PUEDAN PRODUCIRSE.

RIESGO Y DAÑO. LÍMITE E INTERÉS DEL SEGURO.

Habíamos llegado a establecer que el riesgo tiene que ser de una determinada naturaleza. Tendremos pues, que ver que se entiende por riesgo.

El riesgo para la compañía es la cantidad de dinero que el seguro prevé para cubrir las consecuencias de un hecho o peligro a que se encuentra abocado el asegurado.

Si se contrata un seguro por \$10.000.-m/n, tal es el riesgo para la compañía. Se reserva la palabra daño para representar la cantidad que la compañía tiene que pagar en caso de siniestro y que podrá ser menor o igual que el riesgo, pero nunca mayor.

En los seguros de vida es muy común -como veremos más adelante al estudiar en particular los distintos tipos de contratos- pactar, como complementario del seguro principal, un seguro contra infortunio, que tiene por objeto cubrir al asegurado contra posibles daños o lesiones que pueda sufrir en su persona, estando las respectivas indemnizaciones establecidas de antemano en una tabla al efecto.

El importe de tales indemnizaciones podrá llegar a ser igual al capital asegurado por la póliza principal, pero en ningún caso superior al mismo.

Tampoco hay que confundir riesgo con la probabilidad de que el acontecimiento se produzca. El riesgo dista mucho de ser eso; es, repito, el capital asegurado, el importe que la compañía tiene que pagar como máximo para atender a las consecuencias del peligro a que se somete el asegurado.

Analizados los distintos requisitos del seguro debemos decir que éste actúa dentro de ciertos límites.

En todo seguro debe fijarse un capital asegurado, pero no es posible concebir que la compañía retenga en su poder todo el capital asegurado.

Existe un criterio que se llama "riesgo medio" y que es el capital que como máximo puede aceptar la compañía sobre un seguro determinado. Hay ramas del seguro donde el riesgo está perfectamente determinado, y esta es, precisamente, la que se refiere al seguro de vida.

En este seguro se puede calcular matemáticamente cual es el capital que, como máximo, puede tener la compañía para cada edad de los asegurados.

La variación que puede producirse de un año a otro en ese riesgo medio es muy pequeña. Cuando las compañías tienen capitales asegurados que exceden al riesgo medio hacen operaciones de reaseguro, que responden a un contrato cuya duración es de 3 a 5 años. Al cabo de ese tiempo la compañía que cedió el seguro vuelve a considerar si está capacitada para tener en su seno dicha póliza.

En un período de 3 a 5 años el riesgo medio de una compañía no crece, sino que oscila alrededor de la misma cifra.

Lo que antecede es de aplicación pura y exclusivamente para los seguros de vida, que son los que más se prestan a cálculos matemáticos.

Otra cosa que hay que tener presente es cual es el objeto del seguro. El objeto del seguro no es ni el hecho fortuito en sí, ni la indemnización, ni el daño, sino

que tiene necesariamente que fundarse en algo más.

La existencia económica que lo contrata quiere ponerse a cubierto de los daños sobrevinientes como consecuencia de un hecho fortuito, o constituir también un capital. Una persona puede contratar una póliza de capital diferido en que no le interesa cubrir el fallecimiento, sino que puede sentirse llevado a esa clase de seguros porque presume que dentro de determinado tiempo se encuentre sin capital.

El seguro no siempre persigue la finalidad de cubrir un daño. Puede tener por objeto obtener un beneficio o renta y entonces ya es necesario entrar a otro detalle que no es el hecho fortuito, ni la indemnización, ni la reparación de un daño material; es preciso también fijar el interés que puede tener la persona que lo contrata.

Todas las compañías, cuando se presenta la solicitud de un seguro de vida, observan inmediatamente cual puede ser el interés que lleva a la persona solicitante. En vida, llama la atención el hecho de que en un matrimonio el marido no tenga un seguro a favor de su esposa y sea ésta quien solicite la contratación instituyendo como beneficiario al esposo. También llama la atención que el hijo contrate un seguro a beneficio del padre. Surgen aquí una serie de interrogantes, pues lógicamente se piensa que es el marido el que debe contratar el seguro en beneficio de su esposa o hijos.

En el caso de que la solicitud sea presentada por la esposa, la compañía deja momentáneamente en suspenso la operación y averigua cual es la razón que exige

te para que sea ella la asegurada y el esposo el beneficiario. Por regla general cuando se presentan estas solicitudes, la razón es que el esposo ya tiene un seguro a favor de su mujer y entonces puede existir un interés recíproco. En este caso ya no es posible pensar en mala fe o en propósitos de especulación, porque el interés asegurable se explica perfectamente.

Esta clase de seguros recíprocos se presenta muy a menudo en la vida matrimonial moderna donde marido y mujer actúan en la lucha por la vida.

EL SEGURO Y LAS DISTINTAS TENDENCIAS ECONÓMICAS.

Es interesante observar los cambios experimentados por la idea del seguro en el transcurso del tiempo, influenciada, naturalmente, por las diversas teorías económicas imperantes en cada época.

Al respecto podemos establecer tres períodos perfectamente definidos:

- a) Período mercantilista.
- b) Período fisiocrático.
- c) Período capitalista.

En el primer período, durante la preeminencia del mercantilismo -sistema económico que por encima de todo proclama la tutela del Estado- surgen una serie de planes tendientes a la nacionalización del seguro y así se habla (años 1618-1648) de establecer, a cargo del Estado, un seguro de incendio y un seguro infantil.

En realidad, más que por los beneficios sociales que el mismo podría reportar, se hacía para aumentar las rentas del erario obligando a todos los súbditos a asegurarse; fin que también se cumple por cuanto, protegiendo las riquezas privadas, base de la riqueza del Estado, e impidiendo su destrucción, se evita la desaparición de determinadas fuentes de ingresos del Fisco.

En el período fisiocrático la idea cambia radicalmente y la reacción contra la tutela del Estado llega también al seguro, entregándose la supremacía a las empresas privadas y teniendo por principal objeto el interés del asegurado.

Este estado de cosas vuelve a cambiar, naturalmente, en la era capitalista, cuando pasa a primer

término el interés del empresario. Llega un momento, sin embargo, en que ante el interés del capitalista se yergue la idea de la política social que tiene por mira el interés de las clases pobres colocadas por su género de vida en situación de mayor peligro.

Y es así como a fines del siglo XIX y a principios del XX nos encontramos con dos corrientes opuestas, en las que prevalecen, respectivamente, los intereses del asegurador y asegurado.

El ideal sería que ambas tendencias armonizaran en beneficio de la colectividad y de la economía general del país.

EL SEGURO COMPARADO CON OTRAS INSTITUCIONES ECONÓMICAS (EL AHORRO Y EL JUEGO).

Conocemos ya la institución del seguro como, asimismo, el ahorro y el juego; y conocemos también, como cosa archisabida, que en toda operación de seguro existe - previsión, es decir, que todo aquel que hace un seguro trata de ponerse a cubierto de las posibles consecuencias de un hecho fortuito que pueda significar un daño en sus bienes, en su propia persona o en sus familiares.

Si dejamos de lado los seguros sobre bienes, que tienen por objeto prever el daño que pueda sufrir el patrimonio, como serían los seguros contra incendio, granizo, etc., y nos referimos exclusivamente al seguro de vida vamos a ver palpablemente la analogía, pero más aún las diferencias, que este seguro pueda tener con el ahorro y el juego.

Ocupémonos previamente del ahorro y veamos su relación con el seguro de vida.

En ambas instituciones al cabo de un cierto tiempo se percibirá una determinada suma y en ambas, también, interviene el factor interés. En el primero para acumularse al capital depositado; en el segundo para actualizar esos compromisos futuros, calculando sus valores actuales que son los que se cobran en concepto de primas.

De inmediato surge a la vista la actuación de factores análogos: el tiempo y el interés. Pero, como no taremos en seguida, intervienen otros factores que contribuyen a darles características propias y las hacen substancialmente diferentes.

Según la Economía Política ahorro es el sa-

crificio actual que se hace dejando de consumir ciertas riquezas para poder al cabo de algún tiempo constituir un capital; lo rige un principio esencialmente individualista.

En cuanto al seguro lo hemos definido como la reunión de un gran número de existencias económicas sujetas a riesgos análogos, que se organizan para hacer la atención mutua de los daños que puedan producirse; como vemos lo rige el principio de la mutualidad, principio este que se pone aún más de manifiesto en los seguros conocidos bajo el nombre de "capitales diferidos", en el cual todos los asegurados aportan sus primas, pero solo algunos llegan con vida al vencimiento del plazo establecido para percibir el importe del mismo.

Otra diferencia sería la siguiente: en el ahorro solo después de cierto tiempo quedaría constituido el capital; en el seguro, producido en cualquier momento el hecho fortuito objeto del mismo, se recibe de inmediato el capital.

Asimismo, en el ahorro el depositante puede en cualquier momento retirar el importe íntegro de sus depósitos con más los intereses acumulados; por el contrario, en el seguro solo puede retirarse el importe de la reserva matemática que corresponde a la póliza y que nunca alcanza al total de las primas abonadas, y aún eso únicamente es factible realizarlo después de cierto tiempo de vigencia del contrato, por regla general tres años.

Y por último, otro factor de diferenciación estaría dado por el tipo de interés, que para los seguros conocidos con el nombre de "rentas vitalicias" es siempre superior al que rige para los depósitos de ahorro. Sin embargo, corresponde hacer notar que esta posible ventaja en los tipos de interés está duramente contrabalanceada por el hecho siguiente:

en el ahorro ocurrido el fallecimiento del depositante sus herederos legales son los legítimos propietarios del depósito constituido; en la renta vitalicia el deceso del asegurado libera a la compañía de todo compromiso ulterior, quedando, en consecuencia, para su exclusivo beneficio las primas pagadas por el asegurado.

Ahora bien, un aspecto de lo más interesante es la relación que por algunos se quiere ver entre el seguro y el juego. No hay duda de que haciendo el análisis del seguro, tomándolo en su forma individual, encontramos en él, indiscutiblemente, algunos elementos del juego; pero tomándolo en su forma colectiva no hay tal, toda vez que si se considera que un determinado grupo de asegurados paga religiosamente sus primas y que la compañía abona sus gastos de administración, de adquisición, comisiones, imprevistos, etc. ajustándose los gastos reales a los teóricos, su tipo de interés real ha coincidido, asimismo, con el teórico y los siniestros producidos son exactamente los previstos, al final del ejercicio la compañía aseguradora se quedará sin un solo peso en su seno. No puede decirse, entonces, que el seguro sea una operación de azar.

Se quiere ver juego en el seguro por que en el mismo se calcula la relación entre los casos posibles (o sean las existencias económicas sometidas a riesgos análogos) y los casos favorables (o sean los siniestros producidos) lo que da la probabilidad de que el hecho se produzca, que multiplicada por el importe del seguro nos da la esperanza matemática, o sea la prima.

De modo que, si bien el seguro contiene elementos del juego, casos favorables, casos posibles, espe -

ranza matemática y capital, no llena ninguna de las finalidades del juego, toda vez que éste persigue obtener un lucro, un beneficio, mientras que en el seguro no existe tal deseo de lucro, que desvirtuaría su esencia misma, sino sencillamente previsión.

El juego crea riesgos, porque la persona que hace determinada apuesta para cobrar un capital si el hecho se produce, la pierde si el hecho no ocurre. En cambio en el seguro no hay creación de riesgos sino eliminación de los mismos, toda vez que se constituye a efectos de neutralizar el daño que pueda producir el acontecimiento futuro e incierto.

C A P Í T U L O    S E G U N D O

IMPORTANCIA ECONÓMICA DEL SEGURO DE VIDA  
 -----

- a) Instituciones para combatir los peligros materiales.
- b) El seguro de vida y las economías Mundial, Nacional y Privada.
- c) El seguro y su importancia social. Seguro de vida y crédito.

--ooOoo--

INSTITUCIONES PARA COMBATIR LOS PELIGROS MATERIALES.

El seguro de vida es una de las instituciones que se ofrecen para combatir los peligros materiales que acechan a todo individuo.

Muchos son los procedimientos que tienen tal finalidad y al efecto podemos decir que los riesgos pueden:

- a) Prevenirse: mediante procedimientos técnicos que eviten la producción de accidentes del trabajo en las fábricas, siguiendo las garantías decretadas por el Estado tales como la revisión de las calderas de vapor, etc.
- b) Repartirse en una de estas dos formas:
  - 1ª.- Sin que aquel a quien afecta el riesgo se ponga para él en relación con otro, mediante el ahorro, por ejemplo.
  - 2ª.- Mediante distribución entre varios, que es el caso del seguro.

EL SEGURO DE VIDA Y LAS ECONOMÍAS MUNDIAL, NACIONAL Y PRIVADA -

Ya no se discute la extraordinaria importancia del seguro de vida para las economías mundial, nacional y privada.

Las ventajas del seguro para la economía privada se ponen de relieve antes y después de que se produzca el hecho cuyas consecuencias el mismo debe cubrir.

Estas ventajas, antes de producirse el hecho previsto, están en trocar esa sensación de incertidumbre en que se encuentra el sujeto amenazado, por un sentimiento de certeza, de seguridad.

En cuanto a los beneficios que reporta después de originado el daño previsto están en su oportuna reparación, beneficiando no sólo al asegurado o a sus familiares sino, en muchos casos, a sus acreedores.

Pero no es posible dejar de hacer notar, que porque el asegurador descargue al asegurado del riesgo, éste se vea libre de todo transtorno. El seguro puede eximirle, todo lo más, del riesgo material, pero nunca de los quebrantos psíquicos y espirituales que el accidente le produzca.

Ahora bien la necesidad de disponer de los medios para hacer efectiva la indemnización en su oportunidad imponen a la compañía aseguradora una serie de deberes que, en conjunto, dan al seguro una gran importancia para la economía Nacional, ya que, si bien se trate de operaciones que quedan al margen del seguro -como son la reunión de los capitales necesarios y las medidas adoptadas para precaver el daño o reducir sus consecuen-

cias- no se nos oculta su trascendencia.

Aunque el seguro de vida no llegue, como es de suponer, a disminuir el número de los casos fatales producidos, elimina por lo menos en una gran proporción una serie de perjuicios que pesarían sobre el no asegurado y redundarían en detrimento de aquellas personas que dependen de él.

EL SEGURO DE VIDA Y SU IMPORTANCIA SOCIAL. SEGURO DE VIDA Y CREDITO.-

La importancia social del seguro de vida es innegable y, de acuerdo a lo que establece el Dr. Manes, se puede decir bien que esta institución fomenta el espíritu de familia y la vida familiar, base de toda organización económica y política moderna, contribuyendo a levantarla y fortificarla, favoreciendo indirectamente a la sociedad.

El seguro de vida puede ayudar a las familias a ascender en la escala social y salvarlas del peligro del descenso en la misma escala.

Ya se ha visto esto muy claramente en Norte América donde, al contraer matrimonio, los usos sociales de aquel país, indican al marido, por rico que sea, a garantizar el porvenir de su esposa mediante la contratación de un seguro de vida.

En lo que atañe al crédito, la importancia del seguro ha sido puesta bien de relieve y utilizada principalmente en lo que respecta a los seguros contra incendio, pero sobre todo, a los seguros de vida, reforzando el crédito de que goza el asegurado.

Por otra parte, el seguro de vida guarda estrecha relación con el desarrollo de los intereses, ya que por sus características especiales implica una notable acumulación de capitales en poder de una empresa que ha de administrarlos y colocarlos en inversiones productivas y de realización fácil, para conservar la liquidez perfecta que le permita afrontar con entereza, y sin desmedro de su situación económica, los siniestros a medida que se vayan produciendo.

Por lo demás, los intereses guardan estrecha relación con los seguros llamados "rentas vitalicias" -que estudiaremos en particular en el capítulo correspondiente- ya que la renta que perciben los asegurados, sobre todo si se trata de personas de edad avanzada, es siempre superior al corriente en plaza; de tal modo que en épocas de intereses bajos se intensifica la contratación de esta clase de seguros.

Claro está que desde el punto de vista de la economía nacional, esta contratación creciente de rentas vitalicias no puede considerarse beneficioso, ya que restringe la oferta de capitales en el mercado.

## CAPÍTULO TERCERO

### EXPLOTACIÓN DEL SEGURO

-.-.-.-.-

- a) Explotación por el Estado. Ventajas.
- b) Inconvenientes de la explotación por el Estado.
- c) La mejor solución del problema.

--oo0oo--

#### EXPLOTACIÓN POR EL ESTADO. VENTAJAS.

La idea de la explotación del seguro por el Estado no es nueva y existe desde mucho tiempo ha, siendo varios los países que la han llevado a la práctica o que, por lo menos, han intentado hacerlo; preconizando los partidarios de esta idea la gradual transición de todas las ramas del seguro a una forma de explotación pública, es decir, que el Estado se pudiese a la cabeza de la explotación y, de no ser él, otras entidades de derecho público, como son las provincias o municipalidades, tal como ha sucedido con la moneda, correos y telégrafos y los ferrocarriles en muchos países.

Los partidarios de esta teoría se fundan en una serie de ventajas que ven -o creen ver- en la nacionalización del seguro y citan al respecto las siguientes: La explotación del seguro por el Estado eliminaría los muchos y elevados gastos de carácter industrial que origina la dirección de cada una de las compañías que operan en plaza, al concentrar esta dirección en una sola mano, permitiendo al mismo tiempo la utilización de los servicios de otros

funcionarios del Estado.

Aducen, asimismo, que tal explotación permitiría disminuir en sumo grado los gastos de propaganda, ya que al implantarse el monopolio estadual desaparecería la competencia.

Por otra parte tal disminución de gastos traería aparejada una más económica explotación del seguro, que redundaría en una disminución de las primas con el consiguiente beneficio para los asegurados, al mismo tiempo que produciría una más rápida y ventajosa liquidación de los siniestros.

Los partidarios de la nacionalización hacen notar los grandes sueldos que perciben los organismos dirigentes de las compañías privadas, como así también los elevados dividendos que se reparten a nualmente a los accionistas. La explotación estadual propendería a una mejor distribución de tales riquezas.

Y por último, otra ventaja que se asigna a la explotación pública es que, al reunir en el Estado la organización del seguro y el régimen de sanidad y policía la previsión de los riesgos se haría en forma más eficaz.

INCONVENIENTES DE LA EXPLOTACION POR EL ESTADO.

A su vez, los partidarios de la explotación del seguro por empresas privadas desvirtúan las ventajas que se quiere ver en la explotación pública del mismo, señalando de paso algunos inconvenientes a tal forma de organización.

Dicen al respecto que la organización pública difícilmente disminuiría los gastos de dirección, ya que las distintas reparticiones nacionales -y la que se encargara del seguro tendría que ser muy vasta dadas las características propias de esta industria- se convierten paulatinamente en grandes entidades burocráticas que insumen cuantiosas sumas del presupuesto de la Nación, sin que exista antecedente alguno que permita suponer que la que se ocupe del seguro habría de escapar a la regla general.

En cuanto a la disminución de los gastos de propaganda ello redundaría en perjuicio de la explotación, ya que si no se hacen conocer las ventajas que el seguro encierra, si no se despierta en el público en general su necesidad, se produciría un estancamiento de la producción de consecuencias funestas, a no ser que se llegara a establecer la obligatoriedad del seguro, desterrándose la forma voluntaria que hoy impera.

Por lo que toca a la rebaja de primas y liquidación rápida de las sumas de los siniestros, esa misma competencia, que se suprimiría mediante la nacionalización, es el mejor elemento que propende al abaratamiento de los seguros y a su liquidación rápida y ventajosa, significando para la compañía aseguradora su mejor propaganda, siendo

ella la primera interesada en la pronta terminación de los asuntos pendientes.

Respecto de que la nacionalización del seguro propendería a una mejor distribución de las riquezas, se hace notar que tal cosa ya sucede en la actualidad. Las entidades aseguradoras organizadas bajo la forma mutualista reparten determinados porcentajes de sus utilidades entre los asegurados; y aun en las compañías de explotación eminentemente capitalista se produce igualmente tal reparto mediante la constitución de los llamados "fondos de acumulación" y de "beneficios".

En cuanto a la mejor previsión de los riesgos por las entidades públicas encargadas de la explotación del seguro, se aduce que difícilmente se llegaría a un tan alto grado de precisión como la que se ha alcanzado en algunos países de explotación privada, por ej. en Norte América, para la previsión de determinados riesgos (incendio y marítimos), donde las propias sociedades se encargan de inspeccionar, por intermedio de sus técnicos, las cosas amparadas.

Claro está que no se puede dejar de reconocer que en cuanto a previsión de los riesgos hay todavía mucho que hacer.

Ahora bien; entre los inconvenientes propios de la explotación del seguro por el Estado se establecen los siguientes:

En primer lugar, los fondos públicos en caso de guerra peligran mucho más que la propiedad privada.

Además se considera que el interés del funcionario público, a sueldo fijo, en el progreso del seguro, tendría que ser necesariamente inferior al del direc

tor de una compañía privada con participación en los beneficios.

Y por último se cita el peligro de convertir al seguro exclusivamente en una fuente de recursos para el Estado, quitándole todo carácter social al utilizarlo como factor nivelador de presupuestos mediante el aumento de las primas.

DE LA NACIÓN NACIONALIZACIÓN DEL SEGURO.

La nacionalización del seguro o de una cual-  
quiera de sus ramas no debiera realizarse sino en el caso de  
que su explotación, tal como fué onerada hasta ese momento,  
no haya dado resultados sociales satisfactorios; es decir,  
que deberá tenerse particularmente en cuenta, si en la res-  
pectiva rama existen suficientes posibilidades de seguro pa-  
ra cada interesado o si es menester que el Estado intervenga  
para crearlas. Asimismo, habrá de considerarse si éste se en-  
cuentra en condiciones de ofrecer el seguro en forma mejor y  
más barata, evitando que puedan producirse para el pueblo o  
para el Estado mismo, perjuicios que contrarrestan las venta-  
jas enumeradas.

En síntesis, la nacionalización del seguro o  
de una cualquiera de sus ramas es recomendable, cuando la e-  
conomía nacional y el pueblo obtengan de ella reales venta-  
jas.

Si se llega a la conclusión de que la explota-  
ción pública no garantiza las ventajas que se obtienen del  
seguro bajo su forma actual, deberá optarse por la explota-  
ción privada.

A su vez, si éste engendra abusos que por sí  
sola no llega a reprimir, se requiere la intervención del Es-  
tado para impedirlos, reglamentando debidamente esta rama de  
la actividad privada.

En aquellos países donde existe un severo con-  
trol por parte del Estado sobre el seguro, tal como ocurre  
en los Estados Unidos, Alemania, Suiza y otras naciones euro-  
peas y americanas, en virtud de una serie de disposiciones

referentes a los contratos de seguros -que no es posible modificar en beneficio de los aseguradores- la póliza constituye una fórmula rígida, prescrita por el Estado en interés del asegurado. Además, el hecho de que las bases técnicas de las empresas privadas estén sometidas a la revisión de una entidad nacional eficiente y la existencia de una fuerte competencia, impiden que el seguro se ofrezca a un precio demasiado elevado.

Ahora bien, para aquellas ramas del seguro que los industriales no puedan organizar y que la necesidad colectiva reclame, deberá utilizarse la explotación por parte del Estado.

A su vez, en nuestro país, existe la idea de transformar la sociedad anónima en mixta, dándole a los asegurados participación en las utilidades dejadas por la explotación industrial del seguro, y dejar de lado el sistema de fondo de acumulación -actualmente en uso- que nada tiene que ver con el resultado industrial de los negocios.

Pero estos sistemas de sociedades, ya sean mutualistas, anónimas o mixtas, no son tampoco las únicas características de la explotación del seguro.

Existen también las sociedades de responsabilidad ilimitada o sociedades colectivas, poco comunes en la mayoría de los países, pero que tienen su auge en Londres donde reside la famosa asociación del "Lloyd" constituida por un grupo de capitalistas, que acepta cualquier clase de riesgos liquidando las operaciones a fin de año, consistiendo en una mera comparación de entradas y salidas, ya que en el Lloyd no se hacen reservas repartiéndose entre las personas que lo constituyen la diferencia favorable o desfavorable que se pueda producir.

Este sistema del Lloyd, donde no existe la previsión futura de los riesgos, está prohibido por la mayoría de las legislaciones.

Otra forma de explotación del seguro es la que se realiza por las cooperativas y las sociedades de responsabilidad limitada. En Alemania, durante la guerra del 14 se crearon una serie de sociedades de responsabilidad limitada, pero terminada la gran conflagración europea en su casi totalidad se convirtieron en anónimas, al punto que puede decirse que ya no existen en Alemania sociedades de esa clase que explotan el seguro.

### DESARROLLO DE LA PÓLIZA.-

La póliza en el seguro de vida, en los tiempos en que éste recién iniciaba su desarrollo, cuando se carecía de estadísticas y la experiencia adquirida era poca o ninguna, contenía una serie de cláusulas que, en principio, establecían su caducidad y pérdida de los premios pagados en los casos que el asegurado dejara de cumplir estrictamente sus disposiciones, ya que en aquella época ninguna precaución se consideraba suficiente para protegerse contra un aumento arbitrario, intencional o fraudulento del riesgo tomado contractualmente.

Los progresos técnicos, el desarrollo de las estadísticas, la mayor experiencia y, en gran parte, diversas disposiciones legales, fueron factores que, juntamente con el aumento de la competencia entre las distintas compañías aseguradoras, indujeron a éstas a ofrecer cada vez condiciones más favorables en sus pólizas de seguros, distinguiendo al asegurado meramente negligente del defraudador; al demente, irresponsable en sus actos, del simulador que llega hasta especular con la muerte.

Y en esa forma, una tras otra, van desapareciendo una serie de cláusulas prohibitivas o limitativas de la actividad de los asegurados, para llegar finalmente a la situación actual de considerable liberalidad para con ellos.

### DIVERSAS FORMAS DEL SEGURO DE VIDA.-

El seguro de vida es, respecto de los demás seguros, no solamente superior desde un punto de vista teórico y práctico, sino también en cuanto a la diversidad de sus formas se refiere.

La difusión de las diversas modalidades del

seguro de vida difiere fundamentalmente en los distintos países, ya se consideren los dos grandes grupos característicos en que se lo divide: seguros patrimoniales o seguros de rentas, o ya se tome cualquiera de las varias ramas en que cada uno de estos grupos se distribuye.

Tales diferencias se destacan en forma notable si nosotros comparamos entre sí los seguros americano y francés; mientras que en América predominan de manera considerable los seguros patrimoniales, en Francia se han difundido grandemente los de rentas.

A su vez, si comparamos los seguros que mayor arraigo han adquirido, por ejemplo en los Estados Unidos y en nuestro país, notaremos que mientras en la gran República del Norte predomina el seguro para caso de fallecimiento (seguro ordinario de vida), en la Argentina impera el mixto o dotal.

Todo ello nos dice bien claramente que las combinaciones que admite el seguro de vida se adaptan a las necesidades de los diversos círculos del pueblo, y que aquéllas que abundan son precisamente las que más se amoldan a sus distintas psicologías.

#### EL SEGURO SOCIAL.-

El seguro social cuyo desarrollo y desenvolvimiento caracteriza en grado sumo la evolución del seguro en el último medio siglo, tiende a resolver un problema de índole económica y política de extraordinario interés y al que todavía no se le ha dado la importancia trascendental que realmente tiene. Tal es: el derecho al seguro como atributo de todo hombre.

Esta clase de seguro difiere del individual en que en él actúan diversos factores que, si bien se presentan en el segundo en sus dos formas de público y privado, lo hacen aisladamente. Tales son, por ejemplo, la índole obligatoria de este seguro, la existencia de cajas especiales para el mismo, la contribución del Estado en determinadas ocasiones, la obligatoriedad de los patrones de sostener el seguro mediante cuotas y por último su limitación a algunas clases sociales, si bien, en ciertos casos, no han faltado países que han estudiado la posibilidad de hacer extensivo el seguro social al pueblo entero.

P A R T E      S E G U N D A

-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-

E-L    S-E-G-U-R-O    D-E    V-I-D-A

oooooooooooooooooooooooooooooooooooo

E-N    L-A    A-R-G-E-N-T-I-N-A

oooooooooooooooooooooooooooooooooooo

oooooooooooo

oooooooooooo

ooooooo

ooooo

ooo

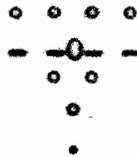
o

.

TÍTULO PRIMERO



RÉGIMEN DE LAS EMPRESAS



## CAPÍTULO PRIMERO

### ORGANIZACIÓN DE LAS EMPRESAS

-.-.-.-.-

- a) Iniciación de la compañía.
- b) Elementos que intervienen en la explotación del seguro: oficina de estadística; examen médico; gerencia de producción; agentes y corredores.
- c) Producción del seguro. Excesos y deficiencias de producción. Coaseguro; reaseguro y retrocesiones. Reaseguro: sus distintas modalidades (obligatorio, facultativo, por cuotas y por excedentes). Los Bordereaux. El reaseguro y las reservas.
- d) De los riesgos. Clasificación. Riesgos inferiores, recargos.

--ooOoo--

#### INICIACIÓN DE LA COMPAÑÍA.-

Al iniciar el estudio en particular de las empresas que se dedican a la explotación del negocio de los seguros, vamos a tener oportunidad de conocer que relación existe entre los diversos elementos que intervienen en su contratación y explotación.

En primer lugar es necesario tener presente que es lo que se entiende por la "gestión del negocio", es decir, todas aquellas operaciones previas a la contratación del seguro, realizadas directamente por la compañía o con la actuación de intermediarios.

Seguidamente veremos que es lo que se llama el "cálculo de riesgos", o sea la fijación de los riesgos que puede soportar una compañía de acuerdo a su potencialidad económica. Es esta una de las fases más interesantes y consiste en determinar cual es la cantidad de capitales asegurados que la compañía puede tomar a su cargo, cantidad

esta que se ha dado en llamar "límite del riesgo", cediéndose todo excedente sobre la misma por medio del reaseguro.

Pero antes de entrar al estudio de la gestión del negocio, debemos tener presente una cuestión de capital importancia dentro de nuestro tema. Es aquella que se refiere a la especialización de los riesgos o a la concentración de los mismos.

Existen en la Argentina compañías cuyo fin principal es explotar un solo y determinado riesgo. Tal, por ejemplo, la Sudamérica que se dedica pura y exclusivamente al seguro de vida; pero la tendencia que siguen la mayoría de las entidades que se dedican a los seguros es la explotación de varios riesgos, o sea que siguen el principio de la concentración de los mismos, llenando en esta forma varias finalidades.

En primer lugar una de orden técnico. Es indudable que una compañía que se inicia en sus operaciones se encuentra abocada al problema del riesgo y busca la posibilidad de obtener una determinada compensación.

En sus comienzos el negocio del seguro no deja de ser una operación de azar, debido a que aun no ha empezado a actuar la ley de los grandes números, ya que sería imposible suponer a una compañía que inicia sus actividades contando con muchas pólizas, con una gran cartera que sólo llegara a reunir con el correr de los años.

Estas compañías nuevas viven en sus primeras épocas de la cesión de seguros que les hacen otras compañías ya formadas, debiéndose esta cesión de riesgos a las causas siguientes.

Son numerosas las entidades aseguradoras que

aceptan riesgos superiores a aquéllos que económicamente puedan soportar. En esta situación, velando por la buena marcha de sus negocios, se ven en la obligación de ceder parte de sus seguros por medio de reaseguros, denominándose esta cesión reaseguro pasivo; otras compañías aceptan para sí ese exceso de riesgo realizando así lo que se llama reaseguro activo.

A su vez, aquellas compañías que se inician tratan de vincularse a las ya sólidamente constituidas, a efectos de obtener alguno de tales reaseguros activos que vendrán a engrosar su cartera, siendo éstos, por regla general, los comienzos de toda compañía aseguradora, respaldada en cierto modo por las entidades formadas con anterioridad; ya que en la mayoría de los casos la cantidad de primas que reciben las nuevas es tan poca que un siniestro de regular importancia puede acabar con su vida.

De ahí que si una de estas instituciones no tiene la precaución de establecer en forma precisa el riesgo que puede soportar, riesgo que necesariamente ha de ser muy reducido, o si no cuenta con un capital de garantía, reservas o accionistas de responsabilidad capaces de cubrir cualquier déficit que se pudiera producir, quiebra o inicia de manera bien afligente sus operaciones, condenada, por otra parte, a vegetar eternamente, pues los asegurados rehuyen las compañías débiles para hacer sus seguros en las que se caracterizan por su sólida situación económica-financiera.

Ante tal situación, estas pequeñas compañías sienten la necesidad de explotar varias clases de riesgos: vida, incendio, cristales, automóviles, etc., lo que les permite establecer cierta compensación, ya que difícilmente la

fatalidad acosaría a todas sus secciones. En esta forma la pérdida que pudiera producirse en cualesquiera de ellas es compensada con la utilidad de las otras.

La explotación de varios riesgos obliga a la compañía a adoptar cualquiera de los dos regímenes de administración que se han mencionado: la especialización o concentración de los mismos. En el primer caso cada sección tiene su propio gerente, administración, gastos, reservas, etc. y llegado el fin del ejercicio se determinan sus utilidades o pérdidas; la utilidad de todas ellas forma la ganancia total.

En el caso de la concentración de riesgos dentro de la parte administrativa de la compañía tenemos un solo gerente, los jefes de las distintas secciones y en cuanto a los gastos (de administración, de gestión, etc.) se llevan todos englobados sin que sea posible llegar a establecer de una manera precisa lo que va a corresponder a cada sección, habiendo una administración que las involucra a todas. En realidad este criterio de compensación que se adopta no es arbitrario, sino justo.

La generalidad de las compañías de nuestro país siguen el sistema de la **especialización** de riesgos.

ELEMENTOS QUE INTERVIENEN EN LA EXPLOTACIÓN DEL SEGURO.-

Dentro de cualquiera de los dos sistemas de explotación de los seguros a que se ha hecho mención anteriormente, hay que distinguir los distintos elementos que intervienen. Si dejamos de lado la Oficina de Contaduría, cuyo objeto es contabilizar todas las operaciones que realiza la compañía, y nos dedicamos exclusivamente a sus organismos técnicos habremos de referirnos, en primer término, a la Oficina de Estadística de primordial importancia dentro de la institución del seguro. De la pauta para determinar cuales riesgos son aceptables y cuales no, fijando el criterio que ha de primar para la modificación de las primas y facilita, por último, una serie de datos indispensables para la explotación racional del seguro.

Todos estos datos que reporta la estadística son conservados en secreto por las distintas compañías, ya que se trata de entidades rivales, pero ello no obsta para que se realice otra clase de estadística que es llevada por las entidades que constituyen la Asociación de Aseguradores, en la que se refunden los distintos datos compilados por cada una, lo que se ha dado como resultado la modificación de varias primas.

Seguidamente nos ocuparemos de la Sección Médica, oficina que funciona en toda compañía que se dedica a la explotación de los seguros sobre la vida, también de capital importancia, ya que mediante sus servicios se trata de eliminar todo riesgo de mortalidad que pueda producirse durante los primeros años de vigencia de una póliza. Para esto el posible asegurado ha de someterse a minu-

cioso examen médico, después del cual el facultativo debe opinar si se trata de un riesgo aceptable o nó.

Más adelante, al tratar del Examen Médico en el capítulo siguiente, veremos que perjuicios reportó a los aseguradores la deficiencia en los exámenes y nos referiremos también a la institución médica que, bajo la dirección del Dr. Augusto Bunge, agrupa a todas las compañías aseguradoras.

Esta entidad cumple la misión de educar a los jóvenes médicos acerca de la forma estricta como ha de efectuarse un examen previo a la concertación de un seguro.

Otro elemento que no podemos dejar de mencionar es la Gerencia de la Sección Vida, cuyo mayor deseo es la realización de un número cada vez más grande de seguros, aumentando así la clientela y también el producto de la sección.

Y por último pasaremos a estudiar otros dos factores de importancia capital dentro de la institución del seguro: los Agentes y los Corredores. A pesar de ser confundidos tan a menudo y tratados como sinónimos existen entre ellos profundas diferencias.

Dentro de la práctica argentina el agente es un mandatario de la compañía, es un propagandista del seguro a nombre del asegurador; y dicho sea en honor de la verdad, es uno de los medios más eficaces para despertar en el público la necesidad del seguro, decidiéndolo a contratarlo.

Los agentes están ligados a la compañía por contrato y su remuneración está constituida no solo por la comisión que les corresponde como consecuencia de la realización del seguro, sino también por un porcentaje determina

do sobre las utilidades de su agencia.

El porqué de tal participación en las ganancias se basa en varias razones:

En primer lugar por cuanto el agente no se limita pura y exclusivamente a producir seguros, sino que debe llevar a cabo otras actividades, tales como abonar siniestros menores, atender reclamaciones de los asegurados, intervenir en las renovaciones de contratos, etcétera.

Segundo: por que con el solo aliciente de la comisión el agente se preocuparía por realizar una gran producción de seguros sin interesarle la calidad de esa cartera, llegándose, posiblemente, a constituir así una agencia pasiva que habría de producir ingentes perjuicios a la compañía.

Les está vedado a los agentes extender contratos de seguros o pólizas, siendo su emisión facultad privativa de la Casa Central. Sin embargo, existe una modalidad por la cual el agente puede emitir pólizas o contratos provisionales. Se produce, a fin de que el interesado no se quede sin seguro, en el interín que se halla a estudio de la Central el nuevo contrato de un seguro vencido. El agente, autorizado al efecto por la compañía, obvia esa dificultad mediante el otorgamiento de una póliza provisoria que caduca en cuanto se formaliza el contrato definitivo.

Por su parte, el corredor no es un representante o mandatario de la compañía, sino un elemento completamente independiente que busca posibles asegurados o tiene determinados clientes que vincula a las compañías que más les convenga.

Estos corredores perciben una comisión que se

fija sobre la primera prima de la que insume hasta el 70 %. Ello hace que traten de colocar aquellos seguros de primas elevadas, pues les produce, lógicamente, mayor comisión; seguros que, por otra parte, no son los más convenientes a las compañías, ya que cuanto mayor es la prima mayor es el riesgo que se corre.

Esta dificultad se subsanaría fácilmente mediante el pago de comisión sobre el importe total del capital asegurado, en cambio de hacerlo sobre la prima.

PRODUCCIÓN DEL SEGURO. EXCESOS Y DEFICIENCIAS DE PRODUCCIÓN.

Otra faz importantísima dentro de la organización de las empresas de seguros, es aquélla que se refiere a la producción de los mismos, siendo de tal trascendencia que no es posible dejar que se rija arbitrariamente, ya que un exceso o defecto de producción traería graves perturbaciones en la vida de la entidad.

De ahí que exista en cada compañía de seguros una oficina dedicada exclusivamente a la producción, llamada Dirección de Producción, cuya finalidad es evitar el defecto, pues ésto tendría como consecuencia la no actuación de la ley de los grandes números; o un exceso que produciría inconvenientes mayores que luego pasaremos a exponer.

Si por un momento observamos los ingresos y egresos de una compañía aseguradora cualquiera veremos, por una parte las entradas en concepto de primas y por otra, las salidas por las pólizas vencidas y las rescatadas; las primeras significan un desembolso del capital nominal indicado en ellas, en razón de que los asegurados han llegado al vencimiento del contrato; las segundas dan razón de aquellos asegurados que sin haber llegado el vencimiento dejan de pagar sus primas, y solicitan la devolución de lo pagado. En estos casos, los aseguradores, siempre que el asegurado tenga cierta antigüedad (3 años por lo menos) le entregan el llamado valor de rescate, que está representado por el importe de la reserva deducidos los gastos de adquisición, gastos estos últimos que están constituidos por la comisión pagada al agente y todos los demás realizados con motivo de la contratación del seguro.

Estos gastos, que son bastante elevados con relación a la prima de la que insunen el 70%, se pagan de una sola vez, de manera que si consideramos además la constitución de las reservas matemáticas puras que se forman más o menos con el 60% de las primas, nos encontraríamos con que esta primera operación ha producido un déficit del 30%. Ello, tomado aisladamente, significaría que la compañía no puede iniciar sus operaciones en vista del déficit que se produce.

Para poder resolver el problema de los gastos de adquisición la Inspección de Justicia permite que se amorticen en un período de cinco años como máximo. De modo que las compañías pueden amortizar anualmente el 20% de sus gastos de adquisición llevándolos a la cuenta "Explotación" y el resto, o sea el 80% constituye el saldo del primer año que se carga a una cuenta del Activo intitulada "Comisiones Descontadas Vida", saldo que durante el transcurso de los cuatro años siguientes debe quedar íntegramente cancelado.

Ahora bien; con respecto a esta cuenta del Activo puede presentarse la siguiente situación: que a un año de gran producción siga otro de producción escasa.

En ese primer año de producción excesiva se formará una gran masa de gastos de adquisición de los que la compañía amortizará el 20% y el 80% restante será llevado a la mencionada cuenta del Activo para amortizarse en períodos posteriores. Si llegara a ocurrir que los asegurados que han pagado esa prima en el primer año dejaran de hacerlo en el próximo por retirarse de la entidad, nos encontra-

ríamos con un saldo en "Comisiones Descontadas Vida" que hay que amortizar y que está formado, en su mayor parte, por los gastos de adquisición de seguros que no existen ya. Lo que correspondería en este caso sería liquidar ese importe por la cuenta "Explotación", pues está constituyendo un Activo ficticio; pero si se tiene un año de producción reducida, en que las sumas ingresadas no alcanzan a cubrir los gastos y reservas del ejercicio más esta amortización de carácter especial, aquel exceso de producción que originó el extraordinario volumen de las "Comisiones Descontadas Vida" puede originar un grave descalabro para la compañía.

Quiere decir, entonces, que tanto el exceso de producción del primer año, como el defecto del segundo, traen aparejados situaciones de apremio para la entidad aseguradora, que no siempre es posible conjurar y que sólo podrían combatirse mediante una producción media que no adoleciera de las fallas señaladas, estado al que posiblemente podría llegarse con ayuda de las observaciones estadísticas y el estudio de las condiciones generales de la plaza.

#### COASEGURO. REASEGURO. RETROCESIONES.-

Hemos visto que las instituciones aseguradoras, velando por la propia estabilidad económica-financiera, proceden previamente a toda operación comercial, a determinar la cantidad de capitales asegurados que pueden tomar a su cargo, cediendo todo excedente a otra entidad por los varios métodos a su alcance que son: el coaseguro, el reaseguro y las retrocesiones.

El primero de estos casos suele presentarse cuando grandes instituciones económicas al contratar un segu

ro en determinada compañía por una suma cuantiosa, imponen al asegurador la obligación de ceder parte de ese capital a otras indicadas expresamente. Tal sería el caso de una entidad que se presente ante la compañía "La Continental" contratando un seguro de \$1.000.000.- con la condición de que se cedan \$200.000.- de ese capital a cada una de las siguientes compañías: "La Sud-América", "La Rosario", "La Anglo Argentina" y "La Franco Argentina". En esta forma el asegurado no solo tiene relación con "La Continental" sino con cada uno de los demás aseguradores, a los cuales puede dirigirse individualmente, de producirse el siniestro, a efectos de reclamar la correspondiente indemnización.

En el reaseguro la situación es distinta, ya que el asegurado, dentro siempre del ejemplo planteado, contrata únicamente con una compañía, "La Continental", pero como ésta puede no tener la capacidad suficiente para soportar todo el riesgo, retiene su pleno y el excedente lo transfiere a otras similares.

La compañía que cede en reaseguro hace reaseguro pasivo, la que recibe hace reaseguro activo.

Si ocurriese el siniestro el asegurado solo puede actuar respecto de "La Continental" y nada tiene que ver con las restantes compañías, de las que recabará la entidad preinducida las sumas que les ha cedido en reaseguro y abonará la indemnización total a su cliente.

Ahora bien, la tercera situación se produce cuando una compañía acepta un riesgo superior a su pleno; en este caso retiene su riesgo medio y reasegura el resto. Esta nueva compañía al notar que el reaseguro tomado supera su pleno recurre, a su vez, al reaseguro en una tercer entidad,

la que puede verse necesitada también de realizar un nuevo reaseguro en otra institución y así sucesivamente hasta dejar íntegramente cubierto el importe del seguro. Es a esta serie de operaciones a las que se denominan "retrocesiones."

REASEGURO: SUS DISTINTAS MODALIDADES.

Los contratos de reaseguros adoptan en la práctica distintas modalidades y así pueden ser: Obligatorios o Facultativos.

Son obligatorios cuando la compañía aseguradora se compromete a ceder a otra, sobre cada seguro que tome, una parte del mismo; por el contrario son facultativos si la aseguradora se reserva el derecho de ceder o no participación a la compañía que figura como reaseguradora.

En cuanto a la forma como se celebran estos contratos, existen varios procedimientos: reaseguros por cuotas y por excedentes.

Por el primero de estos sistemas se establece que porcentaje de cada nuevo seguro va a retener la compañía aseguradora y a quienes y en que proporción va a ceder el excedente que se produzca. Por ejemplo: se establece que la compañía "A" retendrá el 40% del seguro y el excedente lo cederá 20% a la compañía "B", 20% a la "C" y el 20% restante a la "D".

En el sistema de reaseguros por excedentes se fija un capital máximo de retención, cediendo la totalidad de lo que exceda de ese riesgo medio o pleno. Veamos un ejemplo práctico: sean como en el caso anterior 4 compañías "A", "B", "C" y "D", y sean sus plenos exactamente \$50.000 para cada una de ellas.

Si se hace un seguro de \$200.000.- "A" re-

tendrá \$50.000.- y cederá \$50.000.- a cada una de las restantes entidades. Si por el contrario el seguro fuera solo por \$150.000.- recibirán \$50.000.- las sociedades "A", "B" y "C", no quedando nada para "D".

Aparte de estos dos sistemas que acabamos de ver existe la combinación de ambos, o sea el sistema de cuotas combinado con el de excedentes, en el cual la compañía aseguradora luego de retener una cuota determinada, cede el excedente a otras varias entidades por partes iguales.

En el ejemplo dado anteriormente y tratándose de un seguro de \$170.000.- la compañía "A" retendrá su pleno de \$50.000.- y el excedente lo repartirá en partes iguales entre "B", "C" y "D".

Todas estas relaciones que acabamos de estudiar se establecen en forma contractual y las cesiones son de carácter recíproco.

A las compañías que recién se inician les conviene el sistema de cuotas, ya que así reciben en cada caso su parte, cosa que puede no suceder en el sistema de excedentes.

Ahora bien, dentro de la clase de seguros que estudiamos, es interesante tratar los distintos modos en que pueden realizarse las operaciones de reaseguros, según sea la forma en que el seguro, objeto de la cesión, haya sido contratado en su origen.

Sea, por ejemplo, un seguro dotal a 20 años, por \$15.000.-, siendo el pleno de la compañía aseguradora de \$10.000.- En este caso la aseguradora se ve en la necesidad de ceder el excedente de \$5.000.-

Como sabemos, el seguro dotal está constituí-

de por un seguro temporario por 20 años en caso de muerte y un seguro de capital diferido, siendo en realidad el riesgo de muerte el que mayor peligro entraña para el asegurador.

La cesión puede hacerse de diversas maneras; y es la primera operación que puede presentarse, la que cede a la reaseguradora el excedente en la misma forma en que se ha recibido el seguro primitivo, siendo la única diferencia la deducción, que en todo seguro de vida se estima, del importe con que la aseguradora constituirá su fondo de acumulación, fondo que no tiene interés en que constituya la reaseguradora. La deducción que se hace en estas oportunidades es de más o menos 10% sobre la prima de tarifa, aparte de la cual se establecen planes de comisión a favor de la aseguradora, relativamente elevados al principio, 10% a 15%, que luego se reducen hasta el 5%, comisión esta última que se llama de encaje. Producido el siniestro, ya por vencimiento de la póliza o muerte del asegurado, la entidad reaseguradora debe poner a disposición de la compañía cedente el monto del reaseguro.

Siguiendo siempre dentro del ejemplo primitivamente planteado, existe una nueva forma de realizar el reaseguro, que es: retener para sí el seguro de capital diferido y reasegurar el riesgo de muerte, o sea constituir un reaseguro temporario por 20 años. Así, la única obligación del reasegurador es el pago del capital asegurado siempre y cuando el siniestro se produzca dentro de dicho plazo de 20 años, pues llegado el vencimiento de la póliza queda libre de toda obligación, sin intervenir para nada en el pago del capital diferido.

Otra modalidad sería la siguiente: constituir

por el excedente de \$5.000.-, en la reaseguradora, un seguro temporario por un año cubriendo el riesgo de muerte, segura que se va renovando anualmente. En este caso la prima va aumentando de acuerdo con el crecimiento de la edad del asegurado.

Por último tenemos una forma que constituye el mínimo de desembolso para la compañía aseguradora. Las compañías realizan sus reservas de acuerdo al plan que ha sido contratado, o sea el dotal. Pero como se ven en la necesidad de ceder el exceso de \$5.000.- (tomando siempre como base el ejemplo antes enunciado) anualmente se va haciendo el cálculo del riesgo de muerte, que es el capital asegurado menos la reserva en poder de la aseguradora, contratando con la institución de reaseguros un seguro temporario por un año que cubra el riesgo de muerte igual, en cada caso, al excedente menos la reserva constituida. Se trata entonces de un seguro con capital decreciente, y en el momento en que dicha reserva cubre el riesgo que constituye la cesión se deja sin efecto el reaseguro.

En general, la operación más desarrollada en materia de reaseguros por su sencillez, es la que se realiza en la misma forma en que se aceptó del asegurado la primitiva operación.

#### LOS BORDEREAUX.

Estas operaciones de coaseguros, reaseguros y retrocesiones son tan comunes entre las compañías, que dan lugar a la creación de cuentas corrientes que se liquidan cada trimestre; cuentas que juegan por medio de los "borderaux" que son documentos que se intercambian entre sí las entidades y en los cuales se detallan: la póliza contratada, el va

lor del capital asegurado, el producto de la prima, el importe que se retiene, el que se cede, etcétera.

Además, las reducciones, caducidades o anulaciones propias de los seguros de vida que dan lugar a repetidos movimientos de la cuenta corriente, se comunican, también, por intermedio de los "bordereaux".

#### EL REASEGURO Y LAS RESERVAS.

Otra cuestión interesante que se presenta en los reaseguros, es la que se refiere a la constitución de las reservas que corresponden a los seguros que dan origen a tales operaciones de reaseguros. Al respecto se presentan dos modalidades: la primera es aquélla en virtud de la cual, si bien se cede a la reaseguradora parte de la prima, la reserva queda en poder de la entidad que ha aceptado el seguro; en la segunda la compañía reaseguradora constituye sus propias reservas.

Ahora bien, en el primer caso la compañía cedente reconoce a la cesionaria -a modo de compensación- un interés sobre las reservas del año anterior, superior en un punto a la tasa que ella utiliza para el cálculo de sus propias reservas, es decir, que la compañía cedente que emplea una tasa de interés del 4% para el cálculo de sus reservas, aplica para las reservas que guarda en su poder pertenecientes a reaseguradoras el tipo del 5%.

Es de hacer notar que el hecho de que estas reservas correspondientes a reaseguradores se retengan por la compañía cedente, no quiere decir que se adeuden, sino que se tienen como valores en administración. De ahí que para conocer exactamente el total de las reservas de una entidad deben sumarse las reservas matemáticas vidas y de administración.

DE LOS RIESGOS.- CLASIFICACIÓN.-

Otro aspecto fundamental, por la importancia que reviste dentro de la organización de toda empresa de seguros, es el que se refiere a la clasificación de los riesgos, que las compañías llevan a cabo con especial cuidado, ya que no siempre son aceptados para seguro los que se presentan. Esta clasificación permite establecer varias categorías de riesgos, para cada una de las cuales rige una prima diferente.

En el seguro de vida dos son los elementos primordiales de que se valen los aseguradores para hacer efectiva dicha clasificación: la solicitud que ha de presentar el presunto asegurado y el examen médico a que el mismo es sometido por la empresa. Consta éste, a su vez, de dos partes: la primera que se cumple por el propio asegurado, quien declara por escrito el estado de su salud; y la segunda que se realiza por intermedio del médico examinador.

La solicitud del seguro de vida ha sido objeto de una serie de modificaciones, exigiéndose hoy una cantidad de datos, tal como la profesión del individuo, que antiguamente no se solicitaba, además de los puntos comunes a toda solicitud de esta índole: nombre del presunto asegurado, fecha de nacimiento, clase del seguro, beneficios e los que desea acogerse, nombre del beneficiario, etcétera.

El interés en conocer la profesión del asegurado se debe a que en épocas pasadas no se admitían como tales a aquellas personas cuyas ocupaciones habituales se consideraban peligrosas. En la actualidad tal cosa ya no existe y si el deceso del asegurado se produce como consecuencia de hechos ajenos a su oficio el asegurador paga lo to -

talidad del seguro; ahora, si se produjese el caso de su riesgosa profesión, la entidad aseguradora paga solo el valor de rescate de la póliza de que se trate.

Respecto de la solicitud a que acabamos de referirnos nos ocuparemos del examen médico que, tal como se manifestó anteriormente, consta de dos partes. La primera de ellas se cumple por el propio asegurado, quien, en un formulario especial, debe hacer su historia clínica, refiriéndose a su sistema de vida y declarando las enfermedades que ha sufrido, que afección padece, antecedentes familiares, etcétera.

La sección médica de la compañía informa en cuanto al estado de salud de la persona, agregando determinados detalles que se consideren de interés; tales como la presión arterial, capacidad pulmonar, etcétera. No obstante ello, algunas afecciones pueden escapar a este examen, que en general no es muy profundo, de modo que si no fueran declaradas por el asegurado pasarían desapercibidas y en su oportunidad podrían, de producir ellas la muerte del asegurado, invalidar el seguro, basándose la compañía en la mala fe del asegurado. Cualquier declaración falsa anula completamente la operación del seguro que es, sobre todo, un contrato de buena fe.

#### RIESGOS INFIRIORES.- RABANGOS.-

Así como el seguro evolucionó en su concepto de las enfermedades que se denominaban peligrosas, permitiendo a quienes las tienen tomar también su seguro, igualmente se dejó sentir tal evolución en lo que respecta al estado de salud del posible asegurado a la fecha de adquisición de la póliza.

interiormente solo se aceptaban seguros de primera clase, es decir: seguros contratados por personas que no padecían de ninguna enfermedad, perfectamente normales, denominándose esos seguros de primera categoría. Pero la observación continua de aquellos riesgos que padecían de alguna tara fija, y que por tal circunstancia llevan el nombre de riesgos inferiores o riesgos tarados, se llegó a la conclusión de que, si bien tales riesgos inferiores estaban afectados por un índice de mortalidad superior al de los riesgos normales, mediante un recargo de la prima o de la mortalidad podían aceptarse.

Con el criterio del recargo de la prima, a una persona de 30 años se le asignaba una prima correspondiente a una de 35 o 40 años, que como se sabe es mayor. El inconveniente estribaba en que si el asegurado tarado pedía un préstamo o deseaba rescatar su póliza, sólo percibía los valores correspondientes a 30 años, lo que originaba ciertas dificultades.

A efectos de obviar tales inconvenientes se siguió el procedimiento de recargar la mortalidad en un porcentaje igual al que correspondía al aumento de muertes para los riesgos inferiores, construyéndose así una tabla de mortalidad recargada, en base a la cual se calculan las primas por la edad del asegurado tarado, como también las reservas y valores de rescate. Es decir, que el recargo sobre la mortalidad "standard" hace el efecto de equiparar a la persona tarada de 30 años de edad a una de 40 normal, pero asignándole los valores correspondientes a la edad de 40 años.

Esta nueva modalidad ha subsanado los inconvenientes que afectaban a la anterior y permite a la compañía

introducir en la póliza la verdad de los hechos; es decir: que la aseguradora considera a esa vida tarada de 50 años como si en realidad tuviera 40 años para todos los efectos del seguro.

Además se calculan tablas especiales donde el recargo varía con la edad y con el plan de seguros.

TÍTULO PRIMERORÉGIMEN DE LAS EMPRESAS  
-.-.-.-.-CAPÍTULO SEGUNDOFUNCIONAMIENTO  
-.-.-.-.-

- a) Función de los Agentes, conocimientos, remuneración.
- b) Proposición del seguro.
- c) Exámen médico.
- d) Distintos tipos de contratos y sus características (temporal, vida entera, vida entera con pagos limitados, de capital diferido, mixto o dotal, otras modalidades. Rentas vitalicias. Seguro colectivo).
- e) Tarifas. Tablas de mortalidad. Tasa de interés.
- f) Participación en los beneficios; fondos de acumulación.
- g) Reservas matemáticas; préstamos; rescates; transformaciones.
- h) Pago de la suma asegurada (Siniestros y pólizas vencidas).
- i) Convenios sobre reaseguros.

--oo0oo--

FUNCIÓN DE LOS AGENTES, CONOCIMIENTOS, REMUNERACIÓN.

En forma casi uniforme las compañías de seguros han establecido cuales han de ser las condiciones a que ha de someterse una persona para ser nombrada agente; cuales las características que debe reunir un buen agente y cual su remuneración.

Carta de nombramiento.- La carta de nombramiento revigite en la práctica todas las características de un contrato que se firma entre el agente y la compañía de seguros, estableciéndose en forma precisa las obligaciones y derechos que corresponden a las partes.

Así se establece para el primero como condición "sine qua non" para la vigencia de este contrato,

la obligación de dedicar todo su tiempo y la mayor actividad y diligencia a obtener nuevos seguros para la compañía, poner a su disposición todo dato correspondiente a los mismos, como también toda suma cobrada. Por otra parte se le obliga a fijar su domicilio en la ciudad sede de la compañía y a no aceptar compromiso alguno con otra entidad sin la anuencia previa de aquella a la que pertenece. Se establece también entre las obligaciones del agente la de devolver a la compañía toda comisión percibida por solicitud o póliza cancelada.

Su derecho primordial está en el cobro de las comisiones que le corresponden en la contratación de cada nuevo seguro, según se especifica en la tabla respectiva.

A su vez, la compañía se obliga a pagar tales comisiones y a soportar los gastos del examen médico, salvo en el caso de no retirar el asegurado su póliza ya despachada.

El asegurador se reserva el derecho de emplear más de un agente en la misma zona si así lo creyera necesario y a descontar de las comisiones de su agente toda deuda que este sostuviera con la compañía.

Características de un buen agente.- Todas las compañías de seguros ponen especial cuidado en la selección de sus agentes, ya que estos son, en la mayoría de los casos, factores decisivos para el éxito del negocio de seguros, y de continuo se los estimula e ilustra sobre los aspectos más novedosos de esta industria, al punto de que algunas de ellas han llegado a imprimir folletos y revistas de publicación periódica, que se les entregan y donde se con-

signa todo dato que se considere de interés para el éxito de su misión.

Entre las características que debe reunir toda persona para ser considerada un buen agente de seguros, y destacándose de las demás por su extraordinaria importancia y por la forma estricta y uniforme en que se exigen por las distintas compañías aseguradoras que operan en la República Argentina, figuran la honradez y veracidad en seguros que deben poseer en alto grado quienes quieran hacerse acreedores a tal calificación.

En efecto, la mayoría de las personas, posibles asegurados, desconocen por completo todo lo que se relaciona con el seguro y consideran al agente persona experta en la materia, capaz de sorprenderlos en su buena fe siempre que así lo desee; de manera pues que si éste no sabe granjearse su confianza, titubearán antes de seguir sus consejos. Además, siendo él el indicado para suscitar en el asegurado la necesidad del seguro, guiarlo con su experiencia y encauzarlo hacia la póliza que más consulta sus necesidades, debe poseer amplios conocimientos sobre seguros, de la compañía que representa y de las pólizas que ofrece.

El agente de seguros ha de ser, también, trabajador, paciente y entusiasta. Su profesión es muy exigente y no se puede tener esperanzas de éxito si no se es sumamente activo. No basta convencer a una persona de las excelencias del seguro de vida y de su conveniencia, debe, pacientemente, inducirla a realizarlo, transmitiendo al cliente el entusiasmo que él posee.

Finalmente debe tener tacto, ser psicólogo

y claro. La primera de estas condiciones le permite aconsejar a otro sin irritarlo, reprenderlo sin ofenderlo, inducirlo sin poner de manifiesto que se le guía. La segunda le permitirá conocer el carácter de las personas con quienes trata, factor de éxito indiscutible. La tercera, pondrá sus conocimientos al alcance del individuo a quien desea convencer, sin frases técnicas o giros de lenguaje que siempre resultan engorrosos y de secuencias funestas para las negociaciones iniciadas.

Remuneración.- En forma casi uniforme, las compañías que operan en la rama de seguros de vida, adoptan al respecto las disposiciones que se consignan seguidamente:

1ª.- a) Comisión: La única remuneración a que tendrá derecho el agente, será una comisión sobre los premios del primer año de los seguros contratados por él, con tal que dichos seguros sean aceptados, las respectivas pólizas emitidas y los premios pagados en efectivo y recibidos por la compañía. Esta comisión queda sujeta a la escala consignada a continuación:

Ordinario de Vida.....	75
Vida en 20 pagos.....	75
Vida en 15 pagos.....	65
Vida en 10 pagos.....	55
Total mixto a 20 años.....	75
Total mixto a 15 años.....	65
Total mixto a 10 años.....	55
Total a doble capital a 20 años.....	75
Total a doble capital a 15 años.....	65
Total a doble capital a 10 años.....	55

b) El agente no tendrá ningún derecho sobre los premios adicionales cobrados por la compañía, por riesgos excepcionales, ni sobre el costo (derecho) de las pólizas.

c) Comisión de renovación: Si durante el primer año

y los subsiguientes de vigencia de su nombramiento, el agente realiza una producción pagada de \$50.000.-m/n., cada año, además de la comisión sobre el premio inicial, correspondiente al primer año de cada seguro, tendrá de recho a una comisión del 10% sobre el premio de la segunda anualidad de esas producciones. Ello siempre que los premios correspondientes a un año completo hayan sido cobrados por la compañía (pólizas sobre las cuales se hayan pagado premios por menos de un año entero entrarán a prorrata), sobre la vida de personas que lo hubieran solicitado mediante el respectivo impreso de solicitud, por mediación del agente mismo, y sobre las cuales no haya que pagar ninguna otra comisión, cuyas pólizas se expidan sobre la vida de personas de sesenta años o menos.

- d) Si en las condiciones arriba indicadas el agente realiza una producción pagada de \$100.000.-m/n., cada año, entonces, la comisión de renovación que se le acordará será de 10% sobre los premios del segundo y tercer año que se abonen a la compañía sobre las pólizas de esas producciones.
- e) Si en las condiciones arriba indicadas el agente realiza una producción pagada de \$150.000.-m/n., cada año, entonces, la comisión de renovación que se abonará será de 10% sobre los premios del segundo y tercer año y 5% sobre los del cuarto año que se abonen a la compañía sobre las pólizas de esas producciones.

24.-La compañía se reserva el derecho de reasegurar cualquier parte de un seguro que le sea propuesto por suma

mayor de.....pesos moneda nacional, siendo entendido que las condiciones establecidas en la presente, deban considerarse en relación solamente a la parte de seguro no reasegurada; la comisión a que tendrá derecho el agente, será fijada en cada caso especialmente por la compañía; sin embargo, el agente podrá colocar el excedente de cada.....pesos moneda nacional, en otras compañías.

3<sup>a</sup>.- Se establece un determinado día como fecha aniversario a los efectos de la computación de las producciones mencionadas en el nombramiento.

### PROPAGACIÓN DEL SEGURO.-

Es una de las más delicadas al par que las más importantes situaciones que se plantean dentro del seguro de vida. De la forma como se encarece depende el éxito o el fracaso de la gestión. De ahí que las compañías aseguradoras, asignándole su verdadera importancia, la traten bajo dos formas diferentes:

La primera que se realiza directamente por la propia compañía mediante una hábil propaganda tendiente a demostrar al público las bondades del seguro de vida, su conveniencia y práctica, su necesidad; la estabilidad económica de la compañía y la integridad y eficacia de su administración.

La segunda, mediante la selección de agentes y corredores que reúnan, dentro de lo posible, las diversas características ya mencionadas, a los efectos enunciados en su oportunidad.

La acción inteligentemente combinada de ambas actuaciones atrae al posible asegurado haciendo más fácil la colocación de los seguros.

CONCLUSIÓN.-

Otra aspecto de importancia suma dentro de nuestro estudio es el que se refiere al examen médico.

De acuerdo con las estadísticas se llegó a comprobar que en nuestro país existían zonas que eran sumamente castigadas por la mortalidad, y se observaba que la mayoría de esas muertes correspondían a pólizas nuevas que no tenían más de 2 o 3 años de vigencia, cuando las experiencias de compañías extranjeras habían demostrado que los beneficios del examen médico tienen una duración de cinco años. Es decir, que se admitían asegurados cuyas probabilidades de muerte dentro de los cinco primeros años era pequeñas, pero transcurrido ese lapso su tasa de mortalidad coincidía con la general de la población.

Esa falla que se había notado no se podía atribuir al agente, tampoco se podía achacar al clima, por que los lugares donde se observaba fuerte mortalidad para las pólizas nuevas, correspondían a partes de la Provincia de Buenos Aires, encuadrada como se sabe dentro de la zona templada que, en general, goza de un clima sano.

Finalmente llegó a comprobarse que ese aumento de la mortalidad era pura y exclusivamente debido a deficiencia del examen médico. Surgió así otro problema que fué necesario solucionar: La educación de los médicos examinadores.

De la compañía de seguros "Sudamérica" pagó la iniciativa de contratar los servicios de un médico extranjero para que viniese a organizar su oficina médica y ver como podía resolverse la situación planteada. El su dicho médico encuentra que todas las fallas provenían

de la poca educación profesional de los médicos examinadores y de la no consideración de ciertos defectos que tenían los asegurados.

Fuó necesario ilustrarlos al efecto, para llegar a demostrar que los exámenes efectuados antes de la otorgación de un seguro deben ser hechos en la forma más intensa. Tal reorganización en el servicio médico llevada a cabo por esa compañía se tradujo en grandes ganancias de mortalidad que disminuyó notablemente en los primeros cinco años.

Pero si bien la Sudamérica pudo efectuar la reorganización de su servicio médico, otras compañías menos fuertes no se encontraban en condiciones de hacerlo; y entonces, por iniciativa del Dr. Dunge, se creó una cooperativa sostenida por todas las compañías de seguros, en proporción a las primas que reciben, y que tiene por objeto manifestar a los médicos examinadores en que forma y con que requisitos deben hacerse los tales exámenes.

Esta institución cooperativa ha dado resultados inmediatos. Gracias a ella las compañías de seguros han podido reducir la mortalidad de los cinco primeros años a un 50% de lo que era anteriormente, por mejoras de los servicios médicos.

DISTINTOS TIPOS DE CONTRATOS Y SUS CARACTERÍSTICAS.-  
TARIFAS. TABLAS DE MORTALIDAD. VALOR DE INVERSIÓN.

Pasaré ahora a ocuparme de la parte que se refiere a las distintas clases de seguros que se realizan en la República Argentina y a las modalidades características de cada uno de ellos.

Los seguros de vida que más realizan las distintas compañías, aquellos sobre los que está basada la producción de la Sección Vida, los seguros tipos, son, como ya lo hemos visto cuando me referí a la remuneración de los agentes, los siguientes:

Seguro Ordinario de Vida  
 Seguro de Vida en pagos limitados  
 Seguro dotal mixto  
 Seguro dotal a doble capital.

Estudiaré cada uno de estos seguros y otros que se realizan tratando, lógicamente, de escoger los más generales, ya que las variantes son múltiples y un estudio detallado, póliza por póliza, escaparía, en realidad, al tema planteado.

Trataré, además, de referirme a las tarifas y tablas de mortalidad respectivas.

Seguro Ordinario de Vida.- El seguro ordinario de vida, que es el más económico, tiene a su favor lo reducido de las primas en relación al capital que se asegura, representando para el que lo solicita un caso de previsión en beneficio de su familia.

Los premios son pagaderos durante toda la vida del asegurado y el capital garantizado se pagará sólo al fallecimiento del mismo.

Sin embargo, al vencimiento del período de acumulación, el asegurado podrá elegir una de las siguientes

las opciones:

- 1ª.- Retirar la parte que le corresponda del fondo de acumulación y continuar el pago de los premios hasta su fallecimiento, en cuyo caso, la compañía lo liquidará cada cinco años posteriores al del mencionado período la participación que provenga de dicho fondo de acumulación.
- 2ª.- Dejar a la compañía la reserva de esa póliza más el fondo de acumulación y, mediante examen médico satisfactorio para la compañía, recibir una póliza saldada sin pago ulterior de premios, pagadera al fallecimiento del asegurado. Dicha póliza será siempre por un valor mayor que el que represente la reserva y fondo acumulado, al vencimiento del período de acumulación.
- 3ª.- Retirar en efectivo la reserva de esta póliza que la compañía garantiza en la misma, más la parte proveniente del fondo de acumulación, también en efectivo, cesando para la compañía toda otra obligación posterior respecto de esa póliza.
- 4ª.- Dejar a la compañía la reserva de la póliza más lo acumulado y constituir con dicha suma una renta vitalicia, la que será abonada según lo desee el asegurado: anual, semestral o trimestralmente.

Seguro de Vida en Pagos Limitados.- Los premios son pagaderos durante el término de 10, 15 o 20 años y el capital garantizado por la póliza es pagadero únicamente al fallecimiento del asegurado.

Sin embargo, al vencimiento del período de acumulación, el asegurado tendrá derecho a liquidar su póliza eligiendo una de las opciones que se indican:

1<sup>a</sup>.- Retirar en efectivo la parte que le corresponde del fondo de acumulación y quedar asegurado sin pagar más premios por el importe de la póliza, el cual será pagadero por la compañía a su fallecimiento.

2<sup>a</sup>.- Dejar a la compañía el fondo acumulado y sin pago ulterior de premios, previo examen médico satisfactorio, recibir un seguro saldado adicional que será pagadero a su fallecimiento juntamente con el capital asegurado.

3<sup>a</sup>.- Retirar en efectivo la reserva de la póliza, más la parte proveniente del fondo de acumulación, también en efectivo, cesando para la compañía toda obligación ulterior con respecto a la póliza.

Si el asegurado hubiese elegido más de un período de acumulación, y el primer vencimiento fuera anterior al período final de la póliza, el asegurado tendrá derecho a discontinuarla al vencer el primer período y recibir en efectivo la reserva que la compañía garantiza a la misma.

Si por el contrario el asegurado determinase seguir con la póliza hasta el final del segundo período, en tal caso, al vencer el primero tendrá derecho a percibir en efectivo, la parte que le corresponde en el fondo de acumulación.

4<sup>a</sup>.- Dejar a la compañía la reserva de la póliza más el fondo acumulado y constituir con esa suma una renta vitalicia, la que será abonada según desee el asegurado: anual, semestral o trimestralmente.

Seguro Dotal Mixto.- Los premios son pagaderos durante el término de 10, 15 o 20 años, al fin del cual se paga al

asegurado o beneficiarios el capital garantizado por la póliza, más la participación que le corresponda en el fondo de acumulación.

Si el asegurado falleciera antes del vencimiento de la póliza, cesará desde ese momento la obligación de pagar más premios y el beneficiario recibirá el capital garantizado en la póliza.

Además, al vencer el período dotal y de acumulación, el asegurado tendrá derecho a liquidar su póliza optando por cualquiera de las siguientes disposiciones:

- 1ª.- Retirar el capital asegurado más la parte que le corresponde proveniente del fondo de acumulación.
- 2ª.- Dejar a la compañía el capital y el fondo acumulado y mediante examen médico satisfactorio para la compañía, recibir una póliza saldada por mayor suma, pagadera solamente al fallecimiento del asegurado.
- 3ª.- Dejar a la compañía el capital y el fondo de acumulación, obteniendo en su lugar una renta vitalicia proporcional.
- 4ª.- Si el asegurado hubiese elegido más de un período de acumulación, tendrá derecho a descontinuar la póliza al vencer el primer período, y recibir en efectivo la reserva que la compañía garantiza a la misma, más la parte proveniente del fondo acumulado al vencer el período.

Si por el contrario, el asegurado determinase seguir con la póliza hasta el final del período dotal, señalado de antemano, en tal caso, al vencer el primer período, tendrá derecho a percibir en efectivo la parte que le corresponda del fondo de acumulación.

Seguro Dotal a Doble Capital.- El seguro dotal a doble capital es un contrato por el cual, mediante una prima pagadera durante 10, 15 o 20 años la compañía se obliga a pagar un capital al vencimiento del plazo o inmediatamente después del fallecimiento si éste se produjera antes. Si la persona cuya vida se asegura viviera a la terminación del plazo, recibirá no sólo el capital convenido, sino, además, una póliza saldada libre de todo pago de primas, por un valor igual al capital asegurado, cuyo importe recibirán sus herederos o cesionarios al deceso de dicha persona asegurada.

Así, por ejemplo, un padre de familia de 30 años de edad, que contrata un seguro de \$20.000.-m/n. por 20 años a Doble Capital, pagará una prima anual de \$1.362.-m/n.- Si fallece antes del plazo cesará el pago de primas y cobrarán \$20.000.-m/n. sus hijos o la persona que él hubiere designado. Si vive al vencimiento del plazo, que en este caso sería cuando ha cumplido 50 años, cobrará él dicha suma más el fondo de acumulación y recibirá, además, sin que sea exigido nuevo examen médico y cualquiera que sea su estado de salud, una póliza saldada libre de todo ulterior pago por valor de otros \$20.000.-m/n., pagaderos a su fallecimiento: es decir \$20.000.-m/n. al contado y otros \$20.000.-m/n. cuando fallezca, aunque sea al día siguiente de haber cobrado los anteriores.

Si el asegurado vive en la fecha cuando concluye el período dotal y de acumulación de la póliza, tendrá derecho a liquidar la póliza eligiendo una de las siguientes opciones:

1ª.- Retirar el capital asegurado más la parte proporcional que le corresponde proveniente del fondo de acumulación y quedar asegurado sin pagar más primos por una suma igual al importe de esa póliza pagadero a su fallecimiento.

2ª.- Dejar a la compañía el capital y el fondo acumulado y mediante examen favorable, recibir una póliza saldada por mayor suma pagadera a su deceso.

3ª.- Dejar a la compañía el capital y el fondo acumulado, obteniendo en su lugar una renta vitalicia proporcional y quedar asegurado por una suma igual al importe de la póliza, pagadero por la compañía a su fallecimiento. Si el asegurado hubiere elegido más de un período de acumulación tendrá derecho a discontinuar la póliza al vencer el primer período de acumulación y recibir en efectivo la reserva más la parte que le corresponda del fondo de acumulación al vencer el período y, sin pagar más primas, quedar asegurado por el importe de la reserva arriba mencionada, pagadero a su fallecimiento. Si por el contrario, el asegurado determinase continuar con la póliza hasta el final del período total, en tal caso al terminar el primer período tendrá derecho a percibir en efectivo la parte que le corresponda del fondo de acumulación.

Seguro Total para Niños.- Se trata de un seguro pagadero al niño cuando alcance determinada edad. Puede elegirse cualquiera de las siguientes edades: 16, 22 o 27 años.

Los depósitos de primos que realizará el contratante (padre, tutor, etc.) deberán efectuarse duran

te el período del seguro. En caso de fallecimiento del contratante la compañía mantendrá en vigor el seguro sin pago ulterior de premios. Si dicho fallecimiento se produjera por accidente la compañía pagará al niño de inmediato una suma igual a la dote asegurada y además mantendrá en vigor el seguro sin más pagos de premios. En caso de incapacidad total y permanente del contratante la compañía le eximirá del pago de premios mientras dure tal incapacidad.

En caso de fallecimiento del niño se devolverán al contratante todos los premios, quedando anulado el seguro.

Este seguro puede realizarse sin examen médico, en cuyo caso si el contratante falleciese dentro de los tres años, se devolverán al niño el 50% de los premios pagados y se anulará la operación. Exceptúa el caso de muerte accidental; si esto ocurre, rigen las disposiciones de doble indemnización como si hubiese habido examen médico.

Rentas Vitalicias.- Las rentas vitalicias son operaciones en virtud de las cuales, la persona que la realice recibirá periódicamente una determinada suma mientras viva, para lo cual tiene que pagar de antemano una prima a la compañía.

Si se produce el fallecimiento del rentista la suma pagada queda a beneficio de la compañía.

Estas rentas vitalicias pueden contratarse mediante la entrega de dinero en efectivo o de bienes inmuebles. Esto último lo hacen personas a quienes tales inmuebles no les producen entradas satisfactorias y bus-

can, contratando una renta vitalicia, el máxima de renta. Tales rentas se elevan a sumas considerables cuando se trata de personas de edad avanzada, pues, a mayor edad, mayor probabilidad de muerte, mayor probabilidad de que la compañía se quede con el capital y, por lo tanto, tiene que ser mayor la asignación al rentista.

En estas operaciones, por regla general, sólo hay un pequeño examen médico que tiene el siguiente objeto: una disposición del Código de Comercio establece que estos contratos deben hacerse por ante escribano público y si antes de los 30 días de firmado el contrato el asegurado muere, el contrato es nulo y la compañía tiene que devolver la prima única cobrada.

En estos contratos de rentas vitalicias el interés que se percibe es siempre muy superior al corriente en plaza.

Seguros contra Infortunios.- Entiéndese por infortunio causado por accidente la lesión corporal que el asegurado sufriera por causa violenta, externa, imprevista, independiente de su voluntad y de la voluntad de un tercero y siempre que la lesión sufrida fuera de las que numera la compañía, estableciéndose a ese efecto la siguiente tabla de indemnizaciones:

100% del capital asegurado en caso de pérdida total de los dos ojos, o de los dos brazos, o de las dos manos, o de las dos piernas, o de los dos pies o de un brazo y un pie o de una pierna y una mano.

60% por la pérdida total del brazo derecho o de la mano derecha.

50% por la pérdida total del brazo izquierdo o de la

mano izquierda.

50% por la pérdida total de una pierna o un pie.

Por pérdida total se entiende aquí la que tiene lugar por la amputación o por la inhabilitación completa y definitiva del órgano o del miembro lesionado.

Muy comúnmente estos seguros contra infortunio se realizan anexos a otros seguros de vida, estableciéndose en ese caso por la compañía que la indemnización por infortunio no excederá del 100% de la suma asegurada en la póliza de vida. Cuando el monto de las indemnizaciones por infortunio hubiere alcanzado aquel 100% la compañía mantendrá únicamente sus obligaciones procedentes del seguro de vida, y quedará extinguido todo derecho por cualquier lesión que el asegurado sufriera.

Si el infortunio fuera la causa directa de la muerte del asegurado, la compañía no estará obligada a pagar sino el solo capital del seguro de vida, del que se deducirá, si el infortunio hubiese sido ya indemnizado, el importe abonado en tal concepto.

Seguro temporario.- Este seguro, tal como su nombre lo indica, es aquel contrato en virtud del cual el riesgo de muerte del asegurado es cubierto por la compañía tan solo durante un determinado período. Si el deceso del asegurado se produce dentro del mismo, el asegurador lo indemniza, pero si a aquel llega vivo al vencimiento del lapso establecido cesa el seguro, quedando de propiedad de la compañía la totalidad de las primas cobradas.

Por regla general responde a las siguientes características. Plazo de duración máximo: 5 años, mínimo 1 año. Capital máximo asegurable \$120.000.-, mínimo \$5.000.--

Edad máxima 55 años, mínima 20 años. La primer prima ha de ser anual, aunque después se admitan fraccionadas. No se acepta esta clase de seguros sin examen médico, encontrándose se excluidos de la participación en las utilidades y demás beneficios extraordinarios.

Seguro Dotal a Término fijo.- Este seguro garantiza el pago del capital asegurado al vencimiento del período escogido (10, 15, 20, 25 o 30 años), ya sea a los beneficiarios si hubiera fallecido el asegurado o a este mismo si sobreviviese. En caso de que su fallecimiento se produzca antes de vencer dicho período, se paga a los beneficiarios una renta mensual del 1% del capital asegurado hasta la fecha en que es pagadero el capital íntegro.

Las primas se pagan durante el plazo establecido como máximo, o hasta la muerte del asegurado si ello ocurre antes.

Seguro Dotal con Renta de 20%.- Este garantiza el pago del capital contratado al propio asegurado si llega con vida al vencimiento de la póliza. En caso de producirse su muerte prematura, la compañía pagará a su familia: inmediata - mente el 50% del capital asegurado; 20% de renta anual sobre la otra mitad (pagadera por anualidad vencida), desde el día del fallecimiento hasta el vencimiento de la póliza; el 50% restante del capital el día en que se produzca el vencimiento del período dotal.

Las primas se pagan durante el transcurso del lapso convenido como máximo, o hasta la muerte del asegurado si ella ocurre antes.

Póliza Universal.- Esta póliza garantiza, en caso de fallecimiento del contratante, durante su vigencia, el pago del

capital asegurado más el 15 % del mismo por cada año de vigencia del contrato, no contándose para nada la porción de año durante el cual se produjere el deceso del asegurado.

Si el asegurado llegara con vida al vencimiento de dicho período, podrá elegir alguna de las siguientes opciones:

Supongamos que una persona de 28 años de edad tomara un seguro de este plan por \$10.000.-m/n. La prima anual serían \$303.-m/n. y su vigencia 37 años (Se hace notar que el plazo de estos seguros está determinado actuarialmente por la compañía de acuerdo con la edad de cada asegurado).

Al producirse el vencimiento el asegurado podrá:

- a) Retirar una póliza saldada por \$10.000.-m/n. y recibir en efectivo \$ 3.400.-m/n.
- b) Recibir en efectivo el importe de su seguro \$10.000.-
- c) Retirar una póliza saldada por \$15.400.-m/n.

Esta póliza se emite sin participación en las utilidades. Las primas se pagan durante el transcurso del período convenido como máximo o hasta la muerte del asegurado si ella ocurre antes.

Seguro de Resultados Múltiples.- Esta póliza garantiza el pago, si el fallecimiento del asegurado se produce durante su período de vigencia, del importe del seguro más la mitad de lo pagado en concepto de primas hasta ese momento. Si por el contrario llegara con vida al vencimiento del contrato, cuya duración se fija en 20 años, podrá optar por una de las siguientes modalidades:

Supongamos que una persona de 38 años de edad tomara este seguro por \$20.000.-m/n.; premio anual \$ 1.432.-.

A la terminación del seguro el contratante podrá:

- a) quedar asegurado sin nuevos desembolsos por la suma de

- 20.000.-m/n. y recibir en efectivo 10.000.-m/n.
- b) Recibir en efectivo la suma de 21.460.-m/n.
- c) Recibir una póliza saldada pagadera a la muerte, previo reconocimiento médico satisfactorio, por 35.160.-m/n.

Este seguro se realiza con participación en las utilidades, las que se sumarán a cualquiera de estas liquidaciones si no hubieran sido retiradas antes en efectivo. Las primas se pagan durante el transcurso del plazo convenido como máximo, o hasta el fallecimiento del asegurado si ocurre antes.

Seguro Hipotecario.- Este seguro tiene por objeto cubrir el riesgo de muerte prematura o incapacidad total y permanente para el trabajo, de aquellas personas que tienen obligaciones hipotecarias que cumplir; en tal forma, que la compañía se hará cargo del pago de cuotas por servicios hipotecarios en caso de sobrevenir cualquiera de las dos situaciones apuntadas, liberando a los familiares del asegurado o a él mismo, según el caso, del compromiso contraído.

El seguro puede tomarse por el plazo que más convenga, entre 5 y 33 años, según el número de cuotas a pagar; debiendo indicarse si las mismas se abonan anual, semestral, trimestral o mensualmente; fecha de pago y a quien deberá pagarse. Las primas correspondientes a este contrato se pagan durante un plazo equivalente, poco más o menos, a los 2/3 de la vigencia del seguro. Estas pólizas se emiten sin participación en los beneficios.

Seguro de Capital Diferido.- Esta clase de contrato, prototipo del seguro para el caso de vida, como ya hemos dicho, tiene por objeto constituir un capital que será abonado al asegurado si sobrevive al final del plazo establecido. Las primas se pagan durante el lapso convenido, quedando de propiedad de la compañía si el deceso se produce en ese término.

Seguro colectivo.- El seguro colectivo es el que realiza el empleador asegurando a sus empleados, a quienes provee de una protección pagadera cuando se produjera su muerte, por cualquier causa que sea.

Este seguro incluye, generalmente, la cláusula de incapacidad total y permanente, en virtud de la cual, en caso de incapacitarse el empleado asegurado por cualquier causa antes de cumplir los 60 años de edad, quedará eximido del pago de prima y el seguro se le abonará en 20, 40 o 60 cuotas mensuales.

Aparte de cubrir los riesgos de muerte y de incapacidad, esta póliza presenta además las siguientes ventajas exclusivas:

- a) No existe el examen médico previo a la contratación del seguro.
- b) No existe límite de edad.
- c) Es sumamente económico.
- d) Es fácil de pagar, ya que sus primas se abonan en cuotas mensuales sin recargo alguno.
- e) Se emite con el privilegio de conversión, o sea que en caso de retirarse del servicio del empleador por cualquier motivo, el empleado tendrá derecho a obtener de la compañía aseguradora, sin examen médico previo y siempre que lo solicite dentro de los 31 días de su retiro, un seguro individual en uno de los planes que realice el asegurador, por el mismo capital de su seguro colectivo, pagando las primas correspondientes a la forma individual.

Son asegurables bajo el plan colectivo, todos los empleados de una compañía que se hallen en servicio activo. Los empleados que estuvieren ausentes por enfermedad al iniciarse el seguro, quienes de otro modo hubieran sido asegurables, lo serán al reanudar el trabajo.

Si no se desea extender los beneficios del seguro a los empleados que se hallen tan solo temporalmente

en servicio, puede fijarse un período previo de tres o seis meses de permanencia, antes de incluirlo en el seguro.

Este seguro de vida colectivo puede hacerse bajo dos formas: contributiva y no contributiva.

En el primer caso la prima se comparte entre el empleador y el empleado, pagando este último del 50% al 80% de su importe y el empleador el saldo. Bajo la forma no contributiva, el empleador se hace cargo de la prima íntegra.

En la práctica se distingue, sin embargo, un tercer caso, cuando los empleados de determinada institución, con la anuencia del empleador pero sin su participación, contratan un seguro de vida colectivo haciéndose cargo del importe íntegro de la prima.

La prima para este seguro se calcula tomando las edades de los empleados y el monto del seguro con el cual se cubre cada uno, y calculando la prima media que se paga por cada empleado sin tomar en cuenta la edad. Si el promedio de edades de un grupo es, más o menos normal, la prima oscilaría entre \$0,90 y \$1,20 mensuales por cada \$ 1.000.- de seguro.

Por lo que hace a la póliza de esta clase de seguros, la principal que indica en detalle las condiciones del mismo, es entregada al empleador y al empleado se le facilita un certificado que consigna el nombre del beneficiario y los derechos y privilegios que le corresponden bajo el plan colectivo.

TARIFAS - TABLAS DE MORTALIDAD - TASA DE INTERÉS

Tarifas.- Hasta ahora, y al hacer mención de las primas de los seguros de vida, nos hemos referido, en general, a las primas únicas o desembolso único que debe hacer el asegurado para tener, en su caso, derecho a la respectiva indemnización.

Pero es evidente, que si los seguros hubieran de ser pagados en esa forma, jamás habrían podido llegar a su desarrollo actual. En efecto, el seguro no se dirige en general, y salvo muy raras excepciones, a las personas poseedoras de cuantiosos capitales ya que éstas consideran más ventajoso administrarlos por si mismas que ponerlos en manos de los aseguradores que le han de cobrar, como veremos más adelante, determinados excesos sobre las primas para cubrir recargos de diferentes especies.

El seguro se dirige, especialmente, a aquellas personas que viven con cierta holgura, obteniendo de su trabajo personal los medios de vida, de tal modo que faltando el sostén de la casa el hogar puede ser invadido por la miseria con toda su secuela de calamidades.

En tal caso, el seguro no puede ser pagado mediante una cuota única, sino por medio de una serie de cuotas periódicas que el asegurado deduce de sus entradas corrientes para destinarlas a ese fin de previsión.

De ahí que desde el primer momento se impuso el sistema de pagar el seguro mediante primas anuales. Es más, las compañías con el objeto de facilitar a sus asegurados el pago de las primas, acostumbran fraccionarlas de modo que su pago se haga en cuotas semestrales, trimestrales

y aun mensuales. Para ello se divide la prima anual en varias partes iguales, que se recargan levemente para cubrir los intereses correspondientes a la demora y al aumento de gastos de administración que importa el fraccionamiento; es tipulándose en la póliza, como veremos más adelante, que en caso de fallecimiento del asegurado se deducirá del importe de la indemnización la parte impaga de la prima anual.

Pero hasta aquí nos hemos ocupado de las primas puras en las que solo se consideran el interés compuesto y la mortalidad. Sin embargo, las compañías de seguros necesitan tomar en cuenta otros elementos al calcular las primas que figuran en sus tarifas.

En primer lugar los gastos corrientes de administración: sueldos, alquileres, propaganda y todas las demás erogaciones que impone la gestión de una empresa de tal clase.

Después, los gastos especiales inherentes a cada operación particular que se realiza y que pueden presentarse ya sea en el momento de concluir la operación, como ser: comisión a los agentes, honorarios del médico examinador, costo de la póliza, sellos, etc.; o en el transcurso del tiempo: comisión de cobranza o renovación.

En tercer lugar ha de considerarse el interés del capital que los accionistas han suministrado para la empresa, pues no ha de olvidarse que las entidades aseguradoras son sociedades anónimas, es decir, empresas comerciales.

Y, por último, tenemos los recargos que se producen en el caso de contratarse el seguro con más sus beneficios complementarios; o sea: exoneración del pago de

primas y renta en caso de incapacidad total, doble indemnización por muerte por accidente, y participación en las utilidades de la empresa o en el fondo de acumulación.

Sintetizando tenemos que la prima de tarifa estará formada por:

- a) La prima pura.
- b) Proporción sobre gastos generales.
- c) Comisión al agente.
- d) Honorarios médicos.
- e) Comisión de cobranza.
- f) Interés del capital.
- g) Beneficios complementarios:
  - 1.- Exoneración del pago de primas y renta en caso de incapacidad total.
  - 2.- Doble indemnización por muerte por accidente.
  - 3.- Participación en las utilidades o fondos de acumulación.

Por lo que hace a las tarifas utilizadas en nuestro país por las distintas compañías de seguros, ya sean ellas nacionales o extranjeras, puede decirse que reina una verdadera anarquía al respecto.

En efecto, no utilizándose una única tabla de mortalidad por las distintas compañías para el cálculo de sus riesgos, como veremos en seguida al estudiarlas en particular, y no siendo uniformes, por otra parte, los diversos gastos que la gestión y adquisición de nuevos seguros originan a cada entidad, necesariamente han de producirse diferencias que en última instancia irán a incidir sobre las primas, las que así varían, si bien no substancialmente, de compañía a compañía.

Tablas de mortalidad.- Un distinguido actuario escocés, G. Law, ha dicho que:

" El seguro sobre la vida, considerado como negocio, es-  
 " tá fundado sobre el principio de que el número de muer-  
 " tes que pueden ocurrir en un grupo suficientemente nume-  
 " roso de personas, no depende por completo del azar, sino  
 " que está sometido a determinadas leyes que presentan el  
 " grado de uniformidad y exactitud necesarias para suminis-  
 " trar bases de cálculo sobre las cuales pueden arriesgar

" sin temor los aseguradores su capital y los asegurados  
 " el porvenir de aquellos por quien están en el deber de  
 " velar.

" Procediendo de acuerdo con este principio se han cons-  
 " truido tablas de mortalidad, en las cuales, mediante da-  
 " tos tomados en diversos lugares y circunstancias y depu-  
 " rados por procedimientos variados, que representan un ma-  
 " yor o menor grado de exactitud, se da, para un grupo ini-  
 " cial de personas, un número arbitrario, y de una edad da-  
 " da arbitraria también (usualmente la edad 0 que corres-  
 " ponde al instante en que se nace), el número de personas  
 " que sobreviven en cada aniversario y, por consiguiente,  
 " el número de las que han fallecido en el transcurso del  
 " año.

" Tales tablas permiten a las compañías de seguros fijar  
 " las tasas de contribución que corresponde a sus clientes,  
 " y de la suficiencia de la tabla de mortalidad fijada en  
 " cada caso, depende también la suficiencia de las primas  
 " que las compañías cobran a sus asegurados."

Por su parte Jorge King, autor del Text Book de los actuarios ingleses, define la Tabla de Mortalidad diciendo que: "...es el instrumento destinado a medir las probabilidades de vida y de muerte." Y para dar una idea de como puede formarse una tabla de mortalidad, supone un numeroso grupo de recién nacidos, cuya vida va siguiendo hasta la extinción total del grupo.

Es evidente que tal cosa no puede hacerse. Si el referido grupo fuera lo suficientemente numeroso como para que las observaciones hechas tuvieran algún valor (según los postulados de la ley de los grandes números de Poisson), este grupo tardaría alrededor de un siglo en extinguirse. Aparte de la imposibilidad material de seguir sus evoluciones, se presenta un hecho más interesante aún para señalar. Es el siguiente: En una centuria, las condiciones de vida varían substancialmente merced a múltiples causas, unas favorables y otras adversas.

Los adelantos de la higiene, los progresos de la medicina, la realización de obras sanitarias en ciudades y pueblos, han contribuido a alargar la duración de

la vida humana. En cambio, la industrialización creciente, que va transformando a los trabajadores del campo en obreros urbanos; la exacerbación de la lucha por la vida que produce una cierta agitación en los espíritus que termina por desgastar los cuerpos, son causas que disminuyen la vitalidad de la especie.

Es pues, imposible, aun en el caso de que se dispusiera de una población que a ello se prestara, construir una tabla de mortalidad siguiendo un numeroso grupo de individuos desde la cuna a la tumba. Es más, si tal tabla llegara a construirse carecería de valor práctico, al ser terminada, ya que respondería a condiciones de vida sucesivas pero no coexistentes. Sería la historia de una generación, pero no una tabla de mortalidad.

Otros son los procedimientos que han de utilizarse para construir tablas de mortalidad. No vamos a considerarlos aquí, ya que excedería los límites del presente trabajo, pero podemos indicar que, en lugar de tomar un grupo de individuos para seguirlo durante toda su vida, se prefiere determinar, mediante grupos de personas fácilmente observables y respondiendo cada grupo a una edad dada, las probabilidades de vida y de muerte para dichas edades; para luego, de esas probabilidades, deducir el número de sobrevivientes que correspondería a cada edad partiendo de un número inicial que se da de antemano para la edad básica (que puede ser la edad cero).

Las distintas tablas construídas no concuerdan entre sí y es lógico que así suceda. La mortalidad difiere bastante de región a región por razones de clima, cultura, facilidad de medios de subsistencia, etcétera.

Por lo que hace a las utilizadas por las distintas compañías aseguradoras que actúan en nuestro país, las más usuales son las siguientes:

Hm: Healthy men; Om: British Offices Tables; la denominada de "las 17 compañías inglesas"; la semitropical de Hunter y la Makehamized American Table.

Para los seguros rentísticos (rentas vitales) suelen utilizarse las tablas de las compañías francesas.

Tasa de interés. - Como veremos más adelante al estudiar la parte referente a Reservas Matemáticas, la prima pura del seguro -o sea sin considerar los varios recargos que acabamos de estudiar y que unidos a ésta constituyen la prima de tarifa- ha de permitir al asegurador cubrir el riesgo presente, y al mismo tiempo constituir su reserva.

Esta parte de la prima que se destina<sup>a</sup> formar la Reserva y que técnicamente se denomina "Prima de ahorro", debe ser tal, <sup>que</sup> /impuesta a un determinado tipo de interés, en el momento en que haya de hacerse efectiva la respectiva indemnización, ya sea por haberse producido el siniestro o por vencimiento del seguro, equivalga al importe de tal indemnización.

De ahí que las compañías aseguradoras al calcular que parte de las primas cobradas deben destinarse a reservas, han de tener muy en cuenta el tipo de interés a que las mismas han de imponerse, para evitar que un cálculo muy halagüeño respecto de los intereses a conseguir como consecuencia de su inversión, en el momento de hacer frente a las indemnizaciones y por una insuficiencia de reservas, se encuentren abocadas a una delicada situa -

ción que pueda hacer peligrar la estructura económica de la sociedad.

El tipo de interés que se considere para el cálculo de las reservas, ha de estar siempre en relación con el tipo de interés que rija en plaza para las distintas inversiones.

En la Argentina, donde hasta hace muy pocos años imperaban en plaza para las distintas inversiones (títulos públicos, inmuebles, hipotecas, depósitos bancarios a premio, etc.) altos tipos de interés, las reservas se calculaban generalmente al 5%. En la actualidad, como consecuencia de fenómenos económicos de trascendencia mundial tales tipos bajaron y las entidades aseguradoras, con un sano criterio de previsión, rebajaron los tipos utilizados para el cálculo de reservas al 4% y  $3\frac{1}{2}\%$ .

## PARTICIPACIÓN EN LOS BENEFICIOS - FONDOS DE ACUMULACIÓN.

La industria del seguro, como sabemos, puede explotarse siguiendo bien la forma mutualista o ya en forma capitalista, mediante la constitución de sociedades anónimas.

En la actualidad existen las dos clases de sociedades, mutualistas y anónimas y parecería que el tipo de sociedad anónima va sufriendo una evolución, llegando a adquirir un carácter más bien mixto, en el que se contempla la situación del asegurado, para que obtenga también los beneficios que le corresponden de acuerdo a las primas que paga a la compañía.

Este sistema de compañías mixtas, que en el fondo no son más que sociedades anónimas, llega a establecer que una parte de las utilidades de la sección Vida sea distribuída entre los asegurados.

En las sociedades mutualistas, las utilidades se distribuyen entre los mismos asegurados que son a la vez aseguradores.

Entre nosotros existe una fuerte tendencia en el sentido de reconocer la participación de los asegurados en los beneficios de la Sección Vida, ya que un gran número de compañías nacionales y, puede decirse que la totalidad de las extranjeras que actúan en seguros vida en nuestro país, se inclinan en ese sentido.

Donde existe una verdadera anarquía es en lo que respecta al importe que del monto de las utilidades de la sección se destinará al Fondo de Beneficios de los asegurados Vida.

Analizando este punto podemos señalar la

existencia, entre las compañías nacionales, de dos tendencias:

La que nada dice en sus pólizas respecto de la suma que destinará a sus asegurados, limitándose a reconocer el derecho de los mismos a parte de las utilidades de la Sección Vida, que se distribuirán sin su intervención y de acuerdo al respectivo reglamento aprobado por la Inspección de Justicia; y una segunda tendencia que dispone que del total de dichas utilidades la compañía separa el 25% para formar la reserva adicional vida; y del remanente que quedare, denominado "sobrante" se separará el 75% que irá a constituir el Fondo de Beneficios de los asegurados vida.

Por su parte las compañías extranjeras se expiden de la siguiente manera:

Las sociedades francesas establecen en sus pólizas que el referido Fondo se forma con el 50% de las utilidades de la Sección Vida, así como con la diferencia que se produzca a consecuencia de la colocación de fondos de sus sucursales en la Argentina. En cuanto a las entidades británicas y canadienses, nada dicen sobre la formación del Fondo, limitándose a establecer el derecho del asegurado a tales beneficios.

Las compañías que no tienen esta característica mutualista disponen que los asegurados tienen derecho a otros beneficios en forma completamente diferente.

En estas sociedades, independientemente de los resultados industriales, se destina un 10% de las primas cobradas para distribuirse, como una "tontina", entre los asegurados al vencimiento del período de acumulación.

Es una tontina porque consiste en poner un

fondo entre varias personas para repartirlo en una época dada, con sus intereses, entre los que hayan sobrevivido. Esto es lo que se titula Fondo de Acumulación, y se forma con el 10% de las primas cobradas en el ejercicio y el 4% de interés sobre lo ya acumulado.

Los asegurados que forman esa tontina son divididos en grupos, y no se mezclan los de un grupo con otro a los efectos de la distribución. Esta distribución se efectúa al vencimiento del período de acumulación, entre todos los asegurados supervivientes. Si uno de los asegurados deja de pagar sus primas, pierde todo derecho al Fondo de Acumulación, que queda para beneficiar a los otros.

Si no quedara ningún asegurado vivo de los que componen ese grupo, al fin del período de acumulación, el importe del fondo deberá ser distribuido entre los demás grupos.

El Fondo de Beneficios ya constituido y el Fondo de Acumulación, son completamente independientes de los resultados industriales, de manera que la compañía puede perder pero en ningún caso puede disponer de tales fondos para distribuir utilidades o emplearlos en el pago de siniestros.

RESERVAS MATEMÁTICAS. PRIMAS. RIESGOS. TRANSFORMACIONES.

Para poder explicarnos la necesidad de las compañías de seguros de constituir reservas, debemos estudiar por un momento la curva de la mortalidad y las primas cobradas por las compañías en ocasión de la contratación de un seguro.

Si representamos gráficamente en un sistema de ejes cartesianos la curva de la mortalidad, veríamos que ésta es muy alta para las edades inferiores, que baja hasta casi estabilizarse para las edades medias, para luego volver a subir en forma pronunciada en las edades superiores de la vida.

Es decir, entonces, que los riesgos que corre la compañía aseguradora, que, como es lógico, siguen la curva de la mortalidad, son mayores al principio, menores en la parte media y vuelven a ser mayores en la parte final de la curva.

Las primas a cobrar entonces, que siempre están en proporción directa al riesgo, es decir, a menor riesgo menor prima y a mayor riesgo mayor prima, seguirían también la curva de la mortalidad y serían altas para las edades primeras, bajas para las edades medias y nuevamente altas para las edades superiores de la vida. En esta forma tendríamos que, para las edades medias cuando el hombre joven y fuerte no siente la necesidad del seguro de vida, se aplican primas bajas; y para las edades superiores cuando se siente ya la necesidad ineludible de un seguro de vida, primas altas, que aumentarán hasta llegarse a hacer prohibitivas a medida que aumente la edad.

Para subsanar este inconveniente las compa-

ñías aseguradoras cobran una prima fija, constante, intermedia, que cubre con exceso el riesgo en las edades medias, pero que no lo alcanza a cubrir en las edades superiores. Ahora bien; esa prima cobrada en las edades medias se divide en prima de riesgo y prima de ahorro que como su propio nombre lo indica, se utilizan: la primera, para cubrir el riesgo efectivo; y la segunda, que se guarda para que cuando la prima no alcance a cubrir el riesgo real la compañía no quede en descubierto y tenga de que echar mano.

Estas reservas de la Sección Vida se calculan matemáticamente, mediante cálculos actuariales, de ahí su nombre: Reservas Matemáticas.

Préstamos.- Es esta otra de las operaciones que se realizan, por regla general, entre aseguradores y asegurados, tomando el primero como garantía las propias pólizas de vida, siempre que se hayan abonado por lo menos tres anualidades. El importe de los préstamos es el mismo valor de rescate, también deducidos los gastos de adquisición no amortizados.

El préstamo es renovable y si no hubiera sido cancelado a la fecha de la liquidación de la póliza, su importe se deducirá de la suma liquidada.

Rescate.- En forma general y uniforme las compañías aseguradoras permiten que sus asegurados efectúen el rescate de sus pólizas, entregando al asegurado que lo pide el 90% o 95% del valor de la reserva de su póliza, menos los gastos no amortizados. Es decir, que del valor del rescate se deducen los gastos de adquisición que aun quedan por amortizar.

Transformaciones.- Son las que tienen por objeto el cambio de un plan de seguro por otro.

Se realizan en la siguiente forma: acreditándose el valor del rescate y cobrándose por la reposición de las reservas del nuevo plan.

Existen asimismo otras transformaciones que son las de Póliza saldada y Póliza prorrogada que trato se paradamente a continuación:

Póliza Saldada: Sea el caso, por ejemplo, de un asegurado que habiendo contratado un seguro por un tiempo y capital determinado, en un momento dado no quiere o no puede pagar más primas, pero tampoco quiere perder su seguro. En ese caso se salda su póliza, es decir, que sin pago ulterior de primas la compañía le concede una póliza saldada, por igual tiempo al del seguro anterior, pero por un capital menor, proporcional al monto de las primas pagadas.

Póliza prorrogada: Nos encontramos con un caso análogo al anterior, sólo que aquí, el asegurado desea que su seguro sea por el mismo capital que el anterior, en cuyo caso la compañía así se lo concede, pero por un tiempo menor calculado por el actuario de la compañía.

Para poder optar por cualquiera de estas dos soluciones, tanto para poder obtener una póliza saldada como una póliza prorrogada, es menester que el asegurado haya satisfecho por lo menos el importe de tres anualidades.

Cambio de beneficiario: El asegurado podrá en cualquier momento, durante la vigencia de la póliza, cambiar de beneficiario o beneficiarios, siempre que lo solicite por carta, enviando la póliza para su respectiva constancia.

PAGO DE LA SUMA ASEGURADA.

Las compañías nacionales de seguros, si se exceptúan pequeñas diferencias, más de forma que de fondo, y que no llegan a significar una alteración en el espíritu de sus disposiciones, se expiden uniformemente sobre el tema.

Así establecen que en caso de liquidación de la póliza la compañía cumplirá con las obligaciones asumidas en virtud de la misma, en la época y condiciones especificadas en dicho contrato, luego de haber recibido y aprobado en su sede social los documentos que considere necesarios para justificar la reclamación de cualquier importe.

Si el pago del seguro fuera motivado por fallecimiento del asegurado, junto con la póliza deberán acompañarse las pruebas legalizadas de su muerte y una certificación del médico que lo hubiera asistido, relativa a la naturaleza de la enfermedad o accidente ocurrido y que hayan originado el deceso. Se utilizarán a tal fin los formularios que en cada caso facilitará la compañía.

Toda suma adeudada a la compañía, incluso cualquier prima o fracción de prima que faltare para completar la del año del seguro en que ocurriese el fallecimiento del asegurado, siempre que en ese momento se hallare la póliza en vigor, será deducida de toda liquidación de la misma o privilegio que de ella provenga.

Las compañías extranjeras que actúan en nuestro medio, limitan generalmente sus disposiciones a establecer que cuando en virtud de la póliza hubiera que abonar cualquier suma al asegurado o a sus beneficiarios, se deducirá de dicho importe toda cantidad que se adeudara a la compañía en relación con la póliza.

CONVENIOS SOBRE REASEGUROS.

Conocemos perfectamente el objeto de los reaseguros.

Cuando a una compañía se le propone un seguro cuya cantidad es mayor que los que asegura habitualmente, reasegura el excedente con el objeto de que si se produjese el siniestro, no le traiga inconvenientes.

Las compañías de la Argentina, fijado matemáticamente su pleno, reaseguran todo importe que exceda del mismo, velando así por la integridad económica-financiera de la entidad.

La compañía reaseguradora responde en todos los conceptos, tal como el propio asegurador ante sus asegurados.

Por regla general queda depositada en la compañía aseguradora la reserva que corresponde al reaseguro.

CAPÍTULO TERCERO

FISCALIZACIÓN

-.-.-.-.-

- a) Diferentes tendencias sobre fiscalización.
- b) Evolución legal en materia de fiscalización.
- c) Principios fundamentales de toda ley de fiscalización.
- d) El sistema de la concesión.
- e) El sistema de la publicidad.
- f) La inspección material en el seguro y responsabilidad que ello implica para el Estado.
- g) Agrupaciones características.
- h) La fiscalización en nuestro país.

--oo000--

DIFERENTES TENDENCIAS SOBRE FISCALIZACIÓN.

Las sociedades anónimas son fiscalizadas con carácter jurídico, no distinguiéndose entre ellas cualquiera sea su actividad.

Ahora bien, el régimen moderno de fiscalización de la sociedad anónima tiende a establecer a ese respecto una cierta diferenciación. Consiste en la prescindencia por parte del Estado de inmiscuirse en los negocios de todas aquellas sociedades que no manejen fondos ni intereses de terceros. Se limita a ejercer una simple fiscalización, ya que no hay más intereses en juego que los de los propios accionistas y de terceros acreedores, que se encargarán de averiguar por sí mismos si les conviene o no contratar con tal o cual compañía.

Pero la fiscalización debe adquirir un carácter especial cuando se trata de entidades que tienen a su cargo el cumplimiento de actos de servicios públicos. De ahí el contralor especial que debe ejercerse sobre Los Bancos,

Sociedades de Seguros, Empresas de Transportes, etcétera. Este control no se realiza por la forma de la sociedad, sino por el fondo de sus operaciones.

La función del Estado tiende a salvar la falta de intervención que debe corresponder al asegurado en las empresas de seguros, principio que tiene su excepción en las compañías mutualistas donde el propio asegurado es el que gobierna, caso este que justifica su distinto régimen de fiscalización.

Pero el principio de la fiscalización de las compañías aseguradoras por el Estado tiene también sus detractores. Para éstos, la mejor fórmula está en que aquél se inmiscuya lo menos posible en el seguro, absteniéndose, no solo de explotarlo por su cuenta, sino de dar normas o reglas para las empresas privadas que lo exploten, dejando librados a la voluntad de asegurador y asegurado los contratos que celebren.

A su vez, entre los partidarios de que el Estado intervenga en el seguro imperan distintos criterios en lo tocante a la forma y, sobre todo, a su alcance, distinguiéndose desde el sistema de mínimo, que significa la menor intervención por el Estado, hasta el sistema de monopolio, que es el máximo posible de control.

#### EVOLUCIÓN LEGAL EN MATERIA DE FISCALIZACIÓN.

La legislación con respecto al seguro ha experimentado, en un tiempo relativamente reducido, cambios de importancia.

Siglos atrás, las leyes en materia de inspección de seguros se limitaban a prohibir que se formalizaran determinados seguros, por no atribuirles valor económico al-

guro y considerándolos solamente producto de la especulación.

Tiempo después, cuando cayeron en desuso la mayoría de las prohibiciones que trababan su desarrollo y el seguro hizo mayores progresos, se lo consideró como un medio de conseguir beneficios para el erario público y la legislación adquirió un carácter puramente fiscal.

Una tercera etapa, que no cuenta aún un siglo, la constituyen las disposiciones legales tendientes a garantizar el cumplimiento, por parte de la compañía aseguradora, de los compromisos contraídos. Y, finalmente, se suman a ello las tentativas del Estado tendientes a afianzar los intereses económicos de la generalidad, como asimismo del seguro y en los últimos tiempos, de los empleados del seguro.

Es, dentro de esa tercera etapa que acabamos de mencionar, cuando nace, puede decirse, el verdadero concepto de la fiscalización del seguro, concepto que se extendió rápidamente por todos los países del mundo, en forma tal que aun aquellos que se consideraban entre los más liberales, verdaderos baluartes de la competencia libre y sin trabas, distaron lejos al respecto que se distinguían por lo rigurosos.

Un ejemplo concreto de lo que antecede lo tenemos en los Estados Unidos de Norte América, donde encontramos principios tendientes a fiscalizar el Estado el funcionamiento de las compañías de seguros, a partir de los años 1840 y 1850. También en determinadas naciones europeas, entre ellas Alemania, Francia, Austria, etc., se encuentra a mediados del siglo pasado, la existencia de una legislación sobre seguros que establece la inspección de las empresas por el Estado, en la misma forma que la ya mencionada.

En oposición a la tendencia enunciada se dis-

tingue un sistema mucho más tolerante cuya patria es Inglaterra y que data de 1870 y se ha mantenido, claro está que con modificaciones, hasta la actualidad ya que un proyecto presentado en 1917 tendiente a establecer un riguroso control no fué sancionado.

Este sistema se limita a ordenar una amplia publicidad para las rendiciones de cuentas de las entidades aseguradoras, que aparezcan sus memorias y balances refrendados con el visto bueno de un contador-auditor y que se constituya la compañía de acuerdo con la ley de compañías generales, prescribiendo determinadas cauciones que garanticen el cumplimiento de sus contratos.

Durante el transcurso de la cuarta etapa enunciada, que se inicia con la guerra mundial en 1914, y especialmente a la terminación de ésta, se nota en casi todos los países del mundo una tendencia a aumentar el rigorismo de la legislación en materia de seguros, preferentemente en la parte que se refiere a inversiones, siendo muchos los países que disponían que el capital de toda empresa aseguradora debía colocarse especial o exclusivamente en valores nacionales.

Corrobora la manifestación precedente el hecho de que durante el lapso comprendido entre los años 1922 y 1934, solo en Europa 13 países modificaron su legislación en la parte referente a seguros, tales: Inglaterra, Portugal, España, Italia, Suiza, Alemania, Polonia, Hungría, Bulgaria, Rumanía, Bélgica y Finlandia.

#### PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE TODA LEY DE FISCALIZACIÓN.

Un cuando los problemas respecto de la fiscalización de las empresas de seguros por el Estado, no difie-

ren mayormente en los distintos países, la solución de los mismos presenta diferencias notables según sean la psicología y las circunstancias económicas, políticas y culturales de cada nación.

Ello no obstante, como principios fundamentales de toda ley de fiscalización podemos enunciar los siguientes: factores que se requieren para que una empresa pueda realizar negocios de seguros; condiciones que deben llenarse en cuanto a su estatuto; bases técnicas y financieras que se juzguen necesarias para asegurar su subsistencia; principios que deberá observar en la administración de su patrimonio; forma de sus rendiciones de cuentas, balances y memorias; publicidad de los hechos más importantes de su vida comercial y situación económico-financiera; y, por último, la forma como deberá llevarse a cabo la inspección por parte del Estado.

#### EL SISTEMA DE LA CONCESIÓN.

El sistema de intervención directa por parte del Estado en las empresas de seguros, llamado sistema de la concesión, es aquél en virtud del cual se confiere a las entidades aseguradoras la facultad de asegurar, como si el seguro no constituyera un acto de comercio libre, sino un acto tal que necesitara permiso previo para poder realizarse. En virtud de esta concesión que se emplea como término común, surge una especie de convenio entre la empresa y el Estado por el cual la primera se obliga a suministrar a este último todos los elementos que necesita para controlar la marcha de sus negocios. Este sistema da al Estado el máximo de facultades, ya que en cualquier momento puede compulsar la totalidad de las operaciones de las distintas em-

presas, examinar sus planes de seguros, verificar el cálculo de sus reservas, etcétera.

Este sistema de la concesión se basa en el hecho de considerar que el desarrollo próspero y amplio del seguro es materia de interés público y corresponde al Estado ejercer estrecha vigilancia en este terreno. En primer término por la gran importancia económica, social y ética del seguro. Por otra parte, por el gravísimo perjuicio que para el público significaría un abuso de las empresas aseguradoras, peligro tanto más de temer cuanto que la mayoría de las personas -aun aquellas de cultura relativamente elevada- no están en condiciones de reconocer por sí mismos en forma indubitable y sin ayuda ajena, cuales son las entidades en las que se podría confiar.

No es solo el monto de las sumas invertidas en el seguro lo que motiva el importantísimo papel que el mismo desempeña en la vida económica de todos los pueblos civilizados. No hay que olvidar que constituye un importante factor de progreso que contribuye al bienestar económico y moral del pueblo, ya que no solamente repara el daño material que el asegurado pueda haber sufrido en su patrimonio, sino que el seguro de vida constituye, además, una exteriorización de amor hacia los que de él dependen, significando para el interesado liberarse de una preocupación constante para el futuro.

Estas características que distinguen al seguro de las demás industrias comunes, que producen y ponen a disposición del público cualquier otra clase de bienes materiales, son las que influyen para que el Estado dedique especial atención a sus particularidades.

A esto debe agregarse que la organización del seguro necesita de la confianza de la población quizás más que cualquier otra industria, pudiendo llegar a juzgar un papel preponderante en la vida de aquellos pueblos que le dispensan esa confianza. Si ésta quedara defraudada como consecuencia de turbios manejos por parte de una empresa, no son solo los asegurados defraudados o la entidad que perdió la confianza de sus asegurados los que sufren las derivaciones. Tal hecho se reflejará en toda la población, que se vuelve recelosa y puede llegar hasta el extremo de renunciar a utilizar las ventajas del seguro, incidiendo, asimismo, sobre las compañías aseguradoras, aun sobre aquéllas que se consideraban las más sólidas y mejor constituidas.

Infinidad de personas al celebrar su contrato confían en que la compañía con la cual lo hacen podrá y querrá, en su oportunidad, prestarles la ayuda necesaria -objeto del contrato- y que no se basará en su superioridad con respecto a la ignorancia del asegurado para desvirtuar, mediante cláusulas contractuales que constituyen un ardid, el justo derecho a indemnización que le asiste.

La circunstancia apuntada se pone aún más de relieve en la rama del seguro que estudiamos, con sus pólizas a largo plazo, donde el tomador confía a la compañía, durante toda su vida o por largos años, sus ahorros, en la confianza de que esos fondos serán honestamente manejados y destinados a cumplir el objeto fijado.

No existe, por ende, estado civilizado que lógicamente no sienta un vivo interés en proteger esa confianza que sus ciudadanos depositan en la institución del seguro.

## EL SISTEMA DE LA PUBLICIDAD.

El sistema de la publicidad establece como única inspección para las compañías de seguros la obligación de publicar periódicamente todos sus actos, en la forma que establece la ley y siguiendo sus indicaciones.

Los partidarios del sistema de la publicidad entienden que el mismo entraña una protección importante y también suficiente para el público, ya que esta forma invita y hace posible la crítica general de la compañía y de su trabajo, evitándose procedimientos incorrectos, además de facilitar la orientación de los probables asegurados.

No hay duda que la publicidad es factor de importancia suma para que el seguro se mantenga sobre bases sanas; pero la publicidad por sí sola, sin la simultánea intervención del Estado, difícilmente bastará para los fines indicados.

Por otra parte, no puedo dejarse de señalar que las extensas publicaciones de una compañía de seguros, no serían lo suficientemente claras y accesibles a la gran masa de asegurados si tuvieran, por sí solos, que formar su criterio sobre las entidades existentes, tanto más cuanto que tales informaciones no permiten, ni aun al técnico experto, sino un juicio condicional sobre si una compañía es o no digna de confianza.

En efecto, quién garante, si faltan las correspondientes prescripciones legales, que el plan de trabajos que se da a publicidad se cumplirá estrictamente en el transcurso de los años? Quién garantiza que los datos consignados en las publicaciones responden a la realidad y son los que figuran en los libros de las compañías?

De aquí resulta claramente la insuficiencia de un sistema que se limite pura y exclusivamente a la publicidad. Para que sea realmente eficaz habrá que acondicionarle el respectivo control por parte del Estado que garantice la exactitud de las publicaciones.

LA INSPECCIÓN MATERIAL EN EL SEGURO Y RESPONSABILIDAD QUE ELLO IMPLICA PARA EL ESTADO.

De las precedentes consideraciones surge que motivos de las más diversas índoles son los que conducen al sistema de la inspección material del seguro por el Estado.

Esta inspección tiene como norma, en primer término, impedir la constitución de compañías sindicadas de antemano como indignas de confianza. En segundo término actúa en forma tal que permite a las autoridades del ramo no perder de vista la organización general de las compañías, controlando que no se aparten de los planes autorizados e impidiendo se cometan abusos de cualquier índole que puedan significar un daño para los asegurados.

Cuando una alteración de alguno de los factores que intervienen en la explotación del seguro, como por ejemplo los cambios o el tipo de interés, lo hace necesario, la inspección debe intervenir actuando de manera tal que mediante una reforma de las bases técnicas y financieras del negocio la compañía pueda subsistir.

Por último, en los casos en que no obstante toda la actividad desplegada no pueda evitarse el derrumbe del negocio, la inspección deberá intervenir a su tiempo para ponerle fin, cuidando de que su liquidación se efectúe correctamente, respetando los intereses de todos.

No hay duda de que la misión que tiene a su cargo la inspección del Estado es extraordinariamente delicada y de gran responsabilidad. De ahí que en algunos casos no pueda esperarse el cumplimiento en forma absoluta de esta fiscalización, pero el hecho de que en tales casos debamos conformarnos con simples éxitos parciales, no autoriza a concluir que las autoridades oficiales no sean aptas para efectuar la inspección del seguro. Un organismo del Estado, integrado por técnicos especializados, está siempre en mejores condiciones que el público en general para descubrir y prevenir abusos. Esto no quiere decir que deba menospreciarse a la crítica privada, la que puede actuar en forma paralela al control del Estado, contribuyendo muy eficazmente a mantener el seguro sobre una base digna de confianza.

#### AGrupACIONES CARACTERÍSTICAS.

Un examen detenido de la legislación mundial de inspección nos permite distinguir cinco grupos característicos:

- 1<sup>a</sup>.- El grupo de derecho inglés. Lo forman Gran Bretaña e Irlanda y un núcleo de dominios ingleses.
- 2<sup>a</sup>.- El grupo de derecho francés. Está constituido por la mayoría de los países de origen latino y Holanda.
- 3<sup>a</sup>.- El grupo de derecho germano, al que pertenecen Suiza, Austria, Alemania y la mayoría de los países del Norte y Centro de Europa, así como alguno balcánico.
- 4<sup>a</sup>.- El grupo constituido por Estados Unidos y Canadá.
- 5<sup>a</sup>.- Un quinto grupo de países cuya legislación adopta características especiales que no permiten que se la incluya en ninguno de los anteriores.

Veamos ahora, en términos generales, que forma reviste la inspección dentro de cada uno de estos grupos genéricos.

Dentro del sistema inglés las sociedades deben limitarse a constituirse de acuerdo a los requisitos de la ley de compañías generales y a efectuar un depósito de garantía para responder en forma subsidiaria, como una fianza, al cumplimiento de sus contratos. Su única obligación consiste en publicar periódicamente todos sus actos como lo establece el Ministerio de Comercio, según sus indicaciones. Estas memorias y balances son publicadas con el visto bueno de contadores auditores, que gozan en Gran Bretaña de gran prestigio y renombre, pudiendo darse absoluta fe a sus aseveraciones, ya que cualquier transgresión significaría para ellos la pérdida de su reputación, así como el final de sus funciones de técnicos auditores, aparte de la correspondiente responsabilidad criminal. La idiosincrasia del pueblo inglés permite que este sistema haya dado hasta la fecha excelentes resultados.

Los demás núcleos característicos ya mencionados difieren de manera fundamental del grupo de derecho inglés, que adopta el sistema de la publicidad. Todos siguen el sistema de la concesión o sea de la intervención directa del Estado, variando, únicamente, en lo que a la forma y alcance de tal intervención se refiere.

En el grupo francés tal intervención se realiza directamente por el Ministerio respectivo, mediante la llamada Junta Consultiva, de la que depende el personal técnico especializado encargado de vigilar que las distintas empresas den cumplimiento a las disposiciones legales. Esas

exigencias tienen por objeto llegar a establecer si la compañía aseguradora se encuentra capacitada para el desempeño de su cometido, mediante el análisis de los distintos planes de seguros, pólizas, condiciones a que han de someterse los contratos, normas para el cálculo de reservas, etc. y por último, después de establecidas estas condiciones de orden técnico la sociedad debe comprobar su capacidad financiera para asumir su función aseguradora.

Respecto del sistema germano, tenemos la Ley Suiza de 1865, ampliada en 1920, que se refiere a la fiscalización y garantías que deben dar las compañías de seguros.

La ley suiza confiere al Consejo Federal, cuerpo colegiado, todas las facultades de intervención y fiscalización de las compañías de seguros. Los poderes del Consejo Federal están especificados en forma genérica y su fin primordial es el de reglamentar la ley por medio de ordenanzas, para darle un máximo de precisión y alcance.

Tenemos luego el sistema seguido por los países anglo-americanos, especialmente Estados Unidos, donde como consecuencia de su federalismo, cada estado tiene su propia legislación en materia de seguros. Se destacan por su minuciosidad y perfeccionamiento la de los estados de Nueva York y Massachussets, habiendo llegado este último a dictar un cuerpo legal, de perfección casi inigualable por otro país dentro de los que dictan leyes de carácter minucioso.

En los Estados Unidos todo lo que se refiere a la fiscalización de empresas de seguros está en manos de un funcionario denominado generalmente Superintendente, el que tiene a su cargo la aplicación de la ley respectiva. Todos los años el Superintendente tiene la obligación de dar

cuenta a la legislatura estadual de la aplicación que haya dado a la ley, así como de las modificaciones que crea necesarias para un mejor contralor. Estos consejos generalmente se convierten en ley; y en esa forma es como se ha ido formando un cuerpo legal extenso y minucioso.

También anualmente los Superintendentes de los diversos estados suelen reunirse a efectos de cambiar ideas, exponer sus puntos de vista y tratar de llegar, dentro del régimen de los Estados Unidos, a una uniformidad en la fiscalización por el Estado.

Cuando alguna compañía aseguradora se siente afectada por lo que ella cree una arbitrariedad por parte del Superintendente al aplicarle la ley, puede interponer recurso de apelación por ante la Suprema Corte de Justicia, que es la que resuelve en definitiva estas cuestiones, a fin de evitar cualquier clase de abusos.

Y por último, como una modalidad aparte, está el sistema de monopolio del Estado, tendencia que llegó en cierto momento a consagrarse como en el caso de Italia y Uruguay.

En el primero de estos países, con la creación del Instituto Nacional de Seguros se llega a establecer una especie de monopolio de todos los seguros; pero la ley que creaba tal monopolio fué derogada posteriormente, dejando, sin embargo, subsistir al Instituto, que emite pólizas en competencia con las compañías privadas.

En el Uruguay, el Banco de Seguros del Estado -creado por la ley que establece el monopolio de los seguros, dejando no obstante subsistir a las compañías extranjeras actuantes a la fecha de su promulgación- no ha dado

Los resultados que se esperaban, máximo si se tiene en cuenta que su creación fué un tanto original. La misma se debió al deseo de obtener un lucro para el estado, lo que constituye su defecto primordial. Si se llega a nacionalizar el seguro, ello será debido a que se lo reconoce como institución de protección social a la que hay que defender, al mismo tiempo que se trata de poner al alcance de todos mediante su producción a un costo mínimo. El Uruguay no ha orientado el problema con ese criterio. De ahí que el seguro no ha llegado a tener el desenvolvimiento que hubiera correspondido a una iniciativa de esa naturaleza. Sus pólizas no han evolucionado y permanecen en un estancamiento que no les permite sostener el parangón con las de aquellos países donde existe una amplia libertad en materia de contratos de seguros.

#### LA FISCALIZACIÓN EN NUESTRO PAÍS.

Muy brevemente veremos este tema, ya que el régimen legal de los seguros en nuestro país, tanto en lo que se refiere a las empresas como a los contratos, es materia de estudio en los capítulos respectivos.

No existe una ley que establezca en forma precisa todo lo referente a fiscalización de empresas de seguros y estudio de sus contratos. Como sociedad anónima de carácter general, era hasta hace muy poco tiempo controlada por la Inspección General de Justicia, si bien es cierto que esta fiscalización era más formalista que real, ya que el respectivo decreto reglamentario de las funciones de la Inspección, establece que el hecho de remitir los balances a esta dependencia oficial y su posterior publicación por la

nisma "no significa que sus datos sean exactos, sino que la compañía está autorizada para funcionar." Era un mero régimen de publicidad con menos exigencias aún que el inglés.

Ahora, el organismo encargado de fiscalizar la actuación de las compañías aseguradoras es la Superintendencia de Seguros, dependiente del Ministerio de Hacienda, creada por decreto en Junio 21 de 1937.

Respecto de las razones que motivaron la creación de ese organismo, en los considerandos del decreto ya mencionado, se establece que "siendo las sociedades de seguros entidades esencialmente financieras que reciben los ahorros del público para la constitución de los diferentes seguros, debiendo posteriormente administrar las reservas pre establecidas por los cálculos actuariales, es obligación de las mismas invertir dichas reservas con excepcional prudencia y seguridad, siendo deber del Estado examinar la posibilidad de realización de los cálculos y planes de seguros, la colocación de las reservas, los resultados periódicos de esas administraciones y la correcta publicidad de todos aquellos datos que demuestran el desenvolvimiento y estado de estas sociedades, para que su prestigio resulte indudable y estimule la contratación de nuevos seguros."

Continúa diciendo más adelante, que hasta el presente las compañías de seguros eran controladas por la Inspección General de Justicia, con un criterio más bien formal por su carácter de sociedades anónimas, pero que esas sociedades exigen al Estado una fiscalización especializada, ya que acumulan y administran ahorros populares que les son entregados con fines de máxima previsión.

Y termina diciendo que nada obsta dentro de

la legislación actual para que se organice la Superintendencia de Seguros, dependiente del Ministerio de Hacienda de la Nación, máxime si se considera que tal organismo técnico está indicado por la legislación comparada y está previsto entre las disposiciones del despacho producido por la Comisión de Códigos del Honorable Senado, en el proyecto de ley orgánica de seguros.

En el cuerpo del decreto y a través de sus diferentes artículos se determina, previamente, cuales serán los fines y atribuciones de la Superintendencia, disponiéndose a esos efectos que a ella le corresponderá: "controlar y fiscalizar la organización, funcionamiento, solvencia y liquidación de las sociedades de seguros, en todo lo relacionado con su régimen económico y, especialmente, los planes de seguros, tarifas, modelos de contratos, balances, funciones y conducta de los agentes o intermediarios y publicidad en general."

Para seguidamente a tratar de la composición de dicho organismo y al efecto dispone que el mismo estará bajo la dirección de un funcionario con la denominación de Superintendente, quien tendrá a sus órdenes al personal técnico necesario para el desempeño de sus funciones. El Superintendente actuará asistido por un Consejo Consultivo compuesto por 5 miembros nombrados por el Poder Ejecutivo, a propuesta de los aseguradores.

Se refiere después a la forma como ha de desarrollarse su acción la Superintendencia, durante el curso de la vida económica de cada entidad aseguradora. Así trae disposiciones referentes a la actuación de aquel organismo al fundarse una sociedad de seguros; durante el desarrollo de

su actividad y, por último, si llegara el caso, al proceder se a su liquidación.

Si como consecuencia de sus inspecciones la Superintendencia comprobara irregularidades en el manejo de cualquier compañía, que presuntivamente constituyeran delito, pasará de inmediato los antecedentes al Fiscal en turno para que inicie las actuaciones correspondientes. Además, la infracción a cualquiera de las disposiciones contenidas en el decreto que comentamos puede dar lugar, según sea su gravedad, al apercibimiento y también al retiro temporal o definitivo por parte del P.E. de la autorización para funcionar.

Es facultad de la Superintendencia dictar las providencias necesarias para hacer efectivo lo dispuesto en este decreto y los que en adelante se emitan. Las actuaciones originadas por hechos controvertidos entre la Superintendencia y una sociedad aseguradora, se abrirán a prueba por el término indispensable y de las resoluciones que aquélla dicte podrá recurrirse ante el Ministerio de Hacienda.

Finalmente se ocupa este decreto de las personas que actúan como agentes de seguros de vida, estableciendo que habrán de inscribirse en un registro especial de la Superintendencia. Las entidades aseguradoras únicamente podrán realizar sus operaciones por intermedio de agentes inscriptos en el registro. La violación del agente a cualquiera de las disposiciones a que está obligado a ajustarse dará lugar a su suspensión por la Superintendencia o a que se revoque su inscripción.

CAPÍTULO CUARTORÉGIMEN LEGAL DE LAS EMPRESAS DE SEGUROS  
-.-.-.-.-

- a) Instituciones comprendidas.
- b) Autorización.
- c) Organización.
- d) Funcionamiento.
- e) Reservas. Su inversión.
- f) Vigilancia e inspección.
- g) Disolución.

--ooOoo--

Nada dice nuestro Código de Comercio referente a las empresas de seguros, ya que sus disposiciones sobre la materia se limitan pura y exclusivamente a legislar sobre contratos de seguros y respecto de las relaciones que éstos crean para las partes contratantes, asegurador y asegurado.

Esta deficiencia de carácter legal, sin solución hasta tanto no se dicte en nuestro país la ley orgánica de seguros, se subsana en parte aplicando a las entidades aseguradoras las disposiciones legales referentes a las sociedades en general y en particular, aquellas que les correspondan por la forma de constitución que adopten (sociedad colectiva, en comandita, cooperativa, anónima, etc.); y también mediante la inserción de disposiciones al respecto en diversas leyes, tales como las que atañen a la publicidad de balances que contienen las leyes 5125 y 6788 o por medio de decretos dictados a esos efectos. Vervigracia: decreto sobre transferencias de carteras; decreto sobre conta

bilización de ciertas operaciones y sobre constitución y contabilización de las reservas; decreto 108295 de creación de la Superintendencia de Seguros y decreto 25550 reglamentario del Régimen Legal de la Superintendencia. Estos dos últimos de extraordinaria importancia, pues llenan casi el vacío que la falta de la premoncionada ley orgánica de seguros ha producido en nuestra legislación.

De manera, entonces, que para referirnos al régimen legal de las empresas de seguros del país tendremos que consultar previamente las disposiciones que sobre sociedades trae el Código de Comercio, completándolas, en cada caso concreto, con lo dispuesto por las leyes y decretos citados, para poder luego compararlas con las legislaciones extranjeras.

#### INSTITUCIONES COMPRENDIDAS.

En nuestro país, el decreto 25550 considera obligadas a cumplir las disposiciones del "Régimen Legal de Superintendencia de Seguros" y las que se dicten en su consecuencia, a las entidades tanto nacionales como extranjeras que realicen cualquier género de operaciones de seguros en el territorio de la República, ya sean sociedades anónimas, cooperativas, de seguros mutuos, mutualidades de seguros, o personas o sociedades de cualquier otra naturaleza jurídica.

Dichas entidades -continúa diciendo- deberán dedicarse, en forma exclusiva, a operar en seguros y administrar los bienes en que tengan invertido el capital y las reservas.

La ley suiza, como la argentina, considera

sujetas a sus disposiciones a todas las empresas privadas en materia de seguros que quieran operar en Suiza, con la sola excepción de aquellas asociaciones cuyo campo de acción se halle localmente limitado, tales como las cajas de socorros en caso de enfermedad, fallecimiento, etcétera.

Las leyes mejicana y francesa son más minuciosas en sus disposiciones -sobre todo la primera- y disponen respectivamente lo siguiente: La ley mejicana dice:

- " Son instituciones de seguros:
- " Las instituciones nacionales de seguros;
- " Las sociedades mejicanas autorizadas para practicar alguna o algunas de las siguientes operaciones de seguros
- " a) Vida. b) Accidentes y enfermedades. c) Responsabilidad civil y riesgos profesionales. d) Marítimo y transportes. e) Incendio. f) Agrícola. g) Automóviles. h) Diversos.
- " Las sucursales de empresas de seguros extranjeras autorizadas para operar en la República conforme a esta ley.

A continuación define cuales son compañías nacionales de seguros y dispone que las mismas se registrarán por sus leyes orgánicas en los casos no previstos por la ley, prohibiendo el uso de la palabra "nacional" a toda entidad que no lo sea realmente.

Respecto de las sucursales de sociedades extranjeras las obliga:

- 1ª.- A cumplir con las disposiciones sobre Sociedades Extranjeras contenidas en la Ley General de Sociedades Mercantiles.
- 2ª.- A fijar el capital con que trabajarán en el país.
- 3ª.- A obtener la respectiva autorización del Gobierno Federal.

No considera comprendidas a las cajas o uniones profesionales que otorguen beneficios hasta de:

\$ 1.000.-m/n.en caso de muerte o \$ 60.- de renta mensual como máximo.

La ley francesa determina que están com-

prendidas en sus disposiciones:

- a) Las empresas que contraigan obligaciones cuya ejecución dependa de la duración de la vida humana (con excepción de aquéllas que se rigen de acuerdo a disposiciones especiales).
- b) Las compañías de seguros de nupcialidad y natalidad, las sociedades de capitalización y las de ahorro.
- c) Las compañías de seguros de todas las especies, excepto aquéllas que tienen por objeto exclusivo la realización de seguros marítimos y las empresas únicamente reaseguradoras.

A continuación establece que las operaciones antes mencionadas, así como las de seguros marítimos y reaseguros podrán ser realizadas en Francia y en Argelia por sociedades anónimas, sociedades en comandita por acciones y mutualidades.

#### AUTORIZACIÓN.-

En nuestro país el decreto ya mencionado dispone que a los fines del reconocimiento o retiro de la personería jurídica, constitución de representantes, aprobación o reforma de los estatutos de las sociedades de seguros, cuando corresponda resolver al P.E. la solicitud deberá elevarse a la Superintendencia, acompañándose, según sea:

- a) Copia autenticada del acta constitutiva de la sociedad y de la asamblea que aprobó o modificó los estatutos o designó autoridades.
- b) Copia autenticada de los Estatutos cuya aprobación se solicita.
- c) Nómina de socios o accionistas con la especificación de las acciones suscriptas por cada uno y cuotas pagadas.
- d) Certificado del Banco de la Nación Argentina sobre el capital depositado a la orden conjunta de la sociedad y la Superintendencia; y la comprobación del patrimonio de las sociedades de seguros mutuos y de las mutualidades de seguros en su caso.
- e) Reglamentos, planes de seguros, pólizas, tarifas,

tablas de cálculo, etc. que se piense aplicar.

- f) Poderes y domicilio del representante de la sociedad.
- g) En caso de disolución, copia autenticada del acta de la Asamblea.
- h) Demás elementos de juicio que juzgue oportuno solicitar la Superintendencia.

En cuanto a las sociedades extranjeras de seguros, para poder actuar en la Argentina deberán solicitar la correspondiente autorización del F.E. (art. 528 del Código de Comercio). A este efecto presentarán a la Superintendencia, en el idioma original, estatutos, actas constitutivas y demás constancias de que están autorizadas para actuar en el país de origen; los balances de los cinco últimos ejercicios económicos de su casa matriz y cualquier otra información que solicite la Superintendencia. Toda esta documentación deberá venir autenticada y traducida al idioma nacional por un traductor público.

Sobre los estatutos dictaminará la Inspección de Justicia o el Registro, Inspección y Fomento de Cooperativas en su caso y la Superintendencia lo hará sobre la estructura y organización de la entidad a constituirse. Estos dictámenes serán tomados en cuenta por el Ministerio de Hacienda al remitir las actuaciones al de Justicia, con su informe aconsejando la concesión o nó de la personería jurídica.

Una vez otorgada la personería jurídica, la sociedad de que se trate deberá obtener la autorización de la Superintendencia para poder actuar en seguros. Este organismo oficial está facultado para denegarla o suspenderla una vez acordada, si comprueba que la entidad no cumple en tiempo y forma las obligaciones legales o reglamentarias

que la comprenden; o si del estudio de sus antecedentes resulta que no se halla, económica o técnicamente, en condiciones de operar. La Superintendencia inscribirá en el "Registro de Sociedades de Seguros" a las entidades autorizadas, publicándose esta lista en el Boletín Oficial.

Las legislaciones de México, Suiza y Francia se expiden al respecto en forma por demás análoga a la de nuestro país, ya que para la autorización exigen que se exhiban comprobantes que atestigüen que la sociedad se ha constituido de acuerdo a los preceptos legales, que posee depositado en un Banco Nacional el capital mínimo que marca la ley, y por último, la presentación de sus normas de constitución, reglamentos, planes de seguros, pólizas, tarifas, tablas de cálculo, etcétera.

En lo que se refiere a sucursales de sociedades extranjeras, además de los requisitos enunciados, se exige la constancia de la autorización para funcionar en su país de origen, elementos demostrativos de su solvencia, sometimiento exclusivo a las leyes nacionales y la obligación expresa de responder a sus compromisos con todos sus bienes y no sólo con los que tienen en el país.

#### ORGANIZACIÓN.—

No existen en realidad, en nuestro país, disposiciones legales que traten en una forma especial lo referente a la organización de las empresas de seguros. De manera, pues, que al respecto tendremos que recurrir a lo que nuestro Código de Comercio dispone cuando legisla la organización de las sociedades según la forma que adopten, ya sean colectivas, en comandita, anónimas, cooperativas, etcétera.

Teniendo en cuenta que en la Argentina la mayoría de las compañías de seguros están organizadas bajo la forma de simples sociedades anónimas o cooperativas; considerando lo insignificante de las entidades mutuas y su estructura embrionaria y la inexistencia de otra clase de sociedades que se dediquen a la industria del seguro, limitaremos nuestro estudio a las disposiciones referentes a la constitución de sociedades anónimas y cooperativas.

Respecto de las primeras, el Código de Comercio establece en sus arts. 316 y siguientes, que no podrán constituirse definitivamente sin que se hayan verificado las condiciones que se indican:

- 1ª.- que los asociados sean diez como mínimo.
- 2ª.- que el capital social o su primera serie, que no baje de un 20%, esté íntegramente suscrito.
- 3ª.- que los suscriptores hayan abonado el 10% del capital suscrito en efectivo y depositado en el Banco Nacional o Provincial o en uno particular, en su defecto.
- 4ª.- que la sociedad sea por tiempo determinado y esté autorizada por el P.E., el que otorgará dicha autorización cuando los actos constitutivos sean conformes a lo dispuesto en este Código, y su objeto no sea contrario al interés público.

Si los fundadores hubieran suscrito íntegramente el capital requerido podrán, luego de cumplidos los requisitos antes mencionados, constituir definitivamente la sociedad, otorgando la respectiva escritura e inscribiéndola y publicándola por 15 días con los estatutos, autorización y demás actos constitutivos.

Quando para la constitución definitiva sea necesario recurrir a suscripciones públicas, los fundadores deberán constituir provisoriamente la sociedad por escritura pública que inscribirán y anunciarán por 10 días en la jurisdicción correspondiente, formulando después el programa

de suscripción sus contendrá:

- 1ª.- Fecha de la escritura y la oficina y diarios donde fue  
ra otorgada y publicada.
- 2ª.- Objeto social, capital, número de acciones y sus condi-  
ciones de pago.
- 3ª.- Las ventajas que pueden atribuirse los fundadores.
- 4ª.- En caso de haber sido nombrados, los miembros de su di-  
rectorio, nombres y domicilios.
- 5ª.- Convocación a los suscriptores a la asamblea a celebrarse,  
dentro de un plazo de tres meses, para la constitu-  
ción definitiva de la sociedad.

En esta asamblea, en la que cada uno de sus miembros tendrá un voto, sea cual fuere el número de sus acciones, se decidirá si se constituye o no la sociedad. En caso afirmativo podrán tratarse seguidamente los estatutos y nombrar el primer directorio si ya no estuviere designado.

Hebrada el acta respectiva se presentará al J.B. con los estatutos y demás requisitos para su autorización. Obtenida ésta se seguirán los trámites ordinarios para dejar constituida definitivamente la sociedad.

En caso de no constituirse la sociedad, sus fundadores, administradores y representantes son ilimitada y solidariamente responsables de las obligaciones contraídas por la misma, como así también de la devolución de las sumas percibidas en concepto de suscripción de acciones.

Para luego nuestro Código de Comercio a tratar de las acciones en que se divide el capital de las sociedades anónimas y así dispone que:

" El capital de las compañías anónimas deberá siempre dividirse y representarse por acciones de igual valor, pudiendo, sin embargo, el mismo título representar más de una acción. Los títulos que se exijan con las formalidades que establezcan los estatutos, pueden ser al portador o nominales, endosables o no. Mientras las acciones no estén pagadas íntegramente, deberán ser nominativas y no al portador."

La continuación se ocupa de su forma de pago (al contado o por cuotas), de los requisitos que deben contener, de los derechos y obligaciones que surgen de su propiedad y transmisión y del libro especial de registro de accionistas.

Considera después la administración y fiscalización, por parte de los accionistas, de las actividades de la entidad, estableciendo que las mismas estarán, respectivamente, a cargo de uno o más directores y de uno o más síndicos, nombrados por la asamblea general.

La elección de los directores será hecha entre los socios, por un tiempo determinado que no excederá a tres años, sin perjuicio de la revocabilidad del mandato, debiendo especificar los estatutos si son reelegibles o no; no siéndolo, si así no se lo determina expresamente. También deben establecer los estatutos la forma de suplir la falta de directores; si no se consignara los nombrará el síndico hasta la próxima asamblea general.

A su vez, los síndicos serán nombrados igualmente por la asamblea general, pudiendo ser exonerados en cualquier momento.

Las funciones de directores y síndicos están igualmente determinadas con bastante minuciosidad. Asimismo la de los agentes que fiscalicen, en representación de los poderes públicos, las operaciones de aquellas compañías que exploten concesiones hechas por las autoridades o tengan constituido a su favor cualquier privilegio.

En capítulo aparte el Código trata en forma extensa uno de los organismos más importantes de la sociedad anónima, ya que constituye la única manera por la cual

los accionistas que la componen pueden poner de manifiesto su voluntad. He refiero a las asambleas generales, a cuyo respecto se dispone lo siguiente:

- " Las asambleas generales de los accionistas serán ordi-  
narias y extraordinarias.  
" Las ordinarias tendrán lugar por lo menos una vez al  
año, dentro de los primeros cuatro meses posteriores al  
ejercicio anterior y deberán:  
" 1<sup>a</sup>.- Discutir, aprobar o modificar los inventarios, ba-  
lances y memorias que los directores deberán presen-  
tar anualmente, lo mismo que los informes de los sín-  
dicos.  
" 2<sup>a</sup>.- Nombrar, en su caso, los directores y síndicos que  
deben reemplazar a los cesantes.  
" 3<sup>a</sup>.- Tratar de cualquier otro asunto mencionado en la  
convocatoria.  
" Las asambleas generales extraordinarias serán convo-  
cadas siempre que los directores o síndicos lo juzgan ne-  
cesario o cuando sean requeridas por accionistas que re-  
presenten no menos de la vigésima parte del capital, si  
los estatutos no exigiesen una representación menor."

Se ocupa luego de la forma de convocarlas, que se hará por anuncios publicados por lo menos con 15 días de anticipación; de las resoluciones -que se tomarán por simple mayoría de votos, salvo los casos en que el estatuto fije una mayor representación, y que serán nulas si versan sobre temas ajenos a la convocatoria- y sobre la representación de las acciones, disponiendo que los accionistas podrán hacerse presentes por mandatarios, socios o extraños, pero que nadie podrá reunir en la asamblea más del décimo de los votos totales ni más de dos décimos de los votos concurrentes. Los directores no podrán ser mandatarios ni votar sobre la aprobación de balances ni resoluciones referentes a su responsabilidad.

Salvo la disposición en contrario de los estatutos se requiere la presencia de socios que representen las tres cuartas partes del capital y el voto favorable correspondiente a no menos de la mitad del capital para resolver sobre lo siguiente:

- 1ª.- Disolución anticipada de la sociedad.
- 2ª.- Prórroga de su duración.
- 3ª.- Fusión con otra sociedad.
- 4ª.- Reducción del capital social.
- 5ª.- Reintegro o aumento del mismo capital.
- 6ª.- Cambio del objeto social.
- 7ª.- Toda otra modificación del acto constitutivo.

Los socios disidentes con las resoluciones de los apartados 3ª, 5ª y 6ª y del 2ª (si la prórroga no está autorizada por los estatutos), tienen derecho a separarse de la sociedad, exigiendo el reembolso del valor de sus acciones en proporción al capital social, conforme al último balance aprobado. De este derecho podrán usar los disidentes presentes en la asamblea, dentro de las 24 horas de su clausura, y los ausentes dentro del mes de publicada la resolución respectiva.

Y como último punto respecto de las asambleas se ocupa el Código de reglar sobre los derechos de los accionistas residentes en el extranjero.

Finalizando el capítulo sobre las sociedades anónimas, el Código trae disposiciones acerca de los balances y rendiciones de cuentas que deben presentar los directores de la sociedad y respecto de la disolución y liquidación de la misma, punto este último que trataré oportunamente por ser objeto de un capítulo especial, limitándome ahora a comentar exclusivamente balances y rendiciones de cuentas.

Sobre el particular el ya citado Código, en su art. 360 dispone que:

"Cada trimestre los directores deberán presentar a los síndicos un balance de la sociedad y publicarlo por tres días con el visto bueno de éstos."

Esta disposición fué completada por lo dispuesto en la ley N° 5125 de Septiembre 19 de 1907, que fijó la obligación de las sociedades nacionales y extranjeras de remitir trimestralmente (mensualmente los bancos y sociedades que emitieran debentures) sus balances a la Inspección de Justicia, para su publicación de acuerdo a una fórmula

aprobada por el Ministerio del ramo.

Esta ley fué modificada en parte por lo establecido en la ley N° 6788 de Octubre 31 de 1909, que dispone que las sociedades anónimas que no manejen otros fondos que los provenientes de la colocación de sus propias acciones, remitirán anualmente a la Inspección de Justicia los documentos y acta de la asamblea general para la publicación de los respectivos balances.

Estas disposiciones fueron completadas por lo establecido por el decreto N° 23350, reglamentario del "Régimen Legal de Superintendencia de Seguros", según veremos más adelante al tratar el punto referente a Funcionamiento.

El Código de Comercio, en artículos siguientes, continúa refiriéndose al punto tratado, acerca del cual dice que al fin de cada año, los directores presentarán a los síndicos un inventario y balance detallado del activo y pasivo de la sociedad, cuenta de ganancias y pérdidas y una memoria de su marcha y situación, indicando las operaciones realizadas o por realizar, propuesta de dividendo, etcétera.

Los síndicos lo examinarán y formularán un dictamen escrito al respecto. Tales documentos se imprimirán repartiéndose entre los accionistas, con una anticipación de 10 días, por lo menos, a la fecha de la asamblea.

No podrá distribuirse a los accionistas, bajo ningún concepto, suma alguna como no sea sobre los beneficios irrevocablemente realizados y líquidos, de los cuales se separará previamente el 2% para constituir un fondo de reserva hasta que alcance al mínimo del 10% del capital social, fondo que se reintegrará siempre que se redujera por cualquier causa.

Pasamos ahora a ocuparnos de la organización de las sociedades cooperativas, pudiendo decir que la ley N° 11388 fija normas precisas al respecto.

Hemos visto anteriormente que nuestra legislación acepta para la constitución de las sociedades anónimas las formas conocidas con los nombres de simultánea y continuada. En la práctica la que más se aplica es la simultánea y diremos que para las sociedades cooperativas es la única que se adopta.

Los organizadores realizan privadamente las operaciones tendientes al cumplimiento de los requisitos que se les exigirán para acordarles la autorización para funcionar. Constituidos en asamblea, redactan el acta de rigor, aprueban los estatutos y designan a las personas que han de integrar el primer Consejo de Administración. Formada la cooperativa, requiere para funcionar, en el orden nacional, la autorización del P.E. y su inscripción en la sección "Registro, Inspección y Fomento de Cooperativas" del Ministerio de Agricultura.

Del texto de la legislación en vigor surge que los requisitos para la existencia de una sociedad cooperativa son los siguientes:

- 1ª.- que los socios sean diez como mínimo.
- 2ª.- que las acciones suscritas sean también diez por lo menos.
- 3ª.- autorización gubernativa.
- 4ª.- Inscripción en el Registro de Cooperativas.

La Dirección de Economía Rural y Estadística del Ministerio de Agricultura exige a las cooperativas que solicitan ser inscriptas en el registro, la presentación de estos documentos:

- a) Copia del acta de la asamblea que haya aprobado los estatutos.

- b) Estatutos cuya aprobación se solicita.
- c) Lista de socios con expresión de las acciones suscriptas por cada uno y cuotas pagadas.
- d) Boleta de depósito en el Banco de la Nación Argentina a la orden conjunta de la sociedad y de la dependencia ministerial mencionada, de un importe equivalente a la vigésima parte del capital suscrito.
- e) Indicación del domicilio que constituye el representante que solicita la autorización.

Obtenida la autorización gubernativa y verificada la inscripción, la cooperativa se encuentra en condiciones de funcionar.

La ley trae seguidamente una serie de disposiciones referentes, en primer término, a la denominación de la sociedad. A este efecto dispone que la misma debe referirse o relacionarse al objeto de la asociación, según de las palabras "Cooperativa Limitada", para dar idea de la limitación de la responsabilidad de los socios.

Dispone, además, que no serán inscriptas en el registro, no obstante haber cumplido los diversos requisitos legales, aquellas compañías que llevaran en su denominación palabras cuyo significado importara un propósito deliberado de limitación en cuanto a actos políticos, religiosos, de nacionalidad o de región. Tampoco serían inscriptas si su objeto fuera la propaganda directa o indirecta de los actos antes indicados.

Trata después sobre la duración, estableciendo al efecto -a diferencia de lo que sucede con las sociedades anónimas, cuyo plazo de duración es limitado- que las cooperativas deben subsistir sin término, tal como las necesidades económicas que procuran satisfacer.

Se refiere luego a los socios, a las acciones, y al capital, disponiendo en forma genérica que los

estatutos no podrán limitar ni el número de socios, ni las acciones, ni tampoco el capital; pero por aplicación del artículo N° 318 del Código de Comercio, se ha llegado a establecer que tanto los socios como las acciones han de ser diez por lo menos. De todos modos, es ilimitado en cantidad tanto el número de socios, como de acciones o capital, ya que la ley trata de asegurar el principio de "puerta abierta".

Respecto de las acciones trae reglas especiales, estableciendo que aquéllas -a diferencia de lo que ocurre en la sociedad anónima- deben ser nominativas, pues para ingresar como socio de la cooperativa es menester cumplir los requisitos que los estatutos establecen para cada asociado, indivisibles y sin que confieran derecho alguno en el manejo o gobierno de la sociedad, ya que cada socio, sea cual fuere el número de sus acciones, sólo tiene derecho a un voto.

Y por último, al ocuparse de la administración y fiscalización de la sociedad cooperativa, deja librado al estatuto reglamentar lo relativo a su organización; esto es, la constitución y funcionamiento de sus diversos órganos de gobierno, estableciendo todo lo referente a la convocatoria y atribuciones de las asambleas, funciones del directorio y de la sindicatura, así como también, los requisitos que deben llenar las personas que puedan ser elegidas para tales cargos.

-----

En cuanto a los depósitos y cauciones, que tanto las compañías extranjeras como las nacionales tienen

que realizar para poder actuar en seguros, la ley N° 11532 de Reformas al Régimen Fiscal de los Seguros, en sus arts. 9° al 15° dispone lo siguiente:

" Cada compañía extranjera de seguros o reaseguros depositará en la Caja de Conversión o Banco de la Nación las siguientes cantidades de títulos de la Deuda Pública Nacional:

" 1°.- \$360.000.-m/n. las compañías de seguros de incendio.

" 2°.- \$180.000.-m/n. las compañías de otras clases de seguros que operen sobre un solo riesgo.

" 3°.- Las compañías que operen sobre más de un riesgo depositarán además \$120.000.-m/n. en los mismos títulos por cada uno de los otros riesgos que aseguren.

" Las compañías nacionales de seguros tendrán el 10% de sus reservas matemáticas o legales invertidas en títulos de la Deuda Pública Nacional.

" Las sociedades de capitalización que además del interés reconozcan a favor del depositante o suscriptor de sus certificados o títulos un derecho adicional a sorteos u otros beneficios lucrativos, están obligadas a invertir el 40% de los depósitos o recaudaciones en títulos de la Deuda Pública Nacional.-"

A su vez, la ley N° 9638 de Responsabilidad por Accidentes del Trabajo dispone que, todas aquellas sociedades de seguros que pretendan subrogar a los patronos de las responsabilidades que para ellos emanan de dicha ley deberán, entre otras cosas:

- 1° Hacer un depósito de \$50.000.-m/n. en el Banco de la Nación Argentina en títulos de la Deuda Pública, el que no podrá ser retirado mientras existan en el país seguros a su cargo.
- 2° Constituir, por acumulación anual, una reserva del 30% del monto total de los seguros realizados, cuyas cifras arroje el balance de cada ejercicio.

La ley mejicana, mucho más precisa en sus disposiciones que nuestra legislación comercial, empieza por establecer que solo determinadas sociedades pueden realizar operaciones de seguros: tales las sociedades anónimas o las mutualidades; debiendo constituirse, agrega, con arreglo a lo que dispone la ley general de sociedades mercantiles, en cuanto no esté previsto en la primera y particularmente en las siguientes bases:

- I.- Están facultadas para emitir acciones, las que se entregarán a los suscriptores contra el pago total de su valor nominal; pudiendo, cuando se haga en cuotas, expedir certificados provisionales donde consten las cuotas pagadas por el suscriptor.
- II.- El capital realizado deberá ser, desde el momento de la constitución de la sociedad, igual, por lo menos, a la mitad del capital mínimo correspondiente conforme a esta ley.
- III.- Las acciones deberán pagarse en cuotas no inferiores al 20% de su valor nominal y cuya periodicidad no excederá de un año.
- IV.- Deberá celebrarse una asamblea general ordinaria cada año; pudiendo un núcleo de socios que represente el 10% del capital realizado pedir la convocación de asamblea extraordinaria. Si el directorio no la convocara dentro del plazo de un mes, el síndico, a pedido de los mismos accionistas, podrá hacerlo.
- V.- Podrá estipularse que la duración de la sociedad sea indefinida, pero nunca será menor de treinta años.
- VI.- La sociedad deberá tener su domicilio en el país, donde residirá su directorio y se celebrarán las asambleas generales.
- VII.- En todas las asambleas deberán tener representación las minorías. Las decisiones que se refieran: a) disolución de la sociedad; b) fusión con otras compañías; c) cambio de objeto; d) aumento o reducción del capital; e) toda otra reforma de la escritura constitutiva o de los estatutos; deberán tomarse con una mayoría de, por lo menos, el 80% del capital pagado, salvo que se trate de segunda convocatoria, en cuyo caso las resoluciones pueden tomarse cualquiera sea el número de votos presentes.
- VIII.- No podrá repartirse dividendo alguno mientras no existan los fondos disponibles al efecto, y previa deducción de un 5% para la formación de un fondo de reserva hasta que alcance el 50% del capital social suscripto. Tampoco podrán repartirse utilidades mientras no se haya integrado la reserva de previsión que manda esta ley o haya déficit en el capital mínimo o en las otras reservas técnicas de la institución.

Ahora bien; para el caso de que la sociedad se organice como entidad mutualista, el contrato deberá otorgarse ante escribano, registrándolo en la forma prevista en la ley de sociedades mercantiles y ajustarse a las normas que establece la ley.

Dichas normas determinan que el objeto de la

sociedad se limitará al funcionamiento como institución de seguros; la denominación de la misma deberá expresar su carácter de mutualista y la responsabilidad social de los mutualizados se limitará a cubrir su parte proporcional en los gastos de la gestión de la sociedad.

A continuación se refiere al número de mutualizados, disponiendo que para el ramo vida no podrán ser inferiores a trescientos ni a \$ 300.000.- la suma asegurada. Cuando la mutualidad se ocupe de otras ramas del seguro el valor mínimo asegurado no podrá ser inferior a \$ 500.000.- o a \$5.000.- el monto total de las primas que tendrán que pagarse durante el primer año.

En lo que respecta al domicilio social y a las asambleas se expide en forma análoga a lo dispuesto al tratar de las sociedades anónimas.

Se ocupa también de las estipulaciones que deberá contener el contrato social; sobre la composición del consejo de administración y la designación de síndicos; y por último establece que las mutualidades se organizarán y funcionarán de manera que las operaciones que practiquen no produzcan lucro o utilidad para la sociedad ni para sus socios, debiendo cobrar lo indispensable para solventar los gastos generales que ocasione su gestión y para constituir las reservas necesarias a fin de poder cubrir sus compromisos con los asegurados.

Para poder operar, cualquier compañía que se organice como institución de seguros, someterá a la aprobación de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público la escritura de constitución y los estatutos sociales. Presentará además, los modelos de pólizas, de endosos, de certificados

de seguros de grupos, las tarifas de primas correspondientes a cada seguro en que pretenda operar, las tablas de valores garantizados, el proyecto de reparto de utilidades a los asegurados y el de organización y funcionamiento de la contabilidad.

Los gastos de establecimiento y primera organización no deberán exceder del 25% del capital suscripto y tendrán que amortizarse en un plazo no mayor de 10 años.

La ley mejicana no exige caución alguna; pero en cambio, establece determinado capital mínimo para cada rama del seguro que la compañía explote. Dicho capital mínimo, para las compañías nacionales o mejicanas, es el siguiente: Vida, Accidentes y enfermedades, Responsabilidad civil y riesgos profesionales, Marítimo y transportes e Incendio la suma de \$200.000.- para cada una. Seguro Agrícola, automóviles y Diversos \$100.000.- cada una.

En cuanto a las compañías extranjeras, el capital mínimo exigido es de \$500.000.- por cada rama que se explote.

La ley Suiza no legisla sobre la organización de las sociedades de seguros, pero una ley especial del 4 de febrero de 1919 trata minuciosamente de las cauciones que, tanto las entidades de seguros nacionales como extranjeras, deben constituir para poder operar en territorio suizo.

A esos efectos, la ley dispone que toda sociedad de seguros autorizada para ejercer su industria en Suiza debe constituir una caución ante el Consejo Federal por cada rubro que trabaje.

Tales cauciones -que se integrarán en sus  $\frac{3}{4}$  partes por lo menos con valores suizos y que se depositarán

es el banco nacional- quedan afectadas, en primer término, a los créditos resultantes de los contratos de seguros que la sociedad está obligada a ejecutar en Suiza; y en segundo lugar, a las obligaciones de derecho público, nacional o cantonal, ya resulten de esta ley o de la de vigilancia.

En cuanto al monto de esas garantías será fijado por el Consejo Federal.

A su vez, la ley sobre garantías de los seguros de vida de junio 25 de 1930, establece la obligación para toda sociedad suiza de seguros sobre la vida sometida a la vigilancia de la ley del 25 de junio de 1835 (Ley de vigilancia), de constituir un fondo de seguridad destinado a garantizar las obligaciones de la sociedad hacia los asegurados.

Dicho fondo de seguridad debe ser igual:

- 1<sup>a</sup> A las reservas matemáticas de los contratos en curso, calculadas sobre las bases fijadas en el plan de explotación de la sociedad, una vez deducidos los préstamos y adelantos sobre pólizas, así como las primas vencidas no cobradas y las primas prorrogadas.
- 2<sup>a</sup> A las reservas correspondientes a seguros en suspenso.
- 3<sup>a</sup> A los beneficios individualizados y acreditados a los asegurados.
- 4<sup>a</sup> A una suma que constituya una garantía suplementaria.

El débito del fondo de seguridad será calculado por la sociedad durante los primeros cuatro meses de cada ejercicio y ha de ser igual a las obligaciones <sup>en</sup> curso al cierre de las cuentas.

Dicho fondo de seguridad se constituye agregando bienes por un valor igual al importe del débito.

Los bienes quedan afectados al fondo de seguridad por su inscripción en un registro que llevará la

sociedad de acuerdo a disposiciones del Consejo Federal. Las afectaciones de bienes raíces serán anotadas en el Registro de la Propiedad, causando esta anotación una restricción al derecho de enajenar, considerándose tales bienes afectados al fondo mientras continúen inscriptos en el Registro de Seguridades.

La autoridad de vigilancia verifica por lo menos una vez al año, si el débito del fondo está cubierto por el valor de los bienes inscriptos en el registro de seguridades.

No están obligadas las sociedades a garantizar su cartera en el exterior, de acuerdo con esta ley, en los siguientes casos:

- 1ª Cuando deben constituir otras garantías en los países respectivos.
- 2ª Cuando sobre la base de sus planes de explotación, son autorizadas por el Consejo Federal para conservar en el extranjero los bienes destinados al cumplimiento de sus obligaciones resultantes de los seguros contratados.

La ley francesa no trata la organización de las sociedades aseguradoras, ya que todo lo referente a condiciones y requisitos para la constitución de tales entidades, así como la fijación de las obligaciones que le son propias, las garantías que deberán ofrecer, las fianzas que tienen que prestar, las reglas generales de su funcionamiento y la oportunidad y la forma en que habrá de ejercitarse el control del Estado, es objeto de un Reglamento especial.

Es en dicho reglamento, complementario del Código de Comercio y de la legislación en general -según lo establece el art. 2º del mismo- donde se refiere de manera minuciosa a todo lo concerniente a la organización de las sociedades por acciones (anónimas y en comandita), a las sociedades de seguros en forma mutua, a las sociedades mutuas

de seguros, a las tontinas, sindicatos de garantía y sociedades de capitalización.

Respecto de las primeras establece que, luego de obtenida la autorización para funcionar del Ministerio del Trabajo, deberá tener para cada categoría de operaciones o cada grupo de categoría de operaciones un capital mínimo de Frs.5.000.000.-, debiendo cada accionista tener integrado el 50% del importe de las acciones suscriptas.

Los gastos de constitución se amortizarán en un máximo de 10 años.

Estas sociedades están obligadas a constituir una reserva de garantía, que nunca será inferior al 20% del capital social, destinada a suplir una eventual insuficiencia de las reservas matemáticas.

El reglamento que comentamos prohíbe a los administradores y directores de la sociedad realizar con la misma cualquier operación comercial o financiera sin la autorización de la asamblea general. Dispone, además, que en la preparación y presentación del inventario, balance y cuenta de ganancias y pérdidas, las compañías se ajustarán a lo que establece el reglamento en la sección respectiva.

Sobre las sociedades de seguros en forma mutua -luego de definir las como las entidades encargadas de garantizar a sus asociados, mediante el pago de una cotización fija o variable, la liquidación de sus obligaciones en el caso de producirse los siniestros tomados a su cargo- empieza por ocuparse de su constitución. Esta podrá hacerse por escritura pública o por documento privado y dispone que requisitos contendrán los estatutos, estableciendo que la sociedad no quedará definitivamente constituida hasta tanto la

primera asamblea no nombre al Consejo de Administración y Síndicos y éstos acepten los cargos.

Seguidamente trata de la administración de esta clase de sociedades y dispone que la misma será desempeñada por un Consejo de Administración nombrado por la Asamblea General. Se compondrá de cinco miembros como mínimo, designados por seis años, pero que pueden ser reelectos. Dicho consejo designará de su seno un presidente y un vicepresidente. Puede, asimismo, nombrar uno o varios directores de entre los miembros del consejo o ajenos a la sociedad, de cuya gestión es responsable.

La remuneración de los directores y del consejo puede ser fija o establecerla anualmente la asamblea, pero nunca podrá ser superior al 10% del excedente de ingresos.

Los administradores son responsables de su gestión ante la sociedad y ante terceros.

Refiérese luego a las asambleas generales. Estas deberán celebrarse por lo menos una vez al año, siendo materia del estatuto disponer respecto de su composición. No podrán tomar parte en la misma sino los socios que se encuentren al día en el pago de sus cuotas.

Es resorte del consejo establecer los distintos puntos de la orden del día, pero está obligado a agregar todos aquellos que soliciten, por lo menos, la décima parte de los socios con derecho a concurrir a la asamblea.

Las deliberaciones serán válidas cuando se encuentren presentes la cuarta parte de los socios con derecho a voto, pudiendo sesionarse en segunda convocatoria con los concurrentes, excepto cuando se trate de modificar

los estatutos, para lo cual se requerirá la presencia de dos tercios de los socios con derecho a voto; en segunda convocatoria la mitad de tales socios y en tercera con un tercio de los mismos, no pudiendo sesionar sin este quórum mínimo.

Compete a la asamblea el nombramiento, además del Consejo de Administración, de uno o varios Síndicos por tres años.

El reglamento premencionado trae también disposiciones muy minuciosas sobre sociedades mutuas de seguros, respecto de las tontinas y de los sindicatos de garantía.

Y, por último, dispone que para la realización de cualquier clase de seguros en Francia o en Argelia, las entidades aseguradoras otorgarán fianza que determinará oportunamente el Consejo Superior de los Seguros Privados. Dicha fianza estará constituida por dinero, títulos del estado u otros valores cotizables en la Bolsa del país, los que deberán depositarse en la Caja de Depósitos y Consignaciones.

#### FUNCIONAMIENTO.

La legislación vigente en nuestro país establece al respecto que toda entidad aseguradora, antes de iniciar sus operaciones o con quince días de anticipo a la explotación de nuevos ramos, o que desee implantar o modificar los planes, reglamentos, pólizas, tablas y métodos para calcular las reservas, valores garantizados de pólizas, sistemas de participación de los asegurados en los beneficios o fondos de acumulación, deberán presentar a la Superintendencia la solicitud correspondiente. Esta se acompañará de los

elementos de juicio y demás recaudos que aquél organismo exija, manteniendo en suspenso la aplicación hasta tanto se expida la Superintendencia.

Igualmente los aseguradores tienen que enviar a dicha repartición las tarifas que se propongan aplicar, acompañando copia de las tablas empleadas y de las primas puras, con indicación de las fórmulas y desarrollos seguidos para su cálculo, reservas matemáticas, valores garantizados y de los recargos utilizados para las primas de tarifa, especificando los conceptos que los componen.

La Superintendencia estudiará los fundamentos de tales tarifas, que podrán adoptarse si no son observadas dentro de un plazo de quince días. En caso contrario, quedará en suspenso su aplicación.

El desenvolvimiento de los planes de seguros es así controlado permanentemente por esa dependencia oficial, la que podrá observarlos en cualquier momento, estableciendo el plazo dentro del cual deberán efectuarse las modificaciones o ajustes que correspondan.

Las reglas para contabilizar y valorar, amortizar y castigar los rubros del activo, así como las normas para la constitución de las reservas matemáticas, técnicas, suplementarias y de siniestros pendientes, las fijará la Superintendencia.

En cuanto a la ley de Méjico, con esa minuciosidad que la caracteriza, comienza por definir cada rama del seguro que autoriza a trabajar en el país.

Establece perfectamente que es lo que debe entenderse por seguro de vida, de accidentes y enfermedades, de responsabilidad civil, de incendio, marítimo y transportes y

otros.

Considera las operaciones que cada entidad puede realizar, disponiendo al respecto que las instituciones de seguros solo podrán practicar los negocios para los que están autorizadas. Les estará prohibido:

- 1<sup>a</sup> Hipotecar sus propiedades.
- 2<sup>a</sup> Dar en prenda los valores de su cartera.
- 3<sup>a</sup> Operar con sus propias acciones.
- 4<sup>a</sup> Aceptar riesgos, sin reasegurar, superiores al 10% de su capital, reservas de previsión y estatutarias; y para los ramos vida y responsabilidad civil y riesgos profesionales, superiores al límite fijado por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
- 5<sup>a</sup> Entrar en sociedades mercantiles de responsabilidad ilimitada, o explotar por su cuenta minas, establecimientos mercantiles o industriales o fincas rústicas. Cuando los adquirieran en pago de algún crédito, podrán continuar la explotación por un plazo que no exceda de un año. Igualmente, si adquiriesen acciones, títulos o valores que no deban conservar en su activo, tendrán que enajenarlos dentro de los 60 días de su adquisición.

Queda estrictamente prohibido a las entidades aseguradoras abonar a cualquier persona -ya sean funcionarios, empleados o agentes- premios o comisiones adicionales basados en el volumen de los seguros que coloquen.

Se prohíbe a los administradores y síndicos de la sociedad realizar operaciones en virtud de las cuales puedan resultar deudores directos de la misma.

También se prohíbe a las instituciones de seguros repartir utilidades que no estén efectivamente realizadas; no pudiendo distribuir a sus accionistas un dividendo superior al 6%, mientras no se hayan amortizado totalmente los gastos de constitución y organización, sin que tales repartos sean válidos entretanto exista un déficit en las reservas o en el capital social de la entidad.

El importe máximo de los gastos de adquisición de nuevos seguros será fijado por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público para cada ramo. Se consideran gastos de adquisición para el ramo vida, los siguientes: a) comisiones a los agentes; b) gastos de agencias; c) gastos de inspección de agencias y de riesgos; d) honorarios por exámenes médicos; e) sueldos y gastos de agentes inspectores; f) publicaciones y propaganda e impuestos sobre pólizas; g) diferencia entre los anticipos hechos a los agentes sobre la comisión del primer año y lo que hubieran pagado dentro del mismo.

Las pólizas aprobadas por la aludida Secretaría no podrán modificarse o enmendarse, ni testarse las condiciones que contienen. No podrán, tampoco, rebajarse las primas o concederse a los asegurados ventajas especiales no especificadas en la póliza.

Anualmente las compañías aseguradoras enviarán a la Secretaría de Hacienda los datos necesarios para la identificación de sus agentes, a fin de que se expidan las correspondientes credenciales, que serán renovables cada año. Requieren también la aprobación de la mencionada Secretaría, las instrucciones a los agentes y la propaganda a realizarse.

Por su parte, la ley Suiza, no trae disposiciones que se relacionen con el funcionamiento de las compañías de seguros.

Sucede al contrario con la nueva ley francesa de Junio de 1933, que si bien no llega a tratar el punto con la esarupulosidad con que lo hace la ley mejicana, es sumamente explícita sobre el particular.

Establece que las sociedades de seguros o re-

aseguros de toda especie podrán ser fundadas, dirigidas, administradas y liquidadas por cualquier persona que no haya sido condenada por delitos comunes, hurto, abuso de confianza, estafa o delitos semejantes o por complicidad en hechos de esa naturaleza. La misma interdicción rige para los fallidos no rehabilitados, para las personas condenadas por infracciones contra la legislación y disciplina de los seguros; pudiendo haberse extensiva a los directores y síndicos de empresas de seguros liquidadas y a las que se retire la autorización para funcionar.

Agentes, corredores y en general toda persona encargada de la producción de seguros están obligados a acreditar personería, ya sea mediante su inscripción en el Registro Público de Comercio, ya con la posesión de una carta de identidad entregada por la compañía a la que pertenece.

Los prospectos, circulares y todo documento destinado a la publicidad por las empresas de seguros deberá tener, después del nombre de la entidad, la referencia a este decreto pero sin alusión alguna al control del Estado, ni manifestación capaz de inducir a error sobre la verdadera naturaleza de la empresa y sobre la importancia de sus operaciones.

Todo acuerdo entre los aseguradores que signifique una modificación a las tarifas o en las condiciones de pólizas puede dejarse sin efecto por el Ministerio del Trabajo, si significa un obstáculo a la libre concurrencia sin ser esencialmente necesario para salvaguardar los intereses de asegurados y beneficiarios. Asimismo, en casos de modificaciones rápidas del nivel de los precios, dicho Ministerio podrá, en beneficio de los asegurados, establecer en forma obligatoria para

las compañías, un acuerdo temporario de una duración máxima de dos años que signifique una reglamentación general en materia de tarifas o de condiciones de póliza, siempre que hay tenido la adhesión de las dos terceras partes de las compañías francesas que representen las tres cuartas partes de las primas cobradas en el año. Igualmente, con decretos promulgados conforme al parecer de las secciones pertinentes del Consejo Superior de los Seguros Privados, podrán ser establecidas las tarifas máximas y mínimas para operaciones de seguros de vida, nupcialidad, mortalidad, capitalización, etcétera.

En casos de abusos pueden fijarse, también por decreto, los máximos, pasando los cuales las tarifas para la realización de operaciones de seguros estarán sujetas a la aprobación del Ministerio mencionado.

#### RESERVAS Y SU INVERSIÓN.

Cuando así no lo haya establecido en forma expresa ningún pasaje de nuestra legislación sobre seguros, de su estudio surge la obligación de toda entidad aseguradora de constituir, además de sus otras reservas legales y facultativas, las siguientes reservas técnicas:

- 1.ª Reservas matemáticas.
- 2.ª Reserva para riesgos en curso.
- 3.ª Reserva para siniestros pendientes.

Las reservas matemáticas en el ramo de seguros vida y las reservas para riesgos en curso de los demás ramos, deben constituirse sin deducción alguna, de manera que aseguren el cumplimiento de las obligaciones de las cuales son contrapartida (art. 9.º Decreto N.º 108.295).

Los reservas matemáticas se calcularán a una tasa no superior al tipo de interés efectivo neto promedial

obtenido durante los tres últimos ejercicios, deducido el  $\frac{1}{3}$  y nunca superior al 4 %. Si así no fuera, la Superintendencia podrá emplazar a la sociedad por 180 días para que reconstituya sus reservas, siempre que el déficit no la pusiera en estado de manifiesta insolvencia. Transcurrido ese plazo, la Superintendencia ordenará a la compañía que se abstenga de celebrar nuevos seguros, elevando las actuaciones al Ministerio respectivo para el retiro de la personería jurídica.

En caso de pérdida por una sociedad de parte de sus reservas matemáticas o de riesgos en curso, o si su constitución adolece de un déficit por error de cálculo o por desvalorización evidente de sus inversiones, esa sociedad deberá aplicar para completarlas parte de sus reservas legales o facultativas, o de su capital. No se tomarán en cuenta a los efectos de esta disposición, las fluctuaciones en la cotización de los títulos públicos cuyo servicio esté al día.

Sobre la constitución de las reservas para siniestros pendientes, el respectivo decreto de agosto 4 de 1927 establece que a fin de fijar su monto se observarán las siguientes reglas:

- 1ª Si hay tasación pericial con valor legal para causar estado, se reservará la cantidad total de la reclamación.
- 2ª Si habiéndose practicado liquidación definitiva se reservará la suma promedio de las dos tasaciones de las partes.
- 3ª Si no hay valuación se reservará: a) en caso de seguro de vida, el total reclamado por el asegurado o sus derecho habientes. b) en caso de los demás seguros, el 30% de la suma reclamada.

En lo que respecta a la colocación de tales reservas, el decreto N° 23.350 "Reglamentario del Régimen Legal de la Superintendencia", determina que la totalidad de las reservas técnicas, una vez deducidos el dinero en efectivo, los

depósitos bancarios, los préstamos a los asegurados vida y las primas y fracciones de primas a vencer, ha de invertirse en los siguientes bienes:

- a) Fondos públicos de o garantizados por la Nación.
- b) Fondos públicos de o garantizados por las Provincias y Municipalidades.
- c) Títulos públicos de países extranjeros hasta el importe de las reservas matemáticas de las pólizas emitidas en moneda de esos países.
- d) Obligaciones o debentures con garantía especial en primer grado o flotante, siempre que los bienes afectados estén radicados en el país.
- e) Préstamos hipotecarios en primer grado sobre bienes situados en la República Argentina.
- f) Inmuebles situados en el país.
- g) Acciones de sociedades anónimas argentinas o extranjeras comprendidas en la ley N° 3528, o extranjeras cuyo objeto sea la organización de servicios públicos dentro de la Nación.
- h) Préstamos garantizados con los títulos, obligaciones, debentures y acciones preindicados.

En los casos de los incisos b), d), g) y h), ha de tenerse en cuenta para su admisión que la sociedad emisora tenga al día el pago de amortización e intereses de sus títulos o acciones en la fecha de la compra y que durante los últimos 7 años haya abonado un dividendo no inferior al 5% anual.

En cuanto al capital accionario y demás fondos libres de que disponga la sociedad, con excepción de aquellos que se destinen a la explotación y desarrollo de los seguros, deben invertirse en los mismos bienes ya mencionados o en otros que especialmente autorice la Superintendencia.

Las leyes mejicana y francesa, mucho más precisas y minuciosas que la legislación nacional sobre la materia, ya que traen respecto de cada uno de los puntos tratados disposiciones concretas y terminantes, fijan la obligación de parte de las entidades aseguradoras de constituir las siguientes reservas:

- 1ª Reservas matemáticas.
- 2ª Reserva para riesgos en curso.
- 3ª Reserva para siniestros pendientes.

Además, la ley francesa dispone la constitución de otras reservas, tales como:

- a) Reserva de capitalización.
- b) Reserva de riesgos crecientes.
- c) Todas las demás reservas que se fijen por decreto previo informe del Consejo Superior de Seguros Privados y del Consejo de Estado.

A su vez, la ley mejicana dispone la constitución de reservas adicionales para:

- a) Fluctuación valores y desviaciones estadísticas.
- b) Fondo utilidades asegurados vida.
- c) Riesgos peligrosos o tarados.

Establece además, con escrupulosidad, en que forma han de calcularse las reservas que menciona y que tablas de mortalidad o morbosidad han de utilizarse para calcular las reservas de seguros vida, renta vitalicia y seguros colectivos o seguros de enfermedad o invalidez, respectivamente.

Refiérese a continuación particularmente a las reservas para siniestros pendientes, estableciendo que las mismas han de ser iguales al monto a desembolsar por la compañía al ocurrir el acontecimiento previsto en el contrato y su constitución se hará en efectivo o en valores de rápida negociación a juicio de la Secretaría de Hacienda y dentro de un plazo de 72 horas, a contar desde el momento de la notificación a la compañía por la premencionada Secretaría, so pena de que se la declare en estado de disolución.

Según la ley que comentamos, en toda institución de seguros la suma de su capital, reservas estatutarias, de previsión y sobrantes, nunca será menor al 10% de la reserva para riesgos en curso de los seguros vida, enfermedades y accidentes; ni menor que el 15% de las primas brutas.

tas cobradas durante un año para los demás seguros. Cuando así no sea, la Secretaría de Hacienda determinará que sean aumentadas bajo apercibimiento de declarar la entidad en estado de disolución.

La fecha para calcular las reservas técnicas se fijan el 31 de diciembre de cada año, debiendo constituirse separadamente para cada rama del seguro. Si por desviaciones estadísticas o fluctuación en los valores de las inversiones se manifiesta un déficit en las reservas técnicas, la entidad aseguradora a la que tal hecho suceda estará obligada a reintegrarlas con sus reservas estatutarias, de previsión y aun con su capital. Si no obstante el procedimiento indicado subsiste el déficit, la Secretaría de Hacienda declarará su disolución.

Las legislaciones mejicana y francesa pasan luego a tratar la inversión de las reservas.

A este respecto establecen que la totalidad de las mismas ha de colocarse en los siguientes bienes, créditos o valores:

- 1ª) En valores del Estado o que gocen de su garantía.
- 2ª) En bonos, obligaciones o cédulas hipotecarias emitidas o garantizadas por instituciones de crédito de concesión estadual.
- 3ª) En préstamos sobre los valores que anteceden hasta el 90% de su valor (75% para la ley Francesa) estimado de acuerdo a la ley.
- 4ª) En préstamos hipotecarios sobre inmuebles urbanos (edificados en las comunas de Francia o Argelia de más de 50.000 habitantes para la ley francesa) y sin que puedan exceder del 50% del valor estimado a las fincas afectadas a la garantía hipotecaria.
- 5ª) En inmuebles urbanos (para la ley francesa en las condiciones especificadas en el apartado anterior).

Además, la ley mejicana fija como inversio-

nes admitidas, las siguientes:

- a) Acciones y obligaciones de compañías mejicanas que no sean mineras, petroleras o de seguros.
- b) Préstamos con garantía de la reserva media de primas, siempre que el préstamo no exceda de la reserva correspondiente.
- c) Reservas de riesgos en curso y siniestros pendientes con otras instituciones, autorizadas conforme a esta ley, donde hubiere reasegurado parte de sus riesgos.
- d) Inversiones correspondientes a las reservas por pólizas expedidas en países extranjeros por sus agencias o sucursales.
- e) Primas netas pendientes de cobro que no tengan más de 30 días de vencidas a la fecha del balance o de la estimación, en los casos de instituciones que realicen seguros de vida.
- f) Depósitos a la vista en bancos de concesión federal.

A su vez la ley francesa establece las siguientes formas de inversión:

- a) En acciones del Banco de Francia.
- b) En obligaciones de las comunas de Francia o Argelia; de las Colonias y de los países del Protectorado, cotizadas en la Bolsa de París o en préstamos a dichas colectividades.
- c) En préstamos en primera hipoteca sobre cualquier inmueble situado en Francia o en Argelia.
- d) En la adquisición de inmuebles situados en Francia o en Argelia, en las Colonias o en los países del Protectorado, con autorización del Ministerio del Trabajo.
- e) En valores cotizados oficialmente en la Bolsa de París y que figuren en la lista que anualmente establezca la Asamblea General.

Ambas leyes fijan después que las inversiones en los bienes, créditos o valores antes mencionados, podrán hacerse hasta los siguientes máximos:

Sin limitación cuando se trate de valores emitidos o garantizados por el Estado, estados particulares, departamentos, comunas o instituciones de crédito de concesión estadual. Agrega la ley mejicana la obligación de in -

vertir en esta clase de valores, por lo menos el 30% de las reservas técnicas.

Hasta un 50% en hipotecas en primer grado o en inmuebles urbanos (40% para la ley francesa en lo que respecta a inmuebles).

Hasta un 10% en acciones de sociedades anónimas (25% para la ley francesa).

Además, la ley mejicana admite inversiones hasta de un 10% del total de las reservas técnicas en efectivo o depósitos a la vista; y la ley francesa tolera la inversión de un 25% de las mismas en préstamos a las comunas de Francia o Argelia, a los departamentos, a las colonias y a los países del protectorado.

En ningún caso los créditos, títulos o valores de que sea responsable el mismo deudor, podrán exceder del 10% (5% en la ley francesa) del total de las reservas técnicas, excepto cuando la entidad deudora o emisora sea el Estado.

Ambas legislaciones admiten la inversión de reservas en títulos o valores de países extranjeros emitidos por dichos estados o por sociedades anónimas -siempre que se coticen en bolsas oficiales y paguen regularmente sus servicios- hasta un 25% del total de las reservas para la ley mejicana y hasta cubrir las reservas de los seguros colocados en cada uno de tales países extranjeros, para la ley francesa.

Disponen, por otra parte, la prohibición para las empresas aseguradoras de vender o gravar con derechos reales los inmuebles en que hayan invertido reservas, sin la previa autorización del Ministerio respectivo; legis-

lando, por último, sobre la forma de valuación de los rubros del activo, a cuyo respecto dan normas precisas.

La ley mejicana trata a continuación el control de las inversiones, disponiendo lo siguiente:

Los títulos o valores adquiridos por las entidades aseguradoras, en concepto de inversión de reservas, han de ser depositados en el Banco de Méjico, con expresión del ramo a que correspondan tales inversiones, debiendo las compañías estar en condiciones de demostrar, cuando así lo requiera la Secretaría de Hacienda, la existencia de los valores y demás bienes en que se encuentran invertidas las reservas, mediante la exhibición de los documentos respectivos. Además ha de hacerse con la intervención de la mencionada Secretaría todo depósito de valores en los que se han invertido reservas.

En cuanto a la ley suiza no trae disposición alguna referente a la forma y constitución de las reservas, ni tampoco contiene prescripción alguna respecto de su inversión.

#### DE LA VIGILANCIA E INSPECCIÓN.

En nuestro país, todo lo referente a la vigilancia e inspección de las entidades de seguros se incluye dentro de las atribuciones conferidas a la Superintendencia de Seguros. Así, el punto 7º de su Régimen Legal dispone que queda facultada para exigir de todas las compañías aseguradoras el cumplimiento estricto de las disposiciones administrativas vigentes y de aquellas que considere necesario dictar en el futuro para las sociedades de seguros. La Inspección General de Justicia enviará a la Superintendencia

los antecedentes que se refieren a las operaciones de las sociedades de seguros, descargándose de toda tarea a su respecto.

Tal disposición queda completada con lo que dispone el punto 16<sup>o</sup> del mencionado Régimen Legal y los artículos 17<sup>o</sup> a 23<sup>o</sup> de su Decreto Reglamentario, que establecen que las sociedades de seguros vida remitirán a la Superintendencia, con una anticipación no menor de 30 días a la Asamblea que debe considerarlos:

- 1<sup>o</sup> La memoria general demostrativa de la marcha de la empresa y su situación económico-financiera.
- 2<sup>o</sup> Un estado demostrativo :
  - a) del monto de la cartera al inicio y terminación del ejercicio.
  - b) del monto de los nuevos seguros realizados.
  - c) de las primas de primer año y de las de renovación.
  - d) de los siniestros pagados y de los pendientes de pago.
  - e) de las caducidades operadas y de los rescates abonados.
  - f) de las pólizas vencidas por expiración de contrato.
  - g) de la clasificación de las pólizas según su plan de emisión.
- 3<sup>o</sup> Otro estado demostrativo de los intereses y rentas producidos por los bienes en que se hayan invertido las reservas técnicas, legales o facultativas y el capital.
- 4<sup>o</sup> Inventario, balance general y cuenta de ganancias y pérdidas con las planillas complementarias que fije la Superintendencia.
- 5<sup>o</sup> Informe del síndico.

Es facultad de la Superintendencia establecer un sistema uniforme de contabilidad y determinar la forma en que se presentarán los balances y se confeccionarán las estadísticas.

Las sociedades extranjeras presentarán dentro de los 90 días de la fecha de la asamblea dichos documentos, reemplazando el informe del síndico por el de su

representante ante la Superintendencia.

En cuanto a las sociedades que operen en los demás ramos, presentarán los mismos documentos y en lo que respecta al estado demostrativo que establece el apartado 2º, se hará en la forma que determine la Superintendencia.

A los efectos de su publicación, las entidades aseguradoras nacionales y extranjeras, presentarán trimestralmente a la Superintendencia un balance de sus operaciones dentro de los 30 días posteriores al cierre respectivo (35 días para las sociedades del interior). Además, dentro de los 10 días (180 días para las sociedades extranjeras) de su aprobación por la asamblea, presentarán el balance general con su cuenta de ganancias y pérdidas.

Tales balances, que han de presentarse ajustados a las reglas y normas que dicte la Superintendencia, y en tres ejemplares, vendrán firmados por el presidente, gerente, contador, síndico y demás personas que según los estatutos han de refrendar los actos sociales. Se publicarán por tres días consecutivos en el Boletín Oficial. Las sociedades del interior harán la publicación en el Boletín Oficial de su jurisdicción o en su diario de su domicilio, según lo dispongan las reglamentaciones locales.

El incumplimiento de estas disposiciones dará lugar a la aplicación de las penalidades que determina el artículo 2º de la ley N° 5.125.

Las legislaciones de Méjico, Francia y Suiza coinciden en varios puntos con la ley argentina, ya que todas ellas, al igual que la nuestra, exigen a las compañías de seguros de manera uniforme, la remisión a los organismos respectivos, a la terminación de cada ejercicio:

- 1ª Informe de las operaciones realizadas durante el período Enero 1ª a Diciembre 31.
- 2ª Estado demostrativo de la situación de los seguros al iniciar y terminar el ejercicio; de los seguros realizados y primas cobradas, de los siniestros ocurridos, de los pagados y los pendientes de pago; de las pólizas vencidas, caducadas y rescatadas.
- 3ª Sumas percibidas por intereses, rentas y diversos y gastos generales producidos.
- 4ª Inventario, balance general y cuadro demostrativo de ganancias y pérdidas.
- 5ª Todos los demás datos que soliciten los organismos de fiscalización de las empresas de seguros en cada uno de esos países.

Si se exceptúa la ley suiza que nada dice al respecto, otro punto de semejanza entre nuestra legislación y la de Méjico y Francia, es el que se refiere a la forma como han de contabilizar sus operaciones las compañías aseguradoras, ya que nuestra ley y la francesa establecen entre las facultades del organismo fiscalizador la de fijar para aquéllas un sistema uniforme de contabilidad y la ley mejicana dispone que tales operaciones han de asentarse en los libros de contabilidad que prescribe el Código de Comercio y en los auxiliares que detalla.

Y, por último, todas estas legislaciones, como la Argentina, disponen uniformemente la obligación de las compañías de seguros de publicar anualmente en el Boletín Oficial o diario de anuncios legales, su memoria anual, balance y cuenta de ganancias y pérdidas.

Por su parte, la ley francesa establece la obligación de los aseguradores de presentar al Ministerio del Trabajo, antes de ponerlos en uso, cinco ejemplares de sus condiciones generales de pólizas, prospectos e impresos destinados a ser repartidos al público, pudiendo dicho Ministerio disponer todas las modificaciones que considere

necesarias para ajustarlos a la legislación en vigor. Igualmente toda modificación de estatutos o tarifas debe ser comunicada a dicho Ministerio, quien resolverá dentro de un plazo de seis meses desde la fecha de percepción.

Demás está decir que toda esta documentación, así como las condiciones generales o particulares de los contratos, han de estar redactados o traducidos al idioma francés.

Sobre el ejercicio del control por el Estado, las legislaciones que venimos considerando lo dejan en manos de determinados organismos (Méjico: Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Francia: Ministerio del Trabajo. Suiza: Consejo Federal) a los que facultan para que, por medio de los funcionarios que designen realicen en las compañías de seguros las inspecciones y comprobaciones que juzguen necesarias, sin que las entidades puedan negarse a recibir a los inspectores o a facilitarles los datos que aquéllos consideren indispensables.

#### DISOLUCIÓN.

No existen en nuestras leyes disposiciones referentes a la disolución de las compañías de seguros, de manera que, a los efectos de tratar este tema habremos de referirnos a lo que el Código de Comercio y demás leyes sobre la materia señalan respecto de la disolución de sociedades en su carácter de tales, pero sin tener para nada en cuenta la naturaleza de las operaciones que realizan.

Del estudio de la legislación mencionada surge que la disolución de las entidades aseguradoras puede tener lugar en dos formas:

- 1ª Ya sea por la transferencia de su cartera que voluntariamente puede realizar la sociedad.
- 2ª Ya sea mediante la disolución propiamente dicha al producirse alguna de las situaciones que establece el Código de Comercio arts. 369 a 371.

La parte referente a transferencias de carteras ha sido minuciosamente reglamentada y el decreto respectivo de Enero 2 de 1923 autoriza esta clase de operaciones previo cumplimiento de los requisitos legales pertinentes. Establece que, a los efectos de la respectiva cesión de carteras, se entablará la transferencia en solicitud dirigida al Ministerio de Justicia e Instrucción Pública, suscrita por las compañías cedente y cesionaria, con la que se acompañará copia auténtica de las actas aprobatorias de los directorios o asambleas de cada una de ellas, según correspondiera.

Dicha solicitud irá acompañada del inventario de la compañía cedente donde conste el volumen de la cartera que cede y el de las reservas que a la misma corresponden. Establecido que las reservas y garantías que se ceden cubren el pasivo que se transfiere; que la cesionaria se halla en perfecto funcionamiento; y que no existen en sus estatutos disposiciones que se opongan a la cesión, el Ministerio autorizará la transferencia determinando la fecha en la que se hará efectiva, y desde ésta substituirá la compañía cesionaria a la cedente en todos sus derechos y obligaciones.

La cesión deberá hacerse por escritura pública.

Las reservas técnicas correspondientes a la cartera cedida deberán quedar en la Argentina.

El asegurado que no estuviere conforme podrá

rescindir sus compromisos mediante la devolución de las primas correspondientes a riesgos no corridos y de las reservas matemáticas cuando se trate de seguros de vida.

En ningún caso se autorizará la cesión cuando la compañía cesionaria se hallare en liquidación.

Las transferencias y cesiones una vez autorizadas se publicarán por diez días en el boletín oficial.

Por lo que respecta a la disolución, el Código de Comercio al referirse a la misma establece que, luego que los directores o administradores se cercioren que el capital social ha sufrido una pérdida del 50% tienen la obligación de declararlo ante el tribunal de comercio respectivo, publicándolo su declaración en los diarios de la localidad. Si la pérdida fuera de 75% la sociedad se considerará disuelta "ipso jure", y los directores serán responsables hacia terceros de todas las obligaciones contraídas después que la existencia de tal déficit haya llegado o debido llegar a su conocimiento.

Dispone, luego, que las sociedades anónimas sólo pueden disolverse:

- a) Por la expiración del término de su duración o por concluirse la empresa objeto de su formación.
- b) Por quiebra.
- c) Por liquidación conforme a lo dispuesto anteriormente.
- d) Por la demostración de que la compañía no puede llenar el fin para el que fué creada, estado que resultará de lo acordado por la asamblea general o de la declaración del Poder Ejecutivo al proceder al retiro de la autorización para funcionar.

Disuelta la sociedad, será liquidada por los directores o administradores, salvo disposición en contrario de los estatutos.

En cuanto al decreto reglamentario del Régi-

men legal de la Superintendencia, se limita a decir que ésta intervendrá en la liquidación de las sociedades de seguros y por medio del agente fiscal que corresponda solicitará al Juez las medidas que sean pertinentes.

Las leyes de Méjico, Francia y Suiza admiten también, como la argentina, dos formas de disolución, ya sea mediante la transferencia de cartera o por la disolución propiamente dicha. La legislación mejicana, más minuciosa que sus similares al respecto, considera otras soluciones para el caso planteado, que veremos a continuación.

Empieza por establecer con toda propiedad las causas en virtud de las cuales cualquier entidad aseguradora puede entrar en estado de disolución, causas que son las siguientes:

- 1<sup>a</sup>) Vencimiento del plazo de duración fijado en el contrato social o cuando se le de por vencido anticipadamente de acuerdo con la ley de sociedades mercantiles.
- 2<sup>a</sup>) Revocación de la autorización para funcionar.
- 3<sup>a</sup>) Reducción del capital social a menos del mínimo legal, sin que pueda ser reconstituido dentro del plazo que señala la Secretaría de Hacienda.
- 4<sup>a</sup>) Tratándose de una sociedad mutualista, cuando el número de mutualizados, o el volumen de los capitales asegurados o de cuotas, sean inferiores a los que establece la ley.
- 5<sup>a</sup>) Cuando la casa matriz situada en el extranjero sea declarada en estado de disolución y la sucursal no se organice como sociedad mejicana de seguros. En este caso la disolución de la sucursal se declarará conforme a la ley mejicana.
- 6<sup>a</sup>) Cuando, por cualquier causa, la disolución deba declararse conforme a la ley.

La declaratoria de disolución será dispuesta por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público e implicará la inmediata suspensión de los negocios sociales hasta tanto, y oyendo previamente a la institución afectada, se dic-

te cualquiera de las siguientes resoluciones:

- I - La concesión de un plazo improrrogable para obtener aumento de capital o aportaciones extraordinarias de los mutualizados, según el caso; y comprobado que sea por la Secretaría de Hacienda que la sociedad ha dado satisfacción a las exigencias premencionadas, la propia Secretaría revocará la declaratoria de disolución.
- II - La concesión de un plazo improrrogable dentro del cual la sociedad habrá de regularizar su situación, siempre que ésta demuestre, mediante un plan de cálculo de reservas, administración y economía, que podrá colocarse dentro de la ley. En este caso, se permitirá la reanudación de las operaciones por un término de dos años, bajo la estrecha vigilancia de la Secretaría de Hacienda. Si vencido dicho plazo o aun antes, si ésta hubiera comprobado que la situación de la compañía no ha mejorado, en el primer caso, o empeorado en el segundo, procederá/decretar la transferencia de la cartera o la liquidación.
- III- La concesión de un plazo dentro del cual la sociedad habrá de transformarse en entidad mutualista. En este caso la Secretaría designará un interventor provisional que recibirá los bienes de la sociedad disuelta. Dentro de un plazo de 60 días de su recepción, el interventor elevará a la Secretaría un estudio sobre el estado financiero de la sociedad, las bases para la constitución de la nueva entidad mutual y la adhesión al plan mutualista de asegurados que representen el mínimo de ley. Aprobado que sea todo ello por la Secretaría, el interventor hará entrega de los bienes al Consejo de Administración de la nueva mutualidad. Si, por el contrario, del estudio del interventor surge la imposibilidad de transformar a la compañía en sociedad mutua o si en el plazo de ley no es posible obtener la conformidad del mínimo de asegurados que ella fija, la Secretaría de Hacienda decretará la transferencia de cartera o la liquidación definitiva de la sociedad.
- IV - La intervención de la empresa será decretada por la Secretaría cuando aquélla haya dejado de cumplir las disposiciones encaminadas a regularizar su situación dentro de la ley, o cuando su estado económico determine la necesidad de limitar sus operaciones o de fijarlas dentro de condiciones técnicas o de economía, que puedan remediar su situación. El interventor nombrado por la Secretaría recibirá todos los bienes de la sociedad y antes de los 60 días elevará un informe sobre la situación de la misma a fin de que aquélla fije la duración de la intervención, aplicándose en ese lapso el plan de administración aprobado. Si al expirar dicho período o antes, la situación de la compañía no ha mejorado o ha empeorado, la Secretaría de Hacienda decretará la liquidación.

En lo que respecta a la transferencias de

cartera, las legislaciones de Méjico, Francia y Suiza, como la ley argentina, admiten esta clase de operaciones siempre que cuenten con la aprobación gubernamental, estableciendo además las leyes francesa y suiza la obligación de dar aviso a los acreedores sociales mediante publicaciones en el diario oficial por tres meses, plazo durante el cual podrán presentar aquéllos sus objeciones.

Si el organismo de control respectivo considera la transferencia benéfica para asegurados y acreedores, decretará su aprobación, procediéndose en consecuencia al traspaso de las obligaciones y derechos de la sociedad cedente a la cesionaria.

La ley mejicana, como la nuestra, autoriza a los asegurados disconformes con la transferencia realizada a que liquiden o cancelen sus pólizas con la compañía cesionaria. La legislación francesa, por el contrario, considera obligatoria la aceptación del traspaso por los asegurados, suscriptores y beneficiarios. La ley suiza guarda silencio al respecto.

La liquidación de la compañía aseguradora está minuciosamente legislada en Méjico, Francia y Suiza, si bien las disposiciones pertinentes tienen escasos puntos de contacto entre sí y con la ley argentina.

En Méjico y Suiza se establece que en caso de solicitarse la quiebra de una sociedad de seguros, ya sea por su propio pedido o por el de un acreedor, el Juez notificará de inmediato al organismo fiscalizador, el cual estudiará la situación de la entidad a efectos de establecer si la misma puede ser restablecida; en caso contrario, se procederá a decretar la liquidación judicial de la compañía,

que se hará, según ambas legislaciones, administrativamente y por los funcionarios que los organismos gubernativos designen.

Dispone la ley francesa que la quiebra de las sociedades de seguros sólo podrá decretarse a requerimiento del Ministerio del Trabajo y la liquidación judicial, así como la homologación de cualquier concordato o arreglo amistoso únicamente se solicitará con la anuencia de dicho Ministerio.

Establecen las leyes de Méjico y Francia que, en caso de decretarse la liquidación administrativa de la sociedad se nombrará un liquidador (nombramiento que hará en Méjico la Secretaría de Hacienda y en Francia el Presidente del Tribunal a requerimiento del Ministerio del Trabajo) a quien se pondrá en posesión de todas las pólizas, bienes, valores, créditos, libros, documentos y archivos de la sociedad, o sean la totalidad de sus pertenencias.

El liquidador actuará bajo la vigilancia de la Secretaría de Hacienda en Méjico, y bajo la de un Juez Contralor nombrado a esos efectos, en Francia, donde además se lo obliga a publicar, dentro de los 10 días siguientes a su designación, el decreto en virtud del cual se ha retirado a la compañía la autorización para funcionar, juntamente con la resolución del Presidente del Tribunal.

Dentro de los 60 días siguientes a la fecha en que ha entrado en posesión de los bienes de la sociedad (seis meses a contar desde su nombramiento para la ley francesa) el liquidador procederá a establecer el activo y pasivo de la misma y elevará el proyecto de liquidación. Está autorizado para administrar y realizar los bienes sociales, siempre bajo la fiscalización del organismo respectivo, pu-

diendo ser relevado de su cargo por la Secretaría de Hacienda, en Méjico, o por el Presidente del Tribunal -en base al infome del Juez controlador- en Francia, si su conducta así lo exigiere.

La ley francesa dispone, además, que dentro de un mes de la respectiva publicación, los acreedores deberán entregar al liquidador, contra recibo, los justificativos de sus créditos, y cuando así no lo hagan, aquél deberá notificarlo por nota. El liquidador reconocerá de oficio los créditos ciertos y con la aprobación del Juez controlador reconocerá provisoriamente los observados en litigio, siempre que sus tenedores hayan elegido ya la jurisdicción competente para actuar o la elijan dentro de los 15 días de recibido el aviso que por carta certificada con recibo de retorne les enviará el liquidador, donde se les notifique que sus créditos han sido observados.

Toda acción judicial que se relacione con la compañía en liquidación, no podrá ser iniciada sino por el liquidador o contra él, quien está autorizado, previa conformidad del Juez controlador, para transar sobre la existencia o monto de los créditos discutidos, así como sobre las deudas de la sociedad.

Ambas legislaciones sostienen que el monto de la realización del activo, previa deducción de gastos y honorarios de la liquidación, se distribuirá entre los acreedores, teniendo en cuenta su privilegio, estando los asegurados ("los acreedores privilegiados cuyo derecho resulta de la ejecución de contratos de seguros o de capitalización y de ahorro" para la ley francesa) colocados en la primera categoría de privilegio (con excepción de los acreedo-

res de dominio para la ley mejicana).

Las sumas correspondientes a los créditos en litigio se reservarán hasta tanto se resuelva definitivamente sobre su reconocimiento.

La clausura de la liquidación, según lo dispuesto por la ley de Francia, será ordenada por el Presidente del Tribunal previo informe del Juez Controlador y una vez desinteresados los acreedores privilegiados, cuyo crédito provenga de contratos de seguros o de capitalización y de ahorro, o cuando no sea posible continuar las operaciones por insuficiencia de activo.

Por su parte la ley de Méjico establece que todos los cálculos que sirvan de base para la distribución del Activo entre los asegurados, han de ser aprobados por la Secretaría de Hacienda y ante ella los mismos podrán hacer todas las observaciones que crean conveniente.

Al terminar una liquidación, el liquidador lo hará saber a cada asegurado y demás acreedores, comunicándoles al propio tiempo que importe les ha correspondido y poniéndolo a su disposición por el término de seis meses. Además de dicho aviso la conclusión de la liquidación se hará saber por anuncio en el Diario Oficial y en otro del domicilio de la sociedad.

Transcurrido el plazo de seis meses, el liquidador pondrá en posesión del Banco de Méjico el importe sobrante y un detalle de los actuales acreedores a quienes dicho establecimiento seguirá pagando sus créditos por un plazo de cinco años. Transcurrido éste, prescribirá en favor del Fisco todo derecho al cobro de tales remanentes.

La ley Suiza, luego de lo ya expuesto, dispone que la convocatoria de acreedores de toda entidad asegu-

radora, puede regularse mediante prescripciones especiales del Consejo Federal, derogatorias de las disposiciones de la ley de procedimientos, siendo facultativo organizar para la liquidación una administración especial y conferirle los poderes de los acreedores, pudiendo en cualquier momento pedirle toda clase de informes al respecto e impartir - les sus instrucciones.

Los créditos de los asegurados que puedan comprobarse en los libros de la sociedad se tendrán por existentes.

En cuanto a los fondos de seguridad, el Consejo Federal establecerá si los mismos junto con las cartenas que garantizan, son transferidos a una o varias sociedades o si se procede a su liquidación. En este último caso el Consejo nombrará al liquidador, utilizándose el producto de tales fondos para abonar las obligaciones que garantizaban, compensándose el descubierto de unos con el ex ceso de otros. Los asegurados y sus derecho-habientes se rán colocados en tercera categoría de privilegio respecto de la parte de sus créditos no cubierta con el fondo de ga rantía.

La quiebra de la sociedad no significa la caducidad de los contratos amparados por el fondo de garan tía; pero la liquidación de éste importa la extinción de todos los contratos.

TÍTULO SEGUNDO

-.o-.o-.o-.o-.o-.o-.o-.o-.o-.o-

RÉGIMEN DE LOS CONTRATOS

oo

o o o o  
- -o - -  
o o  
o  
.

CAPÍTULO PRIMERODOCTRINA Y LEGISLACIÓN COMPARADA  
-.-.-.-.-1ª) Disposiciones comunes a los seguros en general.

- a) Disposiciones de carácter general y de orden imperativo.
- b) Celebración y perfeccionamiento del contrato. Prueba.
- c) Obligaciones del asegurador y del asegurado. Pago de la prima.
- d) Nulidad y caducidad.
- e) Reducción y rescisión.
- f) Prescripción.

--oo0oo--

DISPOSICIONES DE CARÁCTER GENERAL Y DE ORDEN IMPERATIVO.--

Al iniciar el estudio del seguro de vida desde el punto de vista de su faz legal, no podemos considerar exclusivamente las disposiciones que al respecto trae nuestro Código de Comercio, ya que la época cuando el mismo fué sancionado (año 1889) las hace, salvo raras excepciones, anticuadas, incompletas e inaplicables a la explotación del seguro en la actualidad. De ahí que nos veamos precisados a hacerlo comparando sus prescripciones con las de otras legislaciones extranjeras, más modernas, completas y adecuadas a la idea actual del seguro, tratando de puntualizar cuales son las fallas de nuestra legislación al referirse a esta clase de contratos y establecer en que forma las mismas situaciones han sido resueltas por la ley extranjera. Es de desear que en una futura modificación del Código se salven estos inconvenientes.

Trataremos entonces, previamente, y en forma rápida, las disposiciones legales que se refieren a los contratos de seguros en general, para ver después, más detenida-

mente, aquellas que versan sobre los contratos de seguros sobre la vida en particular.

Pasando ahora a considerar el tema del rubro de inmediato podemos determinar una importante falla de nuestro Código de Comercio. Es la de no fijar cuales son las prescripciones del mismo que pueden o no modificarse por convención entre las partes, o sea, cuales son sus disposiciones de carácter imperativo y cuales las de carácter general. Este inconveniente ha sido salvado en otras legislaciones. Así la ley de México sobre contratos de seguros establece en su art. 195 que "son de carácter imperativo todas sus disposiciones, salvo aquéllas que admitan prueba en contrario." A su vez, la ley Suiza del 2 de abril de 1908 establece en sus arts. 97 y 98, cuales de sus disposiciones son de carácter imperativo. En el mismo sentido se pronuncia la ley Francesa del 13 de julio de 1930 que en su art. 2º determina: "Las disposiciones de la presente ley no podrán ser modificadas por convenio, excepto aquéllas que dan a las partes una simple facultad y que enumeran los artículos..."

La determinación de las disposiciones imperativas de nuestro Código no puede hacerse sino mediante un amplio estudio de su articulado, debiendo entenderse como tales aquéllas que el Código establece como obligatorias para las partes. Así, pueden considerarse cláusulas de orden imperativo las siguientes:

- 1ª.- Las que se refieren a la nulidad del contrato, efectos y casos en que la misma puede producirse y obligaciones para las partes cuando se produce la nulidad total o parcial del contrato. (Arts. 495, 496, 499 a 502, 514, 515, 522 y 523).
- 2ª.- Las relacionadas con las falsas declaraciones o reticencias por parte del asegurado. (Arts. 498, 520 y 525).

- 3<sup>a</sup>.- La nulidad de la renuncia que se haga de las disposiciones imperativas o prohibitivas de la ley, al tiempo del contrato o mientras éste dure. (Art.503).
- 4<sup>a</sup>.- Las que establecen los requisitos a contener por las pólizas en general y las de seguros vida. (Arts.504 y 551).
- 5<sup>a</sup>.- Las que se refieren al perfeccionamiento del contrato. (Art.505).

En éste, más que en ningún otro caso, se nota la deficiencia antes apuntada de no haber establecido nuestra ley, en forma indubitable, cuales son las disposiciones de orden imperativo que la convención entre las partes no puede modificar. En efecto, según la disposición legal, el contrato de seguro se perfecciona por el "nuevo consentimiento", o sea que se trata de un contrato consensual; pero este orden de cosas ha sido alterado en la práctica por las entidades aseguradoras, que sin excepción establecen en sus pólizas "el seguro solo empieza a producir sus efectos después del pago de la prima." El contrato pierde su carácter consensual para convertirse en real, manteniéndose esta situación anómala debido a los contradictorios pronunciamientos de la jurisprudencia, que en ocasiones sigue la letra del Código y en otras da validez a lo estipulado en las pólizas.

- 6<sup>a</sup>.- Las referentes a la prueba del contrato. (Art.506).
- 7<sup>a</sup>.- Obligación del asegurado de poner toda la diligencia posible de su parte para precaver o disminuir los daños, debiendo participarlos al asegurador. (Art.524).

En cuanto a las disposiciones de nuestro Código que pueden considerarse de carácter general, pocas en verdad ya que la mayoría son imperativas y de orden general a la vez, podemos citar las siguientes:

- 1<sup>a</sup>.- El alcance de las prescripciones del Código para todos los seguros, ya terrestres, ya marítimos. (Art.494).

- 2<sup>a</sup>.- La estipulación en las pólizas de cuantas cláusulas y condiciones especiales juzgaren convenientes. (Art. 504 in-fine).
- 3<sup>a</sup>.- La facultad del asegurador de reasegurar los seguros a su cargo. (Art. 517).

A su vez, la ley mejicana trae pocas disposiciones de carácter general, que pueden concretarse a las siguientes:

- 1<sup>a</sup>.- La que obliga al proponente a mantener por quince días su oferta de celebración, prórroga, modificación o restablecimiento del contrato. (Art. 5).
- 2<sup>a</sup>.- Las que se refieren al contrato celebrado por el mandatario por cuenta de su mandante. (Art. 13).
- 3<sup>a</sup>.- La que fija el lugar de pago de la prima. (Art. 31).

El pago debe hacerse en el domicilio del asegurado, salvo pacto en contrario en la póliza.

- 4<sup>a</sup>.- Tiempo de vencimiento de la prima. (Art. 34).

Se establece el vencimiento de la prima, para el primer período en el momento de la celebración del contrato, salvo estipulación en contrario.

- 5<sup>a</sup>.- Nulidad para el caso de que al celebrarse el contrato, el riesgo hubiese desaparecido o el siniestro se hubiere ya realizado. (Art. 45).
- 6<sup>a</sup>.- Inexistencia del riesgo, después de celebrado el contrato. (Art. 46).

En este caso el seguro se resuelve de pleno derecho y la prima se debe únicamente por el año en curso.

- 7<sup>a</sup>.- Acontecimientos que presenten el carácter del riesgo cuyas consecuencias se hayan asegurado. (Art. 59).
- 8<sup>a</sup>.- Autorización a los agentes para recibir correspondencia relativa al seguro, de parte del asegurado. (Art. 74).
- 9<sup>a</sup>.- Obligación de la empresa de responder del siniestro causado por culpa del asegurado. (Art. 73).
- 10<sup>a</sup>.- Responsabilidad de la empresa por pérdidas y daños causados por las personas respecto de las cuales es responsable civilmente el asegurado. (Art. 79).

En este caso y en los designados con los núme

ros 7<sup>a</sup> y 9<sup>a</sup> la entidad aseguradora es siempre responsable, excepto que se pacte expresamente lo contrario.

En la ley suiza, como en la anterior, son contadas las disposiciones de carácter general. En síntesis son las siguientes:

1<sup>a</sup>.- Las que se refieren al formulario de propuesta y a las declaraciones obligatorias para la conclusión del contrato. (Arts. 3, 4 y 5).

Tal formulario debe contener las condiciones generales del seguro a celebrarse, debiendo el presunto asegurado declarar todos los hechos que el asegurador considere necesarios para la exacta apreciación del riesgo.

2<sup>a</sup>.- Reticencia y sus consecuencias. (Arts. 7 y 8).

Cuando el seguro comprende a varias cosas o personas y la reticencia afecta solamente a una de ellas, el seguro se mantiene en vigor para las otras si se demuestra que, individualmente, el asegurador las hubiese asegurado en las mismas condiciones.

3<sup>a</sup>.- Seguros por cuenta de terceros. (Arts. 16 y 17).

Un seguro puede realizarse por cuenta propia o agena, con o sin la designación del tercero asegurado y el asegurador responde aún en el caso de que la ratificación del tercero asegurado tenga lugar después de producido el siniestro.

4<sup>a</sup>.- Premio: Quien lo debe. Reducción. Indivisibilidad. (Arts. 18, 23 y 24).

Quien realiza un seguro está obligado a pagar las primas, pero en los casos de seguros por cuenta de terceros, si el mandatario no realiza el pago a tiempo o cae en estado de insolvencia, al asegurador le asiste el derecho de exigir el pago del mandante. La reducción de la prima puede pedirse en casos de reducción de los riesgos asegurados. Las

primas periódicas se deben íntegramente no obstante no haber soportado el asegurador riesgo sino por una parte del período.

5ª.- Acontecimientos que presenten los caracteres del riesgo y cuyas consecuencias se hayan asegurado. (Art.33).

El asegurador es responsable en todos los casos.

6ª.- Modificación de las condiciones generales del seguro durante el curso del mismo. (Art.35).

El asegurado tiene derecho a pedir la continuidad del contrato en las nuevas condiciones; si bien es cierto que si las mismas significan una mayor prestación ha de corresponder un aumento del premio.

7ª.- Retiro de la concesión. Falencia del asegurador. (Arts. 36 y 37).

En el primer caso el asegurado tiene el derecho de rescindir el contrato. En el segundo, el contrato caduca cuatro semanas después de declararse la falencia del asegurador.

8ª.- Obligación del asegurado de dar aviso del siniestro al asegurador en tiempo y forma. (Art.38).

Todas estas disposiciones de carácter general, admiten disposición en contrario estipulada entre asegurador y asegurado.

En cuanto a la ley francesa, sus disposiciones de carácter general son aun menos numerosas que en las anteriores y son las siguientes:

1ª.- La que establece la posibilidad de realizar seguros por cuenta de un tercero, con o sin mandato del mismo. (Art.6)

2ª.- La que dispone que las pólizas pueden ser nominativas, a la orden o al portador. (Art.10).

La póliza a la orden se transmite por endoso, incluso por endoso en blanco.

- 3<sup>a</sup>.- El asegurador puede oponer al beneficiario las mismas excepciones oponibles al suscriptor originario. (art.11)
- 4<sup>a</sup>.- En los seguros en que la prima se calcula en base al número de las personas o cosas objeto del contrato, en caso de error en la declaración base para el cálculo del premio, el asegurado deberá pagar, además de la diferencia de primas, una indemnización nunca superior al 50% del importe omitido.

#### CELEBRACIÓN Y PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO. PRUEBA.

Nuestro Código de Comercio establece como base principal para la celebración de contratos de seguros la buena fe de las partes. Así, en su art.498 declara nulo el seguro cuando existan, por parte del asegurado, falsas declaraciones o reticencias que a juicio de peritos hubieran impedido la celebración del contrato.

En artículos siguientes (499 a 502), y al referirse a la existencia de dos o más seguros sobre la misma cosa, establece la prohibición de asegurar dos veces el mismo objeto por su valor íntegro, por igual tiempo y riesgos. Si no obstante la prohibición anterior, se hubieran celebrado de buena fe varios contratos, de los cuales el primero asegure el valor íntegro de la cosa, los siguientes se consideraran anulados. En este caso, los aseguradores siguientes solo garantizan el resto hasta el valor del precio por orden de fechas. Si los seguros fueran realizados todos por diferentes pólizas para la misma cosa y durante la misma época, los aseguradores responden a prorrata; y si el seguro excediere el valor del objeto asegurado sólo es válido hasta la suma concurrente de aquel valor.

La ley mejicana es más precisa que nuestro Código en sus disposiciones respecto de la celebración del contrato y previendo inconvenientes futuros, establece en sus artículos 5 a 8 que:

" ...las ofertas de celebración, prórroga, modificación, o restablecimiento de un contrato suspendido, obligan al proponente durante 15 días o 30 si se hace necesario a un examen médico.

" Se consideran aceptadas las ofertas de prórroga, modificación o restablecimiento de un contrato hecho por carta certificada con acuse de recibo, si la empresa no responde dentro de los plazos enunciados en el artículo anterior.

" Las condiciones generales del seguro deben figurar en el formulario de oferta entregado al proponente o bien remitirse a éste para que las incluya en su propuesta.

" Es obligación del proponente declarar por escrito a la empresa aseguradora todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo, que puedan influir sobre las condiciones del seguro, tal como los conozca o deba conocerlos."

En idéntica forma se pronuncia la legislación suiza y agrega, para el caso de reticencias en la declaración del asegurado:

" ...si para la conclusión del contrato, quien ha tenido que hacer la declaración la ha hecho inexactamente o ha omitido hechos importantes que conocía o debía conocer, el asegurado queda desvinculado de tal contrato siempre que proceda a su rescisión dentro de las cuatro semanas de haber tenido conocimiento de tal hecho."

En cuanto a la ley francesa, más concisa que las anteriores, establece en su art.7 que:

" La propuesta del seguro no vincula al asegurador y al asegurado; solo la póliza o la nota de aceptación comprueba el vínculo recíproco."

Respecto a las propuestas para modificar, prolongar o restablecer un contrato suspendido, se pronuncia en la misma forma que las ya citadas.

El perfeccionamiento del contrato de seguro es uno de los puntos más debatidos dentro de nuestra legislación, pues no obstante establecer el Código de Comercio en forma categórica, en su art.505, el carácter consensual de los mismos al disponer: "el contrato de seguro se perfecciona mediante el simple consentimiento y las obligaciones de asegurador y asegurado empiezan desde que se ha efectuado la convención, aun antes de entregada la póliza.", las entidades

aseguradoras fijan en sus pólizas que: "el contrato recién entra en vigor cuando haya sido aceptado por la compañía el pago del premio."

Esta situación anómala se ha producido como consecuencia de la falla que presenta nuestro Código, al no establecer cuales son sus disposiciones de orden imperativo y cuales las de carácter general.

Por el contrario, las leyes mejicana y suiza no dan lugar a que se produzcan casos análogos al planteado en nuestro medio, ya que disponen en forma precisa que:

" la empresa que entregue la póliza antes del pago de la  
" primera prima, no podrá eludir la responsabilidad del  
" riesgo por medio de cláusula en que se convenga que el  
" seguro no entrará en vigor sino después del pago de dicha  
" prima."

En lo que respecta a la prueba de esta clase de contratos, nuestro Código dispone en su art. 506 que:

" el contrato de seguro solo puede probarse por escrito, ad-  
" mitiéndose, sin embargo, todos los medios de prueba si hay  
" principio de prueba por escrito. Si sobrevienen dudas so-  
" bre las cláusulas y condiciones particulares del contrato  
" antes de la entrega de la póliza, podrán comprobarse por  
" todos los medios de prueba admitidos en materia comercial.  
" Sin embargo, las cosas de que la ley exige mención ex-  
" presa en la póliza de seguros, so pena de nulidad, sólo po-  
" drán hacerse constar por escrito."

Las leyes francesa, suiza y mejicana son, en este punto, menos claras que nuestro Código y nada dicen respecto de la prueba del contrato de seguros; sin embargo, debe entenderse que la misma ha de formularse por escrito, ya que es requisito esencial que el contrato debe constar en un documento público o privado.

#### OBLIGACIONES DEL ASEGURADO Y DEL ASEGURADOR. PAGO DE LA PRIMA.

En lo que respecta a las obligaciones a cargo de asegurado y asegurador, las disposiciones de nuestro Có-

digo de Comercio son semejantes a las que traen las legislaciones mejicana, suiza y francesa.

De acuerdo con nuestra ley las obligaciones esenciales que entraña para las partes el contrato de seguro son: para el asegurado, pagar la prima; para el asegurador, indemnizar el daño producido por el siniestro. Pero no son éstas las únicas obligaciones que contraen los contratantes, existen otras cuya importancia es también muy grande; tanta, que la falta de cumplimiento de tales disposiciones puede significar la nulidad del contrato.

En efecto, el artículo 498 establece que:

" es nulo el seguro en caso de falsa declaración o reticencia de circunstancias conocidas del asegurado, aún de buena fe y que a juicio de peritos hubiesen impedido el contrato o modificado sus condiciones."

Concordante con esta prescripción el art. 523 dispone:

" Si el contrato se anula por dolo, fraude o mala fe del asegurado, gana el asegurador el premio íntegro, sin perjuicio de la acción criminal a que hubiere lugar."

Es además obligación del asegurado, según el artículo 524:

" poner de su parte toda la diligencia posible para precaver o disminuir los daños y debe participarlos al asegurador tan luego como hayan sucedido, so pena de daños y perjuicios si hubiere lugar.- Los gastos hechos por el asegurado para precaver o disminuir los daños son por cuenta del asegurador, aunque excediera con el daño sobrevenido el importe de la suma asegurada o hayan sido perjudiciales las medidas tomadas."

Por su parte, en las condiciones generales de pólizas, las entidades aseguradoras agregan otras obligaciones para el asegurado, tales la de comunicar a la compañía toda cesión de derechos, gravamen, caución o garantía que tenga por base la póliza. En caso de seguros de vida establecen la obligación de justificar la edad declarada y en caso

de fallecimiento se exige la presentación de la partida de defunción.

Respecto a las obligaciones del asegurador, el Código de Comercio al definir el contrato de seguros establece la primera y primordial: indemnizar el daño ocasionado por la producción del siniestro; disponiendo además en su art.497 que la obligación de indemnizar existe para la compañía en los casos de daños o averías causadas por las personas que la representen.

Nuestra ley establece también que si el seguro excede el valor de la cosa, sólo es válido hasta la suma concurrente de aquel valor. Dispone, además, que en los casos cuando el valor íntegro de la cosa no esté asegurado, el asegurador responde solo proporcionalmente. Sin embargo, las partes quedan en libertad de convenir que los daños serán compensados hasta la suma concurrente del importe íntegro de la cantidad asegurada.

Fija también para el asegurador la obligación de firmar la póliza en el tiempo convenido y entregarla al asegurado.

Producida la nulidad del seguro en todo o en parte y si el asegurado ha obrado de buena fe, el asegurador está obligado a devolver la prima o parte de la misma por los riesgos no corridos.

Las leyes extranjeras antes citadas se explican respecto a este tópico en forma análoga a la de nuestra legislación. Así establecen como obligaciones del asegurado:

- a) Su obligación de pagar las primas.
- b) Declarar por escrito todos los hechos que puedan influir en la apreciación del riesgo, como también comunicar

dentro de las 24 horas toda agravación del mismo.

- c) Comunicar a la empresa aseguradora, tan pronto como tenga conocimiento del siniestro, el hecho producido, otorgándosele un plazo máximo de cinco días. No cumpliendo esta obligación la empresa tendrá derecho a disminuir la indemnización a lo que sería si el aviso hubiera llegado oportunamente, y si la omisión fué hecha para impedir al asegurador comprobar las condiciones del siniestro, el mismo queda completamente desligado de su obligación. No son aplicables tales sanciones en caso de incumplimiento sin culpa del asegurado.

En cuanto a las obligaciones del asegurador establecen:

- a) Su obligación de resarcir un daño o pagar una suma de dinero al verificar la eventualidad prevista.
- b) Su responsabilidad directa no obstante el reaseguro que pueda haber realizado en otra compañía y para los casos de seguros por cuenta de terceros, aun cuando la aceptación de estos últimos tenga lugar después de producido el siniestro.
- c) La obligación de la empresa de entregar al asegurado la póliza donde constan los derechos y obligaciones de las partes.

Al considerar el caso de siniestro, tanto nuestra ley como las ya mencionadas, declaran desligado al asegurador, cuando dicho siniestro se debe a dolo o mala fe por parte del asegurado.

En lo que se refiere al pago de la prima, los aseguradores establecen que deberá hacerse en la caja de la compañía, o a sus agentes y corresponsales en el exterior, a su vencimiento o dentro del mes de gracia que se concede al efecto. Durante el transcurso de este plazo el seguro conserva toda su fuerza y vigor, y si el siniestro ocurriera durante este lapso corresponde indemnizar al asegurado o beneficiario en su caso, sin otra deducción que la prima o fracción de prima impaga en el momento del siniestro.

Si la prima no fuera pagada a su vencimiento o dentro del plazo de gracia el seguro caduca, quedando la póliza

za nula y sin otro valor que el que pudiera corresponderle de acuerdo con el cuadro de Préstamos y Valores Garantizados, que se inserta en la póliza.

Las disposiciones de nuestro Código en la materia son de todo punto de vista insuficientes. Ello ha dado lugar a que las compañías de seguros inserten en sus pólizas disposiciones especiales tendientes a suplir este silencio, disposiciones que en algunos casos llegan a modificar proscripciones legales.

Las leyes mejicana, suiza y francesa son mucho más completas y precisas que la nuestra en este aspecto y dedican al pago de la prima extensos capítulos, coincidiendo en el espíritu de sus disposiciones, pero difiriendo con el detalle.

Así las leyes mejicana y francesa fijan como lugar de pago de la prima el domicilio del asegurado. La ley suiza dispone que dicho pago ha de hacerse en el domicilio del asegurador.

A continuación las leyes mejicana y suiza pasan a establecer que la empresa tendrá el derecho de compensar primas y préstamos debidos por el asegurado con la prestación debida al beneficiario.

Consideran como vencimiento de la primera prima la fecha de celebración del contrato y las subsiguientes se consideran vencidas al comienzo y no al fin de cada nuevo período.

Disponen, además, que la empresa que entregue la póliza antes del pago de la primera prima, no podrá eludir su responsabilidad mediante cláusulas que establezcan que el seguro no entrará en vigor sino después del pago de

aquella prima.

Tanto la legislación mejicana como la suiza y francesa, consideran de manera uniforme la siguiente situación:

Si la prima no fuera pagada dentro de los plazos establecidos en el contrato o en la ley, los efectos del seguro no podrán suspenderse sino 15 días (14 para la ley suiza y 20 para la francesa) después del requerimiento respectivo al asegurado, el cual podrá hacerse por carta certificada con acuse de recibo.

Diez días después de expirado el plazo que marca el artículo anterior (2 meses para la ley suiza) la empresa podrá dar por rescindido el contrato o exigir la prima por vía ejecutiva. La rescisión podrá hacerse por una declaración de la empresa dirigida al asegurado por carta certificada con acuse de recibo.

Si el contrato no fué rescindido, producirá todos sus efectos en el futuro desde el día siguiente a aquél cuando se pagó la prima adeudada y los gastos que originó su cobro.

Disponen además que si la prima se fijó en base a determinados hechos que agravaban el riesgo y éstos desaparecen o pierden importancia, el asegurado tiene derecho a exigir la ulterior rebaja de la prima.

La prima convenida para el período en curso se adeudará íntegramente aun cuando la empresa no haya cubierto el riesgo sino durante parte de ese tiempo.

Por último, la ley de Méjico establece la obligación del asegurador de aceptar el pago de la prima hecho por acreedores privilegiados, terceros asegurados, bene-

ficiarios o cualquier otra persona que tenga interés en el seguro.

#### NULIDAD Y CADUCIDAD.-

La nulidad del contrato de seguro está tratada extensamente en nuestro Código de Comercio que trae disposiciones al respecto referentes a los seguros en general y también a los seguros sobre la vida.

Varias son las causales que según nuestra legislación producen la nulidad del contrato de seguro.

Son las siguientes:

- 1ª.- La falta de interés de quien realiza el contrato de seguro por la cosa asegurada. (art.495)
- 2ª.- Cuando el seguro tiene por objeto operaciones ilícitas. Quedan en comiso las sumas y capitales asegurados, sin perjuicio de las disposiciones penales. (art.496).
- 3ª.- Las falsas declaraciones o reticencias por parte del asegurado de circunstancias que, a juicio de peritos, hubieran impedido el contrato o modificado sus condiciones.(art.498).
- 4ª.- La existencia de un primer contrato que asegure por el mismo tiempo, los mismos riesgos y su valor íntegro la cosa que pretende asegurarse nuevamente (artículos 499 y 500).
- 5ª.- La desaparición del riesgo o la producción del siniestro con anterioridad a la fecha del contrato. (art.514).

Respecto a la situación como quedan asegurado y asegurador en los casos de nulidad del seguro, se establece que si la nulidad se produce y el asegurado ha obrado de buena fe, el asegurador debe restituir el premio o parte de premio por los riesgos <sup>no</sup> corridos; mientras que si la nulidad se produce por dolo, fraude o mala fe del primero, se beneficia el asegurador con el premio in-

seguro sin perjuicio de la acción criminal a que hubiere lugar.

En cuanto a las causas de nulidad de seguros sobre la vida, se consideran las siguientes:

- 1<sup>a</sup>.- La muerte del asegurado con anterioridad a la contratación del seguro (art.553).
- 2<sup>a</sup>.- Si el asegurado se suicida, es condenado a muerte o pierde su vida en desafío u otra empresa criminal (art.554).
- 3<sup>a</sup>.- Si quien reclama el importe del seguro es autor o cómplice en la muerte del asegurado (art.555).

Las compañías aseguradoras en sus pólizas traen también disposiciones sobre la nulidad, complementando y atenuando, en algunos casos, la rigidez de ciertas prescripciones de la ley. Así, por ejemplo:

" Si se averigua que la edad declarada por el asegurado no fué exacta, el capital del seguro será igual al que corresponde por la prima pagada si se hubiera declarado la edad verdadera."

" Esta póliza será rescindida y no tendrá valor alguno si el asegurado pierde su vida en duelo y/o suicidio, dentro del primer año de su vigencia; después de este plazo se abonará la reserva asignada a la póliza."

Como se vé, esta última manifestación atenúa en parte la estrictez del Código en sus referencias sobre suicidio.

Las legislaciones extranjeras antes citadas son más liberales que nuestro Código en sus concepciones sobre nulidad.

La ley de Méjico, por ejemplo, deja casi al arbitrio de las partes la fijación de las causas que han de determinar la nulidad del seguro, al establecer en su art.24 que:

" Ninguna cláusula de nulidad, rescisión, revocación o en general, que prive de sus efectos al contrato, será

" válida si no consta en caracteres aparentes en la póliza firmada por la empresa aseguradora."

Sin embargo, más adelante establece determinadas causas de nulidad, expidiéndose en forma análoga a lo que expresan las leyes suiza y francesa. Así disponen que "es nulo todo seguro si al momento de su celebración el riesgo había desaparecido o el siniestro se había ya producido."

Respecto de los seguros de vida establece también la nulidad del que se ha celebrado sobre la vida de una tercera persona, si ésta no acepta expresamente dicho seguro.

Las leyes mejicana y francesa consideran asimismo nulo el seguro realizado sobre la vida de personas menores de 12 años de edad o de aquellas sobre las que pesa cualquier otra interdicción.

Y por último, refiriéndose al suicidio, la legislación de Méjico y de Francia da validez al seguro cuando en el momento de producirse aquél, la póliza cuenta con una vigencia superior a dos años. En caso contrario la compañía está obligada a entregar el importe de la reserva matemática.

Respecto de la caducidad del contrato de seguro, no contiene nuestro Código de Comercio ninguna disposición categórica. Tan solo su art.505 puede considerarse como aplicable al tema cuando dice:

" ...el contrato de seguro se perfecciona por el mero consentimiento y los derechos y obligaciones recíprocas del asegurador y del asegurado empiezan desde que se ha verificado la convención, aun antes de la suscripción de la póliza."

Sin embargo, como ya se ha expresado con

anterioridad, no es éste el criterio aceptado por las entidades aseguradoras, que sin excepción establecen que el seguro entra ración en vigor cuando la compañía ha aceptado el pago del premio. La falta de pago del mismo a su vencimiento o dentro del mes de gracia que se concede al efecto, produce la inmediata caducidad de la póliza, sin necesidad de declaración alguna ni derecho del asegurador al reclamo de lo que hubiera desembolsado, salvo cualquier valor que le correspondiera de acuerdo al "Cuadro de Préstamos y Valores Garantizados" inserto en la póliza. En esta forma, el contrato de seguro, consensual según la ley, se convierte en un contrato real.

Esta situación no se presenta en la legislación extranjera que estamos considerando. Las leyes mejicana y suiza empiezan por establecer que:

"...la empresa que entregue la póliza antes del pago de la primera prima no podrá eludir su responsabilidad mediante cláusulas que establezcan que el seguro no entrará en vigor sino después del pago de aquella prima."

A continuación, las legislaciones mejicana, suiza y francesa disponen de manera uniforme que:

"...si la prima no fuera pagada dentro de los plazos que establecen el contrato o la ley, los efectos del seguro no podrán suspenderse sino 15 días (14 para la ley suiza y 20 para la ley francesa) después del requerimiento respectivo al asegurado, el cual deberá hacerse por carta certificada con acuse de recibo."

#### REDUCCIÓN Y RESCISIÓN.

La reducción del contrato de seguro es tema que no considera en lo mínimo nuestro Código de Comercio. De ahí que las entidades aseguradoras se hayan visto obligadas a suplir este silencio de la ley con disposiciones especiales en sus pólizas, que facultan al asegurado

a solicitar, después de haber pagado determinado número de primas, el valor de rescate en efectivo de su seguro o su transformación en póliza saldada o póliza prorrogada. A esos efectos establecen:

- " Si después de haber sido pagadas tres anualidades completas se dejase de pagar cualquier prima subsiguiente y no existiera por esta póliza deuda alguna a favor de la compañía, se le concederá al asegurado cualquiera de las siguientes opciones:
- " a) Rescate en efectivo: Retirar en efectivo dentro de los noventa días de hallarse impaga una prima, la suma especificada en el "Cuadro de Valores Garantizados", previa entrega de esta póliza que quedará por este hecho completamente liquidada.
- " b) Póliza saldada: Dentro de los seis meses de encontrarse impaga una prima, podrá conmutarse esta póliza por una póliza saldada cuyo capital, especificado en el Cuadro de Valores, será pagadero en la misma fecha en que hubiera vencido el presente seguro o bien al fallecimiento del asegurado, si este ocurriese antes. Esta póliza se hallará libre del pago ulterior de primas.
- " c) Prolongación de vigencia automática: Si después de transcurridos los treinta días de prórroga para el pago de una prima, ésta no hubiese sido satisfecha, la póliza entrará en prolongación de vigencia automática, por su capital íntegro y por el tiempo fijado en el Cuadro de Valores. Si durante ese tiempo falleciera el asegurado, la compañía pagará el capital asegurado a quien correspondiera sin descontar suma alguna por las primas no abonadas; pero si el asegurado viviese hasta el término de la prolongación de la vigencia automática, el seguro quedará anulado y la compañía solo se obliga a pagar el importe que figura en la última columna del Cuadro de Valores. No solicitando el asegurado el rescate en efectivo o la póliza saldada dentro de los plazos indicados más arriba, la prolongación de vigencia automática continuará de hecho, sin que al asegurado le asista derecho de reclamación alguna."

Las leyes extranjeras que venimos considerando se refieren, con mayor o menor amplitud, al tema que tratamos, coincidiendo todas ellas -en términos generales- con las disposiciones de nuestras pólizas. Así determinan que la falta de pago de una prima, luego de cubiertas tres anualidades completas, da lugar a que el asegurado pueda reclamar el valor de rescate de su póliza

o la transformación del seguro o póliza contratada; disponiendo además que las condiciones de rescate y transformación deben figurar en la póliza en forma tal que el asegurado sepa en cualquier momento a que importe tiene derecho. La ley mejicana agrega que las pólizas reducidas dan igualmente derecho a rescate.

A su vez, la ley suiza establece que siempre que el asegurado lo solicite, el asegurador debe, dentro de un plazo de cuatro semanas, calcular el valor de transferencia o rescate de su seguro y hacérselo saber; y si aquél también lo pidiera, tiene que proporcionarle los datos necesarios para que pueda hacerlos verificar por peritos. A esos efectos dispone que la Oficina Federal de Seguros verificará gratuitamente la exactitud de los valores calculados por el asegurador. Las disposiciones de esta ley -dice la misma- relativas a las transferencias y rescates se aplican también a las prestaciones que el asegurador ha concedido al asegurado como participación en las utilidades.

La ley francesa también contiene disposiciones particulares sobre este aspecto. Dispone que el importe del seguro reducido no puede ser inferior al importe de un seguro del mismo tipo que el primitivo, que el asegurado obtendría pagando como prima única la reserva matemática acumulada en el momento de la reducción, disminuida como máximo en el 1/3 de la suma originariamente asegurada.

Sobre la rescisión poco es lo que dispone nuestro Código de Comercio, limitándose en su art. 523 a considerar el caso de quiebra del asegurador o concurso

del asegurado, estableciendo que:

" En caso de quiebra del asegurador podrá el asegurado  
" pedir la rescisión del contrato o una fianza bastante  
" de que el concurso satisfará plenamente las obligacio-  
" nes del asegurador. El asegurador tiene el mismo dere-  
" cho contra el asegurado cuando no haya recibido el pre-  
" mio del seguro. No dándose por el concurso fianza bas-  
" tante puede el asegurado pedir la cesión gratuita de  
" los derechos resultantes de cualquier reaseguro que se  
" hubiere verificado."

Pueden considerarse aplicables al tema tra-  
tado los arts. 216 del Código citado y N° 1200 del Código  
Civil que dicen respectivamente:

" La condición resolutoria se entiende implícitamente  
" comprendida en todos los contratos bilaterales o sina-  
" lagmáticos, para el caso de que una de las partes no  
" cumpla sus compromisos. Más en los contratos en que ha  
" ya hechos ya realizados, quedan firmes y producen, en  
" cuanto a ellos, las obligaciones del contrato. siendo  
" implícita la condición el contrato no se resuelve "ig-  
" so-jure", como cuando se ha pactado la condición reso-  
" lutoria. La parte a quien se ha faltado puede optar en-  
" tre forzar a la otra a ejecutar la convención, cuando  
" es posible, o pedir la restitución con daños y perjui-  
" cios."

-----  
" Las partes pueden por mutuo consentimiento extinguir  
" las obligaciones creadas por los contratos y retirar  
" los derechos reales que se hubiesen transferido: pue-  
" den también por mutuo consentimiento revocar los con-  
" tratos por las causas que la ley autoriza."

El carácter de contrato consensual que  
tiene en nuestra legislación el contrato de seguro, hace  
que le sean perfectamente aplicables las disposiciones  
transcriptas.

Al contrario de nuestro Código, las legis-  
laciones extranjeras que hemos mencionado, tratan e fon-  
do este tema, ya que se refieren al mismo no solamente  
en el capítulo de los seguros en general, sino que lo tra-  
tan al legislar sobre los seguros de vida en particular.

Comienzan por considerar la falta de pago  
del premio, disponiendo que los contratos no podrán sus-  
penderse sino 15 días después (14 para la ley suiza y 20

para la francesa) del requerimiento respectivo al asegurado, debiendo ser hecho éste por carta certificada con acuse de recibo. Diez días después de expirado el plazo que marca la ley (dos meses para la ley suiza), la empresa aseguradora podrá rescindir el contrato o exigir el pago de la prima por la vía ejecutiva. En el caso de que el contrato no haya sido rescindido, producirá todos sus efectos en el futuro desde el día siguiente al que se pague la prima adeudada y los gastos efectuados para su cobro.

Se refieren luego a los efectos derivados de cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos importantes para que se aprecie el riesgo, conocidos o que debió conocer el asegurado, facultando en este caso a la empresa aseguradora para considerar rescindido el contrato de pleno derecho aunque no hayan influido estos hechos no declarados en la realización del siniestro. La rescisión del contrato deberá comunicarse al asegurado dentro de los quince días siguientes a la fecha en que el asegurador comence la omisión o inexacta declaración.

Cuando el contrato comprenda varias personas o cosas, el seguro quedará en vigor para las otras, si se prueba que la empresa las habría asegurado solas en las mismas condiciones.

En caso de rescindirse el contrato por omisiones o inexactas declaraciones, la empresa conserva su derecho a la prima por el período del seguro en curso en el momento de la rescisión. Si ésta se efectúa antes de que los riesgos hayan empezado a correr para la empresa.

si el asegurado no renunció al reembolso de los gastos efectuados. Si la prima pagada anticipadamente correspondiente varios períodos del contrato, la empresa aseguradora restituirá las 2/3 partes de las primas correspondientes a los períodos futuros (según la ley francesa la compañía sólo puede restituir las primas ya vencidas, a título de costas e intereses). En caso de que la rescisión del contrato se deba a la agravación esencial del riesgo, la responsabilidad del asegurador termina quince años después (12 años para la ley francesa) de la fecha de haber comunicado su resolución al asegurado.

Las leyes belgas y su equivalente, además, cuando el riesgo se agrava respecto de una de las cosas o de las personas, el seguro queda en vigor por los años, siempre que el asegurado pague la prima correspondiente conforme a las tarifas respectivas. Sin embargo, la agravación del riesgo no producirá las siguientes:

- 1ª.- si no ejerció influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de las prestaciones de la empresa aseguradora.
- 2ª.- si tuvo por objeto salvaguardar los intereses de la empresa o cumplir con un deber de humanidad.
- 3ª.- si la empresa renunció expresa o tácitamente al derecho de rescindir el contrato por dicha causa, haciéndose por hecho la renuncia si el recibí de la empresa un aviso escrito de la agravación del riesgo, no le comunicó al asegurado dentro de los quince días siguientes su voluntad de rescindir el contrato.

Y por último, las leyes belgas, suiza y francesa, al considerar la rescisión en el seguro de vida, disponen que en caso de inexacta declaración de la edad por parte del aseg-

gurado, la empresa no puede rescindir el contrato salvo que la edad de aquél esté fuera de los límites de admisión fijados por el asegurador, debiendo devolverse al asegurado la reserva matemática de su póliza en la fecha de la rescisión.

### PRESCRIPCIÓN.

Nuestro Código de Comercio establece respecto de la prescripción de esta clase de contratos que: "...se prescriben por un año las acciones que se deriven del contrato de seguro." Podría, sin embargo, considerarse como una excepción a lo dispuesto por este artículo N° 853, lo que establece el Código Civil en su art. N° 5936, cuando dice:

"...la prescripción no corre para los que se hallen bajo curatela, aunque la prescripción hubiera empezado antes en la persona de un mayor a quien hayan sucedido, con excepción de los casos en que las leyes hubieran establecido lo contrario."

Las legislaciones extranjeras que venimos considerando y especialmente la mejicana y la francesa, tratan con más amplitud todo lo referente a la prescripción del contrato de seguro y así disponen:

" Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán en dos años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dió origen."  
 " Es nulo el pacto que abrevie o extienda el plazo fijado por esta ley."

Además las leyes mejicana y francesa agregan:

" El plazo de los arts. anteriores no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha

" realización.  
" Además de las causas ordinarias de interrupción de la  
" prescripción, ésta se interrumpirá por el nombremiento  
" de peritos con motivo de la realización del siniestro,  
" y tratándose de la acción en pago de la prima, por el  
" requerimiento que trata el art.57 de esta ley."

Por su parte, la ley francesa, dispone:

" Cuando la acción del asegurado contra el asegurador  
" es causada por el reclamo de un tercero, el término  
" de la prescripción corre desde el día en el cual di-  
" cho tercero haya iniciado su acción judicial contra  
" el asegurado o haya sido indemnizado por este último.  
" La prescripción de dos años corre también contra me-  
" nores, contra aquellos contra quienes pesen interdic-  
" ciones y contra todos los incapaces."

--oo0oo--

LEGISLACIÓN Y ORGANIZACIÓN COMPARADA

-----

2ª) Disposiciones especiales sobre seguros Vida.

- a) Especificaciones especiales de las pólizas.
- b) Seguros de terceros.
- c) Especificación y determinación del beneficiario.
- d) Pago de la prima.
- e) Reducción. Seguro saldaado. Préstamos.
- f) Suicidio y muerte en empresa criminal.
- g) Seguros populares. Seguros industriales. o por grupos.

--00000--

ESPECIFICACIONES ESPECIALES DE LAS PÓLIZAS.

Nuestro Código de Comercio establece en sus arts. 551 y 552 que la póliza de seguro debe contener:

- 1ª.- El día del contrato.
- 2ª.- El nombre del asegurado.
- 3ª.- El nombre de la persona cuya vida se asegura.
- 4ª.- La época en que los riesgos empezarán y acabarán para el asegurador.
- 5ª.- La cantidad por la cual se ha asegurado.
- 6ª.- La prima del seguro.

Por el segundo de los arts. citados se dispone que: "La evaluación de la cantidad y la determinación de las condiciones del seguro quedan al arbitrio de las partes.

Entre las legislaciones extranjeras que venimos comentando, las de Méjico y Francia son más precisas que nuestro Código en lo que respecta a las especificaciones que las pólizas vida deben contener. Establecen aparte de las disposiciones que se estipulan al tratar de los seguros en general y que son:

- 1ª.- Nombres y domicilios de los contratantes y firma de la empresa aseguradora.
- 2ª.- La designación de la cosa o persona asegurada.
- 3ª.- La naturaleza de los riesgos garantizados.
- 4ª.- El momento a partir del cual se garantiza el riesgo y la duración de esa garantía.

- 5<sup>a</sup>.- El monto asegurado.  
 6<sup>a</sup>.- La cuota o prima del seguro.  
 7<sup>a</sup>.- Las demás cláusulas que deben figurar en la póliza de acuerdo a las disposiciones legales, así como las convenidas lícitamente por las partes.

Los siguientes requisitos legales:

- 1<sup>a</sup>.- Nombre completo y fecha de nacimiento de la persona o personas sobre quienes recaiga el seguro.  
 2<sup>a</sup>.- El nombre completo del beneficiario si está determinado.  
 3<sup>a</sup>.- El acontecimiento o el término del cual dependa la exigibilidad de las sumas aseguradas.  
 4<sup>a</sup>.- Los valores garantizados si existieran.

Además establecen en artículos siguientes que las pólizas vida no pueden ser extendidas al portador y fijan las formas en que, bajo pena de nulidad, debe hacerse la transferencia de las mismas.

Por su parte, la ley suiza se limita a disponer que el asegurador está obligado a entregar al asegurado una póliza que fije los derechos y obligaciones de las partes. El asegurador debe entregar al asegurado, a su requerimiento y contra reembolso de los gastos, una copia de las declaraciones contenidas en el formulario de propuesta del seguro o hechas por el proponente y en base a las cuales se llevó a cabo la operación. Esta legislación acepta la póliza vida extendida al portador.

#### SEGUROS DE TERREMOTOS.

Respecto del tema del rubro el código de comercio dispone en su art. 659:

- " Podrá contratarse el seguro aun sin consentimiento o noticia de la persona cuya vida se asegura. Sin embargo el que contrate el seguro debe tener interés en la duración de la vida de la persona asegurada, a lo menos en el momento del contrato."

Estas disposiciones se completan con lo ma-

nifestado por la ley N° 3943 sancionada en agosto de 1933, la que dice así:

" Art.1<sup>a</sup>.- El seguro de vida constituido a favor de un  
 " ----- tercero es un bien de exclusiva propiedad de  
 " éste y no responde en ningún caso al pago de las obliga-  
 " ciones que adeudase el contribuyente en la época de su  
 " fallecimiento, salvo por lo que respecta a las cantida-  
 " des recibidas por el asegurador, las que quedarán suje-  
 " tas a las disposiciones del Código Civil relacionadas  
 " con la colación y la legítima de los herederos forzosos  
 " y a la revocación de los actos celebrados en perjuicio  
 " o fraude de los derechos de los acreedores.  
 " Art.2<sup>a</sup>.- El cobro del seguro por los herederos benefi-  
 " ----- ciarios, no obstará a que puedan repudiar la  
 " herencia del causante constituyente del seguro, o acep-  
 " tarla con beneficio de inventario."

En cuanto a las legislaciones extranjeras hasta ahora consideradas, no son mucho más explícitas al respecto que nuestro Código de Comercio, ya que se limitan a establecer:

" El seguro para el caso de muerte de un tercero será nulo, si el tercero no diere su consentimiento por escrito antes de la celebración del contrato, con indicación de la suma asegurada."

#### REVOCACIÓN Y DETERMINACIÓN DEL BENEFICIARIO.

Nuestro Código de Comercio no se refiere en lo más mínimo al tema del título. Por ello, las entidades aseguradoras que actúan en nuestro medio, se han visto en la necesidad de suplir este silencio legal mediante disposiciones que, al respecto, han insertado en sus pólizas, estableciendo en términos generales que:

" En todo el tiempo y mientras dure la vigencia de esta  
 " póliza, el asegurado podrá cambiar el beneficiario o be-  
 " neficiarios, solicitándolo por carta y enviando la póliza a la compañía, la que hará constar el cambio en la  
 " misma por medio de un endoso. Sin estos requisitos no  
 " tendrá valor alguno cualquier cambio de beneficiario o  
 " beneficiarios."

Aemás determinan que:

" ...la suma a pagarse en concepto de indemnización lo será al asegurado o a cualquier otro beneficiario o bene-

" beneficiarios designados en la póliza."

A diferencia de nuestra legislación, las leyes extranjeras precitadas tratan con toda amplitud las diversas situaciones emergentes de la especificación y de terminación del beneficiario. Así establecen el derecho que cabe al asegurado de designar a un tercero como beneficiario del seguro, designación que podrá hacer sin necesidad del consentimiento de la entidad aseguradora y que podrá revocar excepto en los casos en que renuncie expresamente a ese derecho, haciéndolo constar en la póliza y comunicándoselo al propio beneficiario.

También, aplicando los principios comunes al derecho sucesorio, fijan la situación de los herederos respecto al seguro constituido por el causante, disponiendo que cuando se designen como beneficiarios de un seguro a los hijos del asegurado, sin mención expresa de nombres, se entenderán designados los que habrían de sucederle en caso de herencia legítima. Por cónyuge se entenderá al que sobreviva y cuando ambos figuren como beneficiarios la indemnización se dividirá por mitades. No habiendo descendientes ni cónyuge el seguro se distribuirá entre las demás personas con derecho a la sucesión.

Siempre que figuren como beneficiarios personas que no deban suceder como herederos y no exista indicación *exacta* de la parte que corresponda a cada una, el seguro se distribuirá entre todas por partes iguales. Al desaparecer alguno de los beneficiarios, su porción acrecerá por porciones iguales la de los demás.

Finalmente determinan que aun cuando haya renuncia expresa de la herencia, los herederos forzosos

del causante adquirieren igualmente derecho al seguro.

Además de las ya mencionadas disposiciones, las leyes mejicana y suiza traen otras al respecto, como ser:

Quedará en suspenso el derecho del asegurado de designar beneficiario cuando se le declare en concurso, quiebra o se embarguen sus derechos sobre el seguro, suspensión que quedará sin efecto tan pronto se levante el concurso, quiebra o secuestro. Estando ya designado el beneficiario y habiendo renunciado el asegurado a revocar la designación, el derecho de aquél no podrá ser embargado ni quedará sujeto a ejecución en beneficio de los acreedores de éste.

Si el asegurado designa beneficiarios a su cónyuge o a sus descendientes, los derechos derivados de esta designación no serán susceptibles de embargo ni ejecución por concurso o quiebra de aquél. Planteado el último caso el cónyuge o los descendientes beneficiarios del seguro de vida sustituirán al asegurado en el contrato -a no ser que rehusen expresamente esta sustitución- previa notificación a la empresa aseguradora de la transmisión del seguro, presentando prueba auténtica sobre la existencia del estado de quiebra o concurso del asegurado.

#### PAGO DE LA PRIMA.

Este tema ha sido ya tratado íntegramente en la primer parte de este capítulo al referirse a los seguros en general, apartado c) Obligaciones del asegurador y asegurado. Pago de la prima.- En consecuencia me remito a los conceptos vertidos en ese punto, ya que abundar en mayores

detalles conspiraría contra la concisión de este trabajo, con riesgo de caer en lo redundante.

REDUCCIÓN. SEGURO SALDADO. PRÉSTAMOS.

Todo lo referente a reducción y seguro sal-  
dado ha sido ya motivo de estudio al tratar, en el aparta-  
do e) de la primer parte de este capítulo, la reducción y  
rescisión de los contratos de seguros. Nos limitaremos, en  
consecuencia, a tratar aquí lo referente a préstamos, tema  
éste a cuyo respecto nada dice el Código de Comercio.

Ese vacío legal ha sido subsanado en parte  
por las entidades aseguradoras que acuerdan en sus pólizas  
el derecho al asegurado de obtener préstamos de la compañía  
con la sola garantía de la póliza. Para tener derecho a es-  
tos préstamos es necesario que la póliza tenga una vigencia  
mínima de dos años y que esté satisfecho el importe de la  
prima íntegra del año en curso del seguro. El interés será  
el que aplique el Banco de la Nación Argentina a sus opera-  
ciones de crédito.

Si el préstamo no fuera cancelado en su ven-  
cimiento o dentro de los treinta días subsiguientes al mis-  
mo, la póliza se considerará caduca por rescate y del impor-  
te que le correspondiese se descontará la suma adeudada. Al  
liquidarse la póliza se deducirá del importe a entregar al  
asegurado, la suma que éste adeude a la compañía.

Las mentadas leyes extranjeras de que hemos  
venido hablando no legislan sobre préstamos. Es verdadera-  
mente sensible que legislaciones tan completas en sus dis-  
posiciones no hayan establecido nada sobre ese particular.  
Debe entenderse, sin embargo, que por aplicación de prácti-

cas comunes en todos los países adelantados, tal franquicia no se negará a los asegurados.

#### SUICIDIO O MUERTE EN EMPRESA CRIMINAL.

El Código de Comercio en su art.554 dispone al respecto que:

" Es también nulo el seguro si el que ha hecho asegurar su vida se suicida, es castigado con la pena de muerte o pierde su vida en desafío u otra empresa criminal."

La disposición legal es terminante en el sentido de no indemnizar la muerte del asegurado producida por causa de suicidio; sin embargo, las compañías insertan en sus pólizas disposiciones tendientes a disminuir en lo posible la rigidez de lo establecido por la ley, llegando a manifestar que:

" Esta póliza será rescindida y no tendrá valor alguno si el asegurado pierde su vida en duelo y/o suicidio, dentro del primer año de su vigencia; después de este plazo se abonará la reserva asignada a la póliza."

Por su parte, las legislaciones hasta aquí consultadas son más liberales que nuestro código en sus concepciones sobre suicidio. Al respecto las leyes de México y Francia dicen:

" ...la empresa aseguradora estará obligada aún en caso de suicidio del asegurado, si se verificara después de dos años de la celebración del contrato. Si el suicidio ocurre antes de los dos años la empresa reembolsará únicamente la reserva matemática."

#### SEGUROS POPULARES. SEGUROS INDUSTRIALES O POR GRUPOS.

Los seguros populares son seguros baratos de vida, en los que la suma asegurada no pasa de un importe relativamente pequeño comparado con los seguros comunes y cuyas primas, también reducidas, se pagan semanal o mensualmente.

Este seguro -que ha tenido extraordinario éxito en EE.UU. de Norte América, donde las sumas aseguradas no pasan generalmente de Dlls.200 y la prima semanal es de pocos centavos de dólar- no ha tomado ningún arraigo en nuestro país. Según la compañía La Sud-América que estudió la posibilidad de su implantación en nuestro medio, ello es debido a los siguientes factores:

- 1ª.- Porque para su explotación se necesitaría una amplia organización que insumiría grandes sumas que no estarían en proporción con los ingresos en conceptos de primas.
- 2ª.- Porque no existen corredores interesados en el negocio, ya que sus utilidades necesariamente habrían de ser muy pequeñas.

Por su parte, nuestro Código de Comercio carece de disposiciones acerca de los seguros populares, los que son tratados con bastante amplitud por las leyes mejicana y francesa que establecen al respecto:

" En el seguro popular la empresa se obliga por la muerte o la duración de la vida del asegurado, mediante el pago de primas periódicas, sin necesidad de examen médico obligatorio, a condición de que en el caso de muerte ésta sobrevenga después de un plazo fijado en el contrato. El capital asegurado no excederá de \$5.000.- en capital o del equivalente en renta (para la ley francesa Frs.5.000.- en capital o Frs.1.200 en renta)."

" El asegurado tiene la obligación de pagar las primas correspondientes al primer año y se podrá pactar la suspensión de los efectos del seguro o la rescisión de pleno derecho, para el caso en que no se haga oportunamente el pago de la prima."

En cuanto a los seguros por grupos o industriales, si bien no existe prescripción alguna al respecto en el Código de Comercio, la ley N° 9688 de Responsabilidad por Accidentes del Trabajo, al establecer la obligación por parte del patrono de indemnizar todo accidente y autorizarle a subrogarse de su obligación constituyendo seguro a fa-

vor de sus obreros en una compañía, trate en forma amplia esta clase de seguros.

El concepto de la indemnización al obrero se debió a la evolución de la industria. El accidente es, universalmente, una consecuencia fatal e inseparable del trabajo, así como el naufragio es una consecuencia de la navegación.

El hecho productor del accidente no es el mismo, seguramente, en la primitiva industria familiar que en la que abarca el período de la Edad Media, en la que el trabajo aparece organizado bajo la influencia de gremios y corporaciones. Cada nuevo hecho en la industria crea nuevos accidentes: la aplicación del vapor, la electricidad, la sustitución del hierro por el acero, los adelantos de la navegación y los ferrocarriles, etcétera.

La obligación de indemnizar ha pasado por varias fases: primeramente, para obtenerla era necesario iniciar una acción civil común probando la culpa del patrón. Más tarde surgió el concepto de la culpabilidad patronal, inicialmente en forma restringida pues la prueba del accidente correspondía siempre al obrero; pero luego aparece la teoría del riesgo profesional, que es la obligación de indemnizar el accidente del trabajo que pesa sobre el industrial, cuya culpa existe siempre correspondiéndole probar lo contrario para evitarse la indemnización.

El concepto moderno no solamente obliga a la indemnización por el accidente, sino que también comprende dentro de aquélla la pérdida del salario como consecuencia de la imposibilidad de trabajar.

El salario es el eje principal en torno al

qual gira la indemnización, ya que el obrero puede quedar incapacitado total o parcialmente para el trabajo.

La ley N° 9688 toma para el cálculo de la indemnización el total ganado durante el año y lo divide por 360 para determinar el salario diario, que multiplicado por los días que el obrero no ha podido trabajar constituye el monto de la indemnización. Es factor esencial para la fijación de la misma, considerar la parte del organismo del obrero que ha sido afectada por el accidente, derivando de ello su mayor o menor monto, además de tener en cuenta la importancia que para el trabajo del obrero tiene la parte afectada.

Si el accidentado muere el patrón pagará el entierro (hasta \$100.-m/n.) e indemnizará a la familia con una suma igual al salario total de los últimos mil días de trabajo, importe que no podrá exceder de \$6.000.-m/n.; igual indemnización corresponderá a la víctima si queda imposibilitada absoluta y permanentemente para el trabajo.

En cuanto a la forma como la indemnización llega a manos de la víctima (casos de incapacidad permanente) o de sus derecho-habientes (casos de muerte) debemos decir que nuestra ley adopta el sistema de renta. El patrón o la compañía aseguradora en su caso, deposita en la Caja creada al efecto por la ley como dependencia especial de la Caja Nacional de Jubilaciones y Pensiones, el importe de la indemnización. La Caja compra títulos y mensualmente entrega a los interesados las rentas que les corresponden.

Paralelamente a la caja de accidentes mencionada, la ley crea la "Caja de Garantía", cuyos fondos se forman: con las indemnizaciones a obreros que no dejan

herederos; indemnizaciones a extranjeros que se ausentan del país; con las que correspondían a los causa-habientes que residen en el extranjero; por multa o por donaciones.

La función de esta Caja es la de pagar las indemnizaciones en los casos de patronos que no estén en condiciones de hacerlo por resultar insolventes.

La ley que comentamos, al permitir a los patronos subrogarse de su obligación en una compañía aseguradora ha dado nacimiento a esta clase de seguro que se denomina en nuestro país seguro de accidentes del trabajo o seguro obrero, si bien, en realidad, el asegurado es el patrón, ya que ocurrido el accidente es aquélla y no éste, quien paga la respectiva indemnización.

Por otra parte, al limitarse pura y exclusivamente a determinar la responsabilidad del patrón, sin obligarlo a precaverse en forma efectiva contra la posibilidad del riesgo, adopta la forma de seguro facultativo, por oposición a la de seguro obligatorio que es la que corresponde a la segunda enunciación.

Si pasamos ahora a realizar un somero análisis de nuestra ley, notaremos que adolece de varias deficiencias. Entre ellas podemos hacer notar las siguientes:

- 1ª.- No define el salario, omisión importante pues el mismo no se compone simplemente por remuneraciones en dinero, como por lo general se entiende, sino que abarca también remuneraciones en especies, según sucede en el campo. Así lo han entendido nuestros Tribunales al resolver numerosos pleitos.
- 2ª.- Para establecer el salario toma el total ganado durante el año y lo divide por 360. Más equitativo sería tomar el salario del día cuando se produjo el accidente.
- 3ª.- Para el pago de la indemnización adopta el sistema de rentas, que para el caso de indemnizaciones pequeñas suele resultar insignificante. De ahí que el Poder Ejecutivo al reglamentar la ley ha debido realizar el imprescindible distinción que ésta olvidó hacer. Así ha determinado:

- a) Se pagan como renta las indemnizaciones por incapacidad permanente y absoluta y las de casos mortales.  
 b) En forma de capital las que corresponden a incapacidad parcial permanente y temporaria. Es contrario a la ley pero está de acuerdo con el más elemental buen sentido.

4<sup>a</sup>.- Establece el seguro facultativo que la experiencia ha demostrado es inferior en sus resultados al seguro obligatorio, ya que con este último no existe el peligro de que el obrero pierda su indemnización por involvencia del patrón, pues la compañía de seguros siempre es solvente. Además, frente a ésta el obrero puede hacer valer tranquilo la plenitud de sus derechos, cosa que no siempre es posible frente a un patrón con quien se encuentra ligado por una cierta relación de dependencia; sin contar la mayor celeridad en la liquidación e indemnización de los siniestros por las entidades aseguradoras con respecto a un particular.

En cuanto a las leyes de Méjico y Guiza disponen sobre el particular que:

" ...el seguro colectivo contra accidentes dará al beneficiario un derecho propio contra la compañía aseguradora desde que el accidente ocurra."

estableciendo a continuación:

" ...en el seguro contra accidentes y salvo el caso en que se haya estipulado expresamente que la prestación convenida se cubra en forma de renta, la misma deberá pagarse en forma de capital, siempre que el accidente cause al asegurado una disminución en su capacidad de trabajo que deba estimarse como permanente." (arts.188/189).

C A P Í T U L O      S E G U N D OCONDICIONES GENERALES DE PÓLIZAS  
-.-.-.-.-ANÁLISIS Y EXAMEN CRÍTICO  
-.-.-.-.-

- a) Vigencia de la póliza.
- b) Riesgos cubiertos.
- c) Pago de premios. Mes de gracia. Pago de premios con documentos.
- d) Cesación de pagos. Transformaciones. Rehabilitaciones.
- e) Préstamos.
- f) Cambio de beneficiario.
- g) Cobro del seguro.
- h) Disposiciones de carácter general:
  - 1) Impuestos y demás cargas fiscales.
  - 2) Jurisdicción.
- i) Beneficios complementarios:
  - 1) Participación de los asegurados en los beneficios y fondos de acumulación.
  - 2) Exoneración del pago de primas y renta en caso de incapacidad total.
  - 3) Doble indemnización en caso de muerte por accidente.

--oo0oo--

VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

El Código de Comercio establece en su art.505

que:

" El contrato de seguros se perfecciona por el mero consentimiento y los derechos y obligaciones de asegurador y asegurado empiezan desde que se ha verificado la convención, aun antes de la suscripción de la póliza.  
" El contrato importa la obligación para el asegurador de firmar la póliza en el tiempo convenido y de entregarla al asegurado."

La disposición legal es clara y terminante. De ella surge en forma precisa el carácter consensual del contrato de seguro; sin embargo, esta característica del mismo ha sido desvirtuada en la práctica, y uniformemente por las distintas sociedades que actúan en seguros en nuestra plaza, ya que en su totalidad insertan en sus pólizas, formando parte de las condiciones generales, cláusulas tales que convier

ten el contrato de seguros en un contrato real. Así se establece en algunas de ellas:

" La póliza es indisputable desde el momento de su emisión salvo el caso de dolo o fraude en perjuicio de la compañía y siempre que hayan sido pagados los premios a sus respectivos vencimientos."

Otras compañías son más terminantes aún en sus manifestaciones, ya que establecen:

" Esta póliza es indisputable desde el momento de su emisión y salvo el caso de dolo o fraude. La presente póliza entrará en vigor cuando la compañía haya aceptado el pago del premio o cuota pagada por el solicitante, hallándose éste en vida y en buena salud."

Estas manifestaciones, que son comunes a todas las pólizas que emiten las compañías nacionales o extranjeras de seguros que actúan en nuestro país, desvirtúan la esencia misma del contrato de seguros, ya que aparecen modificando las disposiciones legales al respecto. Y es más, algunas de estas compañías extranjeras de seguros (las canadienses) establecen, además de la exigencia del pago del premio y de las excepciones para el caso de dolo o fraude, que para que se logre la indisputabilidad de la póliza es menester dos años de vigencia de la misma y la constancia de la correcta declaración de la edad por parte del asegurado.

Todo lo referente a la declaración de la edad del titular de un seguro, es materia de prudentes estudios por parte de los aseguradores, y de disposiciones especiales en sus pólizas, sobre las que coinciden compañías nacionales y extranjeras, estableciendo que si el mismo no hubiera declarado su edad verdadera, el importe del seguro será igual al que correspondería a la edad real del asegurado y de acuerdo al premio pagado.

A este fin, junto con los documentos comprobantes de los derechos al cobro del capital asegurado, se

deberá presentar un documento fehaciente de la edad de la persona asegurada, salvo que ésta ya lo hubiese hecho con anterioridad y la compañía lo haya anotado en la póliza.

#### RIESGOS CUBIERTOS.

En forma similar, las entidades aseguradoras nacionales y extranjeras se expiden sobre determinados riesgos cubiertos por sus pólizas, estableciendo a esos efectos, que las referidas pólizas estén exentas de toda restricción respecto a ocupación, residencia y viajes del asegurado, para agregar después que no cubren el riesgo de muerte si se produce en caso de guerra -salvo el pago de la extraprima que en cada oportunidad fije la compañía- o por viajes en avión, excepto si lo hace como pasajero de líneas comerciales autorizadas.

Pero donde aun no ha podido fijarse un criterio uniforme, es en los casos en que la muerte del asegurado se produce por duelo, condenación legal o suicidio del mismo, ya sea, en este último caso, que el asegurado se halle en su sano juicio o en estado de enajenación mental.

Sin embargo, y respecto de las tres situaciones planteadas, podemos distinguir, entre las entidades argentinas, la existencia de dos criterios al respecto:

El que guarda silencio sobre el punto y por ende se ampara en las prescripciones del art. 554 del Código de Comercio que los considera como riesgos no indemnizables, y un segundo punto de vista, más moderno y liberal que el anterior, que es el que siguen la mayoría de nuestras compañías y que, si bien es cierto que tampoco considera a estos riesgos como indemnizables, establece que luego de determinada vigencia del seguro, tres años generalmente, si la

muerte del asegurado se produce por suicidio consciente o inconsciente, la compañía abonará al beneficiario la reserva asignada a la póliza.

Las entidades extranjeras que actúan en nuestro medio, se expiden sobre los temas considerados en la primera parte de este capítulo de manera análoga a la que adoptan las entidades nacionales; pero donde también aparece discrepancia en cuanto al criterio a seguir, es en lo que se refiere al suicidio. Mientras las entidades francesas lo consideran como riesgo no indemnizable y se limitan a pagar en ese caso la reserva asignada a la póliza (luego de tres años de vigencia), las compañías británicas y canadienses dicen lo siguiente:

" Si dentro de los dos primeros años de la vigencia de esta póliza el asegurado se suicidase, estando o no en su sano juicio, o falleciere en un duelo o por empresa criminal (para las entidades británicas solamente, ya que las canadienses solo consideran el caso de suicidio) la póliza se considerará nula y ninguna persona podrá reclamar su importe."

Interpretando a "contrario sensu" la disposición transcripta, tenemos que si la muerte del asegurado se produce por suicidio consciente o inconsciente, o por duelo, luego de transcurridos los dos años de referencia, nos encontramos en presencia de un riesgo perfectamente indemnizable.

Se descarta, lógicamente, el caso en que la muerte del asegurado se produzca como consecuencia de empresa criminal de su parte; toda vez que ninguna entidad aseguradora podría indemnizar la muerte de un hombre que se pone al margen de la sociedad, en rebeldía contra la ley y la justicia, pues tal hecho significaría prácticamente, de parte de la compañía aseguradora, un alzamiento contra la ley y

las buenas costumbres que rigen la vida del hombre en sociedad.

Esa dualidad de criterio para definir al suicidio como riesgo indemnizable o no, surge de las distintas teorías que se apliquen para considerarlo.

Nuestras compañías aseguradoras y las francesas, se basan en la antigua teoría que equiparaba al suicidio con el incendio provocado. Todos sabemos que el incendio intencional constituye un delito penado por la ley y es considerado, en el campo del seguro, como riesgo no indemnizable. La teoría que comentamos equipara al suicida con el incendiario; los dos cometen delito y por ende los siniestros que producen no son indemnizables.

La nueva teoría al considerar al suicidio, parte de bases completamente diferentes.

Señala que cuando se construye una tabla de mortalidad no se hace otra cosa que estudiar un **grupo dado** desde que aparece hasta que se extingue por muerte de todos sus componentes. Tales muertes se producen como consecuencia de diferentes causales: unos mueren por enfermedad; otros por accidente; otros por muerte senil; y otros por que se suicidan. Por lo tanto, si la prima del seguro, calculada teniendo en cuenta la probabilidad de muerte que nos da la tabla de mortalidad, ya se han tenido presentes las muertes por suicidio; por qué causa éste no ha de ser considerado como riesgo indemnizable? Claro está que la compañía no puede decir en sus pólizas que indemnizará la muerte por dicho motivo, ya que tal manifestación la pondría en abierta contradicción con la ley y además equivaldría hacer la apología del suicidio; pero producido el deceso del asegurado por esa

causa y luego de un plazo prudencial de vigencia del seguro (dos años en este caso) que autorice a suponer que no se contrató el mismo con el propósito deliberado de suicidarse, la compañía indemnizará al beneficiario con el importe íntegro del seguro.

PAGO DE PREMIOS. MES DE GRACIA. PAGO DE PREMIOS CON DOCUMENTOS.

El tema objeto del presente capítulo es tratado de manera uniforme por las entidades aseguradoras que actúan en nuestro país, ya sean ellas nacionales o extranjeras. Se expiden respecto del pago de premios tal como se indica a continuación:

- " Los premios deberán pagarse por anualidades adelantadas,
- " en Buenos Aires, en la oficina principal de la compañía.
- " También podrán abonarse a los corresponsales autorizados para dicho fin.
- " Los recibos serán firmados por el Gerente o Subgerente o el Jefe de la Sección Vida y refrendados por la persona a quien se hace el pago; no teniendo valor alguno cual -
- " quier otro recibo.
- " La Compañía concede al asegurado la facultad de abonar los premios en cuotas anticipadas, semestrales, trimestrales y también mensuales, recargándose en estos casos dichas primas con un interés de 4% para los pagos semestrales o trimestrales y de 6% para el pago mensual.
- " Queda entendido que en caso de fallecimiento del asegurado, la Compañía deducirá del importe del seguro, las cuotas de año impagas para completar la anualidad que debería estar cubierta.
- " Mes de gracia - Cobrado el primer premio o primera cuota, la Compañía concede 30 días de gracia para los pagos subsiguientes, manteniéndose el seguro durante ese tiempo en toda su fuerza y vigor.
- " En el caso de que el asegurado falleciera dentro de dicho plazo de 30 días de gracia, sin que haya sido abonado el premio correspondiente, la Compañía lo deducirá del importe garantizado por esta póliza. "

En lo que respecta al pago de premios con documentos (pagarés, letras, etc.), el tema no es tratado en las condiciones generales de pólizas de las compañías extranjeras así como de la mayoría de las nacionales. Sin embargo, algunas compañías nacionales se refieren al mismo disponien-

de:

" Si el pago de cualquier premio o cuota de premio la Compañía hubiere aceptado un documento a su orden y éste no fuese abonado a su vencimiento, queda expresamente convenido que esta póliza caducará ipso facto, sin derecho del asegurado a reclamo por lo que hubiera desembolsado y sin perjuicio de las acciones conducentes al cobro de aquella parte de cuota anual que pudiera corresponder a la Compañía.

" Sin embargo, si el asegurado hubiera satisfecho tres o más anualidades completas, la Compañía, siempre que hubiere lugar a ello, canjeará esta póliza por una salda reducida, sin participación en los beneficios, contemplando cualquier deuda contraída por el asegurado con la Compañía y de acuerdo con las condiciones generales que esta blanca el Directorio.

" Si el asegurado falleciera estando pendiente de cobro un documento extendido o endosado a la orden de la Compañía, en cancelación de cualquier premio o cuota, el importe de dicho documento será deducido del capital garantizado por esta póliza."

#### RELACION DE PAGOS, TRANSFORMACIONES, REABILITACIONES.

Puede decirse que, entre las entidades aseguradoras que operan en nuestra plaza, reina una verdadera armonía sobre estos aspectos. Si bien en términos generales todas tienden al mismo fin -cual es evitar la caducidad lisa y llana al dejar el asegurado de abonar una prima, objeto que se logra facilitándole la oportunidad de rescatar su póliza o de transformarla en otra clase de seguro y por último de rehabilitarla dentro de ciertas condiciones- los métodos utilizados a esos efectos distan mucho de ser uniformes. Determinadas entidades aseguradoras establecen sobre este punto lo siguiente:

" Queda entendido que la falta de pago de un premio o cuota de premio en el día preciso de su vencimiento o dentro del mes de gracia, determinará ipso facto la inmediata caducidad de esta póliza, sin necesidad de declaración alguna por la Compañía, ni derecho del asegurado a reclamo por lo que hubiera desembolsado.

" Sin embargo, después de haber satisfecho los premios correspondientes a tres anualidades completas, el asegurado, si no adeudara suma alguna a la compañía, podrá rescindir el contrato eligiendo una de las tres siguientes liquidaciones:

" 1ª Póliza saldada reducida.

" 2ª Póliza prorrogada.

" 3ª Rescate.

" El valor de la póliza saldada reducida y el importe del rescate que correspondan al asegurado de acuerdo con las anualidades íntegras pagadas, se indican en la tabla de valores garantizados que se agrega a la póliza.

" La póliza prorrogada deberá ser solicitada dentro del mes de gracia correspondiente al premio impago, previo reconocimiento médico satisfactorio a juicio de la Compañía practicado por el o los facultativos que ésta designe.

" La póliza prorrogada es sin participación en los beneficios, por el total del capital asegurado y por un período establecido en la tabla de valores garantizados de acuerdo a las anualidades pagadas. Si el asegurado sobrevive al plazo estipulado, cesa el seguro y si hubiera lugar a ello la Compañía abonará el importe del seguro.

" Si en los treinta días de gracia a que se refiere el párrafo correspondiente, el asegurado no comunicara a la Compañía por escrito, la forma elegida de liquidación, esta póliza se convertirá automáticamente en póliza saldada reducida."

De acuerdo con lo que dejamos expuesto, la falta de pago de un premio o cuota de premio, luego de pagadas íntegras 3 anualidades por lo menos, da lugar a que la Compañía convierta automáticamente el primitivo seguro en una póliza saldada reducida, a no ser que el asegurado solicite dentro de los 30 días del plazo de gracia, que su seguro se convierta en seguro prorrogado.

Por el contrario otras compañías establecen que la falta de pago de un premio o cuota de premio, siempre que el asegurado se encuentre en las condiciones antes enunciadas, da lugar a que su seguro se convierta en seguro prorrogado; debiendo así solicitarlo por escrito a la compañía si desea que el mismo se transforme en póliza saldada reducida. Precisamente a la inversa de lo que se establecía en el párrafo anterior.

Otro punto de discrepancia entre las compañías aseguradoras es el plazo dentro del cual el asegurado tiene el derecho de solicitar el valor de rescate de sus seguros

o su transformación, ya en póliza salidada reducida o en póliza prorrogada.

Determinadas sociedades disponen que tales solicitudes deberán hacerse dentro del mes de gracia que conceden para el pago de todo premio o cuota de premio. Otras establecen que dichos pedidos habrán de hacerse dentro de los 30 días de producida la caducidad del seguro. Otras alargan tal plazo a 90 días y existen las que admiten un lapso más largo de 4 y hasta de 6 meses.

Las transformaciones enunciadas son comunes a todas las entidades argentinas y francesas que actúan en nuestro país, siendo admitidas también por las compañías inglesas y canadienses, pero únicamente a pedido del asegurado, ya que en las mismas se utiliza para el caso de que se deje impago cualquier premio o cuota de premio un procedimiento distinto que se conoce con el nombre de "No caducidad automática". A ese respecto dicen:

" Si un premio no se pagare dentro de los 30 días después de la fecha de su vencimiento y siempre que la póliza hubiere previamente adquirido un valor de rescate de acuerdo con la Tabla de Valores Garantizados que figura inserta formando parte de las Condiciones Generales de la presente póliza, el importe del valor de rescate (después de deducida toda suma adeudada a la compañía en virtud de esta póliza y en concepto de préstamo, premios, intereses o de otra naturaleza), será destinado a mantener la póliza en vigor. El importe así destinado con intereses compuestos al 6%, capitalizados semestralmente, (anualmente para las compañías canadienses) a contar desde la fecha de vencimiento del premio impago, será un primer gravamen sobre la póliza con preferencia sobre cualquier otro gravamen. Este beneficio de no caducidad automática entrará en vigencia una vez transcurridos los 30 días del premio impago. No entrará en vigencia este artículo a no ser que el saldo del valor de rescate libre de toda deuda a la compañía en virtud de esta póliza, fuera igual, por lo menos, al premio correspondiente a 6 meses de seguro (las compañías canadienses admiten cualquier término de vigencia, incluso días). La compañía no estará obligada a aceptar ningún premio que venciere posteriormente, mientras existiere cualquier gravamen creado en virtud de la aplicación del presente artículo."

La No caducidad automática consiste en lo siguiente: Si un asegurado dejase de abonar sus primas luego de determinado tiempo de vigencia del seguro (2 años que es el plazo que generalmente establecen las entidades británicas y canadienses), o cuando la póliza haya adquirido valor de rescate y no existan deudas a favor de la compañía que incuman dicho valor, la compañía tomará de la reserva asignada a la póliza las sumas necesarias para seguir atendiendo las primas del seguro contratado por el asegurado y mantenerlo así en vigor hasta donde alcanzare, evitándose en esa forma, la caducidad; y si el asegurado hace pequeñas entregas a cuenta, aunque no alcancen a cubrir una prima completa ni la deuda existente por adelantos de primas, la compañía las acepta igualmente y las aplica a cuenta de nuevos premios, alejando así la caducidad.

Según sea el plan contratado al realizarse el primitivo seguro y el número de anualidades completas pagadas, varía la extensión del plazo dentro del cual permanece en vigor el seguro, llegando en algunos casos -por ejemplo, si el seguro primitivamente contratado fuera un dotal a 20 años y el número de anualidades completas abonadas 8- a cubrir la totalidad del período dotal.

Siempre dentro del ejemplo planteado, si el número de anualidades completas pagadas no alcanzare a cubrir la totalidad del período dotal, sólo se indemnizará la muerte del asegurado si se produce dentro del lapso de vigencia de la póliza, haciéndose entrega al beneficiario en ese caso, del monto de la suma asegurada menos las primas no pagadas, con más sus intereses capitalizados anual o semestralmente a la tasa que establezca la compañía en sus condi-

ciones Generales de pólizas..

Ahora bien; si la cantidad de anualidades completas pagadas alcanza para mantener el seguro en vigencia hasta el vencimiento del período dotal, se abonará al beneficiario o al propio asegurado, según el caso, la suma asegurada más los dividendos correspondientes -si se trata de una póliza emitida con participación en los beneficios- con deducción de lo que adeude en concepto de primas impagas e intereses capitalizados en la forma mencionada anteriormente.

Como fácilmente se desprende de lo manifestado, la "no caducidad automática" tiene elementos del seguro prorrogado, pero con la siguiente ventaja: En el seguro prorrogado, que no es otra cosa que un seguro temporario por  $n$  años, solo se percibirá la indemnización si la muerte del asegurado se produce dentro del plazo establecido, no cobrándose suma alguna si aquél llegara vivo al vencimiento de dicho término.

En la "no caducidad automática" nos encontramos en el mismo caso si ésta no cubre la totalidad del plazo dotal, pero si llegara a cubrirlo, al finalizar éste y encontrándose con vida el asegurado, percibirá el importe de su seguro con las deducciones antedichas.

También contiene características propias de la póliza saldada, como tales: Que si llegara a cubrir la totalidad del período dotal siempre se percibirá el importe asegurado, se produzca o no el fallecimiento del contratante dentro de dicho término, lógicamente, con las deducciones ya mencionadas; pero con la ventaja de que, las sumas libres luego de rebajadas las anualidades impagas con más sus intereses capitalizados, suelen ser mayores que el importe de la

póliza saldada, a igualdad de anualidades completas pagadas.

Y, por último, otra ventaja de carácter general de la "no caducidad automática" sobre la póliza prorrogada o la saldada es que, en la primera en caso de rehabilitación del seguro, la compañía no exige el nuevo examen médico, que es condición ineludible para la rehabilitación de cualquier póliza saldada o prorrogada.

En síntesis, puede decirse que la "no caducidad automática" es una variante para mantener un seguro en vigor que participa en parte de las características de la póliza saldada y del seguro prorrogado, pero que aventaja a ambos en interés del propio asegurado.

Ahora bien, en los casos en que la póliza no hubiera adquirido la antigüedad suficiente para poder proceder a su rescate o transformación en alguna de las variantes ya estudiadas, la falta de pago de un premio o cuota de premio produce su caducidad. Sin embargo, las sociedades aseguradoras, deseosas de conservar el mayor número posible de seguros, admiten la rehabilitación de esas pólizas caducadas, dentro de determinadas condiciones; tales, un nuevo examen médico a satisfacción de las compañías y el pago de los premios adeudados con más sus intereses compuestos acumulados.

Las condiciones dentro de las cuales ha de cumplirse la rehabilitación, son también por demás diferentes para las distintas entidades aseguradoras, pues si bien todas coinciden en la necesidad del examen médico, difieren con respecto al plazo dentro del cual ha de solicitarse la rehabilitación y al tipo de interés a pagar.

Con respecto al primero, algunas entidades

establecen que dicha rehabilitación habrá de ser solicitada dentro del año de producida la caducidad. Otras dentro de los 2 años de la misma. Otras en los 5 años subsiguientes. Algunas disponen que tendrá que solicitarse dentro del período de acumulación y por último, muchas admiten el pedido de rehabilitación en cualquier época.

El tipo de interés es, asimismo, motivo de discrepancia. Algunas compañías lo fijan en el 5%; otras en el 6%; otras en el tipo bancario corriente en plaza y las más dejan el punto a resolución de las respectivas superioridades a medida que los casos vayan produciéndose.

Igualmente se admite la rehabilitación de las pólizas saldadas y prorrogadas, pero con el requisito previo de un nuevo examen médico a satisfacción de la compañía y el pago de las anualidades adeudadas, con más sus intereses compuestos.

#### PRÉSTAMOS.

Es práctica mundial que las compañías acuerden a los asegurados vida préstamos en efectivo con la sola garantía de sus propias pólizas; práctica esta que también se sigue en nuestro país, donde la totalidad de las entidades que actúan en la rama de seguros vida, ya sean nacionales o extranjeras, acuerdan los referidos préstamos de la manera mencionada, estableciendo a esos efectos en las condiciones generales de póliza disposiciones referentes a la forma que tales préstamos han de adoptar, siendo de notar la uniformidad de esas disposiciones, que pueden condensarse como sigue:

" La compañía hace préstamos en efectivo a sus asegurados  
 " dentro de las condiciones que establece el Directorio, to-  
 " mando en garantía sus propias pólizas y siempre que hayan

" sido abonadas por lo menos tres anualidades completas.  
 " El límite máximo del préstamo, de acuerdo con las anualidades pagadas, será igual al valor de rescate, valor que figura en la Tabla de Valores Garantizados.  
 " En el caso de que el asegurado dentro de los 30 días después del vencimiento, no cancelara ni renovara el préstamo, la póliza quedará anulada, poniendo la compañía a disposición del asegurado, la diferencia, si la hubiera, entre el valor de rescate y el préstamo.  
 " El importe del préstamo se deducirá de cualquier suma exigible en virtud de esta póliza. Las pólizas saldadas no tendrán derecho a préstamo."

En la única parte en que existe cierta discrepancia entre los aseguradores respecto al criterio a seguir, es en la que se refiere al tipo de interés a cobrar sobre los préstamos que se conceden a los asegurados vida. Mientras determinadas compañías lo dejan a resolución de sus respectivos Directorios, otras establecen una tasa fija (6% generalmente) y algunas disponen que el interés estará en relación con el que cobre el Banco de la Nación Argentina en sus operaciones de descuento.

#### CAMBIO DE BENEFICIARIO.

En todo lo que atañe al cambio de beneficiario, nuestras compañías aseguradoras y también las extranjeras, con excepción de las canadienses que nada dicen sobre el particular -limitándose a establecer que ninguna cesión de la póliza obligará a la compañía hasta tanto no se inscriba en aquélla y se anote en la oficina central- adoptan sobre el tema que consideramos un criterio análogo, disponiendo a esos efectos:

" En cualquier época durante la vigencia de la póliza podrá el asegurado cambiar el beneficiario siempre que éste no hubiera concurrido a la celebración del contrato, en cuyo caso será menester su consentimiento para realizar tal cambio. Los cambios de beneficiario deberán ser notificados por escrito a la compañía y registrados por ésta en la póliza."

Algunas sociedades establecen, además, que

la compañía es agena a cualquier cuestión que se suscite entre el asegurado y el beneficiario o beneficiarios o entre estos últimos y no asume responsabilidad alguna por los actos o hechos de unos y otros, aunque se relacionen con la póliza.

Pueden agregar, también, que cualquier cesión de derechos que se hiciera sobre la póliza deberá notificarse por escrito a la compañía y sólo surtirá efecto respecto de ésta desde que acuse por escrito recibo de la notificación o cuando la cesión se haga constar en la póliza, con la firma del presidente o gerente.

#### COBRO DEL SEGURO.

Puede decirse que la totalidad de las entidades argentinas, si hacemos excepción de pequeñas diferencias más de forma que de fondo, se expiden sobre el tema objeto del presente capítulo de manera uniforme. Así disponen que:

" En caso de liquidación de la póliza la compañía cumplirá con las obligaciones asumidas por esta póliza en las épocas y condiciones estipuladas en la misma, inmediatamente después de haber recibido y aprobado, en su sede social, los documentos que considere necesarios para justificar la reclamación de cualquier importe. Si debiera pagarse el seguro por fallecimiento del asegurado, además de la póliza se presentarán a la compañía las pruebas legalizadas de muerte del asegurado y una certificación del médico que lo haya asistido relativa a la naturaleza de la enfermedad o accidente que ocasionara la muerte, utilizándose a tal fin los formularios que proporcionará la compañía.

" Cualquier cantidad que se debiere a la compañía, incluso cualquier prima o fracción de prima en descubierto que se requiriese para completar las primas del año del seguro en que ocurriese el fallecimiento del asegurado, siempre que en ese momento se hallase esta póliza en vigor, serán deducidas de cualquier liquidación de esta póliza o de cualquier privilegio que de ella provenga. "

Por lo que hace a las sociedades extranjeras que actúan en nuestro país, las pólizas británicas y canadienses se limitan a establecer que en el caso en que como

consecuencia de la póliza hubiere que abonar cualquier suma al asegurado o beneficiario, se deducirá de dicho importe toda cantidad que se adeudara a la compañía en relación con la póliza.

DISPOSICIONES DE CARÁCTER GENERAL.

Las condiciones generales de pólizas, que venimos examinando, suelen terminar con prescripciones referentes al pago de los impuestos propios de la operación de seguros que se realiza, incluyendo cualquier otro gravamen legal que pueda crearse en el futuro; y además, con disposiciones respecto al tribunal que ha de intervenir en caso de controversia entre asegurador y asegurado, en razón directa o indirecta del contrato que media entre ambos, o sea la póliza suscripta.

En lo que respecta al primer punto se establece que:

" Los impuestos que se crearan en el futuro, así como cualquier aumento de los ya existentes, serán a cargo del asegurado, del beneficiario o herederos, salvo el caso que se trate de impuestos que por ley estén a cargo de la compañía. "

Sobre jurisdicción se dispone:

" Todas las cuestiones que pudieran sobrevenir entre la compañía y el asegurado serán sometidas al fallo de los Tribunales Ordinarios de la Capital Federal. "

Por último, algunas pólizas suelen traer referencias a los Inspectores, Agentes y demás intermediarios que generalmente existen entre la compañía y el asegurado a los efectos de la contratación del seguro, disponiéndose al respecto:

" Los Inspectores, Agentes, Sub-agentes y Corresponsales de la compañía, son meros intermediarios para la contratación de los seguros, y sus actos no comprometen a la compañía. "

Entre las compañías extranjeras que actúan en la Argentina, las francesas se ocupan exclusivamente de la parte referente a jurisdicción, donde disponen:

" Todas las cuestiones que pudieran sobrevenir entre la compañía y el asegurado, serán sometidas al fallo de los tribunales ordinarios de la Capital con renuncia al fuero federal si hubiera lugar a ello."

Por su parte, las compañías inglesas se expresan sobre el tema que consideramos en forma análoga a la que adoptan las entidades nacionales; en tanto que las canadienses nada dicen al respecto.

#### BENEFICIOS COMPLEMENTARIOS.

Al margen de esas condiciones de pólizas que constituyen las estipulaciones generales del contrato de seguros, pero formando parte de dicho contrato como condiciones especiales del mismo, las entidades aseguradoras de plaza, tanto nacionales como extranjeras, agregan determinadas disposiciones que, en síntesis, significan que a los beneficios ordinarios propios de sus pólizas, y mediante el pago de la extraprima que se fije en cada caso, se suman determinados privilegios extraordinarios, o beneficios complementarios, que suponen mayores ventajas para el asegurado y una mayor responsabilidad para la compañía.

Tales beneficios complementarios son los siguientes:

- 1<sup>a</sup> Participación en los beneficios o fondos de acumulación.
- 2<sup>a</sup> Exoneración del pago de primas y renta en caso de incapacidad total.
- 3<sup>a</sup> Doble indemnización en caso de muerte por accidente.

Además de los que acabamos de detallar y que pueden ser considerados como fundamentales dentro del núcleo de los privilegios extraordinarios, otras compañías agregan nuevos beneficios que no son sino una derivación de los ya

mencionados, tales como la indemnización en caso de incapacidad parcial determinada por accidente, de todos los cuales trataremos a continuación.

a) Participación de los asegurados en los beneficios y fondos de acumulación.

En forma unánime, las compañías de seguros que actúan en nuestro país, ya sean nacionales o extranjeras, se expiden sobre este tema estableciendo, para todos aquellos asegurados que así lo quieran, la participación en los beneficios de la compañía o en el Fondo de Acumulación.

A esos efectos se emiten dos clases de pólizas: Con participación o Sin participación en los beneficios o Fondos de Acumulación. Lógicamente, las primas de estas últimas son menores que las de aquellas que gozan de tal participación.

Como ya se dijo al estudiar en particular lo referente a participación en los beneficios y Fondos de Acumulación, la existencia de estas dos variantes de reconocimiento al derecho del asegurado sobre parte de los fondos que ingresan a la compañía, corresponde en la actualidad, a la existencia de dos teorías respecto de la forma que, en el desenvolvimiento de su actividad, debe adoptar la entidad aseguradora. La que considera que la compañía debe derivar en cierta forma hacia el régimen mutualista, o sea que sin dejar de ser una sociedad anónima adopte una forma mixta y admita la participación de sus asegurados en las utilidades de su sección Vida; y la de características eminentemente capitalista que no admite tal participación, pero que, de los fondos que ingresan en concepto de primas de cada año, destina para los asegurados de igual período un porcentaje sobre las mismas, que capitalizado anualmente a un tipo de

interés (4%), va a constituir el Fondo de Acumulación.

Pero si bien todas las compañías que actúan en nuestro país admiten el derecho del asegurado sobre parte de los fondos que ingresan a las mismas, bien en una u otra forma, dentro de cada una de las teorías premencionadas, no se adopta un criterio uniforme al respecto.

Refiriéndonos ahora, exclusivamente, a las entidades que admiten la participación de sus asegurados en los beneficios de su sección Vida, notaremos en seguida la siguiente diferencia: Mientras unas compañías establecen en sus pólizas cuantitativamente que parte de sus utilidades serán destinadas a los asegurados, otras nada dicen al respecto, limitándose a establecer:

" La distribución de utilidades a los asegurados la efectuará la compañía sin ninguna intervención del asegurado ni de ninguna otra persona y en conformidad con el reglamento aprobado por la Inspección General de Justicia. "

En cambio, las entidades primeramente consideradas disponen lo siguiente:

" Esta póliza, mientras dure el período de pago de primos participa en el Fondo de Beneficios que la compañía forma para los asegurados de su sección Vida.

" La compañía forma su reserva adicional Vida con el 25% de los beneficios anuales de la sección. Separado dicho 25% el saldo remanente constituye el sobrante de la sección.

" El 75% del sobrante, capitalizado anualmente a interés compuesto (4% anual) se acredita al fondo de beneficios y se prorratea entre las pólizas vigentes al término del período convenido de acumulación, en proporción al monto total de primas pagadas.

" No tendrán participación en dicho fondo las pólizas que no llegaran al término del período convenido de acumulación por fallecimiento del asegurado o por rescisión del contrato.

" En la formación y repartición del mencionado fondo la compañía se ajustará al reglamento aprobado por la Inspección General de Justicia. Las operaciones respectivas serán realizadas sin intervención del asegurado ni de ninguna otra persona que pudiere o pretendiere tener algún interés en virtud de esta póliza. "

En cuanto a las entidades extranjeras de

seguros sobre la vida, que actúan en nuestro país, todas las cuales adoptan la forma mixta, las británicas como las canadienses nada dicen sobre la constitución del fondo para los asegurados vida, limitándose a establecer el derecho de sus asegurados a tales beneficios.

Solo las compañías francesas se expiden al respecto, disponiendo que el 50% de las utilidades de la sección Vida de sus sucursales en la Argentina, así como las diferencias provenientes de la colocación de fondos de dichas sucursales, serán distribuidas como beneficios entre los asegurados vida.

Las entidades eminentemente capitalistas que no admiten la participación de los asegurados en sus beneficios, pero que reconocen su derecho a parte de los ingresos de la compañía en concepto de primas, con más sus intereses capitalizados, lo que forma los denominados Fondos de Acumulación, establecen:

" El Fondo de Acumulación de que participará esta póliza,  
 " se formará con el 10% del importe de todas las primas pagadas por pólizas del mismo período de participación, emitidas en el mismo ejercicio, a repartirse únicamente entre los asegurados que lleguen al término de los períodos de acumulación fijados en la póliza, en proporción al monto total de premios pagados por cada asegurado (dicho 10% acumulado al 4% anual).  
 " Las pólizas que por fallecimiento del asegurado no lleguen al término de los períodos de acumulación fijados en las mismas y las pólizas saldadas, caducadas y prorrogadas, no tendrán participación en el Fondo de Acumulación. La porción que les hubiere correspondido quedará formando parte del mismo fondo y será repartida en la misma forma que se determina en el párrafo que antecede."

Pero, tal como sucede con las compañías que admiten la participación del asegurado en los beneficios, tampoco existe uniformidad en las disposiciones de aquellas entidades que constituyen el Fondo de Acumulación, ya que otras compañías, con un criterio más restringido que la que

antecede, disponen que dicho Fondo de Acumulación se formará con el 10% de las primas de renovación con más sus intereses capitalizados al 4% anual.

La discrepancia actual existente entre las compañías respecto de cual ha de ser la forma de reconocer al asegurado su derecho sobre parte de los fondos que ingresen a la entidad, tiende, aunque lentamente, a desaparecer, inclinándose los aseguradores a adoptar la forma mixta que reconoce al asegurado su participación sobre las utilidades de la sección Vida.

En la Compañía Sun Life of Canada informan que el fondo de beneficios de los asegurados vida lo constituyen con el 97,5% de sus utilidades, manifestando además que está a estudio de su Casa Central en Montreal (Canada) un proyecto en virtud del cual se dividiría a la compañía en dos grandes secciones. La primera abarcaría todas las pólizas Vida emitidas sin participación en los beneficios. La segunda reuniría la totalidad de los contratos con participación en los beneficios. La utilidad total de esta segunda sección sería repartida íntegramente entre los asegurados vida que hubieran tomado sus pólizas con participación en los beneficios.

Otro aspecto importante relacionado con la participación de los asegurados en las utilidades, es el referente a la forma como ha de repartirse entre aquéllos dichos fondos de beneficios o fondo de acumulación en su caso, pudiendo decirse que, tanto entre entidades nacionales como extranjeras, reina una verdadera anarquía sobre el particular.

Algunas de nuestras compañías establecen que

el asegurado percibirá la parte que le corresponda en tales fondos, si llega vivo al vencimiento del período de acumulación que se fijará en la póliza.

Otras entidades disponen que las pólizas participarán del fondo de beneficios recién después de tres años completos de vigencia, percibiendo el asegurado su participación en forma de dividendos quinquenales, o aplicándolos a cuenta de futuras primas, o dejándolos a la compañía que los transformará en seguros saldados, pagaderos al vencimiento de la póliza o al producirse el siniestro.

Ahora bien, dentro de este grupo notamos ciertas diferencias sobre la manera como habrá de considerarse la participación del asegurado en el fondo de beneficios por períodos inferiores a un quinquenio. Así, mientras algunas compañías después de tres años de vigencia reconocen al beneficiario su participación en el fondo por períodos inferiores a cinco años, otras sociedades exigen una vigencia mínima de un quinquenio.

Existe otro grupo de sociedades que abonan a sus asegurados su participación en el fondo de acumulación, ya en forma de dividendos quinquenales o bien al vencimiento del período de acumulación que se estipule; no reconocien<sup>a</sup>do/los mismos participación alguna en dicho fondo por períodos menores de cinco años.

Y, por último, otro núcleo de compañías luego de tres años completos de vigencia de la póliza distribuyen anualmente el fondo de beneficios de asegurados Vida, acumulándolo al haber de la póliza y abonándolo en efectivo a la terminación del período de pagos, o al final del período dotal o en ocasión de producirse el deceso del asegurado.

Por lo que hace a las entidades extranjeras que actúan en plaza, aplican métodos propios para distribuir el fondo de beneficios.

Las compañías francesas luego de tres años de vigencia del contrato inician la distribución anual de dicho fondo, que se aplica a cuenta de futuras primas del seguro, comenzando por la cuarta anualidad.

Las británicas también exigen los tres años de vigencia del seguro, luego de los cuales inician la distribución del fondo, el que puede percibirse en efectivo o dejarlo a la compañía para que lo destine a aumentar el importe del seguro.

La forma de distribución que adoptan estas compañías es la siguiente: anualmente se fija para cada póliza un dividendo provisorio y al cumplirse el quinquenio se realiza un reajuste general de los mismos determinándose el dividendo quinquenal definitivo.

En cuanto a las entidades canadienses, nada dicen en sus pólizas sobre la distribución de tal fondo. La compañía Sun Life of Canada informa que, anualmente, se fija el dividendo definitivo correspondiente a cada póliza, el que puede percibirse en efectivo o destinarse a cuenta de futuras primas o acumularse el importe del seguro.

b) Exoneración del pago de primas y renta en caso de incapacidad total.

Otro de los beneficios que acuerdan a sus asegurados Vida las compañías nacionales y extranjeras (las francesas) que actúan en plaza, previo pago de la extraprima correspondiente, es la exoneración del pago ulterior de primas y renta en caso de incapacidad total.

A esos efectos, establecen en un contrato

anexo a la póliza emitida, lo siguiente:

" Si después de haber estado la póliza en vigencia un pe -  
 " ríodo mínimo de un año, el asegurado, antes de cumplir los  
 " 60 años de edad, quedara por lesiones o enfermedad total  
 " y definitivamente incapacitado para ejercer cualquier ocu -  
 " pación que le produjere remuneración pecuniaria, dicho a -  
 " segurado, luego de la presentación de las pruebas de su  
 " incapacidad, quedará eximido del pago de los premios de  
 " dicha póliza, desde el aniversario subsiguiente y recibi -  
 " rá además una renta anual equivalente al 12% del capital  
 " asegurado, hasta el último aniversario del pago de pre -  
 " mios, sujeto en un todo a las demás estipulaciones del  
 " presente privilegio.

" Aceptándose como casos de incapacidad total y definitiva,  
 " de un modo expreso, la pérdida completa e irreparable de  
 " ambos ojos; la amputación de ambas manos; la de ambos pies;  
 " la de una mano y un pie conjuntamente.

" Se fija el día.....como aniversario de la póliza, y pa -  
 " ra tener derecho a la exoneración del pago de premios y  
 " al cobro de la renta, la incapacidad deberá comprobarse  
 " por lo menos 60 días antes de esa fecha. En su defecto  
 " los privilegios establecidos surtirán efecto recién en el  
 " aniversario subsiguiente al próximo.

" Al liquidar la póliza, el valor pagadero en virtud de la  
 " misma no sufrirá ningún descuento por los premios que se  
 " hubieran eximido o por la renta que se hubiere pagado du -  
 " rante la incapacidad del asegurado.

" Queda expresamente convenido que el asegurado no tendrá  
 " derecho a la renta anual y liberación de pagos, a los cua -  
 " les se refiere este privilegio complementario, cuando su  
 " invalidez se hubiera producido a consecuencia:

- " a) Del abuso del alcohol o de los alcaloides.
- " b) De una ascensión aérea, salvo el caso de que el asegu -  
 " rado hubiere viajado como pasajero en líneas comerciales  
 " autorizadas.
- " c) De lesiones sufridas en duelo o en pelea, salvo el ca -  
 " so de legítima defensa.
- " d) De ejercicios violentos, peligrosos, no justificados  
 " por ninguna necesidad profesional.

" El presente privilegio no cubre tampoco el riesgo de in -  
 " validez cuando ésta se produjera como consecuencia de ser  
 " vicio militar prestado en tiempo de guerra por el asegura -  
 " do, o por haber este último tomado parte en un movimiento  
 " contra el orden público.

" Corresponde al asegurado dar pruebas de su incapacidad  
 " permanente y de la fecha en que ésta se haya producido,  
 " quedando convenido que la Compañía podrá exigirle las  
 " pruebas que juzgara necesarias, u obtenerlas ella misma  
 " por sus propios medios.

" La Compañía además, podrá exigir al asegurado en cual -  
 " quier ocasión, y solo una vez por año, las pruebas nece -  
 " sarias de la continuación de la incapacidad prevista en  
 " el presente privilegio (sin perjuicio de la facultad que  
 " se reserva de obtenerlas por sus propios medios).

" Si dichas pruebas no fueran entregadas dentro de 30 días  
 " después de solicitadas, o si el asegurado dificultase en  
 " alguna forma su consecución, o si las pruebas dieran co -  
 " mo resultado la desaparición de la incapacidad, el derecho

" de gozar de la liberación de pagos y renta anual, termina-  
 " rá ipso facto y todas las condiciones de la póliza volve-  
 " rán a regir automáticamente.  
 " Este privilegio complementario quedará anulado:  
 " a) Si la póliza caducara por falta de pago de algún pre-  
 " mio y aun cuando quedara convertida en una póliza saldada  
 " o seguro prorrogado.  
 " b) Por liquidación de la póliza.  
 " c) Por expiración del período de pago de premios estipula-  
 " do en la póliza."

Claro está, que las estipulaciones transcrip-  
 tas no son utilizadas en forma absolutamente igual por todas  
 las entidades que acuerdan esta clase de beneficios, pero  
 las diferencias que surgen no llegan a introducir variantes  
 fundamentales en el espíritu de tales disposiciones.

Dichas diferencias se refieren a la edad, pues  
 algunas compañías establecen como límite la de 55 años en lu-  
 gar de 60 como se dice anteriormente; al importe de la renta,  
 ya que si bien la mayoría de las entidades aseguradoras dis-  
 pone que será del 12% del capital asegurado, algunas dejan  
 su importe a fijar en el momento de la celebración de cada  
 contrato; y por último, una gran cantidad de compañías limi-  
 ta este privilegio hasta la suma de \$50.000.-m/n. de capital  
 asegurado.

Además, otras compañías disponen que, cumpli-  
 dos los 60 o 55 años límite de edad que se fija para tener  
 derecho a los privilegios antes enunciados, el asegurado ten-  
 drá derecho a solicitar la rebaja de las primas en el impor-  
 te de la extraprima que se le cobra para admitir su partici-  
 pación en dichos privilegios, agregando que la continuación  
 de los pagos de cada extraprima, luego de pasado el límite  
 de edad fijado, no dará lugar a participar de los mis-  
 mos.

Por su parte, las entidades británicas de se-  
 guros que actúan entre nosotros no conceden ninguno de estos

privilegios complementarios que estamos estudiando.

En cuanto a las compañías canadienses únicamente conceden a sus asegurados la exoneración del pago de premios, pero excluyen de este beneficio la parte referente a renta. Tan solo, y siempre que así lo pida el propio asegurado, se le abonará la indemnización que le correspondiera en virtud de su póliza, dividida en 20 anualidades.

Doble indemnización en caso de muerte por accidente.

Este beneficio que se acuerda a los asegurados vida - con ligeras variantes que no llegan a constituir modificaciones de fondo- es concedido por todas las compañías aseguradoras que desarrollan su actividad en la Argentina, con excepción de las británicas.

Las principales características de este privilegio complementario del seguro primitivamente contratado pueden concretarse así:

" Si después de haber estado la póliza en vigor por un período mínimo el asegurado falleciere, antes del primer aniversario del seguro siguiente a la fecha en que cumpla los 60 años de edad, como consecuencia directa (e independiente de otras causas cualesquiera) de lesión corporal producida exclusivamente por medios externos, de modo violento y accidental y siempre que el fallecimiento se produjera dentro de los 60 días (90 para las entidades canadienses) después de haber sufrido tal lesión y fuese notificado a la compañía dentro de los 15 días de haberse producido, la Compañía abonará a los beneficiarios designados en la póliza, previa presentación de las pruebas respectivas e inmediatamente después de aprobadas, en lugar del capital asegurado bajo la misma, el doble de dicho capital, excluyéndose cualquier adición de seguro saldado.

" No se pagará la doble indemnización si el fallecimiento del asegurado ocurriese por suicidio consciente o inconsciente; por servicio militar o naval en tiempo de guerra; por su participación como conductor o acompañante en cualquier carrera oficializada de automóviles o motocicletas; por guerras o insurrecciones; por operaciones o viajes submarinos o aeronáuticos de cualquier especie; por enfermedades mentales o corporales; por asesinato, envenenamiento o infección; por enfermedad o dolencia de cualquier naturaleza; por culpa grave del asegurado o como consecuencia de la violación de cualquier ley.

"

- " El derecho al privilegio de la doble indemnización termi-  
 " nará:  
 " a) Al producirse la incapacidad del asegurado y entrar  
 " éste a gozar de los beneficios de "exoneración de pa-  
 " gos y renta".  
 " b) Si la póliza caducara por falta de pago de cualquier  
 " prima, aun cuando quede convertida en seguro saldado o  
 " prorrogado.  
 " c) Por liquidación o vencimiento de la póliza.  
 " d) Por expiración del período de pago de premios.  
 " El asegurado tendrá derecho, a partir del primer aniver-  
 " sario luego de cumplidos los 60 años, a la rebaja de las  
 " primas sucesivas en la cantidad de la extraprima que se  
 " le cobra por este beneficio. El pago de dicha extraprima,  
 " luego de la expresada fecha, no dará derecho en ningún ca-  
 " so al mencionado beneficio."

Y, por último, algunas compañías nacionales de seguros agregan a sus pólizas vida, y siempre mediante el pago de la extraprima que corresponde, lo que se denomina "Beneficio Adicional de Accidentes", respecto del cual las que lo conceden establecen lo siguiente:

- " Si el asegurado antes de cumplir 60 años de edad sufrie-  
 " ra un accidente y como consecuencia de ello la pérdida  
 " de uno o más miembros, la Compañía le abonará una indemnización según el grado de inhabilitación experimentada, de acuerdo con la tabla siguiente:  
 " 50% de la suma asegurada por la amputación total del bra-  
 " zo o mano derecha.  
 " 40% id. id. id. id. del brazo o mano  
 " izquierda.  
 " 30% id. id. id. id. de una pierna o  
 " un pie.  
 " 20% id. id. id. id. del pulgar de la  
 " mano derecha o izquierda.  
 " 10% id. id. id. id. del índice de la  
 " mano derecha o izquierda.  
 " 5% id. id. id. id. de cualquier otro  
 " dedo de la mano.  
 " a) Para tener derecho a la indemnización correspondiente,  
 " el asegurado debe notificar a la Compañía sobre el acci-  
 " dente sufrido en el plazo más breve y nunca después de  
 " los 10 días de producido, y probar en forma satisfacto-  
 " ria que la lesión corporal ha sido la consecuencia de un  
 " accidente por causa externa, violenta e imprevista, fa-  
 " cilitando a la Compañía todos los antecedentes para a-  
 " clarar sus causas y consecuencias y los medios usados y  
 " a usarse para disminuir su importancia.  
 " b) El importe total que la Compañía pagará en caso de que  
 " el asegurado sufriere varias lesiones en uno o más acci-  
 " dentes, no excederá del 100% de la suma asegurada.

- " c) Si el accidente fuera la causa directa de la muerte del  
" asegurado, la Compañía solo tendrá obligación de pagar  
" la liquidación que corresponda por dicho fallecimiento,  
" de la que deducirá, si el infortunio hubiera sido ya in-  
" demnizado, el importe abonado por tal concepto.
- " d) Este beneficio adicional de accidentes quedará sin efec-  
" to si durante la vigencia de su póliza el asegurado con-  
" trajese alguna enfermedad mental o corporal sin relación  
" directa con un accidente, que se convirtiera en dolencia  
" crónica o defecto físico, de naturaleza tal que aumenta-  
" ra el riesgo probable o de accidente.
- " e) Asimismo, el beneficio adicional de accidentes quedará  
" sin efecto en el caso en que se produjese la incapacidad  
" total y permanente del asegurado y le correspondiere, en  
" consecuencia, los beneficios de exoneración de pagos y  
" renta.
- " f) Después de un accidente el asegurado tendrá derecho a  
" conservar su seguro en vigor continuando el pago de los  
" premios correspondientes y disfrutando de los beneficios  
" que le acuerde su póliza.
- " g) Este contrato complementario perderá su valor cuando  
" por cualquier circunstancia se suspendiera el pago de  
" premios. "

---00000---



cia la muerte del mismo.

Sin embargo, a pesar de su amplitud, que puede dar lugar al confusionismo, no debe interpretarse en una forma extensiva como han pretendido hacerlo las Compañías de Seguros que involucraban dentro de los precitados términos todo incidente, de cualquier clase que fuere y a consecuencia del cual perdiera la vida el asegurado.

Asimismo, del estudio de las diversas pólizas de seguros sobre la vida que realizan las más importantes Compañías de Seguros, surge la existencia de dos tendencias:

- 1ª.- Aquélla que guarda silencio al respecto;
- 2ª.- Aquélla que, considerando insuficiente la amplísima enunciación contenida en nuestro Código de Comercio, ya examinado, precisa la situación mediante una declaración expresa y esta a la muerte del asegurado por riña o pelea como riesgo no indemnizable.

De manera que del examen de los antecedentes expuestos surge la existencia de dos teorías perfectamente definidas:

- 1ª.- Aquélla que considera como riesgo indemnizable la muerte del asegurado en caso de riña o pelea, excepto en aquellos casos que puedan involucrarse dentro del concepto de "empresa criminal" o "desafío" enunciados por el Código de Comercio en su art. 554; teoría que sigue el propio Código de Comercio y las Compañías de Seguros que, por guardar silencio al respecto en sus pólizas, acatan su teoría.

2ª.- Aquella que, sin excepción, considere la muerte del asegurado en las condiciones enunciadas como riesgo no indemnizable; teoría que siguen las Compañías que, a ese efecto, insertan cláusulas especiales en sus pólizas.

Veamos ahora, siguiendo el orden de conducta que nos hemos trazado, la posición de la jurisprudencia en el tema estudiado.

A ese fin, examinaremos los distintos fallos recaídos en los litigios que, respecto del asunto tratado, han sido sometidos a la decisión de nuestros Tribunales.

oooOo

Doctrina: Probado que el asegurado fué asesinado y no demostrado por el asegurador que aquél provocara el hecho en que pereció, procede mandar pagar el seguro de vida.

Los esposos Bozas Urrutía contrataron un seguro sobre dos cabezas, en virtud del cual, al fallecimiento de cualquiera de ambos cónyuges, la Compañía se comprometía a pagar la suma de \$10.000.-m/n.

Asesinado el esposo frente al negocio de su propiedad, la beneficiaria no consigue su indemnización. La Compañía basa su negativa en que considera que la muerte del asegurado se había producido como consecuencia de agresión de él, obrando por lo tanto el criminal en defensa propia.

Sin embargo, probada la sentencia condenatoria del asesino en Primera Instancia, la compañía se resiste aún al pago, basándose en la sentencia haber sido apelada y no era, por ello, definitiva.

El fundamento legal para su negativa era el art.554 del Código de Comercio, donde establece la nulidad del seguro por pérdida de la vida en desafío u otra empresa criminal.

La sentencia de la Cámara Comercial condena a la Aseguradora al pago de la indemnización correspondiente, confirmando así la de Primera Instancia que establecía en sus considerandos:

- 1ª) que si bien la Compañía reconocía el contrato y el carácter de beneficiaria de la demandante, se amparaba en el art.554 del Código de Comercio para fundar su negativa a pagar la suma reclamada.
- 2ª) que la Compañía no ha probado ni demostrado en forma fehaciente que el asegurado provocó el incidente que ocasionó su muerte, de tal manera que la demanda se funda en una simple duda que descansa en un hecho cuya prueba no ha sido traída a los autos.
- 3ª) que la demandante presentó a la Compañía la partida de defunción de su esposo y le hizo saber asimismo el resultado de la sentencia de Primera Instancia en el juicio criminal, la que constituye una presunción favorable a sus pretensiones y que contribuye a la vez a alejar la sospecha que alega la demandada.

Por estos fundamentos y lo dispuesto en los artículos 505, 618, 751, 1197 del Código Civil; 492 y 549 del C.de Comercio; 216 y 221 del C.de Procedimientos, se falla haciendo lugar a la demanda en todas sus partes. (Pago de la indemnización, intereses y costas del juicio).

Doctrina: No puede sostenerse que el asegurado murió en riña si el hecho se produjo mientras aquél pasaba con su familia y a consecuencia de un incidente que se le planteó de improviso en forma casual con un desconocido; siendo por una pequeña cause en comparación con las funestas consecuencias que originó, aun cuando puede la víctima haber reaccionado en forma excesiva.

Si el asegurado se vió envuelto súbitamente en el incidente por el que perdió la vida, sin que le fuera dable prever las consecuencias del mismo, no puede alegarse que haya existido de su parte la intención de cometer delito ni de reñir, que según la póliza hacía perder a los beneficiarios del seguro el derecho a la indemnización.

Si la sentencia criminal establece que el asegurado perdió su vida injusta e innecesariamente y que se trata de un exceso punible sobre la necesidad y la ley, ya que el homicida utilizó su arma, no por peligro, sino por encontrarse su ánimo predispuesto a un incidente a mano armada, debe concluirse que la muerte de aquél constituye riesgo indemnizable por el asegurador y no una riña que liberaría a éste de toda responsabilidad.

Los beneficiarios del seguro fundan su derecho a indemnización en el hecho de que el asegurado perdió su vida víctima de un homicidio, como consecuencia de lesiones corporales, causal esta prevista como indemnizable en el art. 2º de la póliza.

A su vez la Compañía demandada manifiesta que:

1º) El asegurado perdió su vida en "riña", causal esta perfectamente establecida como no indemnizable en el art. 3º de la póliza.

2º) que el seguro contratado por el asegurado no es un seguro ordinario de vida, sino uno especial, limitado a determinados riesgos y que se cubre con una prima reducidísima; y

3º) Por la sentencia de Primera Instancia se absuelve

al victimario en el juicio criminal en base al art. 34 inciso 6º del Código de Procedimientos, que es confirmada en Segunda Instancia pero considerando el asunto planteado como "caso de legítima defensa incompleta".

La sentencia de Primera Instancia establecía: Considerando:

1ª.- que las partes reconocen el contrato de seguro; que la muerte del asegurado se produjo a consecuencia de las heridas que recibió en el hecho a que se hace mérito en la demanda; que la única discrepancia es establecer si está cubierto o no por la póliza el hecho que motivó el fallecimiento del asegurado.

2ª.- que la aseguradora se ampara en la cláusula 3a. de la póliza, sosteniendo que se trata de un riesgo no indemnizable; reforzando su aserto en los fallos de Primera y Segunda Instancia del proceso criminal. Pero de esos fallos no surge la existencia de riña ni desafío, ni otra empresa criminal que justifique la nulidad del seguro (art. 554 Código de Comercio).

Por el contrario, de la sentencia y de los testimonios traídos por los actores, resulta que el asegurado halló la muerte durante un paseo con su familia por un corso de carnaval, como consecuencia de un incidente casual con un desconocido y por causa pequeña en relación con sus funestas consecuencias.

3ª.- No alcanza a destruir el derecho a la indemnización el hecho de que la reacción de la víctima haya sido excesiva, hasta el punto de obrar el homicida en legítima defensa o "defensa incompleta", toda vez que no se llega a probar el deseo, de parte del asegurado

de reñir o cometer un delito, pues se estableció que se había visto envuelto súbitamente en un incidente, sin que le fuera dable prever las circunstancias punibles que pudieran resultar.

De acuerdo a esas consideraciones y a lo dispuesto en los art.492 del Código de Comercio; 505, 618 y 751 del Código Civil y 216 y 221 del Código de Procedimientos se hace lugar a la demanda en todas sus partes. (Indemnización, intereses y costas).-

En Segunda Instancia se confirma el fallo anterior excepto en lo referente a las costas, que se pagarán por su orden las de todo el juicio.

°°°oOo°°°

Doctrina: No existe caducidad del seguro por el hecho de que el esposo haya perecido como efecto de empresa criminal de su parte, si en la agresión que intentó contra su esposa, profirió amenazas y llegó hasta empuñar el arma pero sin hacer disparo alguno con o sin puntería, ni poner otro medio idóneo a ese fin.

Producida la muerte del marido por obra de su propia esposa, la cual era beneficiaria de seguro constituido por el extinto, la Compañía -demandada- se negó a abonar la indemnización amparándose en los art.554 y 555 del Código de Comercio. Por el primero se considera nulo el seguro y por el segundo se considera sin valor el seguro en el caso de que la persona a cuyo favor está extendido sea el autor de la muerte del asegurado.

La sentencia de Primera Instancia, confirmada en Segunda Instancia, desecha las excepciones que hace la Aseguradora, condenándola a pagar la indemnización correspondiente en base a las siguientes consideraciones:

1ª.- El hecho de que el esposo ofenda de palabra, azote, amenace de muerte a su esposa y llegue hasta empuñar un arma, no constituye un caso de "empresa criminal" que cita el art.554 del Código de Comercio. Se trata de rencillas conyugales que a menudo se producen en la vida cotidiana del hogar y que en su inmensa mayoría terminan en la reconciliación, dando solamente por excepción lugar a incidentes graves y que en contadísimos casos degeneran en acto criminal. Por otra parte, el homicidio producido como consecuencia de un estado de ofuscación y violencia momentánea, tampoco puede involucrarse en el artículo mencionado del Código, dado que los términos "empresa criminal" requieren una premeditación y preparación del hecho criminoso que no pueden verse en las ofensas y amenazas del esposo.

2ª.- Asimismo, por la sentencia criminal se establece que la mujer es autora involuntaria de la muerte de su marido, por haber obrado en legítima defensa obligada por la provocación de palabra y de hecho que le produjo un estado de angustiosa desesperación. Por ello el caso no encuadra en lo establecido en el art.555 del Código de Comercio, tanto más si se considera la forma como el hecho se produjo, pues al disparar la esposa sin fijar puntería el esposo se abalanzó sobre ella para desarmarla y en el forcejeo que hubo por la posesión del arma se disparó otro tiro que hirió mortalmente al hombre.

Sería injusto, en tal virtud, privar a la beneficiaria de la indemnización que le corresponde por el lamentable hecho de que fué autora involuntaria.

doctrina: Si la muerte del asegurado se produce por heridas recibidas en rifa o pelea no puede la Compañía que pague en que se produjeron en duelo aquéllas y eximirse, por eso, de responsabilidad. La beneficiaria no tiene por que demostrar la edad del asegurado.

La rifa o pelea no tiene el carácter de duelo para que pueda fundar la oposición del demandado al pago del seguro cuando ella ha determinado la muerte del asegurado.

Producida la muerte del asegurado la beneficiaria solicitó de la Compañía el pago de la póliza, pero la aseguradora niega su abono basándose en:

- 1ª.- que el asegurado falleció a consecuencia de una herida recibida en pelea después de un desafío y la póliza no ampara por suicidio, condenación o duelo y el asegurado, provocando o aceptando un desafío, se ha colocado conscientemente fuera de ese amparo. Ha agravado la situación del asegurador al ponerse en condición de perder la vida y es principio general en materia de seguro que si el daño es producido por el hecho del que contrató el seguro, queda el asegurador libre de toda responsabilidad. (Art. 497 del Código de Comercio).-
- 2ª.- que procede también el rechazo de la demanda pues la actora no ha presentado documentos probatorios de la edad del asegurado; y
- 3ª.- No haber justificado en forma legal su personería y su derecho al beneficio del seguro, limitándose a acompañar la partida de defunción del asegurado.

La sentencia de la Cámara Comercial confirma la sentencia de Primera Instancia que dice:

- 1ª.- que la Compañía no desconoce el contrato de seguro ni la póliza, pero sí, el derecho del beneficiario a percibir el seguro por haber muerto en duelo o desafío el

asegurado, por no haberse acompañado los comprobantes de la edad del mismo y por no haber acreditado la beneficiaria su personería.

- 2<sup>a</sup>.- que no habiéndose probado el duelo por la demandada, corresponde el rechazo, por no ser aplicable el art. 554 del C.de Comercio.
- 3<sup>a</sup>.- que la falta de documentación para probar la edad del asegurado, no es tampoco causa suficiente para oponer se al pago del seguro.
- 4<sup>a</sup>.- que como ningún requisito especial exige la póliza para el cobro del seguro y que la demandada no ha desconocido tampoco que la actora sea la beneficiaria del seguro y de la suma asegurada, el derecho del demandante es indiscutible y debe abonársele el importe reclamado.

Por esos fundamentos y de acuerdo con los artículos 1197 del Código Civil y 492 y 549 del Código de Comercio, se falla haciendo lugar a la demanda. En consecuencia se condena a la Compañía a que pague dentro de los 10 días el importe del seguro y costas del juicio.

--ooOoo--

Del examen minucioso de los cuatro fallos que anteceden, se infieren las siguientes consideraciones:

- 1<sup>a</sup>.- Cuando las Compañías de Seguros se van abocadas al pago de indemnización por muerte del asegurado en "riña o pelea" no vacilan, uniformemente, -aun en el caso de que sus pólizas nada digan al respecto- en considerar ese riesgo como no indemnizable, por comprenderse en las disposiciones del art.554 del C.de Comercio; esto es, equiparándolo a "suicidio, desafío u otra empresa

criminal".

2ª.- Asimismo, en todos los fallos judiciales examinados, se condena a los aseguradores demandados al pago de la indemnización correspondiente. Las sentencias se basan en la inexistencia de "suicidio, desafío u otra empresa criminal", siendo inaplicable por lo tanto el referido artículo del Código. El incidente casual producido por un estado de ofuscación o violencia momentánea no puede, en ningún caso, involucrarse dentro de los términos del mencionado artículo y menos aun en el concepto de "empresa criminal". Para que tal se considere se requiere preparación y premeditación, circunstancias estas que están muy lejos de presentarse en el caso de incidencia casual.

Concretando, se sigue en un todo la doctrina del Código de Comercio, en virtud de la cual sólo se estima como riesgo no indemnizable aquellas riñas o peleas que entren en la categoría de "empresa criminal".

De lo expuesto se deduce fácilmente que la posición en que se coloca la jurisprudencia en los casos estudiados es, a la vez que continuación, complemento de la doctrina enunciada en el art. 554 del Código de Comercio que permite considerar la muerte del asegurado en caso de riña o pelea como riesgo indemnizable, siempre que no concurren circunstancias que califiquen el hecho como "empresa criminal".

SINIESTRO POR OBRA DEL ASEGURADO: SUICIDIO.

Comenzaremos a referirnos a las disposiciones contenidas en nuestro Código de Comercio relativas al tema tratado.

El art. 554 trae al respecto prescripciones categóricas al establecer: "Es también nulo el seguro si el que ha hecho asegurar su vida se suicida, es castigado con la pena de muerte, o pierde su vida en desafío u otra empresa criminal."

Como vemos, la disposición de nuestro Código es terminante. Clasifica como riesgo no indemnizable la muerte del asegurado a consecuencia del suicidio.

Sin embargo, sancionado el mismo en 1899, sus disposiciones no contemplan la realidad misma del seguro; dado que lo consideran bajo una faz distinta aaquella bajo la cual se lo juzga en la actualidad.

Esta situación la podemos apreciar más fácilmente, comparando la forma legal con las cláusulas establecidas en las condiciones generales de póliza; puesto que -como ya vimos en el capítulo anterior al hacer referencia a los riesgos cubiertos por los contratos de seguros- si bien la totalidad de las entidades aseguradoras nacionales y algunas extranjeras conceptúan al suicidio como riesgo no indemnizable, otras compañías extranjeras, las británicas y canadienses, estiman la muerte por suicidio como factible de ser indemnizada.

Es más, dentro del primer grupo enunciado podemos distinguir dos tendencias: la que sigue estrictamente la manifestación legal y la que, en cierta forma se aparta de la misma, ya que sin dejar de considerar al suicidio co-

mo riesgo no indemnizable, atenúa la rigidez del mandato legal estableciendo, para esta clase de siniestros, una determinada compensación, como es el pago de la reserva asignada a la póliza luego de un cierto tiempo de vigencia de la misma.

De las dos tendencias últimamente expuestas, la primera se pone de manifiesto ya sea guardando silencio al respecto y por ende, aceptando la disposición legal, o bien, insertando cláusulas especiales al efecto. Por ejemplo:

" Cuando la muerte del asegurado se produzca a consecuencia de suicidio, consciente o inconsciente, duelo, condenación legal o a raíz de empresa criminal, la póliza quedará automáticamente rescindida, sin obligación alguna por parte de la Compañía. Igual cosa ocurrirá en caso que el beneficiario u otro interesado en la póliza haya contribuido a abreviar la vida del asegurado. " (Cía. de Seguros La Estrella. Condiciones generales de póliza art.13)

A su vez, la segunda tendencia surge de la siguiente enunciación:

" Esta póliza será rescindida y no tendrá valor alguno, si el asegurado perdiera su vida en duelo y/o suicidio dentro del primer año de vigencia de esta póliza; después de este plazo, se abonará la reserva adjudicada a la póliza." (Cía. de Seguros La Anglo Argentina - Art.32)

Respecto del segundo grupo de compañías, las sociedades británicas y canadienses, suelen traer en sus condiciones generales de pólizas providencias como la siguiente:

" Si dentro de los dos primeros años de la vigencia de esta póliza el asegurado se suicidase, estando o no en su sano juicio, o falleciera en un duelo o por empresa criminal (para las entidades británicas, ya que las canadienses solo lo consideran el caso de suicidio), la póliza se considerará nula y ninguna persona podrá reclamar su importe."

De donde se desprende, interpretando a "contrario sensu" la prescripción transcripta, que si el suicidio del asegurado se produjese luego de transcurridos los

dos años de referencia nos encontraríamos ante un riesgo perfectamente indemnizable.

Establecido lo que antecede, pasemos ahora a considerar la posición de la jurisprudencia en el tema estudiado, a cuyos efectos examinaremos diversos litigios solucionados por nuestros Tribunales.

Doctrina: La Compañía aseguradora no está obligada a pagar el seguro de vida contratado, cuando el asegurado ha fallecido a consecuencia de heridas inferidas por él mismo y por su propia voluntad, máxime si no ha obrado bajo la influencia de perturbaciones mentales.

La beneficiaria de un seguro demanda a la Compañía aseguradora por cuanto ésta no hace lugar al pago por suicidio del asegurado.

Manifiesta la actora que su esposo falleció a consecuencia de herida de bala por resolución que tomó en un momento de perturbación de los sentidos, como lo justifica con el certificado médico que acompaña, por lo cual el deceso no puede calificarse de suicidio, dado que no ha sido obra de su voluntad. Agrega que la póliza no ha previsto el caso, pues su esposo hacía 14 años que estaba asegurado en la Compañía demandada, por lo que no puede atribuírsele propósitos de lucro a favor de terceros.

La aseguradora expresa en su defensa lo siguiente: que tuvo conocimiento del deceso del asegurado por carta que les dirigió la actora solicitando la indemnización. Posteriormente se presentó un hijo del asegurado con iguales propósitos, diciéndole que la muerte había obedecido a una herida de bala producida por acto propio y voluntad del finado.

Vistas esas circunstancias y no existiendo en la póliza cláusula que fije el derecho de las partes en caso de muerte voluntaria, queda el convenio regido por el art. 554 del Código de Comercio, lo que se hizo presente a la interesada, pero manifestándosele que no obstante esa nulidad se le daría, como excepción, \$2.000.-m/n. más o menos. La única contestación recibida a esa oferta fué la

notificación de la demanda, lo que le obliga a retirar el ofrecimiento de dinero.

Asimismo la compañía niega que la actora haya cumplido con las obligaciones que le imponía la póliza en lo relativo a las pruebas del fallecimiento y hace presente que si el documento es distinto a los actuales, es porque se trata de contrato hecho hace muchos años.

La sentencia judicial dictamina en favor de la aseguradora fundándose en las consideraciones que exponemos seguidamente:

En la forma como ha sido planteada la cuestión, debe tomarse en consideración el contrato que es la ley entre las partes (art. 1197 del Cod. Civil) en todas las estipulaciones que puedan ser materia de convenciones particulares y las disposiciones pertinentes del Cód. de Comercio que lo rigen.

El hecho de no estipularse la causa del fallecimiento, no puede servir de base para que una de las partes se aproveche de una circunstancia imprevista en ese documento, porque es preciso interpretar ese contrato en la forma como los contrayentes entendieron que debía cumplirse la condición impuesta (art. 553 del Cod. Civil) esto es, que el deceso debía ser producido por enfermedad o por cualquier otro motivo ajeno completamente a la voluntad del asegurado.

El suicidio considerado en sí delito por la ley procesal, como acto ilícito no puede ser materia de convenciones en los contratos y, siendo así, desde que el mismo no da derechos, su omisión en la póliza queda plenamente justificada.

concluyente a este respecto es el art. 554 del Cód. de Comercio, al decir que caduca el contrato de seguro si el asegurado se quita la vida. Esta disposición se entiende es aplicable al caso de que el asegurado obrara en la plenitud de sus facultades, es decir, con completa conciencia de sus actos, por que si así fuera, a más de este precepto legal, las consecuencias del suicidio encuadrarían dentro de lo prescripto en el art. 542 del Cód. Civil.

Como la actora sostiene que el suicidio no ha sido obra de voluntad del asegurado, es imprescindible analizar los hechos para determinar la verdad del punto.

La demandante ha presentado en prueba un certificado otorgado por un facultativo que asistió al suicida antes de su deceso y en el que consta que presentaba síntomas de congestión cerebral y de perturbaciones mentales.

El referido certificado no puede considerarse se como plena prueba, porque para ello era necesario que se estableciera en forma terminante que el sujeto se encontraba atacado de enajenación mental y calificarse en su verdadero carácter (art. 143 del Cód. Civil) y porque es sabido que pueden presentarse síntomas de congestión cerebral sin estar demente.

No habiéndose probado que el sujeto se encontraba atacado de enajenación mental, ni antes ni en el momento de quitarse la vida, es indudable que la acción no puede prosperar, porque existiendo la presunción de que se encontraba en la plenitud de sus facultades, el pronunciamiento en esta forma sería contrario a la prescripción terminante del art. 554 del Cód. de Comercio y porque la obligación contraída bajo la condición de que haga depender absq

lutamente la fuerza de la voluntad del deudor es nula (art. 542 del C. Civil) y por último, porque premiar el suicidio sería atacar a la moral y a la sociedad, e ir en abierta contraposición al art. 554 citado, sino que sería fomentarlo. Por lo tanto, debiendo interpretar y aplicar la ley no se puede autorizar tales actos en contra de la sociedad a la que está en el deber de amparar.

oooOo

**Doctrina:** Aceptada la existencia del suicidio del asegurado, no procede el pago del seguro, no obstante el sobreseimiento provisorio, pues él no importa la falta de prueba del hecho, sino únicamente la inexistencia de prueba de delito que pueda dar motivo a la acción pública.

La beneficiaria de un seguro de vida constituido por su esposo en el año 1918 se presenta entablando demanda contra la Compañía Aseguradora, por cuanto éste se niega el pago de la indemnización de \$10.000.-m/n. a pesar del deceso del asegurado ocurrido 9 años después.

La demandada, corrido el traslado de ley, contesta solicitando el rechazo de la demanda en cuanto persigue el cobro de una suma mayor a la de \$1.650.-- m/n. que es la única que ha reconocido adeudar y ofrecido abonar, cumplidos los requisitos probatorios del fallecimiento.

Agrega que la actora comunicó el deceso del asegurado, pero al suministrar en forma incompleta las pruebas del fallecimiento motivó una averiguación: el contratante se había suicidado con cianuro en los escritorios de la firma comercial de la cual era gerente.

ue las constancias del sumario instruido por

dicho motivo son concluyentes y concordantes con las publicaciones de los diarios al ocuparse de la convocatoria de los acreedores de la firma comercial, habiendo quedado demostrado que el deceso no fué ocasionado por terceros sino por el propio asegurado, sobreesyendo el Juez de Instrucción provisoriamente en el sumario.

En presencia de esos antecedentes no puede la Compañía acceder al pedido de pago íntegro de la indemnización por tener que ajustarse a la cláusula sobre duelo y suicidio convenida en la póliza que establece que "no corresponde el riesgo por duelo y suicidio si ocurriese dentro de los tres primeros años de otorgada esta póliza. Después de este plazo se abonará la reserva adjudicada a la póliza.

Advierte además la Compañía que había admitido anteriormente el pago de seguros en los casos de suicidio, pero debió abstenerse de ellos por disposición de la Inspección General de Justicia que invocó razones de orden público.

Que el derecho a aplicar está determinado en el caso de autos por el art. 554 del Código de Comercio y lo convenido expresamente en la póliza que constituye la ley para las partes.

En primera instancia se falló a favor de la Compañía aseguradora, rechazando en consecuencia la demanda deducida.

Apelado el fallo en Segunda Instancia se expresa en confirmación del mismo:

La parte actora se alza contra el fallo de Primera Instancia por haberse aceptado en éste la existencia del suicidio del asegurado, según las constancias del sumario criminal, en virtud de que dicho sumario ha sido sobreesyendo provisoriamente. No encuentro fundamento al agravio



tabla demanda contra la Compañía contratante en su carácter de administradora de la Sucesión de su marido.

Funda sus derechos en los art. 492 y concordantes del Código de Comercio y art. 1197, 1183 y 3986 del Código Civil.

La Compañía alega en su descargo que la actora carece de personería para demandar, desde el momento que ella es sólo la administradora de la Sucesión de su esposo; y que aun cuando así no fuera, el asegurado perdió su vida por suicidio, quedando en consecuencia nulo el contrato dado lo dispuesto por el art. 554 del Código de Comercio. Por estas razones solicita el rechazo de la acción entablada.

En Primera Instancia se falla en favor de la cónyuge supérstite, que es la única administradora de los bienes del esposo cuando fallece éste; y en lo que respecta al suicidio se deja sentado ampliamente que no es un acto voluntario cuando el asegurado se halla en estado de demencia.

La jurisprudencia está de acuerdo en que la demencia es un hecho natural y que cuando el asegurado se suicida no obra voluntariamente.

En Segunda Instancia se modifica en su parte esencial la sentencia anterior, manifestándose:

que la Compañía demandada se alza contra el pronunciamiento del Señor Juez que le condena a pagar la indemnización convenida en la póliza de seguro de vida, no obstante haberse suicidado la persona cuya vida se aseguró en la misma.

El hecho del suicidio se halla debidamente

probado. La parte actora sostiene que el asegurado se hallaba con las facultades mentales alteradas en el momento del suicidio y en razón de ello, el señor Juez ha hecho lugar a la demanda.

En el caso que se estudia debe tenerse presente que en las condiciones generales de la póliza indicada se ha establecido que el contrato será nulo en el caso de suicidio consciente o inconsciente, o de inutilización por hecho propio; la validez de dicha estipulación es indiscutible de acuerdo con lo dispuesto por el art. 552 del Código de Comercio.

En consecuencia, la beneficiaria del seguro en cuestión solo tiene derecho a la reserva que para ese caso se ha obligado a devolver la compañía demandada.

--ooOoo--

Del estudio de los juicios anteriormente transcriptos, surge claramente la doctrina seguida por nuestros Tribunales, ya que la jurisprudencia sentada en todos los casos examinados, sin excepción, considera como riesgo no indemnizable la muerte del asegurado producida como consecuencia de acto propio (suicidio), ya sea éste resultado de un acto voluntario o involuntario de aquél, esto es, que su acción haya sido realizada indistintamente en pleno dominio de sus facultades o en un estado de enagenación mental.

oooOooo

RESOLUCIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO.-

Primeramente entraremos a considerar las disposiciones legales referentes al tema cuyo estudio comenzamos.

Nuestro Código de Comercio en el capítulo "De los seguros sobre la vida", nada dice acerca de la resolución de esta clase de convenciones, pero en el Libro II Título I de "Los contratos y las obligaciones comerciales en general" se refiere en forma genérica al tema estudiado, dado que a los contratos de seguros, contratos bilaterales, le son aplicables las disposiciones que al respecto trae en su art. 216, que establece: "La condición resolutoria se entiende implícitamente comprendida en todos los contratos bilaterales o sinalagnáticos, para el caso de que una de las partes no cumpla su compromiso. Más en los contratos en que hay hechos ya realizados, los que se han cumplido quedan firmes y producen, en cuanto a ellos, las obligaciones del contrato".-

"Siendo implícita la condición, el contrato no se resuelve ipso jure, como cuando se ha pactado la condición resolutoria. La parte a quien se ha faltado puede optar entre forzar a la otra a la ejecución de la convención, cuando es posible, o pedir la restitución con daños y perjuicios."

"La resolución debe reclamarse judicialmente y según las circunstancias pueden los Tribunales conceder un plazo al demandado."

Asimismo es de aplicación a este tema lo dispuesto por nuestro Código Civil en la sección 3ra., Título I, Capítulo VI "Del efecto de los contratos", en cuyo

art.1.250, dispone:

"Las partes pueden por mutuo consentimiento extinguir las obligaciones creadas por los contratos y retirar los derechos reales que se hubiesen transferido; pueden también, por mutuo consentimiento, revocar los contratos por las causas que la ley autoriza."

De las disposiciones legales transcritas se deduce que la resolución del contrato de seguro tiene lugar cuando una de las partes no cumple las obligaciones que le han sido impuestas, o cuando por mutuo consentimiento deciden los contratantes rescindirlo, en aplicación de alguna de las causas que la ley establece al respecto.

De la lectura de las "Condiciones Generales de Póliza" de las diferentes compañías, surge la inexistencia de cláusulas especiales que se refieran a la rescisión del contrato de seguro; admitiéndolo sin embargo, después de un determinado período de vigencia, por regla general 3 años, mediante la entrega al asegurado de la suma establecida como valor de rescate en el cuadro de préstamos y valores garantizados, incluido en las pólizas.

Pasaremos a examinar a continuación los diferentes asuntos sometidos a la decisión de nuestros Tribunales, a efecto de determinar la posición adoptada por dicha jurisprudencia acerca de este tema.

\*\*\*\*\*

**Doctrina:** Debe rechazarse la demanda que reclama el cobro de un seguro de vida, si la Compañía demuestra que el asegurado rescindió el contrato por su imposibilidad de pagar íntegramente la prima y si además la acción se hallaba prescripta.

La parte actora manifiesta que fallecido el

asegurado de una póliza a su favor por \$15.000.-a/a., se ve obligada a demandar a la Compañía de Seguros por no haber sido posible obtener el pago de la indemnización, aun cuando hace notar que la póliza no fué hallada, encontrándose solamente como comprobante el sobre que la contenía.

La parte demandada manifiesta que efectivamente el asegurado realizó en su día el contrato aludido, pero no encontrándose en condiciones de abonar la primera prima pidió y le fué concedido, hacer el pago en tres cuotas, a cuyo efecto firmó tres pagarés. Vencido el primero no fué levantado, siendo en consecuencia debidamente protestado. Le fué concedido, a su pedido, nueva espera de 30 días y la falta de pago ocasionó nuevo protesto. En esa fecha el asegurado se presentó a la Compañía pidiendo la enajenación del seguro y comprometiéndose a pagar el primer pagaré, gastos ocasionados, y a devolver la póliza contra la entrega de los dos pagarés restantes.

Aceptado el temperamento propuesto por el asegurado, quedó rescindido el contrato de seguro.

Aduce, asimismo, la Compañía, la prescripción de la acción y pide el rechazo de la demanda.

La Sentencia de Primera Instancia, confirmada en todas sus partes en Segunda Instancia, establecía:

Que puesta como defensa de fondo la prescripción de la acción, se hace necesario tratar primero sobre ella y ver si se realizó.

Si bien es cierto que el asegurado falleció en Marzo de 1917 y la demanda se inició en Febrero de 1919, lo que haría aplicable la disposición del art. 353 del Código de Comercio, consta en autos en forma clara y terminante,

reconocido por el propio director general de la Compañía, que la beneficiaria ha hecho gestiones para el cobro de la indemnización, rechazándose, por lo expuesto, la excepción de prescripción.

Toda la cuestión se reduce a saber si el asegurado pagó o nó los documentos que firmara por concepto de prima, porque sino lo ha hecho la beneficiaria no tiene derecho alguno al importe del contrato de seguro.

La difícil situación económica del asegurado originó que propusiera a la Compañía como solución cancelar el primer documento y recibir los otros dos a cambio de la póliza.

Que ese precario estado no varió porque el Agente de la Compañía notifica a ésta que el interesado promete pagar antes de finalizar el mes y recién en los primeros días del próximo se efectúa el abono.

Que el hecho de encontrarse la póliza en poder del mencionado agente lleva a la convicción de que la tenía en sus manos como consecuencia del canje.

Que la situación económica del asegurado no puede haber variado, mejorando, en el breve espacio de tiempo que media entre la cancelación del primer pagaré y gastos, que dió por rescindido el contrato de seguro y la fecha de su deceso, tres meses después.

Que de la compulsión de los libros de la demandada surge que de las tres obligaciones recibidas del asegurado, solamente se cobró una.

Por los fundamentos que anteceden se rechaza la demanda sin costas, por haberse podido creer la actora con derecho a litigar.

Doctrina: Si según una cláusula del contrato de seguro, el asegurado puede después de determinada vigencia del mismo exigir su rescisión y, en consecuencia, la devolución del valor que en ese momento tiene la póliza, la Compañía no puede resistir el ejercicio de aquel derecho si se hace valer en vigencia del contrato, que lo está aun cuando el asegurado no haya abonado la cuota última sino dentro del plazo de gracia que el contrato autoriza.

La parte actora se presenta manifestando que contrató en la Compañía demandada un seguro de vida por \$10.000.-m/n. con prima pagadera trimestralmente que abonó durante un período de 10 años, cumpliendo con todas las obligaciones que le imponía el convenio. Agrega que también la Aseguradora cumplió con las cláusulas, entre éstas, la entrega de las participaciones anuales que le correspondía sobre los dividendos y que eran descontadas de la prima en las épocas de pago.

Al presentarse a pagar una de las cuotas, y hacerle saber la Compañía que no le descontaría el importe del dividendo, resolvió no realizar el abono de la prima. En tal oportunidad optó por la ventaja que le concede el art. 3º de la póliza, exigiendo la rescisión del contrato y la devolución del valor actual de la póliza (osea \$2.520.-m/n.), pero a pesar de las gestiones privadas realizadas no pudo obtener el reintegro, obligándose a plantear el juicio.

La parte demandada manifiesta que es exacta la existencia del contrato aludido, como así también de que fueron abonadas regularmente las cuotas de la prima, salvo la referida. Y en virtud de esto es que el actor queda comprendido en el caso del art. 1201 del Cód. Civil, careciendo de derecho para pedir el cumplimiento del contrato.

asimismo, que no es exacto que se negara el pago del dividendo que correspondía según la póliza; y que para obtener la ventaja del art. 3º de la póliza es necesario el consentimiento de la Compañía.

La sentencia de Primera Instancia, confirmada íntegramente en Segunda Instancia, establece:

1ª.- que ambas partes reconocen la existencia del contrato de seguro celebrado, el que, de acuerdo al art. 1197 del Código Civil, constituye para los contratantes "una regla a la que deben someterse como a la ley misma"; y que según el art. 3º de las condiciones generales del contrato: "después de tres años de estar en vigor el seguro, la compañía concederá al que lo solicite por escrito la opción a las siguientes ventajas de acuerdo al valor expresado en la póliza:.....b) o una retribución en efectivo rescindiendo el contrato."

2ª.- La demandada niega al actor el derecho de acogerse a la rescisión que autoriza la póliza, fundada en el artículo 1201 del C. Civil por no haber el demandante pagado la cuota vencida. El hecho es cierto pues lo reconoce el propio actor; sin embargo no puede servir de base a la defensa por cuanto:

- a) El art. 2º de la póliza concede al asegurado un mes de gracia para el pago de la prima, recién al cabo del cual caduca el seguro.
- b) Dentro del mes de gracia de la única cuota que a - deuda, el actor hace saber a la Compañía por acto auténtico, su voluntad de usar del beneficio que le acuerda el art. 3º, vale decir, estando el seguro

en plena vigencia y sin estar el demandante en mora con respecto a cuota alguna;

c) Asimismo, de constancias de autos resulta que el demandante no pagó su cuota por negársele el descuento del dividendo que le correspondía por contrato. La Compañía no puede valerse, entonces, en su defensa, de un hecho que ella misma ha provocado mediante su actitud violatoria del contrato, por que ello importaría dejar librado a su exclusiva voluntad la suerte del contrato, lo que está prohibido por la ley (arts. 1197, 1198 y 1200 y concordantes del Código Civil).

3ª.- que la Compañía sostiene que su consentimiento es condición esencial para obtener la rescisión del seguro en los casos de la cláusula citada. A estar a los términos expresos de esta condición del contrato, no existe ninguna duda que la Compañía está obligada a acceder a la rescisión si así lo exige el asegurado y siempre que éste se encuentre en las condiciones de la mencionada cláusula. En otros términos, el art. 3ª del contrato con relación a la Compañía es imperativo y no facultativo.

4ª.- Estando el demandante en las condiciones de la repetida cláusula; y/<sup>no</sup>habiendo hecho oposición la Compañía demandada a la suma exigida, en su monto, lo que autoriza a tener como exacta esa cantidad; y siendo procedente por imperio del contrato la rescisión demandada; se hace lugar a la demanda en todas sus partes.

Doctrina: No cumplida por el asegurador ni total ni parcialmente la obligación contraída de entregar la póliza firmada, procede la rescisión del contrato pedida y la devolución al asegurado de la prima pagada, desde que era condición expresa de aquél que empezaría a regir recién desde que la póliza se suscribiera.

Manifiesta el actor que contratado un seguro de vida hizo efectiva la primera cuota que para su constitución correspondía, comprometiéndose la Compañía aseguradora -ahora demandada- a crear el seguro y entregarle la póliza respectiva, de acuerdo a las condiciones del recibo que acompaña. Que no obstante las múltiples gestiones hechas privadamente ante la demandada no ha podido obtener la entrega del citado documento y, por lo tanto, habiendo desaparecido la confianza, base esencial del contrato de seguro, desiste de él y reclama la suma pagada e intereses.

La parte enjuiciada declara: que la acción tiene por objeto lograr que el contrato de seguro se rescinda, basándose en un hecho falso, pues el actor nunca reclamó la póliza por la sencilla razón que le fué entregada en tiempo y forma, ya que siendo la propuesta de seguro aceptada por la Compañía y habiendo pagado la prima el interesado, el contrato quedó concluído con todos sus efectos legales. Además, la falta de entrega puede ser suplida por un duplicado que jamás niega la Compañía y que aun hoy, para evitar controversias está dispuesta a entregar; estimando que la rescisión pedida no puede ser sanción del caso bajo ningún concepto.

La sentencia dictada en Primera Instancia, confirmada en todas sus partes en Segunda Instancia daba las siguientes conclusiones:

que el actor pide la devolución de la suma

pagada en concepto de primer premio, fundándose en que aquella no constituyó el seguro convenido, e invoca a su favor el art.216 del Código de Comercio. Surge entonces la duda de si la acción entablada es la de devolución que autorizan los artículos 792 y 793 del Código Civil, o la de rescisión que legisla el art.216 citado.

La demandada afirma haber aprobado la solicitud de seguro y el actor reconoce implícitamente que la compañía prestó su consentimiento, por lo que corresponde considerar perfecto el contrato en mérito al art.505 del Código de Comercio.

Aunque la Compañía alega que entregó la póliza al interesado, no lo ha demostrado, pues solamente ha traído como justificativo la declaración de un tercero, que carece de valor dada su singularidad. Queda así establecido que el hecho fundamento de la acción es verdadero.

El contrato de seguro, dado su carácter singlagmático, cae bajo las sanciones del art.216 repetido cuando alguna de las partes ha dejado de cumplir las obligaciones a su cargo. Conforme al art.505 del C.de Comercio el contrato de seguro importa para el asegurador la obligación de firmar la póliza en el tiempo convenido y de entregarla al asegurado, debiendo hacerse la entrega "dentro de ocho días contados desde la conclusión del contrato" (art. 508) cuando, como en el caso que nos ocupa, hubiera intervenido un corredor.

La demandada sostiene en su defensa que la única sanción que le puede acarrear la falta de entrega de la póliza es la que crea el art.509 mencionado, por "los daños y perjuicios que pudieran resultar para el asegurado",

pero se considera que esa sanción no impide al actor pedir la rescisión, ya que ésta puede ir acompañada de la acción por daños y perjuicios.

Dado que de la póliza depende la prueba de la existencia legal del contrato, la no entrega de la misma quebranta la buena fe que es la esencia del seguro.

En cuanto a la manifestación de la demandada en el sentido de entregar un duplicado no puede llevar a otra solución, porque la parte es soberana para optar entre el cumplimiento o la rescisión del contrato.

El demandante reclama la devolución íntegra de la prima pagada, pero esa pretensión no es justa por tener derecho la Compañía a retener la parte correspondiente a los riesgos corridos y debe devolver únicamente el remanente de la prima, por cuanto él estaba destinado a cubrir riesgos futuros que dejan de correr en mérito de la resolución.

Por todos esos fundamentos se falla haciendo lugar a la demanda, con deducción de la prima a devolver de la parte correspondiente a los riesgos corridos, intereses desde el día de su percepción y costas del juicio.

\*\*\*\*\*

Doctrina: Probado el incumplimiento del contrato por parte del asegurador, el asegurado puede pedir la rescisión, pues va implícita en aquél la condición resolutoria. La rescisión puede pedirse aun cuando hubiese dejado de cumplir con sus obligaciones, si esto fuese la consecuencia del anterior incumplimiento por parte del asegurador. El efecto de la rescisión no llega hasta obligar a la compañía a devolver el importe total de las primas pagadas durante la vigencia del contrato, las que deben ser devueltas con deducción de lo correspondiente a riesgos corridos.

La parte actora solicita rescisión del con-

trato de seguro de vida y devolución del importe abonado en concepto de premios, en virtud de que la Compañía aseguradora no cumplió como debía una de las cláusulas de la póliza. Por dicha cláusula se determinaba que después de pagadas tres anualidades, los asegurados tenían derecho a pedir: a) Un seguro saldado; b) Un seguro prorrogado; y c) Un préstamo.

Solicitado este último la Compañía primera -mente comunicó por escrito al requirente, que los préstamos debían solicitarse al finalizar cada período anual por la suma que determina el cuadro de valores inserto en la póliza para cada año respectivo; y que venciendo en abril próximo su año podía pedirse en esa fecha para que el Directorio lo considerase.

Al cumplirse ese lapso se reiteró el pedido, contestando la Compañía: "que los préstamos que se conceden a los asegurados son por la cantidad necesaria para el pago de la prima, con intereses y gastos de la operación. Esta medida transitoria la motiva la situación indefinida de la plaza; tan pronto ella se normalice se podrán ampliar los préstamos a quien lo solicite."

En virtud de esa resolución, la Compañía reconocía solamente un préstamo de \$785.-m/n., cuando de acuerdo al cuadro de valores de la póliza tenía derecho a \$3.170.

La Aseguradora manifiesta ante esa demanda, que el préstamo pedido no fué negado y que se ofreció uno provisorio para ser ampliado después, pudiendo obrar así en virtud del art. 8º de la póliza que establece: "La compañía hace préstamos en efectivo a sus asegurados siempre que la póliza haya estado en vigencia 3 años completos, dentro de

las condiciones que establezca el Directorio." Por lo que la suma que fija el cuadro de valores, es aquella dentro de la cual el Directorio debe resolver.

Asimismo alega que, bien pudo negarse el préstamo pues para pedirlo es necesario que se halle pagado el año que comienza, cosa que no se había realizado en este caso. Por ello la póliza no está en vigencia y carece de fundamento todo derecho que en la misma se funde.

La sentencia de Segunda Instancia, revocatoria en parte de la dictada en Primera Instancia, establecía: que no puede desconocerse al asegurado el derecho de pedir la rescisión, pues de los antecedentes expuestos surge claramente el incumplimiento del contrato por parte del asegurador. La póliza acuerda al asegurado, a partir del tercer año de vigencia, el derecho de solicitar un préstamo cuyo límite máximo queda fijado según el número de primas abonadas. Por lo tanto, el demandante estaba en condición de hacer uso de ese derecho.

Las cartas de la Compañía demuestran un desconocimiento absoluto de las condiciones del convenio, dado que no existe obligación de solicitar el préstamo en determinada fecha, ni en un término en que sea exigible el pago de primas, ya que sólo se habla del transcurso de 3 años y pago de sus respectivos premios.

Por otra parte no puede aceptarse que habiendo faltado la Compañía a sus compromisos con anterioridad a la fecha del vencimiento de la anualidad, impute al otro contratante incumplimiento de su obligación alegando que la póliza carece de vigencia por haberse vencido el término para hacer efectiva dicha anualidad.

En este caso, producida la rescisión por

culpa de la compañía, se condena a la misma a devolver solamente el importe de las primas con deducción de los riesgos corridos -y con intereses desde la fecha cuando fueron cobradas- pues tal importe representa el valor de la prestación cumplida, dado que son hechos realizados que quedan firmes y se produce en cuanto a ellos las obligaciones del contrato (Código de Comercio art.216).

oooooooooooooooooooo  
 oooooooooooooo  
 oooooo  
 o

Nuestra jurisprudencia se inclina a aceptar en un todo las reglas establecidas en la ley, pues admite la rescisión en los dos casos siguientes:

1ª.- En el caso de que la misma hubiese estado expresamente pactada en el contrato:

" Si según una cláusula del contrato de seguro, el asegurado puede después de determinada vigencia del mismo, exigir la rescisión y en consecuencia la devolución del valor que en ese momento tiene la póliza, la compañía no puede resistir el ejercicio de aquel derecho, si él se hace valer en vigencia del contrato."  
 (Sentencia de la Cámara Comercial).

2ª.- En el caso de que alguna de las partes contratantes no hubiese cumplido las obligaciones a su cargo:

" Probado el incumplimiento del contrato por parte del asegurador, el asegurado puede pedir la rescisión, pues va implícita en aquél la condición resolutoria."  
 (Sentencia de la Cámara Comercial).

En este último caso se distinguen dos situaciones:

a) Incumplimiento por parte del asegurado.

La compañía retiene el importe de las primas cobradas.

b) Incumplimiento por parte del asegurador.

La compañía debe devolver al asegurado el

importe de sus primas, previa deducción de los riesgos corridos, de acuerdo al art.522 del Código de Comercio, primera parte :

"Cuando hay nulidad del seguro en todo o en parte, y el asegurado ha obrado de buena fe, el asegurador debe restituir el premio que haya recibido hasta la suma concurrente de los riesgos que no haya corrido." situación esta que surge de lo sostenido por la Cámara Comercial, al establecer en uno de sus fallos: "El efecto de la rescisión no llega hasta obligar a la compañía a devolver el importe total de las primas pagadas durante la vigencia del contrato, las que deberían ser devueltas con deducción de lo correspondiente a los riesgos corridos."

CADUCIDAD DEL SEGURO.-

Nuestro Código de Comercio no se expide en forma categórica sobre el tema del rubro.

Sin embargo en el capítulo correspondiente, al tratar de los seguros en general, en su art. 505, trae disposiciones que le son perfectamente aplicables.

El artículo mencionado establece, refiriéndose a la naturaleza del contrato de seguro:

" El contrato se perfecciona por el mero consentimiento, y los derechos y obligaciones recíprocas del asegurador y asegurado empiezan desde que se ha verificado la convención, aun antes de la suscripción de la póliza.  
" El contrato importa la obligación para el asegurador de firmar la póliza en el tiempo convenido y de entregarla al asegurado."

Como vemos, el contrato de seguro, de acuerdo a lo preceptuado en forma terminante por nuestra legislación, es un contrato consensual.

Sin embargo, y no obstante tal manifestación, precisa y concluyente, otra es la opinión de las compañías aseguradoras, que en forma general y uniforme hacen constar en las condiciones generales de póliza.

De acuerdo a ellas, el seguro recién entra en vigor cuando la compañía haya aceptado el pago del premio o cuota pagada por el asegurado. La falta de pago trae como consecuencia inmediata la caducidad del seguro.

Es decir que las cláusulas que en una forma universal insertan las compañías de seguros en sus pólizas o contrato de seguro, ley para las partes de acuerdo al art. 1197 del Código Civil, modifican, transforman la naturaleza del mencionado contrato dada por el Cód. de Comercio, según su art. 505 antes transcripto, convirtiéndose

dolo en un contrato real, hecho este que surge claramente de la lectura de las diversas pólizas.

Corroborando lo anteriormente manifestado, transcribimos las cláusulas pertinentes de algunas de las múltiples pólizas consideradas:

" La presente póliza entrará en vigor cuando la Compañía haya aceptado el pago del premio o cuota pagada por el solicitante, hallándose este en vida y en buena salud."

" El pago deberá efectuarse en la Oficina Central de la Compañía, o en las agencias por ella establecidas, o a los agentes, o a sus corresponsales banqueros en el exterior, mediante recibos impresos firmados por el gerente de la Compañía y refrendados por la persona que los percibe."

" Los premios se pagan por anualidades adelantadas, pero se podrán pagar por semestres, mediante el aumento del 4% de interés y en este caso se deducirá de la suma asegurada la cuota o cuotas que faltaren para integrar la anualidad corriente, en la fecha que se pague la suma asegurada."

" La Compañía concede 30 días de gracia para el pago del premio o cuotas sin exigir ningún interés, manteniendo el seguro durante ese tiempo en toda su fuerza y vigor."

" Si no se abonare el premio o cuota el día de su vencimiento o dentro del mes de gracia, esta póliza caducará en el acto, sin necesidad de declaración alguna, ni derecho del asegurado a reclamo por lo que hubiere desembolsado, salvo lo que se establece en cuanto a la no caducidad de la misma (Póliza saldada).-" (La Anglo Argentina, Compañía de Seguros; Condiciones Generales de Póliza: artículos 6º al 10º).

" La Compañía concede un plazo de gracia de un mes (no menos de 30 días), para el pago de todas las primas después de la primera, sin que se exija interés alguno y durante ese plazo el seguro continuará en vigor; si el fallecimiento ocurriese durante el plazo de gracia, la prima o fracciones de primas impagas por el año corriente del seguro, serán deducidas del importe del siniestro a pagar en virtud de esta póliza."

" Todas las primas, salvo la primera, cuyo pago consta por la entrega de esta póliza, son pagaderas a su vencimiento en la Caja de la Compañía....etc."

" Si cualquier prima o fracción de prima no fuese pagada en el día de su vencimiento, o antes, dentro del plazo de gracia, el seguro terminará, quedando la póliza nula y sin valor en sus efectos, salvo por cualquier valor que le correspondiera de acuerdo con el "Cuadro de Préstamos y Valores Garantizados" inserto en la...página y correspondiente a la edad de....años." (Sud-América Compañía de Seguros de Vida. Condiciones Generales de Póliza).-

Pasamos ahora a examinar los diversos litigios solucionados por nuestros Tribunales a fin de determinar la posición de la jurisprudencia en el tema estudiado.

.....

Doctrina: Si una cláusula de la póliza establece que cuando el asegurado no pagase la prima el día fijado pero sí dentro del mes de esa fecha el contrato continúa, ello importa un término de gracia y la compañía no puede negarse a recibir el pago, efectuado éste dentro de ese plazo, la póliza no ha caducado y continúa la responsabilidad de la compañía por todo el nuevo período a contar desde la fecha de pago.

Producido el siniestro dentro de esta vigencia de la póliza, la compañía tiene la obligación de liquidar el seguro, salvo su derecho para descontar del importe el de la cuota correspondiente al período de tiempo durante el cual se produjo la muerte del asegurado.

En el caso que se plantea la cuestión a resolver es la siguiente: Si un contrato de seguro conserva su valor no obstante el hecho de que la respectiva prima ha sido abonada después de muerto el asegurado y una vez vencido el plazo para hacerlo, pero dentro del mes que acuerda la cláusula de rehabilitación de la póliza.

Con arreglo a los términos empleados en la cláusula rehabilitante la solución no es fácil, porque la misma no es suficientemente explícita. Dice: "si el asegurado paga dicho premio, etc." y en este caso el pago no lo hecho el asegurado por haber fallecido. Pero teniendo en cuenta el uso que se da a esa cláusula de rehabilitación que otras compañías llaman mes de gracia, resulta que durante ese período de gracia por el simple hecho del pago de la prima el contrato conserva todo su vigor. Así se puede ver por distintas pólizas de otras compañías, pudiendo adoptarse como medio de interpretación de la cláusula que se

discute, atento a lo dispuesto en el art. 218, inciso 6º, del Código de Comercio.

Pero no son solamente aquellas pólizas las que permiten interpretar en ese sentido la cláusula rehabilitante, sino que el folleto agregado cuya autenticidad no ha sido categóricamente desconocida, demuestra en forma que no deja lugar a dudas, el espíritu con que ha sido inserta en el contrato la referida cláusula. Y nada significa la cláusula final incluida en la solicitud de seguro, porque se trata aquí sólo de interpretar la existente en la póliza y ningún elemento es mejor para esa interpretación que los actos de la misma compañía que ella exterioriza para obtener asegurados.

Debe entonces considerarse que las partes han entendido mantener dentro del mes de rehabilitación todo el vigor del contrato y que, ocurrido como sucede en este caso el fallecimiento del asegurado, la compañía tiene que pagar el seguro.

Por otra parte, no entra en consideración si la prima fué o no pagada después de fallecido el asegurado y dentro del mes de gracia, ya que al abonar la compañía el seguro descontaría su importe.

Al pronunciarse en este juicio otro de los jueces dijo: El pago de la prima es una condición de la existencia del seguro. Si el asegurado no pagase en la época fijada dejan de correr los riesgos por cuenta de la compañía. Pero, como el negocio de las compañías no consiste en la caducidad de los contratos para aprovechar las primas cobradas, sino en la continuación de los mismos para acumular los importes que por tal concepto deben cobrarse en el futuro según el cálculo

de probabilidades que sirve de base a sus operaciones, en vez de multiplicar los casos de caducidad con exigencias extremas en cuanto al pago, tratan de disminuirlos facilitando el cumplimiento de las obligaciones de los asegurados, en forma menos apremiante.

A ese objeto responde la cláusula de la póliza de autos, que bajo el rubro "Rehabilitación" prevé dos situaciones distintas.

Una, cuando el asegurado no pague la prima el día fijado, pero sí dentro del mes de la fecha. La otra, cuando el asegurado no hubiese pagado en ninguna de esas dos épocas y quisiera abonar después.

En el primer caso, continúa como si se hubiere efectuado el mismo día; y en el segundo, puede continuar también si la compañía lo consiente, llenadas ciertas formalidades.

En la primera situación, ofrecido el pago la compañía no puede negarse a aceptarlo, lo que demuestra que la póliza no ha caducado, porque si esto hubiera ocurrido ella no podría ser rehabilitada sino de común acuerdo entre las partes, como ocurriría en la segunda de las situaciones mencionadas.

Quiere decir, entonces, que el contrato no ha caducado ni ha sido suspendido por la falta de pago de la prima el día fijo establecido.

--oo0oo--

**Doctrina:** Fijándose en la póliza un plazo de gracia para el pago de las primas y autorizando la misma póliza la acumulación de cuotas, el pago hecho dentro de ese plazo por las cuotas atrasadas encuadra en las condiciones del contrato y debe declararse válida la consignación judicial del importe de esas cuotas que la compañía se resiste a percibir alegando la caducidad del seguro.

La compañía aseguradora es demandada por cuanto al presentarse a pagar el asegurado dos cuotas semanales de la póliza contratada hacía años mediante abono de primas semanales, no se le admitió hacerlo alegándose que el seguro había caducado.

El actor, acogiéndose a los arts. 5<sup>o</sup> y 6<sup>o</sup> de la póliza, que permite la acumulación hasta 4 premios semanales, sin producir caducidad, por la molestia que le significaba nunca abonó en los plazos estrictos aunque siempre satisfizo su obligación acumulando varias cuotas y dentro de los plazos de gracia establecidos por el contrato.

La compañía pide el rechazo de la demanda alegando que el actor sólo tiene derechos de seguro saldado (art. 13 de la póliza) y no puede reclamar la vigencia de la misma, que fijó la obligación de los pagos puntuales. El plazo de gracia referido (art. 6<sup>o</sup>) es aplicable únicamente por enfermedad o accidente del asegurado.

La sentencia de Primera Instancia, confirmada en un todo en Segunda Instancia, establece:

Que no destruídos ni contestados los hechos alegados por la parte demandada, la cuestión planteada se reduce a la diversa interpretación que se da a la cláusula 6<sup>a</sup> de la póliza.

Por lo dispuesto en el art. 217 del Código de Comercio, es indiscutible que el actor gozaba del derecho de gracia que establece el contrato, permitiéndole tener im pagas 4 cuotas semanales sin operarse por ello la caducidad del seguro pactado.

La compañía pretende dar a la cláusula un alcance que no resulta de sus términos, pero no se ha preocupado de producir prueba alguna que permita establecer ni

suponer inductivamente otra interpretación que la resultante de los términos del precepto, que no ofrece tampoco ambigüedad de concepto.

Además, y aun en tal supuesto, el hecho comprobado de que la compañía ha recibido siempre del actor las primas acumuladas, lo que resulta de su silencio al contestar la demanda (art.100 del Código de Procedimientos) y de las constancias de pago consignadas en la libreta que demuestran que se han realizado hasta por acumulación de 5 cuotas, hacen de aplicación el art.218, inc.3º y 4º del C. de Comercio, acreditando que la misma demandada interpretaba como el actor el precepto citado del art.6º de la póliza. Este hecho consumado y consentido habitualmente por la demandada constata la interpretación fiel de las palabras del contrato y de la inteligencia de las partes, impidiéndole hoy cambiar de orientación para llegar a una caducidad que no ha podido producirse por la acumulación de dos cuotas.

--oo0oo--

Doctrina: Siendo el contrato de seguro un contrato de buena fe, que así como no debe dar lugar a provechos legales de parte del asegurado, tampoco puede autorizar que el asegurador consiga la caducidad de la póliza después de largos años de vigencia y habiendo un mes de gracia para el pago de la prima, quien paga 30 días después de la fecha señalada a ese fin cumple con la estipulación contractual.

El asegurado demanda a la Compañía por consignación del pago del premio y por el mantenimiento en vigor del contrato que es desconocido por la demandada.

Alega que el 7 de febrero vencía un trimestre de pago del premio, teniendo por contrato una prórroga de 30 días. Que hallándose en el campo (General Madariaga) debido a grandes inundaciones no pudo trasladarse a la capital has-

ta el 9 de marzo cuando fué a pagar y la compañía le manifestó que la póliza (que se encuentra en poder de la misma) había caducado; que dicha caducidad no está pactada y no puede la compañía declararla por su propia voluntad; que hizo gestiones para arreglar el asunto, aceptándose provisoriamente el pago de la cuota que le ha sido devuelta posteriormente; que no sólo ha concurrido dentro del mes de gracia sino que causa de fuerza mayor le ha impedido hacerlo antes; que no hay tampoco mora aunque fuera después del plazo dentro de las condiciones generales de la póliza que son ley de las partes, no estando pactado que el mero vencimiento del plazo de los premios produzca la mora, ni hay resolución judicial.

La compañía niega que el actor tuviera 30 días de gracia, sino un mes según el contrato cuyo ejemplar adjunta, mes que debe contarse de fecha a fecha atento a lo que establece la cláusula pertinente. Que pasado el plazo no corresponde la rehabilitación sino mediante solicitud y nuevo examen que no es del caso hacer puesto que el actor dijo estar enfermo. Que no puede hablarse del pacto comisorio, porque la naturaleza especial del contrato determina que la prima cubre un plazo fijo de los riesgos y nada más, cesando en cada período.

Que tampoco puede invocar el actor las cláusulas de rehabilitación, de que está excluido por tener acordado un préstamo que cubre el excedente de su reserva. Que no puede admitirse la consignación como pago, por haberse realizado después del mes de gracia del vencimiento.

El actor desconoce la póliza presentada por la compañía como la originaria, expresando que por estar

la misma en poder de la demandada, se ha guiado por la muestra adjunta donde se refiere expresamente a 30 días de gracia.

La sentencia de Primera Instancia, confirmada en Segunda Instancia establece:

Que atenta la forma como se ha contestado la demanda, no desconociendo los hechos alegados por el actor, (salvo en lo referente a la cláusula de rehabilitación) y sin haberse hecho mención alguna de ellos deben estimarse como reconocidos, excepto en el punto mencionado único susceptible de prueba.

Las condiciones detalladas en las pólizas presentadas por la compañía demuestran que el plazo se ha fijado como causa determinante dentro de lo preceptuado en el art. 509 del Código Civil. Todas las moras están autorizadas dentro de la reglamentación y no ya para recibir el pago de premios sino aun para cumplir el contrato y pagar la indemnización en caso de muerte con primas atrasadas.

En cuanto a la caducidad de la póliza la objeción carece de fundamento, porque resulta convenida para el caso, puesto que los pagos de premios fuera de término dan lugar a la rehabilitación regimentada en el contrato, no siendo concebible ni admisible celebrar convenios sobre rehabilitación de lo que está en vigor.

Y no puede ser de otra forma, dentro de la modalidad del contrato de seguro, puesto que no cubierta la prima, no corre el riesgo si es el caso de hacerlo efectivo, que será recién la oportunidad cuando la compañía tenga que cumplir la indemnización. De modo que el retardo no interesa a la aseguradora cuyas obligaciones quedan en suspenso.

En cuanto a la consignación es sólo imputable a la demandada que el actor la haya realizado fuera de término, ya que no podía hacerla judicialmente mientras no se desconociera su derecho y cuando la compañía estaba en posesión de la suma consignada después.

Por tales fundamentos y preceptos legales citados y arts.757 y siguientes del Código Civil se declara bien hecha la consignación, manteniéndose la vigencia del contrato.-

--ooOoo--

**Doctrina:** No puede considerarse caducada una póliza aun que se hayan dejado de pagar las primas, una vez iniciada la rescisión del contrato, cuando se halla vigente.

En un contrato de seguro puede también pactarse toda cláusula no contraria a la moral, a las buenas costumbres y al orden público.

No procede la devolución de las anualidades pagadas por el asegurado si éste no prueba que la compañía le haya negado el préstamo a que tiene derecho por contrato.

El asegurado apoyándose en el art.1197 del Código Civil demanda a la aseguradora por no haber conseguido el cumplimiento del art.19 de la póliza, por el cual, después de haberse pagado 5 anualidades -cosa que ha hecho puntualmente- se tiene derecho a reclamar el importe de acuerdo con el cuadro de liquidación del art.17 menos un 30%, suma que la compañía se compromete a devolver, en cuyo caso queda anulada la póliza.

La demandada opone la caducidad de la póliza por no haber pagado el actor a su vencimiento, o en su defecto dentro de los 30 días de gracia, la cuarta anualidad. Niega que sea aplicable el caso de la prescripción del art.19, pues el actor demanda la rescisión del contrato; y ésta sólo se opone en las condiciones estipuladas en el art.7º.

que para interpretar el art.19 es necesario considerarlo en su relación con los demás del contrato; que al no efectuarse el pago del premio se produce el caso previsto por el art.7º: rescisión del contrato por póliza saldada únicamente pidiéndola en el plazo de tres meses, siempre que ocurra después de abonada la segunda anualidad.

que no puede argumentarse que el art.7º se refiere tan solo a la falta de pago del premio del tercer año, por que su redacción excluye esa interpretación y por lo que dispone el art.19º, de donde resulta que la rescisión a que da derecho la póliza es solamente la que establece el art.7º y que los demás casos que puedan producirse deben considerarse como de caducidad de la póliza.

Explica que el asegurado tiene el derecho a reclamar los excesos de premios, pero que éste es un derecho que no puede ejercerse como lo quería, sino que debe hacerlo según lo convenido en el art.7º por póliza saldada que es un valor a plazo.

Cuando el asegurado hubiese ya recibido de la compañía, bajo forma de préstamo, la mayor parte de la reserva, quedando solo de ésta un valor residuo. Así surgió el art. 19º que es la excepción a lo dispuesto en el 7º, no pudiéndose invocar aquel artículo si no concurren las dos siguientes condiciones: que deje de pagar un premio después de haber abonado 3 anualidades; que haya alguna deuda a favor de la compañía. que por los arts.3 y 13 el asegurado que haya pagado por lo menos dos años completos tiene derecho a un préstamo.

que el art.19º contempla el caso únicamente de que habiendo contrato de préstamo el asegurado no cumple

con las dos obligaciones, es decir, ni pague el premio subsiguiente, ni devuelva a la compañía lo prestado por ella.

En esas condiciones cesa para la compañía el contrato de seguro por falta de pago del premio, sin que ello anule para el asegurado el derecho de recibir la reserva de la póliza y como ya recibió la mayor parte de dicha reserva en concepto de préstamo, su derecho se limita sólo al valor residual retenido.

En Segunda Instancia se confirma la sentencia de Primera Instancia que establece:

Considerando:

La cuestión previa que debe resolverse es la relativa a la caducidad de la póliza, en que se funda la acción deducida.

El asegurado inició su acción estando en vigor la póliza, pues ésta vencía el 10 de marzo y según el artículo pertinente, el 10 de abril. Basta ver la fecha del cargo de la demanda para concluir que se inició cuando gozaba de los derechos que derivan de la póliza. La circunstancia de que después de deducida la demanda, el actor no haya seguido sirviendo la póliza no puede originar la caducidad, pues la rescisión que del contrato había deducido lo eximía de tal obligación. En estas condiciones, debe rechazarse la caducidad de que se trata.

El actor funda el derecho que gestiona en el art.19. Su simple lectura indica que él no puede ser base de la acción deducida, ya que dicho artículo contempla un caso en que no se encuentra el actor. Por otra parte esta solución es justa, pues en las condiciones del actor, tenía soluciones que hubieran prosperado en su favor.

Por tales circunstancias es rechazada la demanda, absolviendo a la Compañía.

--cooco--

Doctrina: La Compañía Aseguradora no está obligada a pagar el seguro, si al tiempo del fallecimiento no se había levantado el pagaré vencido con que se pagó la primera prima.

La Compañía de Seguros es demandada por la beneficiaria de una póliza de \$20.000.-m/n. por negarse su pago después del fallecimiento del asegurado. La actora alega que el contrato respectivo se concluyó en forma como lo demuestra el documento original que acompaña, en el que así consta, como también el pago de la primera cuota en calidad de prima.

Es desconocido el abono del seguro por la Compañía, alegando que la póliza había sido anulada por falta de pago de la prima, según lo comunicó al asegurado por carta; pues el pagaré recibido por tal concepto no fué levantado por el asegurado a su vencimiento.

La sentencia de Primera Instancia, confirmada en un todo por la de Segunda Instancia, estableció:

Que ha quedado probado que la prima no fué abonada en efectivo sino mediante un pagaré que no fué pagado en su oportunidad, a pesar de los requerimientos hechos ante el firmante.

Que estudiadas las cuestiones de hechos sobre las que ha recaído la prueba, toca detenerse sobre las de puro derecho que se han planteado; siendo la primera la referente a si el asegurado al otorgar el pagaré y el asegurador al aceptarlo han renovado la obligación correspondiente.

Que el argumento basado en el art.1481 del Código de Comercio no tiene aplicación posible al caso "sub-judi

ce", puesto que allí se trata del vendedor de efectos que pretende reivindicarlos de la masa de bienes después de haber recibido en pago de ellos, letra de cambio u otros papeles negociables y otorgado recibo simple, en cuyo caso -dice la ley - no habrá lugar a la reivindicación, mientras que en el de autos no puede haber ni la privación de ningún privilegio, sino simplemente una manifestación positiva de confianza, bien propia en los actos de comercio y con especialidad en los seguros dentro de los usos generalizados.

En consecuencia, se rechaza la demanda pues la Compañía aseguradora no está obligada al pago del seguro que se pretende.

.....  
-----

Del estudio de los juicios que preceden, observamos que la jurisprudencia de nuestros Tribunales se expide en forma uniforme sobre el tema estudiado. Asimismo podemos manifestar, sin temor a errar, que sigue en un todo la tesis sostenida por las Compañías Aseguradoras e inserta en las condiciones generales de póliza, al disponer: "...y habiendo un mes de gracia para el pago de la prima, quien paga 30 días después de la fecha señalada a ese fin, cumple con la estipulación contractual." impidiendo, en consecuencia, a las Compañías aseguradoras, el negarse a percibir el importe de la prima durante el mes de gracia y declarar caduca la póliza.

El hecho de que en determinados casos se libere a la compañía de su obligación de pagar la indemnización correspondiente, por no haberse realizado el pago de las respectivas primas en la época convenida o dentro del mes de gracia, no destruye lo manifestado anteriormente, sino que, por

el contrario, lo confirma, dado que interpretando "contrario sensu" el fallo dictado, fácilmente deducimos que el pago realizado con posterioridad a la fecha establecida, pero dentro del mes de gracia, mantiene en pleno vigor el seguro contratado.

PRESCRIPCIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO.

Nuestro Código de Comercio, en su art. 855, trae disposiciones terminantes acerca de este punto, al establecer que. "Se prescriben por un año las acciones que se derivan del contrato de seguro."

Como vemos, dicha disposición es categórica al respecto, puesto que, pasado el año a que se refiere el artículo citado anteriormente es nula toda acción entablada para el cobro de la indemnización.

Sin embargo, nuestra legislación civil admite lo que podríamos denominar una excepción a la estricta regla del art. 855 del C. de Comercio, pues en su art. 3938 establece: "La prescripción no corre contra los menores de edad, estén o no emancipados; ni contra los que se hallen bajo curatela, aunque la prescripción hubiera comenzado en la persona de un mayor a quien hayan sucedido, con excepción de los casos en que las leyes hubiesen establecido lo contrario.

Ahora bien, de la lectura de las Condiciones Generales de Póliza, no surge la existencia de cláusulas especiales referentes a la prescripción del contrato de seguro de vida. De ello se puede deducir que las Compañías aseguradoras aceptan, en un todo, lo establecido por nuestra legislación, circunstancia esta que aparece corroborada por el hecho de que al alegar como defensa en diversos litigios la prescripción de la acción, traen como fundamento de su alegato la disposición del art. 855 del C. de Comercio, ya indicado.

Podemos apreciar entonces que la posición

que nuestro Código de Comercio adopta respecto de la prescripción es completamente terminante, pues al fijar que:

"Se prescriben por un año las acciones que se derivan del contrato de seguro", establece en forma categórica los alcances de tal disposición legal.

Por otra parte, la disposición del art. 853 del Código Civil no tiene el carácter de la anterior, puesto que solo contempla el caso especial de encontrarse menores de edad, emancipados o no, interesados en un seguro.

--00000--

**Doctrina:** Si la acción por cobro del seguro se inicia después de transcurrido un año de la muerte del asegurado, ella debe declararse prescripta.

Las gestiones particulares realizadas ante la compañía aseguradora no interrumpen el curso de la prescripción.

Una propuesta de transacción formulada por la compañía no puede considerarse como un acto interruptivo de la prescripción, pues un acto jurídico de tal naturaleza se explica aun conociendo la injusticia de las pretensiones del reclamante.

Ante una demanda por pago del importe de un seguro, la compañía opone la excepción de prescripción que legisla el art. 853 del Código de Comercio, alegando que la acción judicial ha sido iniciada después de un año de la muerte del asegurado.

El demandante demuestra que antes del año no efectuado gestiones para obtener el pago del seguro, estando ello reconocido tácitamente por la Compañía en la carta que la misma le dirigió sobre el particular.

En Primera Instancia se hace lugar a la demanda, pero en Segunda Instancia es revocada por las siguientes consideraciones:

La acción se encuentra prescripta porque ha

sido provista después de transcurrir el plazo que establece el art. 353 del Código de Comercio con relación a las obligaciones que emergen del contrato de seguro y porque el demandante no ha justificado la interrupción de que hizo mérito en su escrito. No la ha justificado porque las simples gestiones privadas destinadas a conseguir el pago del seguro no tienen efecto interruptivo, según lo establece la jurisprudencia uniforme y reiterada a mérito de principios legales, ya que la carta de la compañía lejos de contener un reconocimiento de obligación traduce la situación contraria.

En esas condiciones, es indudable que corresponde el progreso de la excepción que se analiza y con ello no se cree que se deje librado a la mala fe del asegurador la efectividad de los contratos que celebre, como lo insinúa la sentencia apelada.

**Doctrina:** Habiendo transcurrido ocho años desde el fallecimiento del asegurado hasta la iniciación de la demanda, la acción intentada está prescripta. El recibo por pago de todos los derechos y reclamaciones hace también improcedente la acción.

La beneficiaria de un seguro de vida constituido por su esposo, fallecido, entabla demanda por cobro de su importe (\$2.500.--m/n.) contra la Compañía Aseguradora, porque ésta se ha negado a atender sus reclamaciones a pesar de haberse observado todas las condiciones que el respectivo contrato exige.

Conferido traslado de la demanda, la Compañía manifiesta que cuando falleció el asegurado se le abonó a la viuda la cantidad que le correspondía. Así se le entregaron \$680.--m/n. como único importe, en virtud de que el seguro caducó por no haber cumplido el asegurado su obligación, pero la Compañía abonó la mitad de los premios recibidos.

agrega que la acción instaurada se halla prescripta en razón del tiempo transcurrido desde el fallecimiento del asegurado hasta la fecha cuando se inicia la demanda, más de ocho años, y la opone como defensa, fundándose en lo dispuesto por los arts. 844, 845, 846 y 855 del Código de Comercio y sus correlativos del Código Civil.

La sentencia rechazando la demanda expresa: que habiéndose opuesto la prescripción como defensa general, debe estimarse previamente este punto por su carácter especial.

Dadas las constancias en autos ella es aceptable, pues la acción ha sido iniciada a los ocho años del deceso del asegurado, después de transcurrir con gran exceso el tiempo necesario para que se opere la prescripción, no sólo de la acción que se deriva del contrato de seguro (artículo 855, 2º apartado, Código de Comercio) sino toda acción ordinaria en materia comercial (art. 845 del mismo) y la personal por deuda exigible (art. 4023 del Código Civil).

que no obstante esto, la Compañía ha justificado que en su oportunidad efectuó la liquidación del seguro, entregando a la beneficiaria la correspondiente suma que ésta recibió "en pago total de todos sus derechos y reclamaciones", según documento que fué reconocido en autos por la actora y tiene la fuerza legal para extinguir la obligación (art. 724 C. Civil).

**Doctrina:** No procede la excepción de prescripción cuando se demanda el cumplimiento del contrato de seguro de vida antes de haber pasado un año del fallecimiento del asegurado.

No probada la reticencia o falsedad por parte del asegurado al celebrar el contrato respectivo, la excepción de falsedad es improcedente.

La Compañía aseguradora demandada por la be-

beneficiaria de un seguro de vida contratado por su finado esposo, dedujo dos defensas:

1ª La prescripción de la acción porque la demanda fué entablada después del año de ocurrido el fallecimiento (art. 435 del Código de Comercio).

2ª De caducidad del derecho a percibir el seguro, porque el asegurado se había conducido con falsedad y reticencia al contratarlo.

En cuanto a la primera resulta de autos que habiendo fallecido el asegurado un 15 de octubre, la demanda fué instaurada el 12 de octubre del siguiente año, es decir antes de cumplirse un año del deceso. Ahora bien, el Código Civil dispone que la prescripción se interrumpe con la demanda y que esa interrupción desaparece por desistimiento del actor. Estas disposiciones muestran que el codificador ha seguido la ley romana que establecía: "omnes actiones, quae morte ant tempore peresent inclusae indicio salvae permanent." (D.L. Derregulisanris. 17, 159), interpretación dada por la Suprema Corte y el Tribunal en anteriores resoluciones. En consecuencia, esa defensa no puede prosperar.

La segunda, basada en el art. 495 del C. de Comercio, por haber declarado el asegurado en el momento de contratar el seguro que se hallaba completamente sano, mientras que el médico que lo asistió en su última enfermedad manifiesta que murió de tuberculosis de la que padecía desde un año y medio atrás, no prueba en manera alguna la reticencia o falsedad de la declaración del asegurado:

1ª Porque es una conjetura del facultativo que no se basa en fundamento alguno o al menos no se manifiesta; 2ª porque

es un testimonio singular y está en contradicción consigo mismo al decir que ha sido médico de la familia durante 15 años y que el asegurado nunca necesitó de su asistencia y que la primera visita que le hizo fué dos meses antes de fallecer; 3ª porque el médico de la compañía que lo examinó en su oportunidad **confirmó** que era una persona completamente sana; 4ª porque la declaración del médico solo dice que aquél había padecido de tuberculosis un año y medio antes de morir, lo que quiere decir que, a juicio de este facultativo, estaba sano cuando aseguró su vida a favor de su esposa.

Por ello se **hace lugar a la demanda en ambas instancias.**

Doctrina: No puede fundarse la cosa juzgada en un juicio seguido por el asegurado, opuesta en otro seguido por el beneficiario.  
 No existe "plus petitio" si se acciona por cobro de un crédito distinto al que indica la demanda.  
 No procede la prescripción de un año, si este término no corrió desde el fallecimiento del asegurado hasta la interposición de la demanda.  
 No procede la prescripción de cuatro años, pues el seguro saldado se debe a los herederos y con respecto a éstos no corrió aquel plazo.  
 Consentida la parte de la sentencia que condenó al pago del seguro saldado, costas por su orden.

La beneficiaria de un seguro de vida dotal de \$10.000.-m/n. demanda a la compañía aseguradora por falta de pago, ya que fallecido el asegurado, su esposo, ese hecho la coloca en situación de reclamar el pago, a cuyo efecto invoca la disposición del art. 1197 del Código Civil que la ampara en su derecho de actora.

La compañía pide el rechazo de la demanda, oponiendo las excepciones de cosa juzgada "plus petitio" y prescripción.

Con respecto a la cosa juzgada invoca el jui

cio que le siguió el asegurado y donde se estableció que la póliza presentada por la actora ha quedado ya liquidada y convertida en seguro saldado.

La "plus petitio" emerge de la misma liquidación. El seguro saldado ha dado en favor del asegurado o sus herederos, causa habientes o beneficiarios, la suma de: \$ 1.835.-m/n., de modo, pues, que en ningún caso podría reclamarse más de esa suma .

La defensa de prescripción está amparada por los arts. 853 y 847, inciso 1<sup>a</sup>, del Código de Comercio. El deceso del asegurado debe haberse producido hace más de un año y han transcurrido así los términos de la prescripción. Por otra parte, han pasado más de 4 años desde la liquidación de la póliza.

Insiste en su demanda la actora y pide el rechazo de las excepciones por infundadas.

Confirmada en todas sus partes por la Cámara Comercial la sentencia de Primera Instancia establecía:

Considerando:

a) Respecto de la excepción de cosa juzgada.

La demandada invoca para sostener la excepción los procedimientos y sentencia del juicio seguido contra ella por el asegurado. Analizadas y confrontadas las constancias de ese juicio y del presente surge lo siguiente: En este juicio la actora demanda a la compañía el pago del seguro en su carácter de beneficiaria, por el fallecimiento de su esposo; en el juicio agregado "ad effectum videndi" el actor fué el propio asegurado quien demandó el cumplimiento del contrato en la parte referente a un préstamo hipotecario al que se creía con derecho en mérito a las estipulacio

nes de la póliza.

En esta situación, faltando identidad de personas, cosas y acciones, no puede declararse la cosa juzgada.

b) Respecto de la excepción de "plus petitio".

Se pretende que la beneficiaria solo tiene derecho al importe del seguro saldado, al que ha quedado reducido el seguro por incumplimiento de ciertos requisitos del contrato por parte del asegurado.

La demandante exige el pago íntegro, no accipiendo por el importe del seguro saldado pues desconoce la liquidación hecha por la compañía.

Se trata, entonces, de una acción encaminada a conseguir el cobro de un crédito distinto del que manifiesta la demandada y es evidente que no puede existir en tales condiciones una "plus petitio" por parte de la demandante.

c) Respecto de la excepción de prescripción.

Invoca la demandada los arts. 853 y 847 del Código de Comercio. La prescripción anual que invoca el primer artículo no es aplicable al presente caso, pues la acción ha sido entablada 3 días antes de vencerse el año a contar desde el deceso del asegurado.

La prescripción de 4 años que establece el segundo, referente a las deudas liquidadas, tampoco es aplicable; si bien la liquidación de la póliza data de 4 años, de acuerdo con sus mismas expresiones, el seguro saldado se debe a los beneficiarios, herederos o causa habientes del asegurado, por muerte de este último. En estas circunstancias la prescripción del art. 847 cede a la que legisla el

artículo 853.

Del juicio seguido por el asegurado contra la compañía surge que la póliza ha sido liquidada, convirtiéndose en seguro saldado en vez de seguro dotal como había sido pactado.

En consecuencia, la sentencia condena a la compañía a pagar a la beneficiaria el importe de la póliza saldada, las costas en el orden causado y las comunes por mitad en mérito a la forma como se han resuelto las diversas cuestiones planteadas.

--ooOoo--

De los fallos dictados por nuestros Tribunales en los juicios transcriptos anteriormente, inferimos que nuestra legislación adopta una posición unilateral al respecto, pues no admite acción alguna por cobro de indemnización en el caso de que la acción sea instaurada después del plazo de un año a contar de la muerte del asegurado, no admitiendo como causas que puedan interrumpirla las notas o comunicaciones cambiadas entre asegurado y asegurador a las cuales no da validez en estos casos, ajustándose en forma estricta a lo establecido en el art. 853 del C. de Comercio, como se desprende de la doctrina sentada al respecto, que se transcribe a continuación:

" Si la acción por cobro del seguro se inicia después de transcurrido un año de la muerte del asegurado, ella debe declararse prescripta."

" Las gestiones particulares realizadas ante la compañía aseguradora no interrumpen la prescripción."

" Una propuesta de transacción formulada

por la compañía, no puede considerarse como un acto interruptivo de la prescripción, pues un acto jurídico de tal naturaleza se explica aun conociendo la injusticia de las pretensiones del reclamante."

Distinta de la anterior es la situación que se presenta cuando hay menores emancipados o no, interesados en un seguro, en cuyo caso no puede prosperar la prescripción, pues así lo establece el art. 3966 del Código Civil.

CASOS DE NULIDAD DEL SEGURO.-

Nuestro Código de Comercio se ocupa en forma extensa de los casos de nulidad del seguro y sus disposiciones al respecto son de dos órdenes: de orden general, contenidas en el capítulo que se refiere a los seguros en general y de orden especial, aquellas contenidas en el capítulo que trata en forma particular de los seguros sobre la Vida, tema sobre el que versa este trabajo.

De acuerdo a lo antedicho podemos agruparlos en dos grandes grupos:

De orden general:

- Art.495.- "Es nulo el contrato de seguro si la persona que ha hecho asegurar para sí o aquélla por cuya cuenta otro ha verificado el seguro, no tiene interés en la cosa asegurada al tiempo del seguro a no ser que el contrato se haya hecho bajo la condición de que tendrá más tarde un interés en la cosa asegurada."
- Art.496.- "Es nulo el seguro que tiene por objeto operaciones ilícitas. Caerán en comiso las sumas entregadas y los capitales asegurados, sin perjuicio de las disposiciones penales."
- Art.498.- "Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas del asegurado, aun hecha de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones, si el asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado de la cosa, hace nulo el seguro."
- Art.499.- "No se puede, so pena de nulidad del segundo contrato hacer asegurar segunda vez, por el mismo tiempo y los mismos riesgos, cosas cuyo entero valor se hubiese ya asegurado, salvo los casos previstos en este Código. No comprendiendo el primer seguro el valor íntegro de la cosa o si se hubiese verificado con excepción de alguno o algunos riesgos, subsistirá el seguro en la parte o en los riesgos no incluídos."

De orden especial:

- Art.555.- "Si la persona cuya vida se asegura, había ya muerto en el momento del contrato, la convención es nula, aun cuando el fallecimiento no hubiese podido llegar a noticia del asegurado a no ser que lo contrario se hubiese pactado expresamente."

Art.554.- "Es también nulo el seguro, si el que ha hecho asegurar su vida se suicida, es castigado con la pena de muerte o pierde la vida en desafío u otra empresa criminal."

Art.555.- "Es asimismo nulo el seguro, en el caso que la persona que reclame el importe del seguro sea autor o cómplice en la muerte de la persona asegurada."

Como vemos, varias son las situaciones que, de acuerdo a nuestro C.de Comercio, hacen nulo el contrato de seguro.

Asimismo las entidades aseguradoras traen en sus condiciones generales de pólizas cláusulas especiales que se refieren a los casos de nulidad del seguro. Tales por ejemplo:

"Si se averiguase que la edad declarada por el asegurado no fué correcta, el capital del seguro exigible será igual a la suma que la prima pagada hubiera asegurado, si hubiese sido declarada la edad verdadera." (Sud América, Cía.de Seguros de Vida.)

"Esta póliza es indisputable desde la fecha de su emisión, salvo el caso de dolo o fraude."

"Esta póliza será rescindida, y no tendrá valor alguno, si el asegurado perdiera su vida por duelo y/o suicidio dentro del primer año de vigencia de esta póliza; después de este plazo se abonará la reserva asignada a la póliza."

"El presente contrato de seguro se conviene en virtud de haber manifestado el asegurado que la edad declarada en la solicitud presentada para obtener esta póliza, es la exacta. Si resultase que el asegurado hubiese declarado una edad menor a la que realmente tiene, el capital del seguro pagadero por esta póliza, será igual a la suma que la prima pagada habría asegurado dada la edad verdadera." (La Anglo Argentina, Cía.de Seguros.Arts.12,32 y 52)

Del estudio de lo que antecede se deduce fácilmente la estrecha correlación existente entre nuestras disposiciones legales y lo establecido en las Condiciones Generales de Póliza, especialmente en lo que se refiere al hecho de considerar como base de la nulidad del seguro al dolo, fraude o reticencia de parte del asegurado.

No obstante esta tendencia observada en las pólizas de seguro en términos generales, las disposiciones contenidas en el Código de Comercio existen en las mismas cláusulas que aparecen completando o modificando los términos de la ley. Tales, por ejemplo, aquéllas que atentan la estricta disposición legal que considera nulo el seguro en caso de suicidio del asegurado.

Pasaremos a considerar a continuación la posición que la jurisprudencia adopta en el tema tratado, a cuyo efecto examinaremos diversos litigios solucionados por nuestros Tribunales.

**Doctrina:** La acción por cobro de un seguro de vida iniciada después del año a que se refiere el art. 853 del Cod.de Comercio está prescripta, con excepción de lo referente a los menores de edad. Es nulo el contrato si el asegurado tenía más de 55 años al constituirlo y esa no fué la edad denunciada.

Ante una demanda por pago de un seguro de vida la Sentencia de Primera Instancia considera:

Que la parte demandada pide el rechazo: 1ª) Por estar prescripta la acción; 2ª) Por ser nulo el contrato toda vez que el asegurado había fallecido 6 días antes de perfeccionarse aquél; y 3ª) De acuerdo con la ampliación de la cláusula 7a. del contrato.

Analizando las causas que motivan el pedido de rechazo de la demanda tenemos: 1ª) La póliza de seguro no ha sido observada por la demandada salvo en lo que se refiere a la raspadura de la edad que figura en el art. 1ª ampliación del art. 7ª del dorso; luego, la fecha que figura en la póliza fija para las partes el momento cuando se realizó el contrato, no obstante la prueba producida a efecto de demostrar su nulidad de acuerdo con el art. 553 del

Código de Comercio y 1149 y 1154 del Código Civil. En cuanto a la prescripción, el art.853 del Código expresa que se prescribe al año la acción que deriva del contrato del seguro, de manera, pues, que no habiéndose probado la interrupción de la prescripción ella se ha operado para los hijos mayores como también para la esposa del asegurado, no así para los hijos menores (art.3.966 Cód.Civil).

En lo que respecta al tercer punto, en el dorso de la póliza de referencia la Compañía expresa categóricamente que no acepta personas que tengan (aquí una raspadura) años de edad, quedando nula la póliza en caso de que la edad sea mayor que la establecida.

Que habiéndose comprometido las partes al cumplimiento de lo establecido en la póliza (art.1197 del C.Civil), atento a lo que se expresa en el art.1<sup>a</sup> ampliación del art.7<sup>a</sup> la demanda no puede prosperar.

Por todos estos considerandos y citas legales no se hace lugar a la demanda.

La sentencia de la Cámara Comercial dice: Se encuentra ajustada a derecho la declaración de la sentencia apelada que declara prescripta la acción deducida, porque se interpuso años después de haber vencido el término que fija para su ejercicio el art.853 del C.de Comercio y porque no se ha probado que el curso de la prescripción fuera interrumpido desde que la correspondencia de que se hace mérito a ese fin, pone de manifiesto que el asegurador lejos de reconocer el derecho de aquel contra quien prescribía lo desconoció expresamente en todo momento.

Doctrina: No obstante la letra de los artículos 503 y 554 del Código de Comercio, es posible pactar en el contrato de seguro, que el asegurador cubra el riesgo por suicidio, si ocurriese dos años después del otorgamiento de la póliza.

Sólo cuando cabe presumir que el seguro se convino con la intención del suicidio, concurren motivos que justifican la aplicación de las disposiciones restrictivas del Código de Comercio destinadas a velar por el orden público y las buenas costumbres.

Si se convino que la prima debía satisfacerse en un día determinado de cada año o dentro de un mes de espera, y los beneficiarios obtuvieron una prórroga de tres meses, suicidándose el asegurado después de transcurrido aquel plazo sin haber abonado la póliza, corresponde declarar la caducidad de la póliza.

La demanda contra la Compañía de Seguros se basa en lo siguiente: La actora y su esposo constituyeron una póliza dotal con el compromiso de pagar los asegurados cuotas anuales de \$773,70 y por parte de la compañía de abonar a cualquiera de los asegurados sobreviviente la suma de \$10.000.- si el otro falleciese antes de 20 años.

Los asegurados pagaron las 2 primeras cuotas y teniendo dificultades para cubrir la tercera solicitaron una prórroga de 3 meses y que en lo sucesivo el pago se hiciera semestralmente. La Compañía aceptó el pedido según carta de fecha 30 de septiembre. No obstante el plazo acordado en esa última fecha -dice la demanda- la aseguradora dirigió al asegurado diversas cartas urgiéndole el pago, lo que motivó su suicidio el día 13 de diciembre. Con fecha 14 de diciembre, ignorando la compañía el suicidio, dirige otro escrito solicitando la cancelación de la cuota.

Habiendo aducido la demandada la caducidad del seguro, se pide que se condene a la misma al pago de \$10.000.- convenidos en la póliza o en su defecto, las su-

mas de que sea deudora por cualquier concepto con intereses y costas.

La Compañía contesta la demanda alegando: Que el premio anual de \$773,70 se pagaría el 12 de septiembre de cada año y de acuerdo con el art.10 de las condiciones generales de la póliza, ésta queda caduca si no se abona el premio el día del vencimiento y dentro del mes de espera. Llegada esa fecha y no habiéndose pagado, el seguro ha caducado.

Que opone también como defensa subsidiaria la nulidad del seguro en virtud del suicidio del asegurado.

La sentencia de Primera Instancia dice:

Que reconocido por ambas partes el contrato de seguro de vida, la compañía demandada opone al progreso de la acción las defensas de caducidad y nulidad del seguro.

Que de acuerdo con el art.10 del contrato, la cuota anual debía pagarse el 12 de septiembre de cada año o dentro de un mes de espera, puesto que de lo contrario la póliza caducaría en el acto sin necesidad de declaración alguna ni derecho de los asegurados a reclamar por lo que hubiesen desembolsado, salvo el convenio referente a la no caducidad de la misma póliza.

Que en estas condiciones el beneficiario del seguro abonó las cuotas 1a. y 2a., solicitando una prórroga de 3 meses para el pago de la 3a., produciéndose el fallecimiento dentro del plazo acordado, es decir, estando la póliza en pleno vigor; la parte actora tampoco debe sostener que la fecha de prórroga debe contarse desde la fecha de suscripción que fué el 5 de octubre, desde que este mismo documento fija en forma bien clara el vencimiento de las anualidades.

Que en esta situación debe forzosamente concluirse que la póliza presentada por la parte actora en este juicio ha caducado por no haber cumplido el beneficiario con sus obligaciones en los plazos convenidos en el contrato.

Que independientemente de la causal anterior, la demanda tampoco podría prosperar porque el contrato de seguro invocado por la actora es nulo; circunstancia que también ha hecho valer la compañía demandada como defensa en valor de su liberación.

El art. 3º del contrato establece como riesgo el suicidio del beneficiario siempre que se verificase después de transcurridos los dos años de entregada la póliza.

La parte demandante reclama el pago del seguro por el suicidio del asegurado. Es indudable que la parte que ha causado la nulidad no puede alegarla, pero tratándose de nulidades absolutas, el juez puede y debe declarararlo de oficio cuando, como en el caso de autos la nulidad aparece manifiesta en el acto.

Que la nulidad del seguro decide, como consecuencia, el rechazo de la demanda desde que el beneficiario falleció por suicidio. Pero de acuerdo con el art. 322 del C. de Comercio la compañía demandada debe restituir a la parte actora la cuota pagada, a fin de reponer las cosas en el estado en que se encontraban antes de la nulidad.

Por estos fundamentos se falla rechazando la demanda y declarando nulo el contrato de seguro. En consecuencia, se condena a la compañía a devolver a la parte actora el importe de las dos anualidades pagadas con intere-

ses desde el día de la notificación de la demanda (art.1053 del Código Civil). Se ordena que las costas se abonen en el orden causado y las comunes por mitad, en mérito a la naturaleza especial del asunto (art.221 del Código de Procedimientos).

La sentencia de la Cámara Comercial confirmando en todas sus partes la sentencia de Primera Instancia establecía:

Habiendo vencido la tercera anualidad correspondiente al pago de la prima y no abonado dentro de los 30 días de espera que establece la póliza, puede el asegurador conceder una prórroga que en este caso fué de 3 meses; y habiendo vencido ese plazo sin haberse pagado corresponde declarar la nulidad del contrato en cuanto se pactó como riesgo el suicidio de los beneficiarios.

De la misma manera declara la nulidad del contrato en que se establecieron cláusulas valederas con respecto al suicidio, debiendo la compañía demandada restituir a la parte actora las cuotas pagadas, a fin de reponer las cosas en el estado como se encontraban antes de la nulidad. No puede obstar a esta solución la caducidad admitida en el considerando segundo, dado que tratándose de una nulidad absoluta, si no se adoptara la solución establecida, el asegurador que ha causado a sabiendas tal nulidad habría quedado beneficiado con los aportes realizados por el asegurado, colocándose en una situación de desigualdad y de privilegio sobre el beneficiario del seguro, que la ley no ha podido otorgar de manera alguna.

Por estos fundamentos se falló en Primera Instancia y confirmado en Segunda: declarando nulo el con-

trato de seguro, condenando a la compañía a la devolución del importe pagado con intereses al día de la notificación.



Además de los fallos que anteceden deben tomarse muy en cuenta los referentes a los casos de "Riña o Pelea" y "Suicidio", ya comentados en los capítulos correspondientes, que por su índole especial revisten importancia suma dentro del estudio del presente tema.

Del examen de los diversos fallos dictados deducimos que la jurisprudencia de nuestros Tribunales sigue, en términos generales, las disposiciones contenidas en el Código de Comercio, hecho éste que pone de manifiesto cuando dice: "Es nulo el contrato de seguro de vida si el asegurado tenía más de 55 años al constituirlo y esa no fué la edad denunciada." (Disposiciones de orden general - Art.498 - Falsas declaraciones). Y asimismo cuando establece: "La compañía no está obligada a pagar el seguro de vida contratado, cuando el asegurado ha fallecido a consecuencia de heridas inferidas por él mismo y por su propia voluntad, máxime si no ha obrado bajo la influencia de perturbaciones mentales." (Disposiciones de orden especial - Art.554 - Suicidio).

Sin embargo, y no obstante esa tendencia de la jurisprudencia a seguir en forma genérica las disposiciones legales, encontramos en determinados casos situaciones que significan una excepción a la orientación apuntada. Tal sería aquélla que establece: "Pactado en la póliza que luego de transcurrido un determinado número de años, si el asegurado se suicida, la Compañía se obliga a pagar la suma establecida, corresponde se haga efectiva la indemniza-

ción respectiva. Como así también la que determina: "Si en las condiciones generales de la póliza de seguro sobre la vida se estipuló la nulidad de éste "en caso de suicidio consciente o inconsciente o de inutilización por hecho propio", el beneficiario del seguro no puede cobrar su importe si la persona cuya vida fué asegurada se suicidó, aun cuando se hubiese hallado con las facultades mentales alteradas en el momento del suicidio."; situación esta que, dado que no está contemplada por el art.554 del C.de Comercio -si bien por su analogía se podía considerar incluida en sus disposiciones- ha sido considerada fuera de los límites de su aplicación, ya que el suicidio en caso de demencia reviste todas las características de un verdadero caso fortuito.

--oe0oo--

CONSIDERACIONES FINALES.

Del estudio minucioso de los fallos transcritos, correspondientes a los diversos temas tratados, surge una orientación de la jurisprudencia a otorgar a lo establecido en las "Condiciones Generales de Póliza", en otros términos contrato de seguro -ley para las partes de acuerdo con el art.1197 del Código Civil,- una primacía sobre las disposiciones del Código de Comercio.

En efecto, en todos aquellos casos contemplados por el C.de Comercio y las pólizas simultáneamente, y en los cuales lo establecido en estas últimas aparece completando o modificando las disposiciones contenidas en aquél, prevalece por regla general la teoría sustentada por las pólizas.

Ahora bien: el hecho de que la jurisprudencia adopte la doctrina del C. de Comercio en los casos no previstos en las pólizas, no puede considerarse como negación de lo dicho anteriormente sino que, por el contrario, lo reafirma, dado que el silencio en el contrato significa el acatamiento absoluto de la disposición legal.

Asimismo el hecho de que en ciertos casos la jurisprudencia no acepte lo manifestado por las compañías aseguradoras en base a las condiciones generales de póliza, no puede considerarse como negación de lo dicho en ellas, sino sencillamente la circunstancia de encuadrar la situación planteada dentro de las disposiciones que contienen.

Reafirmando los conceptos vertidos, pasemos a considerar en particular los diversos temas estudiados.

Así en lo referente a los casos de suicidio, caducidad y nullidad del seguro preséntase la siguiente situación:

SUICIDIO.— En éste, si bien es cierto que en determinados casos la jurisprudencia acepta la doctrina del art. 554 del C. de Comercio, al establecer que el suicidio producido como consecuencia de un acto volitivo del asegurado invalida el seguro, y también al considerar que el suicidio consecuencia de perturbaciones mentales del sujeto en el momento de producirse, da lugar a la indemnización por no poder incluirse en la disposición del referido artículo, dado que reviste todos los caracteres de un verdadero hecho fortuito, en los casos previstos en las condiciones generales de la póliza acepta las disposiciones de las mismas, cuando dice de acuerdo con ellas: "Si en las condiciones generales de la póliza de seguro sobre la vida se estipuló la nulidad de éste en caso de suicidio consciente o inconsciente o de inutilización por hecho propio, el beneficiario del seguro no puede cobrar su importe si la persona cuya vida fué asegurada se suicidó, aun cuando se hubiese hallado con las facultades mentales alteradas en el momento del suicidio."

CADUCIDAD.— Referente a este tema podemos decir que establecido en las condiciones generales de póliza que no pagada la prima en la fecha convenida o dentro del mes de gracia otorgado al asegurado, se produce automáticamente su caducidad, dando la jurisprudencia fuerza legal a tal cláusula, ya que en los diversos litigios planteados admite sin excepción la disposición de referencia.

NULIDAD.— La armonía existente entre la letra del C. de Comercio y las cláusulas insertas en las pólizas sobre los casos de dolo, fraude, reticencia o falsa declaración por parte

del asegurado, hace innecesario todo comentario al respecto, pues la jurisprudencia al aplicar las disposiciones legales reafirma las cláusulas contenidas en las pólizas, que no son otra cosa que una continuación o complemento de aquéllas.

Salvo en los tres casos citados anteriormente, en todos los demás que puedan presentarse en el seguro de vida, tales como: riña o pelea, rescisión o prescripción del contrato, cuando las pólizas no traen disposición alguna al respecto, al aplicar la jurisprudencia la letra del Código de Comercio, no modifica en forma alguna las consideraciones hechas anteriormente, dado que el silencio de las compañías aseguradoras debe interpretarse como admisión total de tales disposiciones.

Buenos Aires, Octubre 1º de 1941.

Amparénaro

Calchano 464 p. 3º - B.

Universidad de Buenos Aires  
Facultad de Ciencias Económicas  
.....

"El Seguro de Vida en la Argentina"

Tesis de Arnaldo E. Marcenaro.

Bibliografía  
 ooooooooooooo

- Rivarola y Carpena: Explotación del seguro y su régimen legal - Tomo I.
- Rivarola y Carpena: Explotación del seguro y su régimen legal - Tomo II.
- Manes Alfredo : Teoría y práctica del seguro.
- Harriague Benjamín: Organización Contable - Apuntes.
- Galarza A. : Cooperativas - Apuntes.
- Carpena F. (h) : Seguros - Apuntes.
- Revista Estudios de Seguros - Tomo III.
- Revista Azzicurazioni: Roma - Tomo IV.
- Revista Azzicurazioni: Roma - Tomo V.
- Reveu Generale des Assurances Terrestres: París.
- Gaceta del Foro: Jurisprudencia sobre seguros de vida.
- Legislación Argentina:
- Código de Comercio.
- Ley N.º 5.125: Publicación de balances.
- Ley N.º 6.788: Publicación de balances.
- Ley N.º 9.688: Responsabilidad por accidentes del trabajo.
- Ley N.º 11.288: Patentes Nacionales.
- Ley N.º 11.252: Impuestos Internos.
- Ley N.º 11.582: Reformas al régimen fiscal de los seguros.
- Ley N.º 11.388: Registro, inspección y fomento de sociedades cooperativas.
- Decreto de Ene. 2, 923: Transferencia de carteras.
- Decreto de Mar. 8, 927: Contabilización de ciertas operaciones de seguros.
- Decreto de Ago. 4, 927: Derogatorio del de Mar. 8, 927.
- Decreto de Mar. 26, 928: Contabilización de las reservas técnicas.

316

Decreto de Jun. 21, 937: Régimen legal de la Superintendencia de Seguros.

Decreto de Feb. 6, 939: Reglamentario del Régimen Legal de la Superintendencia de Seguros.

**Legislación Mejicana:**

Ley general de Instituciones de seguros - Ago. 26, 955.

Ley sobre el contrato de seguros - Ago. 26, 935.

**Legislación Francesa:**

Decreto - Ley sobre control de sociedades de seguros, de capitalización y de ahorro - Jun. 14, 938.

Reglamento de administración pública para la constitución de las sociedades de seguros, de capitalización, de las tontinas y de los sindicatos de garantía.

Ley sobre el contrato de seguros.

**Legislación Suiza:**

Ley federal sobre vigilancia de las empresas privadas de seguros - Jun. 25, 885.

Ley federal sobre cauciones de las sociedades de seguros - Feb. 4, 919.

Ley federal sobre garantía de los seguros de vida. Jun. 25, 935.

Pólizas, tarifas y demás material sobre seguros, recogido en las siguientes entidades aseguradoras:

Nacionales : El Comercio - La Continental - La Estrella  
La Rosario - La Anglo Argentina - La Franco  
Argentina - La Germano Argentina -  
Sud América.

Extranjeras: Royal Insurance Company Limited.  
Gresham Life Assurance Society Limited.  
Norwich Union Life Insurance Society.

Sun Life Assurance Company of Canada.

Compagnie D'Assurances Générales Sur la Vie.

Í N D I C E  
oooooooooooo

Parte primera

DE LOS SEGUROS DE VIDA EN GENERAL

Capítulo I

Principios fundamentales.

- a) El seguro: conceptos generales. Sus bases. Elementos. El seguro de vida y la estadística. Necesidad de concentración de las estadísticas..... 1
- b) Cuando hay seguro? Teorías acerca de su naturaleza. Definición..... 9
- c) Riesgo y daño. Límite e interés del seguro.....15
- d) El seguro y las diversas tendencias económicas.....19
- e) El seguro comparado con otras instituciones económicas.....21

Capítulo II

Importancia económica del seguro de vida.

- a) Instituciones para combatir los peligros materiales 25
- b) El seguro de vida y las economías mundial, nacional y privada..... 26
- c) El seguro y su importancia social. Seguro de vida y crédito..... 28

Capítulo III

Explotación del seguro.

- a) Explotación por el Estado. Ventajas..... 30
- b) Inconvenientes de la explotación por el Estado..... 32
- c) La mejor solución del problema..... 35

Capítulo IV

- Breve reseña histórica..... 37

Capítulo V

Desarrollo del seguro de vida.

- a) Instituciones para la explotación del seguro..... 42
- b) Desarrollo de la póliza..... 44
- c) Diversas formas del seguro de vida..... 44
- d) El seguro social..... 45

Parte segunda.

EL SEGURO DE VIDA EN LA ARGENTINA

---

Título primero

Régimen de las empresas

Capítulo I

Organización de las empresas.

- a) Iniciación de la compañía..... 49
- b) Elementos que intervienen en la explotación del seguro: Oficina de estadística; Examen médico; Gerencia de producción; Agentes y Corredores..... 53
- c) Producción del seguro. Excesos y deficiencias de producción. Coaseguros, reaseguros y retrocesiones. Reaseguro: sus distintas modalidades (obligatorio, facultativo, por cuotas y por excedentes). Los bordereaux. El reaseguro y las reservas..... 57
- d) De los riesgos. Clasificación. Riesgos inferiores. Recargos..... 66

Capítulo II

Funcionamiento.

- a) Función de los agentes, conocimientos, remuneración..... 70
- b) Proposición del seguro..... 76
- c) Examen médico..... 77
- d) Distintos tipos de contratos y sus características (temporal, vida entera, vida entera con pagos limitados, de capital diferido, mixto o dotal, otras modalidades. Rentas vitalicias. Seguro colectivo). 79
- e) Tarifas. Tablas de mortalidad. Tasa de interés..... 93
- f) Participación en los beneficios. Fondos de acumulación.....100
- g) Reservas matemáticas; préstamos; rescates; transformaciones.....103
- h) Pago de la suma asegurada (Siniestros y pólizas vencidas).....106
- i) Convenios sobre reaseguros.....107

Capítulo III

Fiscalización.

- a) Diferentes tendencias sobre fiscalización.....108
- b) Evolución legal en materia de fiscalización.....109
- c) Principios fundamentales de toda ley de fiscalización.....111
- d) El sistema de la concesión.....112
- e) El sistema de la publicidad.....115
- f) La inspección material en el seguro y responsabilidad que ello implica para el Estado.....116
- g) Agrupaciones características.....117
- h) La fiscalización en nuestro país.....121

## Capítulo IV

### Régimen legal de las empresas de seguros.

a) Instituciones comprendidas.....	126
b) Autorización.....	128
c) Organización.....	130
d) Funcionamiento.....	143
e) Reservas. Su inversión.....	153
f) Vigilancia e inspección.....	160
g) Disolución.....	164

## Título segundo

### Régimen de los contratos

#### Capítulo I

##### Doctrina y legislación comparada.

##### 1ª.- Disposiciones comunes a los seguros en general.

a) Disposiciones de carácter general y de orden imperativo.....	175
b) Celebración y perfeccionamiento del contrato. Prueba.....	181
c) Obligaciones del asegurador y del asegurado. Pago de la prima.....	185
d) Nulidad y caducidad.....	189
e) Reducción y rescisión.....	192
f) Prescripción.....	198

##### 2ª.- Disposiciones especiales sobre seguros vida.

a) Especificaciones especiales de las pólizas.....	200
b) Seguros de terceros.....	201
c) Especificación de determinación del beneficiario..	202
d) Pago de la prima.....	204
e) Reducción. Seguro saldado. Préstamos.....	205
f) Suicidio y muerte en empresa criminal.....	206
g) Seguros populares. Seguros industriales o por grupos.....	206

#### Capítulo II

##### Condiciones generales de pólizas. Análisis y examen crítico.

a) Vigencia de la póliza.....	212
b) Riesgos cubiertos.....	214
c) Pago de premios. Mes de gracia. Pago de premios con documentos.....	217
d) Cesación de pagos. Transformaciones. Rehabilitaciones.....	218
e) Préstamos.....	224
f) Cambio de beneficiario.....	225
g) Cobro del seguro.....	226

- h) Disposiciones de carácter general..... 227
- i) Beneficios complementarios:..... 228
  - 1ª.- Participación de los asegurados en los beneficios y fondos de acumulación..... 229
  - 2ª.- Exoneración del pago de primas y renta en caso de incapacidad total..... 234
  - 3ª.- Doble indemnización en caso de muerte por accidente..... 237

Capítulo III

Jurisprudencia.

- a) Muerte del asegurado por riña o pelea..... 240
- b) Siniestro por obra del asegurado. Suicidio..... 251
- c) Rescisión del contrato..... 262
- d) Caducidad del seguro..... 276
- e) Prescripción del contrato..... 291
- f) Casos de nulidad del seguro..... 301
- g) Consideraciones finales..... 311

--ooOoo--